Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V[e])
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1[er] de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1[re] zone	70 fr.
Étranger 2[e] zone	90 fr.

1932

Et son
SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
(Mensuel)

BUREAUX DU JOURNAL

41, rue des Ecoles, PARIS

Téléphone Odéon 30-03

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE
R. C. Clermont 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 1 LE NUMÉRO 50 Centimes 2 JANVIER 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e^)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec
A. BRÉCHOT Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
M. CHIFOLIAU Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
A. CLERC Professeur de Pathologie interne Médecin de l'Hôpital Lariboisière
H. CODET Ancien Chef de Clinique psychiatrique
C. JEANNIN Professeur de Clinique obstétricale Accoucheur de la Pitié
Ch. LENORMANT Professeur de Pathologie chirurgicale Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
G. PAUL-BONCOUR Professeur à l'Ecole d'Anthropologie
A. PHILIBERT Professeur agrégé à la Faculté
Félix RAMOND Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
A. SÉZARY Professeur agrégé Médecin de l'Hôpital St-Louis
Henri VIGNES Professeur agrégé Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine Médecin de la Pitié

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours de médecin de l'Assistance médicale à domicile du 7 janvier.* — Jury : MM. les Docteurs Bourdier, Haury, Virey, Bochary, Gautier.

— *Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux du 11 janvier.* — MM. Belot (électr.), Darbois, Guilbert, Lehmann, Milian, Martin, Gosset.
Lecteurs : MM. Gally, Coliez.

— *Internes reçus au Concours spécial de Brévannes-Hendaye.* — Pour la fondation Chardon-Lagache : M. Laroche ; pour l'hospice de Brévannes : MM. Leconte Maurice, Giraud, Marcy, Borde, Leconte André ; pour le sanatorium de Champrosay : MM. : Rotenstein, Vautier ; pour l'asile d'Hendaye: Mlle Danzig, M. Opolon.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Prof. Etienne a été proposé pour la chaire de clinique chirurgicale infantile ; M. le Prof. Lapeyre pour la chaire de clinique gynécologique ; M. le Prof. agrégé Lamarque pour la pérennisation dans ses fonctions d'agrégé de physique.
M. le Prof. Bosc a été élu membre du Conseil de l'Université, en remplacement du Prof. Ducamp.
Sont nommés *chefs de clinique chirurgicale* : Dr André Guibal et Dr Lonjon.
Chef de clinique médicale : Dr Pierre Rimbaud.
Chef de clinique obstétricale : Dr André Batlla.
Chef de clinique ophlatmologique : Dr Temple.
Chef de clinique des maladies mentales et nerveuses : Dr Vidal.

Faculté de médecine de Bordeaux. *Concours de l'Internat.* — Sont proposés comme Internes titulaires :
1. Duffard, 49 1/4 ; 2. Nancel-Pénard, 46 1/2 ; 3. Dormaillacq, 46 1/4 ; 4. Cornette de Saint-Cyr, 45 3/4 ; 5. Grenet, 43 3/4 ; 6. Verger, 43 1/2 ; 7. Dutrénit, 43 1/2 ; 8. Ferrand, 41 ; 9. Sentenac, 41 ; 10. Beaumont, 40 3/4.

Internes provisoires. — 1. Jaulain, 40; 2. Georget, 38 1/2 ; 3. de Boucaud, 37 1/2 ; 4. Corcelle, 36 3/4 ; 5. Lummau, 36 ; 6. Deprecq, 35 1/2 ; 7. Depiéris, 35 1/2.

— *Concours de l'externat.* — Sont proposés comme externes titulaires :
MM. Cardinaud, Tran-Cong-Lang, Duvergey, Lafon, Personne de Lachaud, Mlle Lafitte, MM. Langlois, Turon, Pinson, Feilliard, Puech, Ramirez del Villar, Labarthe, Valat, Leger, Marcoux, Baron, Julien Labruyère, Mingasson, Caro, Poinot, Bouriand, Magenc, Le Bras, Caillet, Le Lourd, Auriac, Perpère, Laporte, Mauric, Melence, Carrère, De Lostalot-Bachoue, Le Blouch, Geniaux, Duhart, Fougerat, Hebraud, Carel, Leonetti, Salle, Marton, Bache, Cros, Quiniou, Larrie, Le Goff, Castéra, Sappey, Aubert, Daraignez, Delaunay, Bergues, Forgeaud, Hodoyer.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :
GUERRE. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Sauvage, médecin honoraire capitaine.
Au grade de chevalier. — M. le Docteur Baudot, médecin lieutenant.

Corps de santé militaire. — *Promotions et nominations.* — Au grade de médecin général : M. le médecin colonel Spick. — M. le médecin général Spick, nouvellement promu, nommé directeur du service de Santé des troupes du Maroc : M. le médecin général Spire, adjoint à l'Inspecteur permanent des écoles du service de Santé militaire, nommé directeur du service de Santé de la 20e région, à Nancy.

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES : M. le médecin général Guillon, en congé, nommé adjoint à l'inspecteur général du service de Santé des colonies.

— Sont nommés dans les réserves du Service de santé des troupes coloniales : MM. Chapeyrou, médecin colonel, mis à la disposition du service de santé de la 15e région ; Rapilly, médecin capitaine, mis à la disponibilité du service de santé de la 3e région.

— Les officiers dont les noms suivent sont affectés : *Médecins de 1re classe* : MM. Romez-Cuilliez en sous-ordre à l'École navale ; Barrat, comme médecin résident à l'hôpital Sainte-Anne ; Fazeuilles, comme médecin-major de la marine à Alger.
Médecins de 2e classe : MM. Coulonjou, pour embarquer sur le pétrolier *Var* ; Chrétien, comme médecin-major sur le *Rhin*.

— M. le médecin général L'Herminier est nommé, à compter du 1er janvier 1932, directeur du service de santé et inspecteur des services sanitaires de l'Afrique occidentale française, à Dakar.

— Sont admis ou maintenus , sur leur demande, dans la situation de disponibilité : pour une période valable du 15 février 1932 au 15 février 1936, M. Sibenaler, médecin commandant ; pour une période valable du 25 novembre 1931 au 14 novembre 1934, M. Moreau, médecin commandant.

— Sont affectés : en Indo-Chine, MM. Bigot, Nicolas, médecins capitaines.
En Afrique occidentale française, MM. Jeansotte, médecin commandant ; Crouzet, médecin lieutenant.
En Afrique équatoriale française, M. Ledoux, médecin lieutenant colonel.
Au Cameroun, MM. Toubert, Malvy, médecins capitaines.

Marine militaire. — *Concours pour le titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale.* — Un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale pour la catégorie de chimie et de sciences physiques et naturelles aura lieu à Toulon, au début du mois d'octobre 1932, à une date qui sera fixée ultérieurement.

Musée de l'Armée. — Le Docteur Polaillon est nommé membre du conseil d'administration du Musée de l'Armée.

Contre la diphtérie. — Le *Journal officiel* du 20 décembre 1931, publie la loi rendant obligatoire, dans les armées de terre

et de mer, la vaccination antidiphtérique dans certaines circonstances épidémiologiques.

Syndicat général des médecins stomatologistes français. — Bureau pour 1932 : président, M. le Docteur Béliard ; vice-présidents : MM. les Docteur Herpin, Regis, Largnier (Saint-Omer), Gauthier (Nice) ; secrétaire général, M. le Docteur Schmitt ; trésorier, M. le docteur Martin.

Concours de l'Internat de la Maison départementale de Nanterre. —*Composition du jury.* — MM. Bordas, Tanon, François-Dainville, Sénéchal et Cambessédès.

Épreuve écrite : Signes et diagnostic de l'obstruction calculeuse du cholédoque.

Questions restées dans l'urne : 1) Diagnostic et traitement des péritonites appendiculaires ; 2) Signes et diagnostic des vomiques.

Lectures des copies : MM. Abrassart, 15 ; Blanguernon, 15 ; Carrié, 16 ; Chassaing, 13 ; Déreure, 12 ; Gossart, 15 ; Gruchet, 15 ; Hamel, 17 ; Ingrand, 15 ; Lair, 12 ; Mlle Laporte (Simone), 19 ; MM. Laroche, 19 ; Leclercp, 14 ; Maggi, 15 ; Manil, 13 ; Martin (André), 15 ; Née, 14 ; Vallet, 12.

Un monument au Dr Duvernay, d'Aix-les-Bains. — Sur l'initiative des malades reconnaissants et sous la présidence de M. le Prof. R. Leriche s'est constitué un Comité qui se propose d'élever à Aix-les-Bains un monument au Dr Louis Duvernay. Il sera, en outre, si la souscription le permet, créé une fondation de lits pour malades indigents à l'hôpital d'Aix-les-Bains où le Dr Duvernay a assuré le service de chirurgie pendant vingt-cinq ans et qui portera son nom.

Prière d'adresser les souscriptions à M. Domenget, adjoint au maire, trésorier, 3, place Carnot, à Aix-les-Bains (Savoie), Compte courant chèque postal, Lyon 520-68.

Le cours de M. le Prof. Laignel-Lavastine.— 15 janvier 1932 : Syphilis et Renaissance. — 22 janvier : Frascator et Rabelais. — 29 janvier : Clinique et traitement de la syphilis du XVIe au XVIIIe siècle. — 5 février : La syphilis au XIXe siècle avant Rollet. — 12 février: Fournier. —19 février : Shaudinn, Wassermann et Ehrlich. — 26 février : La neuro-syphilis. — 4 mars : L'hérédo-syphilis. — 11 mars : La prophylaxie de la syphilis. — 18 mars : Inductions générales. La méthode de Wagner Jauregg.

Société française de sérologie appliquée. — Le 19 novembre 1931, la Société française de sérologie appliquée a tenu sa première séance de travail à la Faculté de médecine, sous la présidence du Professeur Levaditi, membre de l'Académie de médecine.

Dans le discours qu'il prononça au début de la séance, le président de la Société de sérologie en rappella le but, qui est : *L'étude et le progrès de la sérologie appliquée au diagnostic et au contrôle des maladies, particulièrement de la syphilis.*

Il retraça les débuts des études sérologiques, montra toute leur importance actuelle, évoqua les progrès qui restent encore à réaliser, montrant que ceux-ci pouvaient être grandement facilités par les réunions et les publications des membres de la Société. Ce remarquable discours sera reproduit, dans un prochain numéro de la Prophylaxie antivénérienne.

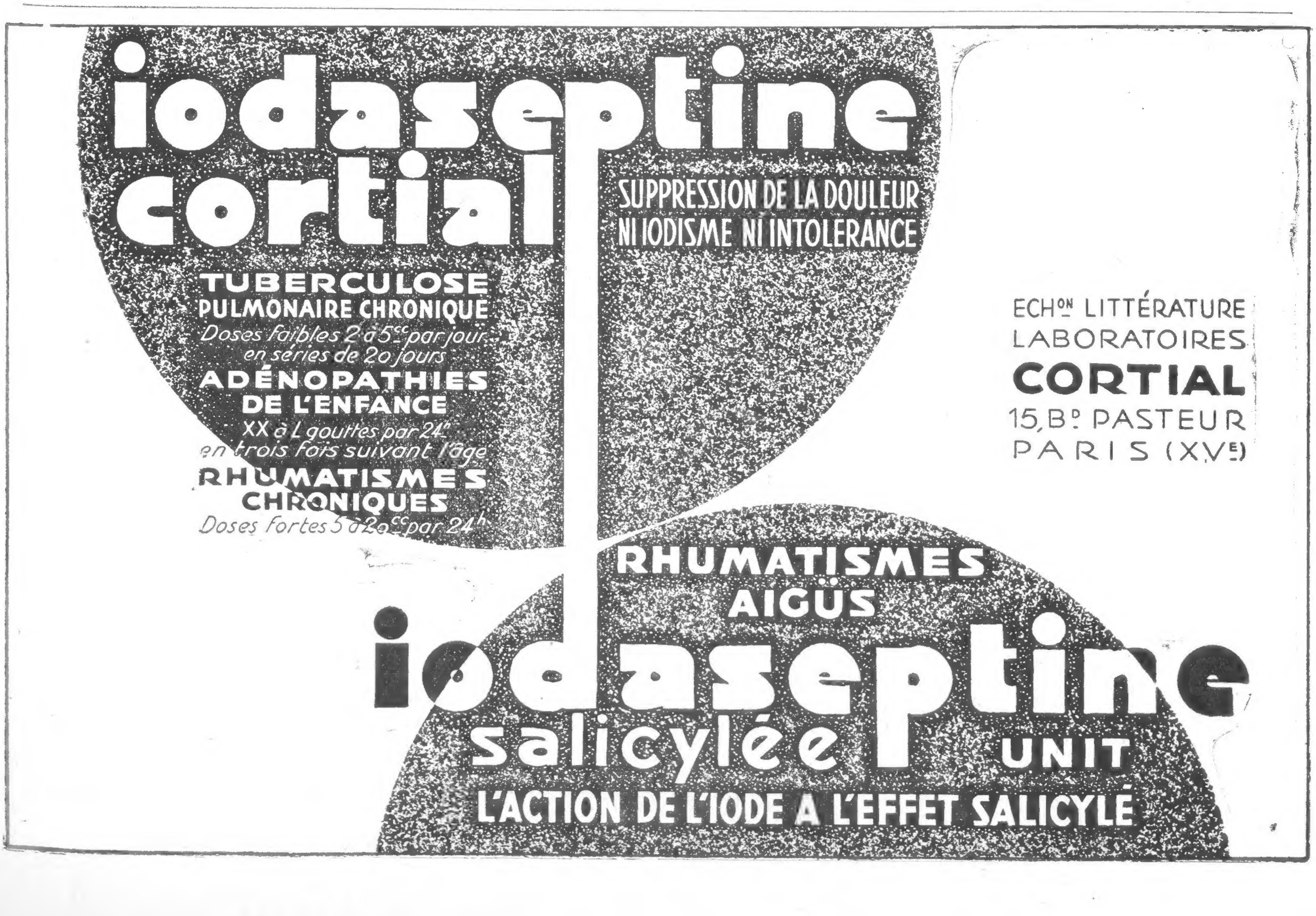
Furent élus : Vernes, vice-président ; M. le Professeur Roussy, membre du Comité, et quelques nouveaux membres titulaires.

Désirant montrer tout de suite l'objet principal de ses préoccupations, et en même temps, son désir de ne pas s'y limiter, la Société entendit deux interessantes communications : la première, celle de M. Targoula sur « *le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale* ». (Cette communication paraîtra dans un des numéros des annales des maladies vénériennes). Prirent part à la discussion MM. Vaurs, Rubiustein, Debains, Levaditi.

La seconde communication, de M. Sollier sur « *la réaction sérologique chez les animaux atteints de malitoccoccie* » paraîtra dans la *Revue de Médecine et de chirurgie coloniale.* Prirent part à la discussion : MM. Debains, Jansion, Tavou, Mlle Pillement, M. Duvic.

Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.). — *Séance du 8 décembre* 1931. — Le Conseil fixe la date de l'Assemblée générale annuelle ; elle aura lieu le mardi 19 janvier, à 17 heures, dans la salle du Conseil sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique. M. le Doyen annonce que le Conseil de la Faculté a émis un avis


PILULES
DU Dr DEBOUZY
OPOTHERAPIE
BILIAIRE
INTÉGRALE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
LITHIASE BILIAIRE
ICTÈRES
CONSTIPATION
DIABÈTE
TUBERCULOSE
ENTÉROCOLITE
4 à 8 PILULES PAR JOUR
efficaces et toujours bien tolérées
0.gr.30 d'extrait de bile totale
environ 3.gr. de bile fraîche par pilule
LABORATOIRES LONGUET
34, RUE SEDAINE _ PARIS


iodaseptine
cortial
SUPPRESSION DE LA DOULEUR
NI IODISME NI INTOLERANCE
TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE
Doses faibles 2 à 5cc par jour en séries de 20 jours
ADÉNOPATHIES
DE L'ENFANCE
XX à L gouttes par 24h en trois fois suivant l'âge
RHUMATISMES
CHRONIQUES
Doses fortes 5 à 20cc par 24h
ECHon LITTÉRATURE
LABORATOIRES
CORTIAL
15, Bd PASTEUR
PARIS (XVe)
RHUMATISMES
AIGÜS
iodaseptine
salicylée
UNIT
L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLÉ

favorable au sujet d'une invitation à faire au Professeur Radonicic. Le Dr Peck nous écrit que les membres de l'Inter-State Post-Graduate Assembly of North America viendront à Paris du 23 au 25 mai prochain. L'A. D. R. M. se chargera du programme de leur séjour.

Election de nouveaux membres : Dr Einhorn (de New-York) et Dr Fikret (de Stamboul).

Poste médical à céder. — A céder de suite pour cause de maladie. Bonne clientèle médicale à Paris. Prix avantageux. Actuellement appartement libre, sauf location. S'adresser de 12 à 14 heures à Mme Corroyer, 7, rue de la Manutention, Paris-16e.

Nécrologie. — Dr Claude Bressot, de Vals-les-Bains. — Dr Denis-Charles Desplans, de Séguret (Vaucluse) décédé dans sa 70e année. — Dr Pierre Fayollat, de Saint-Martin-d'Hères Dr Victor Girod, d'Annecy, décédé à Lons-le-Saunier (Jura). — Dr Lebour, de Montoir. — Dr Emile Paget, d'Arbois (Jura), décédé à l'âge de 54 ans, victime du devoir professionnel. Appelé auprès d'un bûcheron, a été trouvé mort dans la forêt. — Dr Joseph Roby, de Marennes (Charente-Inférieure), décédé à l'âge de 73 ans. — Dr Wilson-Prévost, médecin de l'hôpital américain de Neuilly. — M. Marc Bridel, professeur au muséum d'histoire naturelle, pharmacien chef de l'hôpital Lariboisière. Pierre Caillol, interne des hôpitaux de Montpellier. — Dr Donald Macphail, chirurgien de l'Alexander hospital à Coatbridge.

« Il est intéressant de noter — c'est encore Rowntree qui nous l'apprend — que la prohibition, malgré le mal qu'on en peut dire, a tout de même amené en Amérique une diminution importante du nombre des cirrhotiques. Ainsi, dans l'Etat de New-York, le taux des décès par cirrhose passe de 18 : 100.000 en 1910 à 8 ; 100.000 en 1921. Et cette différence doit bien être attribuée à la prohibition puisque, dans l'Etat de Kansas, où la consommation de boissons alcooliques était interdite depuis de nombreuses années, la mortalité par cirrhose n'a pas varié.

(Roch et Wohlers, de Genève. Données statistiques concernant 431 cas de cirrhose traités et décédés dans les services de médecine de Genève de 1900 à 1930.

(*La Presse Médicale*, 12 septembre 1931.)

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie de la tête et du cou, par Ch. Lenormant et Pierre Brocq. *Septième édition entièrement refondue.* Un volume de 382 pages avec 320 figures (du *Précis de technique opératoire par les prosecteurs de la Faculté de Paris*). Broché 34 fr., cartonné toile, 40 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il ne s'agit pas d'une simple révision ; les modifications considérables qui ont été apportées à la précédente édition en font un nouveau précis. Ce remaniement s'imposait, car la chirurgie de la tête et du cou est toujours en évolution.

Aussi de nombreux chapitres ont été transformés par les auteurs avec le souci de décrire les techniques qui à l'heure présente, donnent les résultots immédiats et lointains les plus satisfaisants.

Dans cet esprit divers chapitres ont été ajoutés, les autoplasties faciales, l'exérèse des cancers de la bouche, l'amygdalotomie, la résection de l'apophyse transverse de la 7e cervicale.

L'illustration a été remaniée, les vieilles branches ont disparu, le nombre des figures a été considérablement augmenté de façon à rendre plus aisée la lecture des techniques.

Comme dans les éditions antérieures, un résumé des connaissances anatomiques nécessaires à la bonne marche de chaque opération précède la description de la technique.

A ces divers titres, la nouvelle édition de la chirurgie de la tête et du cou est un livre complet sous la forme restreinte d'un précis.

Conférences cliniques de médecine infantile, par Henri Grenet. In-8o raisin, 272 pages, 23 fig. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 30 fr.

Ces leçons sont rédigées dans un esprit clinique qui les fera bien accueillir des élèves et des médecins soucieux de se familiariser avec les difficultés de la pathologie infantile.

Ce volume contient les quatorze conférences suivantes :

I. Développement de l'enfant normal. — II. Alimentation du nourrisson normal. — III La pneumonie chez l'enfant. — IV. Les broncho-pneumonies de l'enfance (Etude clinique). — V. Le traitement des broncho-pneumonies de l'enfance. — VI. La fièvre typhoïde chez l'enfant. — VII. La maladie rhumatismale chez l'enfant (rhumatisme articulaire aigu et former extra-articulaires). — VIII. La méningite tuberculeuse (méningite tuberculeuse de la seconde enfance). — IX. La méningite tuberculeuse (méningite tuberculeuse du nourrisson. Diagnostic et traitement de la méningite tuberculeuse) — X. Le tétanos du nouveau-né. — XI. La vulvo-vaginite des petites filles et ses complications. — XII. La vaccination antidiphtérique. — XIII. Les stigmates de la syphilis héréditaire. — XIV. La syphilis héréditaire de seconde génération.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'emploi du formol comme ocytocique

par Henri VIGNES

Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur de la Charité

Je suis de ceux pour qui les difficultés de l'accouchement relèvent beaucoup plus souvent du spasme que de l'inertie, soit que la contracture utérine complique une dystocie osseuse (bassin rétréci) ou une dystocie fœtale (droite postérieure, siège, etc.), soit qu'à elle seule, elle constitue tout l'obstacle à la bonne marche de l'accouchement (1). Si on admet cette manière de voir, l'étude des antispasmodiques a une importance beaucoup plus considérable que celle des « coups de cravache », extrait hypophysaire ou ergot.

Mais, en étudiant, une par une, les dystocies par contracture et en essayant d'améliorer la marche de l'accouchement par les calmants, j'ai été frappé par la différence des résultats thérapeutiques obtenus : tantôt un antispasmodique réussit « miraculeusement », tantôt le bénéfice est minime, tantôt il est inexistant. Une telle différence tient, sans doute, à des conditions individuelles différentes, soit conditions locales, soit conditions tenant au « tempérament neuro-musculaire » de la femme (2). Ce serait un grand progrès pour l'obstétrique de mieux connaître à l'avance ces « tempéraments »; car on pourrait employer les médicaments avec un moindre risque d'insuccès.

Dans cet ordre d'idées, j'ai signalé le rôle que joue très fréquemment une activité anormalement importante du sympathique, que cette hypersympathicotonie soit fortuite ou qu'elle soit un élément habituel de la constitution. C'est dans un certain nombre de ces cas que la quinine trouve ses indications les plus légitimes et ses succès les plus nets.

La vieille médication de la contracture utérine par le bain tiède est, elle aussi, une ressource bien précieuse et, très souvent, j'en ait été fort satisfait. On lui reproche volontiers un risque d'infection. Je n'en ai jamais observé d'inconvénient ; cependant pour essayer de diminuer ce risque, s'il existe, j'ai l'habitude de faire dissoudre dans l'eau du bain, une substance antiseptique. J'en étais là, lorsqu'en juin 1926, M. Gautrelet nous fit, à la *Société de Biologie*, une intéressante communication sur les effets « antisympathique » du formol. J'eus, de suite, l'idée d'employer le formol comme antiseptique pour mes bains. Presque en même temps, j'eus l'occasion d'observer la terminaison extraordinairement rapide de deux accouchements qui avaient mal débuté du fait de contracture et de sympathicotomie et que j'avais fait transporter en maison de santé aux fins d'incisions du col : or, ces deux femmes, faute de place, avaient dû être logées dans des chambres qui avaient été désinfectées le matin même au trioxyméthylène et qui étaient, encore, imprégnées de vapeurs formolées.

J'ai, depuis, dans un grand nombre de cas, employé les bains tièdes additionnés de cinquante ou cent grammes de formol. Je l'ai fait, chez ces femmes pleines de santé, dont le travail se poursuivit tumultueusement sans effet utile, dont les contractions sont violentes et intenses, dont les intervalles entre contractions ne comportent pas de relâchement et pas d'indolence totale et dont la dilatation ne progresse pas. Les succès ont été presque constants ; très rapidement, le tonus se dénivelle et la dilatation progresse. Je ne crois pas qu'il s'agisse de ces améliorations inespérées que tous nous avons pu observer au cours d'un travail pénible (1) ; car la fréquence des succès que j'ai obtenus dépasse, certainement, le chiffre des chances qui existent d'observer une amélioration au moment précis où la médication a été prescrite (2).

Je ne crois pas, non plus, que le bain formolé soit la panacée qui « escamote » toutes les difficultés de la dystocie, ni même, toutes les difficultés liées à la dystocie par contracture.

(1) H. VIGNES. *Physiologie obstétricale normale et pathologique*. Masson, édit., 1923, p. 302.
(2) H. VIGNES. Les médicaments qui modifient la contraction utérine. *La Presse Médicale*, 23 janvier 1924.

(1) Il ne faut, d'ailleurs, pas dans un tel cas se contenter de l'épithète d'inespéré pour étiqueter ces cas. La curiosité scientifique se doit de chercher une explication du phénomène observé.
(2) H. VIGNES. — Emploi du formol comme ocytocique. *B. et M. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, Séance de novembre 1931.

Sur le sucre combiné

par Naohiko IIZUKA (3)

Professeur à la Faculté de Médecine de Kioto

Grâce aux travaux de Cl. Bernard, nous connaissons exactement le sucre libre-glycose, qui est dans le sang ; mais quelques chercheurs ont pensé au sucre en état de combinaison. Le sucre libre peut être directement mesuré sans manipulations, pourvu qu'on enlève la protéine ; le sucre combiné peut être mesuré après avoir détruit la combinaison par la température et un acide minéral.

Dès 1855, Figuier a rapporté que, si l'on ajoute un acide au sang de la veine porte, il se produit du sucre capable de fermenter : c'est le commencement du sucre combiné, comme on dit aujourd'hui. La question du sucre combiné est un terrain intéressant pour les chimistes, les physiologistes et les cliniciens, mais il est pauvre de faits relativement exacts et il y a malheureusement beaucoup d'hypothèses à la base de la théorie. Si les travaux des chercheurs de notre laboratoire peuvent apporter quelque lumière dans ces recherches, ce sera, pour nous, une gloire inespérée.

Préliminaire

La nature du sucre combiné.

Si l'on hydrolyse le sang avec un acide, plusieurs substances réductrices sont libérées, mais le principal produit est le sucre qui est combiné à la protéine. C'est là l'opinion à peu près unanime, et aujourd'hui la discussion porte sur les divers points suivants :

1. *Est-ce vraiment le glycose qui est combiné à la protéine ?*

Plusieurs chercheurs prétendent que oui, mais il y a quelques opposants sur cette question. Dans notre laboratoire, Tatéishi dit que le sucre combiné fermente, mais pas complètement.

2. *Formes de la combinaison.*

Est-ce seulement le sucre qui est simplement combiné à la protéine ? Dernièrement plusieurs savants ont pensé que le sucre est fortement combiné à la protéine ; quelques-uns ont prétendu que le sucre prend une partie des molécules de la protéine ; mais, sur ce fait, il y a encore quelques opposants. Il est clair que le sucre combiné n'a pas de combinaison faible.

3. *Quand le sucre est combiné à la protéine, quel est l'élément*

(3) Rapport au vingt-septième *Congrès annuel de la Société japonaise de médecine interne*, Osaka, 1930, reproduit d'après le C. R. paru in *Japanese journ. of med. Sciences*, Tokyo, août 1931, p. 45

qui joue le rôle principal ? Nous croyons que c'est plutôt la globuline que l'albumine.

4. *Relations avec la glycogène, la glycoprotéide, le glycolipide et les autres substances réductrices.* Sous ces corps s'isolent les substances réductrices lors de l'hydrolyse avec l'acide. mais la dose en semble très faible et la dose totale du sucre combiné n'est pas expliquée. Quelques savants en attribuent l'origine à la glycosamine ; mais, dans notre laboratoire, Kitamura a hydrolysé l'albumine de sérum (Kahlbaum) (0,5 %) avec l'acide sulfurique pendant 30 minutes à 120° C, et alors, l'amino-azote augmentait de 0,002 à 0,004 % environ et l'azote résiduel augmentait de 0,005 à 0,012 % environ. Notre collaborateur, Imanishi, a fait des expériences sur le sang de quelques malades, et a trouvé l'augmentation de l'amino-azote de 0,0045 à 0,0085 % environ, et l'azote résiduel de 0,035 à 0,096 % environ.

La nature du sucre combiné n'est pas éclaircie d'une manière aussi simple. Il n'y a là rien d'étrange, si l'on considère qu'il y a aujourd'hui bien des défauts dans nos connaissances à propos du sucre libre ; c'est une question dont la solution est réservée à l'avenir.

Le filtrat, après enlèvement de la protéine du sang, contient-il les substances réductrices hydrolysables ?

Cette question dépend de la méthode de l'hydrolyse et des réactifs qui servent à enlever la protéine. Si le filtrat après enlèvement de la protéine du sang ne contient pas de substances réductrices hydrolysables, les autres substances, telles que polysaccharide, glucoside, glycogène et les corps combinés de l'acide glycuronique ne valent pas la peine qu'on s'en occupe. D'après Imanishi, dans notre laboratoire, si l'on examine le sang d'un homme sain ou de divers malades avec le réactif de Patein, après enlèvement de la protéine, la substance réductrice n'est pas loin de la limite de la différence de la méthode. En résumé, on sait que le filtrat sans protéine ne contient presque pas de substance réductrice par l'hydrolyse et qu'aussi cela n'a pas de rapports avec la nature de la maladie.

Méthode de micro-dosage du sucre combiné

Si l'on hydrolyse avec un acide, on peut isoler le sucre ; mais la echnquerdest très importante, parce que le sucre fuit, si l'hydrolyse est insuffisante et que si l'hydrolyse est trop forte, beaucoup d'autres substances qui n'ont pas de relation avec le sucre, s'isolent de la protéine du sang. En fin de compte, la nature du sucre combiné doit, en principe, dépendre de la différence de la méthode.

Si beaucoup de sang est nécessaire pour mesurer le sucre combiné, on ne saurait en faire une application en clinique, excepté dans certains cas particuliers, et il serait impossible de faire des recherches suivies sur de petits animaux. Nous suivrons donc la méthode de micro-dosage suivante.

1 cmc. de plasma dans un ballon jaugé. On additionne 1,3 cmc. d'eau distillée et 0,2 cmc. d'acide sulfurique (1/4 d'acide délayé dans 3/4 d'eau), et on chauffe le tout dans l'autoclave à 120° C pendant 30 minutes. Après refroidissement, on ajoute environ 3,0 cmc. d'eau distillée et on neutralise par la soude ; puis on désalbumine avec 0,3 cmc. du réactif de Patein. Ensuite, après avoir neutralisé à nouveau par la soude (à peu près pH 6,5), on porte au trait de 10 cmc. de jauge avec de l'eau distillée. On remue et on filtre ; puis on ajoute de la poudre de zinc, on agite vivement, on laisse reposer au moins 30 minutes et on filtre à nouveau. Par cette manipulation, le sucre combiné est complètement mis en liberté ; on prend exactement 1 ccm. du filtrat (soit 0,1 cmc. de plasma) ; on peut calculer le sucre total selon la méthode de Hagodorn et Jensen. La différence du sucre total et du sucre libre du même sang donne la quantité du sucre combiné.

Donc, si l'on dose le sucre libre selon Hagedorn-Jensen, pour mesurer le sucre combiné, il ne faut pas plus de 2-3 cmc. de sang.

Physiologie et pathologie du sucre combiné

Le sucre combiné forme-t-il une seconde réserve de la glucide dans l'organisme ?

L'organisme transforme le sucre en glycogène pour qu'il n'y ait pas trop de sucre dans le sang et, de nouveau, le transforme en sucre selon les besoins. Mais il y a aussi des chercheurs, qui attribuent l'origine du sucre à la réserve d'autres substances que le glycogène. Quand on discute la physiologie du sucre combiné, tout d'abord il est nécessaire de prouver que le sucre obtenu, lors de l'hydrolyse du sang, prend part au métabolisme des substances de l'organisme. Si non, le sucre combiné n'a d'intérêt qu'au point de vue de la chimie de la protéine. Le sucre combiné est-il vraiment la réserve d'une deuxième substance du sucre dans l'organisme ? Il semble que cela soit douteux, mais pourtant il y a plusieurs faits à l'appui. Les faits observés par les collaborateurs suivants dans notre laboratoire en sont encore une preuve.

1. En recherchant le sucre du sang et le sucre libre, le sucre combiné et glycogène du foie et des muscles des grenouilles dans chaque saison, on voit qu'à la saison du froid, le sucre libre et le sucre combiné diminuent, la dose de glycogène augmente. Au contraire, dans la saison très chaude, le sucre libre et le sucre combiné augmentent et la dose de glycogène diminue (Niwa).
2. Dans des recherches sur 17 espèces d'animaux vertébrés, dans la majorité des cas, le sucre libre augmente en proportion avec l'activité, mais le sucre combiné fait le contraire (Niwa).
3. Si on laisse le sang à 37° C, aseptique, le sucre libre diminue et le sucre combiné augmente (Imanishi).
4. Si l'on donne à l'homme sain une dose définie de sucre de vigne, après un certain temps, le sucre combiné augmente et il y a diminution du sucre libre qui avait déjà augmenté (Imanishi).
5. L'étude des œufs de ver à soie ou de truite qui sont relativement pauvres de sucre libre montre que la dose du service combiné diminue remarquablement avec l'approche de l'incubation et la variation du sucre libre est très petite (Kitamura, Imanishi).

Production et décomposition du sucre combiné.

La question de savoir comment et où le sucre combiné est produit, n'est pas encore claire. Sa décomposition, on l'a attribuée au foie, au poumon et au rein, mais la question de sa production est pauvre de travaux et on ne donne aucune solution. Seulement quelques-uns ont dit que les muscles jouent un grand rôle. Nous croyons que le système réticulo-endothélial a part à ce phénomène. Ce point de vue physiologique s'appuie sur les expériences des collaborateurs de notre laboratoire.

Il y a deux sortes de production du sucre combiné : l'une est d'origine externe et l'autre est d'origine interne.

1. Dans diverses maladies infectieuses, le sucre combiné augmente (Kitamura).
2. L'immuno-réaction (typhus-vaccin, injection de blanc d'œuf) marche parallèlement à la dose du sucre combiné, dans la majorité des expériences (Kamada).
3. Chez les lapins atteints de syphilis expérimentale, la substance réactive sur la syphilis concorde avec le degré d'augmentation du sucre combiné (Okamoto).
4. Le sucre combiné augmente l'emploi de chiline, c'est-à-dire de la substance excitante du système réticulo-endothélial (Okamoto et Kamada),
5. Si l'on bloque le fonctionnement du système réticulo-endothélial par une injection d'encre de Chine, le sucre combiné diminue (Yano).
6. Si l'on extrait la rate du lapin, dans la moitié des expériences, le sucre combiné diminue (Yano).
7. Si l'on fait passer du sang à travers la rate du chien, le sucre libre diminue graduellement et le sucre combiné augmente (Yano).
8. Si l'on injecte l'électrocolloïde d'argent aux lapins, le sucre combiné augmente (Yano).

Physiologie du sucre combiné.

En comparaison du sucre libre, le sucre combiné garde une fixité remarquable. Dans le même animal, en même état, la dose du sucre combiné est à peu près cons-

tante. Si l'on observe sur divers animaux vertébrés, la proportion entre le sucre libre et le sucre total, et encore la proportion entre le sucre combiné et le sucre total, on voit, dans la plupart des cas, et proportionnellement à l'activité, beaucoup de sucre libre et peu de sucre combiné. On peut voir cette relation chez le même animal — chez la grenouille, dans la période de chaleur intense et dans la période de froid (Niwa).

Le *taux moyen du sucre* combiné, chez le Japonais, est de 0,091 % (Kitamura).

Le taux moyen du sucre combiné du lapin sain est de 0,075 % chez le pigeon 0,035 (Hosada). Sur les autres animaux, Niwa a obtenu les chiffres suivants : chien 0,093 ; poule 0,102 ; cobaye 0,104 ; bœuf 0,123 ; cheval (mais pathologique) 0,144, grenouille (en automne) 0,150 ; porc 0, 63 ; tortue 0,1 1 ; tortue molle 0,224 ; anguille 0,2[illegible]1 ; serpent 0,263 ; cyprin doré 0,066 ; carpe 0,097.

Le système nerveux végétatif et le sucre combiné (Yano). Dans l'excitation du vague (par injection de pilocarpine), le sucre combiné augmente. Dans la paralysie du vague (l'injection de l'atropine), dans beaucoup d'expériences, le sucre combiné diminue. Dans l'excitation du vago-sympathique (injection d'adrénaline), une petite dose fait augmenter le sucre combiné, une relativement grande dose le fait diminuer. Dans la paralysie du vago-sympathique (injection d'ergotoxine), le sucre combiné ne varie pas.

La menstruation. Quelques jours avant la menstruation, le sucre combiné augmente et, après la menstruation, il reprend tout de suite le taux normal (Morioka).

L'immunité. Le sucre combiné augmente en proportion de la substance d'immunité (Kamada).

Sucre combiné et mécanisme de la glycolyse

Le mécanisme de la glycolyse n'est pas si simple qu'il puisse être expliqué par la production de l'acide lactique du glycose. On sait qu'il y a une étroite relation entre le mécanisme en question et le sucre combiné. Savoir : il y a deux phases dans le mécanisme de la glycolyse, l'une est la glycolyse véritable, et l'autre la glycolyse virtuelle ; la première survient par réduction, sans qu'il y ait transformation de la glycose en d'autres combinaisons, tandis que, dans la dernière, il y a transformation de la glycose en une combinaison, c'est-à-dire en sucre combiné.

Quand Imanishi dans notre laboratoire, a abandonné à l'état aseptique durant plusieurs heures du sang du lapin, d'homme sain et de divers malades, alors il a constaté que le sucre libre diminue graduellement, et qu'au contraire, le sucre combiné augmente de plus en plus, mais, dans le cas de malades ayant une hyperfonction de la glande thyroïde et la maladie de Basedow, le sucre combiné diminue aussi. On a expérimenté le même fait en faisant absorber aux lapins la substance de la glande thyroïde. Quand on ajoute directement cette même subtance de la glande thyroïde au sang d'un homme sain, le sucre combiné diminue graduellement.

Après une injection d'insuline à l'homme sain, il n'y a pas de variation remarquable dans le mécanisme de la glycose du sucre libre, mais le degré d'augmentation par heure du sucre combiné diminue.

L'adrénaline cause une diminution temporaire de la réduction du sucre libre. Il n'y a pas de variation remarquable dans le degré d'augmentation par heure de sucre combiné.

L'injection d'intérénine, préparation de la substance d'écorce de capsule surrénale, n'exerce pas de variation remarquable.

Une injection de pituitrine retarde légèrement la réduction du sucre libre, et il y a inclination à faire augmenter le degré d'augmentation par heure du sucre combiné

L'antuitrine n'a pas grande influence sur ce phénomène.

Le glucose qui n'a pas passé à travers les tissus ne participe pas à la production du sucre combiné.

Sucre combiné et organes survivants

Le sucre combiné du sang augmente après l'injection d'insuline à l'organisme. Ce même fait est encore constaté sur la solution qui a passé à travers les organes survivants. L'insuline peut produire le sucre combiné *in vitro*, à condition d'opérer sur des organes survivants. Dans l'expérience de Yano de notre laboratoire, faisant passer du sang à travers la rate, le fait que le sucre libre diminue et le sucre combiné augmente a été déjà décrit.

Au contraire, sur la réduction du sucre combiné, le rôle très important joué par le foie a aussi été déjà décrit. Sur le foie survivant, l'adrénaline augmente la réduction, l'insuline l'arrête (Imanishi).

Les tissus ainsi que le sang contiennent la substance réductrice libre et la substance réductrice hydrolysable.

Influence expérimentale et pathologique sur le sucre combiné

Sur ce point, on a eu jusqu'ici plusieurs expériences. Les recherches suivantes chez les lapins ont été faites par nos collaborateurs dans notre laboratoire.

Faim : la dose de sucre combiné dépend de la période d'observation. A la fin de la période de jeûne, on voit quelques expériences où le sucre combiné augmente (Kamada et Okamoto).

Saignée : la dose du sucre combiné dépend de la période. On a pratiqué la saignée jusqu'à ce que la dose de l'hémoglobine arrive à moitié et il n'y a pas eu de variation dans la plupart des expériences ; dans quelques cas seulement le sucre combiné a diminué (Yano).

Haute température : à 45° C durant une heure, le sucre combiné tantôt augmente, tantôt ne varie pas ; mais dans un petit nombre de cas, il diminue (Yano), dans l'expérience faite sur des grenouilles, le sucre combiné a augmenté (Niwa).

Froid : le sucre combiné ne varie pas dans la plupart des cas ; dans un petit nombre, il diminue ou il a inclination à la diminution (Yano). Dans les cas des grenouilles, le sucre combiné diminue (Niwa).

Pose d'un lien : le sucre combiné diminue (Yano et Kamada).

Rayons X : le sucre combiné augmente (Takuwa, Maébo et Nakatani).

Histamine et peptone-choc : le sucre combiné diminue (Okamoto).

Anaphylaxie aiguë : le sucre combiné augmente (Okamoto).

Maladie causée par le riz blanc : chez les pigeons, le sucre combiné d'abord augmente et plus tard il diminue (Hosoda).

Manque de vitamine B : le sucre combiné augmente (Hosoda).

Extraction de la glande thyroïde : dans la grande majorité des expériences, le sucre combiné diminue (Kamada).

Extraction de testicule : dans la plupart des cas, le sucre combiné n'a pas de variation remarquable : dans quelques cas, il diminue (Kamada).

Ligature du cordon spermatique : généralement, le sucre combiné n'a pas de variation remarquable (Niwda).

Extraction de la rate : dans la moitié des cas, le sucre combiné diminue (Yano).

Blocage du système réticulo-endothélial : si l'on fait une injection intraveineuse d'encre de Chine, le sucre combiné diminue (Yano).

Néphrite expérimentale : en cas de néphrites provoquées par l'uran, le chrome et la cantharidine (particulièrement pour les néphrites provoquées par les deux

premières substances),le sucre combiné augmente remarquablement (Imanishi).

Ligature de l'urèthre : le sucre combiné augmente (Imanishi).

Blessure du foie, ligature du cholédoque, intoxication par le carbone tétrachlorique, par Nékoirazu (préparation de phosphore) : le sucre combiné augmente (Takuwa).

Syphilis expérimentale : le sucre combiné augmente (Okamoto).

Intoxication par divers gaz (influence du gaz d'éclairage, oxyde de carbone et cyanure de potassium, sur le sucre combiné. dans tous les cas, le sucre combiné diminue (Yano).

Poisons de serpent : le sucre combiné, diminue (Niwa).

Poison du sang : quand on fait au lapin une injection de saponine, phénylhydrazine ou hydroxylamine, le sucre combiné augmente (Yano).

Clinique du sucre combiné

Quelques phases d'hyperglycémie

Jusqu'ici, l'hyperglycémie a été discutée principalement à propos du sucre libre, mais il faut que le sucre combiné aussi soit considéré. Dans certains états pathologiques, le sucre combiné ainsi que le sucre libre augmentent, l'un et l'autre ; dans d'autres cas, malgré une augmentation remarquable du sucre libre, le sucre combiné reste dans la limite normale. En résumé, l'hyperglycémie n'est pas aussi simple qu'on l'a pensé jusqu'ici. On peut distinguer plusieurs formes. Il y a beaucoup d'intérêt en clinique à considérer le sucre combiné rangé sous les classifications indiquées plus loin et, en outre, cela rend grand service pour le diagnostic, le traitement et le jugement de prognose. La variation du sucre libre, nous l'appelons de son ordinaire, l'hyperglycémie ou l'hypoglycémie ; l'augmentation du sucre combiné, nous appelons l'hyperprotéidoglycémie d'après Bierry ; la diminution du sucre combiné, l'hypoprotéidoglycémie ; quand il reste normal, c'est la normoprotéidoglycémie ; si le sucre libre reste normal, c'est la normoglycémie ; si les deux augmentent également, nous dénommons cela la panhyperglycémie ; si les deux diminuent également, c'est la panhypoglycémie.

Panhyperglycémie : c'est une certaine forme de diabète, une certaine période de la typhoïde, c'est l'intoxication par le phosphore. Expérimentalement, c'est l'anaphylaxie aiguë, l'injection de pilocarpine (au lapin).

Hyperglycémie normoprotéidoglycémique : c'est une forme de diabète. Expérimentalement, c'est l'injection de $MgSO^4$ aux lapins.

Hyperglycémie hypoprotéidoglycémique : expérimentalement, c'est l'injection de NaF, poison de serpent et pituitrine, choc de peptone et histamine, lien du lapin.

Hyperprotéidoglycémie normoglycémique : c'est la maladie de Basedow, une certaine forme de diabète, la syphilis, le cancer, la néphrite, la maladie de Weil, la tuberculose, la typhoïde, la scarlatine, la maladie du foie, la maladie de Banti, la maladie d'Addison. Expérimentalement, c'est l'injection de la substance de thyroïde et du testicule, la blessure du foie ou du rein, l'injection de blanc d'œuf, typhus-vaccin, poison de sang (saponine, phényllhydrazine et hydroxylamine) aux lapins.

Hyperprotéidoglycémie hypoglycémique : expérimentalement, c'est l'injection d'atropine aux lapins.

Panhypoglycémie : expérimentalement, c'est l'injection d'insuline aux lapins à jeun.

Influence de divers médicaments sur le sucre combiné

Suivant la nature du médicament, il y a augmentation du sucre combiné et d'autre fois diminution. La bibliographie, sur ce fait, ne manque pas. D'après les recherches des collaborateurs de notre laboratoire, on a fait les constatations marquées ci-dessous, mais on doit bien remarquer que des résultats complètement contraires ont été observés suivant la dose et la période d'observation.

Substances diminuantes du sucre combiné : adrénaline (Yano), atropine (Yano), faim et insuline (Kamada), pituitrine (Kamada), morphine (Niwa), poison de serpent (Niwa), fluorure de sodium (Yano), pyramidon (Kakumoto), cryogénine (Kakumoto).

Substances augmentantes : adrénaline (Yano), insuline (Imanishi, Kamada), substance de la glande thyroïde (Kamada), substance du testicule (Kamada), préparation de lobe antérieur de l'hypophyse (Kamada), pilocarpine (Yano), typhus-vaccin (Kamada), injection de blanc d'œuf (Kamada), injection de chiline (Okamoto et Kamada), morphine (Niwa).

Clinique du sucre combiné

A en juger d'après la bibliographie, on a généralement admis que le taux du sucre combiné est anormalement élevé dans les cas sérieux, et les travaux qui le prouvent ne manquent pas ; cependant les faits suivants ont été observés par les collaborateurs de notre laboratoire :

Diabète. On peut distinguer trois formes à base de rapports du sucre du sang : 1. Panhyperglycémie ; 2. Hyperglycémie normoprotéidoglycémique ; 3. Hyperprotéidoglycémie normoglycémique.

Ce qu'on voit le plus souvent, c'est la panhyperglycémie. La glycosurie est forte, et dans ceux qui ayant un taux élevé de sucre libre sont regardés en clinique comme dans un état sérieux sans qu'il y ait aucune complication, on voit fréquemment l'hyperglycémie normoprotéiodoglyeémique. Il y a souvent hyperprotéidoglycémie normoglycémique aussi dans ceux qu'on a dit jusqu'ici atteints de glycosurie rénale.

Les maladies du rein. Dans l'urémie, le sucre combiné augmente toujours. Lors de néphrite, le sucre combiné dépend de la période pathologique. Si l'on observe la relation entre le sucre combiné et la dose reste-azote, l'un concorde avec l'autre en cas d'urémie, mais en cas de néphrite il n'y a nécessairement pas concordance (Kitamura).

Maladies du foie. Le sucre combiné augmente, spécialement en cas d'intoxication aiguë par le phosphore, de maladie de Weil et de cancer du foie (Takuwa). Par conséquent, on peut se servir de ce symptôme pour distinguer la jaunisse catarrhale (dans ce cas, le sucre combiné augmente peu) d'avec la maladie de Weil (grande augmentation du sucre combiné).

Maladie de la rate. Dans deux expériences de la maladie de Banti, Tatéishi constate une haute dose de sucre combiné.

Tumeur cancéreuse. En cas de cancer de l'estomac, le sucre combiné augmente, mais en cas de Achylia gastrica simple, il n'y a pas augmentation. Il est dans la limite normale. Le cas est le même lors de l'hypersécrétion gastrique (Kitamura).

Maladies du sang. Dans une observation de leucémie moelleuse et purpura, le sucre combiné était augmenté (Tatéishi).

Maladies des organes de la circulation. En cas d'hypertension artérielle, le sucre combiné était aussi augmenté (Imanishi).

Maladies infectieuses aiguës. Le sucre combiné augmente en cas de fièvre typhoïde, de scarlatine (Kitamura), d'érysipèle, de méningite aiguë et de pneumonie lobaire (Tatéishi).

Maladies des organes respiratoires. Le sucre combiné augmente dans la phtisie (Tatéishi).

Anomalies du fonctionnement des glandes endocrines. Glande

thyroïde. En cas d'hyperfonction de la glande thyroïde et de la maladie de Basedow, le sucre combiné augmente (Imanishi) et il y a aussi augmentation du sucre combiné en myxœdème (Takuwa et Tarumi).

Capsules surrénales. Dans deux expériences de maladie d'Addison (causée par la tuberculose), le sucre combiné était augmenté (Kawanichi, Furutama).

Maladies syphilitiques. Dans celles qui donnent une réaction positive (réaction de Wasserman) le sucre combiné montre un taux élevé (Okamoto).

Maladies du système nerveux. En certains cas de la maladie de Parkinson post-encéphalitique, la dose du sucre combiné augmente (Tatéishi).

Béribéri. Le sucre combiné augmente (Hosoda, Tatéishi), à ce moment, il a relation définie avec l'acidose (Tatéishi).

Diverses intoxications. Lors du coma causé par un soporifique, le sucre combiné reste presque normal, mais au moment du réveil, il augmente temporairement et après le réveil complet il reprend le taux normal. Lors de l'intoxication par le phosphore et le bichlorure de mercure le sucre combiné augmente (Shima).

Maladies de la peau. Dans une expérience d'Acantosis nigricans (compliquée de cancer à l'estomac), le sucre combiné était augmenté (Takuwa).

Exudat et transudat. — Le premier est riche en sucre combiné (0,093 0,176 en moyenne 0,136 %) et pauvre en sucre libre. Le dernier est riche en sucre libre et pauvre en sucre combiné (0.001-0.05 en moyenne 0.009 %). Grâce à ce fait, l'un peut être clairement distingué de l'autre (Kitamura).

Liquide cérébrospinal. — Chez les malades atteints de métasyphilis, le sucre combiné a inclination à l'augmentation (Okamoto).

Une considération sur le diabète.

On sait que le diabète provoque l'hyperglycémie et la glycosurie à cause de l'insuffisance de l'utilisation du glycose par l'organisme ; mais nous avons rencontré des cas où il y a clairement insuffisance glycolytique aussi dans d'autres états pathologiques. Mais ce fait n'a pas encore été exposé en détail.

Sur quoi l'insuffisance glycolytique se base-t-elle et avec quoi le glycose a-t-il relation ? D'après Imanishi de notre laboratoire, la glycolyse est troublée dans le diabète, mais le taux d'augmentation du sucre combiné *in vitro* est de deux fois plus grand que chez l'homme sain.

Dans le diabète, l'organisme a de la peine à utiliser le sucre libre ? Cela est-ce parce que l'organisme transforme en trop forte quantité le sucre libre, en sucre combiné, ou bien l'organisme ayant de la peine à utiliser le sucre libre, est-ce parce que, transformé en trop forte quantité en sucre combiné, l'organisme empêche le sucre libre d'être évacué par le rein ? Ce sont là des choses qu'il est difficile de discerner directement. Mais il est clair qu'il y a relation étroite entre le diabète et le sucre combiné.

Une chose à laquelle il faut donner grande attention est que dans les expériences où la glycolyse est empêchée par d'autres maladies, le degré d'augmentation du sucre combiné *in vitro* est près du taux normal. La faim accélère la glycolyse en retard et diminue graduellement le degré d'augmentation du sucre combiné excité *in vitro*.

L'injection d'insuline et d'intérénine (la substance des capsules surrénales) augmente la réduction du sucre diminué et ramènent à la normale le degré d'augmentation du sucre combiné excité *in vitro*.

L'injection d'adrénaline n'a pas d'influence remarquable sur la glycolyse, elle renforce le degré de l'augmentation du sucre combiné *in vitro*. L'injection d'antuitrine n'a pas d'influence remarquable sur la glycolyse, mais le degré d'augmentation du sucre combiné a inclination à diminution. Tatéishi de notre laboratoire a constaté que dans les diabètes sans complication qui ont un taux élevé de sucre combiné, l'index de congo rouge d'après Adler est normal.

Il y a plusieurs méthodes pour mesurer le seuil d'élimination du sucre du diabète ; dernièrement Chabanier en a fait des mesures d'après la formule suivante, il y avait état de glycosurie, mais il prenait soin de veiller au fonctionnement du rein :

seuil-glycémie-const. uréosécrétoire. $\sqrt{\text{Débit à } 75\ ^{o}/_{oo}}$

Il doit falloir bien des expériences pour juger complètement de la valeur de la méthode de Chabanier basée sur l'index d'élimination de l'urée ; mais, d'après Tatéishi de notre laboratoire, dans la plupart des cas qui ont un taux élevé de sucre combiné sans autres complications, le seuil d'élimination du sucre est élevé.

Conclusion

La nature du sucre combiné reste encore une question controversée. C'est sur la méthode d'examen que doit porter tout l'effort des chercheurs. L'existence constante du sucre combiné chez les animaux normaux et la variation physiologique ou pathologique du sucre combiné dans une certaine direction démontrent son importance.

Est-il juste aujourd'hui de considérer la glycogène comme l'unique réserve des glucides ?

En clinique, la question du sucre combiné est de grande importance pour le diagnostic et le jugement du prognostic. Par exemple, le diabète ne peut plus être interprété par le sucre libre seul, comme on l'a fait jusqu'ici.

Au point de vue thérapeutique, si une maladie d'abord légère s'aggrave ensuite et devient une maladie sérieuse, le taux du sucre combiné augmente remarquablement. Dans quelques expériences sur des animaux, au contraire, les symptômes dangereux se présentent avec la diminution du sucre combiné.

Le sucre combiné qui augmente avec diverses maladies, est-il toujours de même sorte ? Il y a lieu de douter que cette augmentation soit la première cause de ces maladies ; mais nous connaissons diverses substances qui augmentent ou diminuent le sucre combiné.

On ne peut pas s'empêcher d'espérer que le sucre combiné apporte quelque faible lumière sur les maladies jusqu'ici entourées d'obscurité.

En résumé, la mesure de la dose du sucre combiné dans diverses maladies, la recherche des facteurs régulateurs, la recherche de la substance diminuante du sucre combiné dans l'organisme, et la donnée de la substance diminuante, surtout quand le sucre combiné augmente en clinique, ce sont là autant de problèmes dont la solution est réservée à l'avenir.

« La profession de médecin permet de faire comprendre de quelle importance est pour notre éducation intellectuelle une très complète éducation des sens. Je déclare tout d'abord que la capacité essentielle pour un médecin ne lui vient pas tant de la somme de connaissances générales et de traditions professionnelles qu'il possède que d'une prompte habileté de ses organes de perception (les sens) systématiquement exercés et de ceux d'exécution (la main)... ». (Dr Edouard SEGUIN (1812-1880). Importance capitale de l'éducation des sens pour l'exercice de la médecine. L'éducation physiologique. Collection « Education » 1931.)

Température des bureaux et capacité de travail des employés. — MM. les professeurs Brezina et Schmidt (VIe Congr. Int. des accidents et M. du travail) ont observé que dans les locaux où règne le matin une température élevée, la capacité de travail des employés est diminuée.

◆◆◆

La tuberculose fibreuse

Par **Albert GIRAUD** (de Grasse)

> ...La phtisie fibreuse, c'est-à-dire la tuberculose où les productions scléreuses arrivent à être très abondantes.
>
> R. TRIPIER. Etudes anatomo-cliniques.

La tuberculose fibreuse a été l'objet ces dernières années de nombreuses discussions et interprétations. Nous reviendrons plus loin sur la signification qu'il convient de lui attribuer, et sur ses rapports avec les autres formes de la tuberculose pulmonaire. Qu'il nous soit permis toutefois de déclarer dès à présent que nous ne souscrivons pas à la doctrine actuellement en faveur qui tend à faire de la tuberculose fibreuse une sorte de maladie à part, véritable néoplasie fibreuse, active, progressive (Bard) entièrement distincte, selon Dumarest, de la tuberculose cicatricielle. Cette conception, ces distinctions, ne nous paraissent pas correspondre à la réalité, du moins dans la majorité des cas. C'est pour cette raison que nous avons cru devoir placer, en tête de ce chapitre la définition de bon sens que nous empruntons au grand anatomo-pathologiste lyonnais, R. Tripier,

Etude radiologique

Sans doute, la tuberculose fibreuse est connue depuis longtemps, et Bayle notamment en donne sous le titre de phtisie mélanotique, une bonne description anatomique. Plus près de nous, il convient de signaler les travaux de l'Ecole lyonnaise (Tripier, Bard, Beriel) récemment repris par M. Dumarest et ses élèves (1). Toutefois, c'est seulement depuis l'avènement de l'ère radiologique que l'on a accordé à cette question toute l'importance qu'elle mérite. L'explication en est simple. C'est que nous nous trouvons en présence d'un type morbide dont l'expression est avant tout — et parfois même uniquement — radiologique. Il nous paraît donc rationnel de commencer la description de la tuberculose fibreuse par l'étude des différents aspects qu'elle est susceptible de revêtir sur l'écran et sur le film.

En dépit de leur diversité apparente, les formes de la tuberculose fibreuse peuvent toujours, radiologiquement parlant, être ramenées à deux types fondamentaux :

1° L'aspect en noyaux (de nombre, de volume et de topographie variables).

2° L'aspect diffus, l'image radiologique étant caractérisée en pareil cas : *a*) Par une diminution de la transparence des champs pulmonaires qui apparaissent gris dans leur ensemble ; *b*) par l'existence de lignes sombres, de stries, dont l'orientation générale correspond à celle des espaces conjonctifs broncho-vasculaires.

Aspect en noyaux. — Nous n'avons pas à rappeler ici les caractères radiologiques fondamentaux qui opposent les noyaux fibreux cicatriciels aux nodules pneumoniques évolutifs (aspect foncé, contours nets, mais irréguliers, avec tractus fibreux rayonnant à partir du noyau, dans le parenchyme voisin, nodules calcifiés) ni les déformations thoraciques et les déplacements des organes du médiastin que détermine la lésion, pourvu qu'elle soit de quelque importance. Nous nous sommes en effet déjà longuement étendu sur ce sujet dans les chapitres consacrés au radio-diagnostic en général. En revanche, nous désirons insister sur les aspects si divers du moins en apparence que peut revêtir la tuberculose fibreuse nodulaire, et sur les liens de parenté qui existent indiscutablement entre ces différentes formes. Entre le petit nodule calcifié ou la cicatrice stallaire isolée et le fibrothorax, c'est-à-dire la cicatrice tuberculeuse étendue à la presque totalité du poumon, il est en effet possible de retrouver tous les types intermédiaires.

Dans tous les cas il s'agit d'une lésion tuberculeuse d'abord enkystée puis envahie par des formations fibreuses destinées à enrayer le processus évolutif. Tantôt la tuberculose cicatricielle affecte l'aspect d'un noyau unique plus ou moins volumineux, plus ou moins isolé ; tantôt il y aura plusieurs noyaux répartis dans le parenchyme et séparés par des espaces clairs correspondant à des zones saines du parenchyme (aspect en damier) ; tantôt, la sclérose envahit tout un lobe, tantôt enfin, tout un poumon. Ainsi se trouve réalisé le fibro-thorax dont l'image radiologique se traduit par une opacité complète et homogène de l'hémithorax (aspect pseudo-pleurétique) avec déviation caractéristique des organes du médiastin, cœur et trachée notamment.

Mais, ce qu'il faut bien souligner, c'est l'extrême fréquence avec laquelle on trouve au milieu de ces masses cicatricielles plus ou moins étendues, des images radiologiques correspondant à des lésions récentes sub-évolutives ou même évolutives.

L'atteinte de la plèvre si fréquente dans ces formes fibreuses se traduira radiologiquement moins par la déformation de la cage thoracique (laquelle est fonction des lésions pulmonaires, et notamment de la diminution du volume du poumon comme Bard l'a établi), que par des modifications de l'aspect des culs-de-sac costo-diaphragmatiques et du diaphragme lui-même, les culs-de-sac étant effacés et le diaphragme déformé (aspect horizontal pendant les inspirations profondes, déformations en crêtes, etc.). Seules les réactions pleurales accompagnées d'un épaississement considérable de la plèvre (comme on le voit dans les pneumothorax abandonnés à la suite d'un épanchement) se manifesteront par une opacité pleurale affectant l'aspect d'une bande sombre interposée à la paroi thoracique et au poumon. Ces épaississements massifs peuvent du reste envahir le poumon progressivement donnant ainsi naissance à un type de tuberculose fibreuse particulier que nous retrouverons à propos des cortico-pleurites.

Aspect diffus. — Radiologiquement, ce type ne présentera pas des images aussi variées que le précédent. Tantôt, la sclérose diffuse est étendue et occupe la totalité d'un poumon ou même des deux poumons, tantôt elle est localisée, soit à un lobe, soit à une partie du champ pulmonaire (sommet, base, région hilaire). Dans ce dernier cas, elle affecte souvent l'aspect de travées qui rayonnent à partir du hile, qui est habituellement parsemé de petits nodules calcifiés.

Parfois enfin, à l'image fondamentale précédemment décrite (grisaille et tractus fibreux), se surajoutent de fines tachetures réparties plus ou moins régulièrement dans les poumons et réalisant une image à foyers micro-nodulaires disséminés sur l'interprétation de laquelle nous aurons à revenir.

***

Toutefois, il faudra se garder d'abuser du diagnostic de tuberculose fibreuse diffuse, comme l'ont fait beaucoup d'auteurs, à une époque où nous interprétions encore fort mal la radiographie. Il faut se souvenir que normalement sur un bon cliché, l'arbre broncho-vasculaire est toujours nettement dessiné jusque dans ses plus fines ramifications et que le hile présente une zone opaque souvent étendue correspondant à l'origine des vaisseaux pulmonaires. Pour affirmer qu'il y a sclérose diffuse, sclérose péri-broncho-vasculaire, tramite, selon les expressions variées qui désignent ce type radiologique, certaines conditions devront se trouver réalisées :

1° *Si la tramite est unilatérale* il faudra que par comparaison avec le côté opposé (ou avec une autre partie du

(1) On trouvera dans la thèse de Pellorce (Lyon 1925) le résumé de la doctrine de M. Dumarest.

BIBLIOGRAPHIE

Nouvelle vue d'ensemble sur le système réticulo-endothélial, par A. ROUSLACROIX. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. In-8° raisin, 64 pages. Prix 10 fr.

Après une étude assez détaillée de la topographie anatomique et de l'histologie du S. R. E., l'auteur a réservé la plus large place aux propriétés physiologiques : aptitude à la coloration vitale envisagée comme phénomène de colloïdopexie intracellulaire, pouvoir phagocytaire, rôle hématopoïétique, fonctions métaboliques et action trophique, erythrolyse et biligénie. Il expose sans prendre parti, les questions encore controversées du revêtement alvéolaire pulmonaire et de la microglie.

Les résultats souvent contradictoires ou paradoxaux donnés par la méthode expérimentale du blocage, précisent cependant certaines données physiologiques et montrent toute l'importance, dans l'immunité humorale ou cellulaire des phénomènes d'excitation, d'inhibition ou de sensibilisation du S. R. E. La physiologie pathologique entraîne naturellement la conception des syndromes provoqués par l'altération fonctionnelle des éléments réticulo-endothéliaux, ou même de véritables entités morbides, telles que la maladie de Gaucher, la maladie de Niémann Pick et peut-être la lympho-granulomatose maligne.

Du point de vue biologique général, le S. R. E. ne doit pas être considéré comme une spécialisation, une différenciation du mésenchyme, mais bien comme une réserve du mésenchyme embryonnaire, indifférencié, doué des fonctions vitales essentielles et présentant les possibilités évolutives les plus diverses.

Cette conception apporte de précieux éclaircissements dans l'étude des tumeurs d origine conjonctive et permet de tracer les grandes lignes d'une classification rationnelle des sarcomes.

Les grandes endémies tropicales. Etudes de pathogénie et de prophylaxie. Conférences faites au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris par les médecins du Corps de santé colonial. In-8° raisin, 152 pages, avec 2 planches hors-texte, 1932, 18 fr. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole de-Médecine, Paris, 6°.

Troisième année (13 avril, 4 mai 1931) : N. BERNARD, Le rôle des instituts de microbiologie et d'hygiène aux colonies. — M. BLANCHARD, Le milieu colonial indigène dans ses rapports avec l'hygiène. — BOTREAU-ROUSSEL, Les filaires, l'éléphantiasis. — G. BOUFFARD, Les maladies sociales dans l'Ouest-Africain. — F. HECKENROTH, La protection sanitaire des indigènes dans les chantiers de travaux sous les tropiques. — J. LAIGRET, Notions acquises au cours de ces dernières années sur la transmission, la prophylaxie et le traitement de la fièvre jaune. — M. LÉGER, Ce que nous savons et ce que nous ignorons encore de l'épidémiologie du choléra. — G. MARTIN, L'influence du climat tropical sur le psychisme de l'Européen. — R. PONS, La vaccination dans les maladies microbiennes coloniales. — H. TOULLEC, La tuberculose aux colonies.

Technique pratique des examens labyrinthiques (Examen acoumétrique, examen vestibulaire), par A. AUBIN et R. MADURO, Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. In-8° raisin, 64 pages. avec 26 figures. 12 fr.

Dégagé de toutes considérations et de tous développements scientifiques, les auteurs n'ont retenu que les éléments strictement indispensables à la compréhension de telle méthode d'examen ou à l'interprétation de ses résultats. Ils se sont attachés à décrire avec minutie, avec figures à l'appui, la technique de chacun des procédés usuels d'investigation de l'oreille interne, et à mettre en garde contre les principales causes d'erreur. Cette description est, en outre, prétexte à un certain nombre d'aperçus ou de déductions cliniques qui pourraient avoir la valeur de jalons ou de repères destinés à guider le lecteur dans l'interprétation des examens qu'il sera appelé à faire.

Hygiène, nudité, soleil aux colonies, par le Dr FOUGERAT DE DAVID DE LASTOURS. In-8° raisin, 52 pages, avec 16 illustrations. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 5 fr.

L'auteur trace en quatre paragraphes le tableau de la marche inexorable de la carence solaire, *Chez l'indigène*, avec la dénutrition qui en est le résultat et la maladie qui envahit les organismes ainsi appauvris.

D'autres faits montrent, *Pour le Blanc*, la nécessité de l'insolation hygiénique dans les régions tropicales. A l'encontre du préjugé répandu en France, c'est le plus sûr garant contre l'alcoolisme, le cafard, la folie, les souffrances physiques et morales qui guettent le blanc égaré dans le bled.

Revue des cours et conférences. Sommaire du n° du 15 décembre 1931 : Léon Brunschwig : De l'ironie dans les tragédies de Racines. — R. Bray : Chronologie du romantisme (1804-1830) (I) : Les premières controverses. — A. Forest : Figures et doctrines de philosophes au XIIIe siècle (I) : Caractère général de la philosophie au XIIIe siècle. — I. Hazard : La pensée de Vico (II) : Les valeurs dynamiques de la Scienza Nuova. — A. Puech : Esthétique et critique littéraire chez les Grecs (IV) : Platon : la réglementation morale de la poésie et de la musique. — E. Tornelat : Lessing et Corneille interprète d'Aristote (I). — J. Legras : L'art de Gogol (IV) : Le Manteau, les Ames mortes.

champ pulmonaire, si la lésion est localisée) le dessin de l'arbre broncho-vasculaire apparaisse indiscutablement plus accentué et la transparence normale du poumon nettement diminuée.

2° *Si les lésions sont bilatérales*, il faudra que l'image de sclérose diffuse soit réellement très caractérisée donnant d'emblée l'impression d'un aspect anormal des champs pulmonaires, sans qu'il soit possible du reste de fournir un critérium précis, seule, l'expérience du médecin pouvant décider en pareille circonstance.

Etude anatomique

Nos connaissances sont très incomplètes, notamment en ce qui concerne la *sclérose diffuse*. Dans ce cas, en effet, il s'agit, comme nous le verrons plus loin, de petits malades, qui ne songent nullement à fournir à leur médecin l'occasion d'une vérification nécropsique. Aussi, c'est vainement que l'on recherche dans les ouvrages spécialisés une description anatomique de cette sclérose péri-broncho-vasculaire, de cette tramite dont l'existence radiologique paraît cependant indéniable.

En ce qui concerne *les scléroses denses*, plus ou moins volumineuses, nous sommes naturellement mieux renseignés, du moins sur leurs caractères macroscopiques (1).

Voici, à titre d'exemple, le protocole d'une autopsie, relevée dans l'ouvrage de M. Letulle où l'on trouvera réunis les caractères principaux de la tuberculose fibreuse. Il s'agit d'une sclérose localisée au sommet : « Le sommet est encapuchonné par une plèvre épaissie d'un blanc « nacré. De cette plèvre partent des lames fibreuses qui « s'enfoncent dans l'épaisseur du poumon. Le sommet « est transformé en un bloc fibreux, dense, anthracoïde « dans lequel on trouve presque toujours des cavernules « beaucoup moins volumineuses que celles de la phtisie « commune. Ce sont des cavités sèches, détergées, creu« sées en plein tissus fibreux et plutôt allongées que « rondes. Dans le lobe inférieur, partent de la plèvre, du « hile, et de la cicatrice apicale des bandes fibreuses qui « sillonnent le parenchyme. »

Même description donnée par M. Bard, dans son ouvrage classique sur la classification des formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. L'auteur mentionne lui aussi, au sein des lésions fibreuses, l'existence de petits blocs caséeux, secs, graisseux ou calcaires, voire même de quelques petites cavernules sèches, seuls indices de la tendance caséeuse.

Nous retrouvons dans ces deux descriptions les éléments essentiels de la lésion fibreuse, à savoir :

1° Une cicatrice dense.

2° Des travées fibreuses rayonnant dans le parenchyme.

3° L'association à cette lésion fondamentale de nodules calcifiés, d'anthracose, de lésions pleurales.

4° La présence constante, au sein des tissus cicatriciels, de petites cavernules plus ou moins nettement guéries. C'est là un fait d'une importance capitale, sur l'importance duquel nous aurons à revenir.

Toutefois, la tuberculose fibreuse présente encore quelques particularités anatomiques qu'il importe de mentionner, car elles nous expliquent certains des caractères cliniques de la maladie.

1° *Néoformations vasculaires.* A la périphérie des placards fibreux, il n'est pas rare de retrouver les capillaires sanguins, abondants et dilatés, donnant parfois l'impression d'un véritable tissu caverneux. Cette particularité des nodules fibreux, ou tout au moins de certains d'entre eux explique la fréquence des hémoptysies dans la tuberculose fibreuse (M. P. Weil).

2° *Lésions d'emphysème* « elles sont le satellite obligatoire de la tuberculose fibreuse » (Tripier). Mais la question est beaucoup plus compliquée qu'on ne l'a cru pendant longtemps et que beaucoup ne le croient encore. On doit en effet distinguer comme l'avait déjà bien vu Laennec deux variétés d'emphysème :

1° L'emphysème hypertrophique (hypertrophie du poumon de Laennec) lequel se développe à distance des lésions tuberculeuses, dans les parties restées saines du poumon. Il correspond à un phénomène de compensation, de suppléance, qui provoque un développement anormal de l'élément respiratoire. Les alvéoles apparaissent agrandis, d'où le nom d'emphysème — légitime en un sens — donné à cette lésion. En revanche, les parois sont hypertrophiées et abondamment pourvues de capillaires dilatés. Comme le dit Bériel, il *s'agit essentiellement d'un remaniement anatomique du poumon, en vue de l'équilibre physiologique.*

2° L'emphysème atrophique (emphysème de Laennec) apparaît inversement, comme intimement mêlé aux lésions pulmonaires. Là aussi, les alvéoles sont dilatés, mais leurs parois sont minces, scléreuses, atrophiées.

Pour Tripier, cette lésion serait identique à la précédente, et c'est secondairement que l'emphysème hypertrophique serait modifié par les phénomènes inflammatoires dépendant des lésions tuberculeuses voisines. Au contraire pour M. Letulle, qui semble avoir raison, l'emphysème atrophique n'a pas de lien de parenté avec l'emphysème hypertrophique. Il est le résultat d'un processus d'inflammation chronique qui détermine une atrophie progressive, mutilante du tissu respiratoire, caractérisée en particulier par la disparition des fibres élastiques des parois de l'alvéole qui, peu à peu, se laissent distendre.

3° *Bronchectasie* : elle se développera selon le mécanisme indiqué par Letulle à propos de l'emphysème atrophique : la dilatation bronchique n'est en somme que l'emphysème de la bronche.

4° *Enfin le cœur droit* gêné dans son fonctionnement, ne tarde pas, lorsque les lésions fibreuses sont importantes, à s'hypertrophier et à se dilater.

Etude clinique

Le caractère essentiel de la tuberculose fibreuse réside dans la symptomatologie fruste, atténuée, qu'elle revêt habituellement. C'est du reste pour cette raison qu'elle demeure, dans bien des cas, *une trouvaille radiologique.*

L'état général est ordinairement conservé, parfois même excellent ; il n'y a pas d'amaigrissement, du moins important. L'asthénie est habituellement peu marquée ou même absente. Enfin, fait essentiel, la fièvre manque ou ne se manifeste que par de brèves poussées de fébricules, séparées par de longs intervalles d'apyrexie absolue.

Les signes physiques seront eux aussi moins nets que dans la tuberculose fibro-caséeuse banale. Pour bien les comprendre il faut se représenter l'état anatomique du poumon, lequel peut du reste se résumer en deux mots : condensation avec minimum de phénomènes sécrétoires. On relèvera donc d'une façon à peu près constante les signes habituels qui traduisent la densification du parenchyme : matité, respiration soufflante ou souffles, pectoriloquie, etc. (1).

Quant aux bruits pathologiques, fonction des phénomènes sécrétoires ils seront naturellement très discrets et consisteront ordinairement en râles fins, disséminés, mobiles et en sibilance. La respiration rude et obscure au sommet (c'est-à-dire au niveau des lésions) sera sou-

(1) Nous ne pouvons entrer ici dans l'étude histologique de ces lésions fibreuses, question complexe, et même confuse. Letulle retient deux grandes variétés : la sclérose hypertrophique, respectant l'armature générale du poumon, et la sclérose atrophique, cicatricielle et mutilante. Le lecteur trouvera dans le livre de M. Letulle, sur la tuberculose pulmonaire, tous les renseignements désirables à ce sujet.

(1) Toutefois ces signes de condensation pourront manquer soit qu'une zone d'emphysème enveloppe la lésion, soit que celle-ci soit trop peu importante ou trop profondément située, soit qu'il s'agisse d'une sclérose diffuse discrète.

vent exagérée à la base ou dans le poumon opposé, traduisant alors l'existence d'un emphysème compensateur. Si c'est au contraire l'emphysème atrophique qui domine on enregistrera la symptomatologie classiquement attribuée à l'emphysème et notamment l'inversion du rythme respiratoire avec expiration prolongée donnant l'impression d'un poumon devenu rigide et inélastique, du fait de l'atrophie scléreuse des parois alvéolaires.

En résumé symptomatologie atténuée mais variable et complexe comme on le voit.

Les *signes fonctionnels* sont dans la règle, très peu importants, ou même absents (pas ou peu de toux, pas ou peu de crachats). En revanche, les douleurs thoraciques, du fait de la participation pleurale, sont habituellement beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus vives que dans les formes à tendance caséeuse. La dyspnée est fonction de l'étendue des lésions et de la fatigue du cœur ; chez les vieux fibreux, elle manque rarement, et peut être très marquée.

Mais cette symptomatologie si fruste dans son ensemble, peut changer, si, comme cela arrive fréquemment, des lésions de dilatations bronchiques se surajoutent aux lésions parenchymateuses. Les bruits pathologiques deviennent alors nombreux simulant parfois ceux d'une bronchite diffuse ou même d'une tuberculose cavitaire.

La toux et l'expectoration pourront augmenter et dans des proportions considérables. La rareté ou l'absence de bacilles de Koch contrastant avec l'abondance de l'expectoration, constituent alors un des principaux éléments du diagnostic.

L'indigence habituelle des signes cliniques et notamment des signes d'auscultation s'oppose à la précision des renseignements fournis par le radio-diagnostic lequel révèle, comme on l'a vu, des images très nettes décelant des altérations souvent considérables du parenchyme. Cette *loi des contrastes* (Dumarest) constitue un des meilleurs éléments du diagnostic de la tuberculose fibreuse.

Examen bactériologique. — Il ne décèlera que de rares bacilles et souvent d'une façon intermittente, à l'occasion d'une cause intercurrente (congestion grippale, menstruelle, etc.).

Evolution

Elle est lente. Le pronostic *quoad vitam* est bon, mais la guérison complète (1) ne peut être escomptée, du moins lorsque les lésions sont de quelque importance. En somme, *maladie plus bénigne que curable*, selon la très juste formule de M. Dumarest, qui résume bien la situation. Il faut savoir toutefois que les tuberculeux fibreux ne sont pas absolument à l'abri de poussées évolutives graves, soit qu'ils fassent des lésions caséeuses évolutives banales, soit qu'il se produise, en plein centre fibreux, une véritable fonte purulente tuberculeuse (Bezançon et Braun).

Enfin, la *granulie* affectant souvent du reste le type torpide et les *localisations intestinales secondaires*, doivent compter parmi les complications qui menacent les fibreux. Néanmoins ces éventualités redoutables doivent être considérées comme exceptionnelles. Parsemée d'incidents minimes, dont les plus fréquents sont les *hémoptysies* (si fréquentes qu'elles représentent un des meilleurs éléments de diagnostic (2), la tuberculose fibreuse se stabilise ou évolue fort lentement. L'insuffisance du poumon retentit peu à peu sur le cœur et, à une phase un peu avancée, surtout si les lésions occupent une partie importante du champ pulmonaire, le malade prend surtout l'allure d'un cardiaque. Il sera en tout cas traité comme tel, le repos, de fréquentes dérivations sanguines, l'administration de toniques cardiaques variés, constituant la base du traitement. Dans d'autres cas ce sont les signes d'inflammation bronchique qui domineront la scène et l'on peut dire d'une façon générale que tout tuberculeux fibreux devient, en vieillissant, un bronchitique.

(1) Sauf dans les cas de sclérose diffuse, qui est du reste elle-même une guérison.

(2) Ajoutons que parfois il y a coexistence chez ces malades de sclérose rénale qui en entretenant une tension artérielle paradoxalement élevée contribue à provoquer des hémoptysies.

Formes anatomo-cliniques

Fibro-thorax. — Etendu au poumon tout entier, la tuberculose fibreuse prend le nom de fibro thorax (Vincenti). Elle s'accompagne alors de matité massive, hydrique même, avec silence et souffle (signes pseudo-pleurétiques) Nous ne reviendrons pas sur les caractères radiologiques de cette forme.

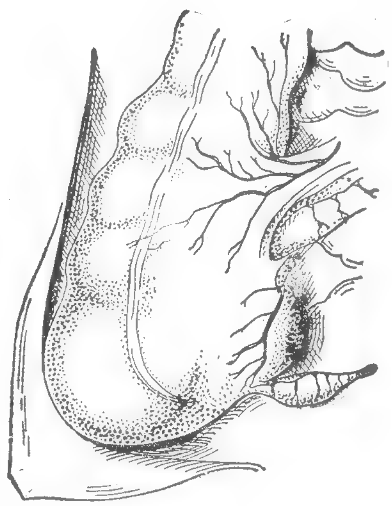
Ordinairement, le fibro-thorax correspond à la phase ultime d'une longue histoire. Il représente l'effort de réparation réalisé pendant des années par l'organisme en lutte avec des lésions tuberculeuses, primitivement graves et étendues. On note souvent en pareil cas que le poumon opposé est entièrement sain. Il est du reste vraisemblable que c'est cette intégrité de l'organe congénère qui a permis la résistance prolongée et finalement victorieuse de l'organisme.

Tuberculose fibro-calcaire de Sergent. — Elle est caractérisée anatomiquement par de gros trousseaux fibreux, rayonnant à partir du hile et parsemés de nodules calcifiés. Pour M. Sergent, cette forme s'observerait surtout chez les syphilitiques, qui d'une façon générale, présentent une tendance remarquable à la formation de tissu cicatriciel.

Sclérose apexienne inactive de Léon Bernard. — Caractérisée radiologiquement par une grisaille du sommet, souvent ponctuée de petits nodules calcifiés, elle se traduit cliniquement par des modifications discrètes de la respiration (rudesse) et de la sonorité pulmonaire (submatité). L'intérêt de cette forme réside dans la place que certains auteurs, comme M. Léon Bernard, lui attribuent avec raison, dans l'évolution générale de la tuberculose. La sclérose apexienne inactive correspondrait à une lésion éteinte, cicatricielle, remontant à l'enfance ou au jeune âge, et de fait, il est assez fréquent de la constater chez de jeunes sujets où la tendance scléreuse, comme on le sait, est habituellement peu marquée. Lorsque l'adolescence, ou à l'âge adulte, il se produira une récidive grave, celle-ci occupera, en général, une région entièrement distincte : la région sous-claviculaire ou inter-cléido-hilaire, suivant l'expression de M. Léon Bernard. De là, la distinction, sans doute un peu schématique, établie par de nombreux auteurs allemands qui opposent les lésions ordinairement bénignes de l'extrême sommet, aux lésions à tendance évolutive de la zone sous-claviculaire. Ajoutons que souvent, la sclérose apexienne semble réunie par des tractus fibreux au hile pulmonaire, lequel apparaît parsemé de nodules calcifiés, sorte de « réponse » aux nodules calcifiés du sommet. Ainsi se trouve réalisé un *type fibro-calcaire hilo-apexien* souvent très caractéristique.

Il faut savoir que la forme anatomo-clinique décrite par Bard sous le nom de *tuberculose abortive*, correspond pratiquement à la sclérose apexienne inactive — quand elle correspond à quelque chose. En effet, les signes cliniques qui, selon Bard, caractérisent cette forme sont fort vagues et peuvent être assimilés, dans bien des cas, à de simples asymétries respiratoires sans substratum anatomique. Du reste, le mot lui-même de tuberculose abortive est inexact (à s'en tenir à la description de Bard). Il ne s'agit pas à proprement parler d'une forme abortive (c'est-à-dire tournant court après un début normal) mais simplement d'une forme bénigne cicatricielle. Dumarest a proposé récemment de démembrer la tuberculose abortive de Bard C'est peut-être attacher à cette question une im

Parmi les conséquences de la constipation



Caecum dilaté et distendu empêchant par compression la circulation du sang dans l'appendice vermiculaire.

il faut enregistrer non seulement les graves toxémies, qui ont fait l'objet de nombreuses études ces dernières années, mais aussi des états relevant de facteurs purement mécaniques, tels que le déplacement de viscères, ou la pression exercée par l'intestin distendu.

Le LORAGA réunissant trois actions essentielles : lubrification de l'intestin, restauration du péristaltisme et ramollissement des fèces accumulées, contribue d'une façon générale à combattre les effets de la constipation. Grâce à son action douce mais puissante, le Loraga aide l'organisme à revenir à une évacuation normale et régulière en rétablissant la *fonction péristaltique*.

La sûreté d'action du Loraga lui à définitivement conquis la confiance du corps médical qui, dans la plupart des cas de constipation aiguë ou chronique, prescrit avec succès le Loraga — une cuillerée à soupe au coucher.

MM. les Médecins qui en feront la demande recevront gracieusement un échantillonnage suffisant de ce produit, pour leurs essais cliniques.

LABORATOIRES SUBSTANTIA

GUILLEMOTEAU & CIE, PHARMACIEN

13, RUE PAGÈS, à SURESNES Seine)



LE LORAGA est la première Emulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar employée ; elle possède les avantages suivants ; homogénéité et stabilité parfaites ; goût agréable malgré l'absence de tout arôme artificiel ; absence de sucre, d'alcalis et d'alcool ; pas de contre-indications ; pas de suintements ; pas de coliques ni de douleurs intestinales ; pas de nausées ni de troubles gastriques ; pas d'accoutumance.

portance qu'elle n'a plus. On ne démembre pas une erreur. On la supprime (1).

La tramite (Bezançon et Braun). — Caractérisée radiologiquement, comme on l'a vu, par une accentuation du dessin de l'arbre broncho-vasculaire et par une grisaille diffuse, plus ou moins caractérisée des champs pulmonaires, elle n'a pas le plus souvent d'histoire clinique. Tout au plus s'accompagne-t-elle de modifications peu importantes de la respiration, obscurités ou rudesse ou mélange des deux, avec des bruits adventices insignifiants. Ceux-ci peuvent cependant devenir plus importants, à l'occasion de poussées bronchitiques que la tramite semble favoriser. Bref, c'est en plus atténué, le tableau habituel de la tuberculose fibreuse. L'état général est bon, souvent même excellent, et la plupart des malades ignorent leur maladie. Dans la règle, c'est un incident fortuit (hémoptysie) ou un examen pratiqué systématiquement chez tous les membres d'une famille (lorsqu'un cas de tuberculose avérée y a été constaté) qui permettra de découvrir l'existence de cette maladie dont la symptomatologie est encore une fois, essentiellement radiologique. Plus exceptionnellement, la tramite s'accompagnera d'un état valetudinaire avec petits clochers de fièvre espacés, ou fébricules intermittentes.

Dans quelques cas, l'image de tramite est associée à des lésions micro-nodulaires disséminées. C'est là, on l'a déjà dit, une forme particulière que nous retrouverons au chapitre des granulies.

Pathogénie et signification de la tuberculose fibreuse (2)

Personnellement, nous pensons que, là encore, il faut établir une distiction entre la *tuberculose fibreuse nodulaire* et la *tuberculose fibreuse diffuse*.

La tuberculose cicatricielle nodulaire, quelle que soit son étendue, doit être considérée en principe comme une réaction de défense, destinée à enkyster, à cicatriser un nodule tuberculeux ayant subi tout ou partie la transformation caséeuse ou ulcéro-caséeuse. Elle est donc avant tout une cicatrice — cicatrice tuberculeuse s'entend, c'est-à-dire plus ou moins imparfaite dans l'immense majorité des cas.

En revanche, la tuberculose fibreuse diffuse, nous apparaît comme le reliquat d'une lésion diffuse et non destructive (tuberculose pneumonique, et plus exceptionnellegranulie discrète, à évolution favorable (3).

***

Notre conception est donc très différente de celles de M. Bard et de M. Dumarest. Ces auteurs, on l'a vu, voudraient faire de la tuberculose fibreuse, une affection particulière, en quelque sorte une maladie. « L'enkystement fibreux des lésions actives, écrit M. Bard, leurs cicatrices mêmes ne sont pas à proprement parler de la tuberculose fibreuse : on retrouve ces phénomènes à un degré plus ou moins accusé, dans toutes les formes un peu lentes de la maladie ; ils sont notamment le propre des forme fibro-caséeuses. Au contraire, le caractère sclérogène d'emblée du processus tuberculeux naissant est le propre des lésions fibreuses, lésions progressives, voire mêmes envahissantes, mais qui d'ailleurs ne sont jamais destructives... La phtisie fibreuse a été considérée à tort comme un mode de terminaison propre aux cas favorables, alors qu'il faut y voir des formes spéciales dès leur origine». Ainsi pour M. Bard, les formes fibreuses ne sont pas simplement caractérisées (comme le voulait Tripier) par l'importance, par la prépondérance du tissu fibreux, mais par ce fait que cette tendance fibreuse se manifeste : 1° à l'état pur, ou presque ; 2° d'emblée.

M. Dumarest a encore renchéri sur les idées de Tripier. Pour cet auteur, il n'est plus simplement question d'une distinction mais d'une véritable opposition entre la tuberculose fibreuse et la tuberculose cicatricielle : «Les lésions de sclérose pulmonaire interstitielles ou parenchymateuses, écrit cet auteur, ne sont-elles pas tout ou partie les séquelles de cicatrices éteintes ? Je ne le crois pas. L'hyperplasie conjonctive, je ne saurais trop le répéter, est un phénomène de réaction inflammatoire diffuse constructive, qui n'a rien de commun avec la sclérose cicatricielle, laquelle est toujours un phénomène local, et anatomiquement peu important. Les observations prolongées sur de longues périodes, nous ont permis de reconnaître le caractère extensif et progressif de la sclérose pathologique. Que penser d'une cicatrice qui grandirait avec le temps ? Le propre d'une cicatrice, c'est d'être rétractile et de s'effacer progressivement. Dans ce cas, tendance extensive et constructive, dans l'autre, tendance à la localisation et à l'effacement, ce sont là les caractères contradictoires».

Le raisonnement est spécieux. Mais il ne résiste pas à l'examen des faits, du moins à notre avis. Que dans quelques cas, la nature se trompe, je veux dire que la réaction de défense (c'est-à-dire la formation du tissu fibreux) soit hors de proportion avec l'attaque, et qu'ainsi la tuberculose pulmonaire prenne d'emblée l'allure d'une sorte de néoplasie fibreuse envahissante, au sein de laquelle l'élément inflammatoire caséeux, *primum movens* du processus réactionnel, apparaît absolument insignifiant, la chose est possible Mais c'est là certainement l'exception. Et, si l'on veut la réduire à ces cas très particuliers, la tuberculose fibreuse, bien loin de constituer (comme le veulent Bard et Dumarest) une affection extrêmement fréquente, n'apparaîtra plus que comme une curiosité pathologique. Nous pensons au contraire qu'en règle générale, à une cicatrice étendue, importante, dense, ont primitivement correspondu des lésions de type évolutif, de type caséeux, caractérisés et souvent même graves et étendus.

Les erreurs de la nature auxquelles nous avons fait allusion, ne sont pas aussi fréquentes qu'on le croit, et, en règle générale, de vigueur de la défense, on peut conclure, dans une certaine mesure, à la gravité de l'attaque. C'est ce qui apparaît clairement pour quiconque a pris l'habitude de suivre l'évolution des lésions pulmonaires par la prise de clichés en série. Inimaginables sont les transformations lésionnelles qui peuvent s'accomplir dans le poumon d'un tuberculeux. Tel malade qui présente une caverne géante ne semblera plus atteint quelques années plus tard, que d'une sclérose du sommet. Si l'on observe alors le malade, on concluera à une tuberculose fibreuse dense, selon la conception de Bard et Dumarest et une vérification nécropsique ne montrant que des lésions terminales, évoluées, semblerait confirmer ce diagnostic. Cependant, comme on l'a vu, la succession des événements — que seule encore une fois la prise de clichés en série permet de reconstituer — démontre qu'une pareille conclusion serait erronée. Lorsqu'elle s'appuie sur de nombreux documents radiographiques, l'observation prolongée du malade nous confirme dans cette idée, la tuberculose fibreuse correspond bien à un pro-

(1) Ajoutons à ce propos que s'il était besoin de trouver une preuve de plus, du rôle essentiel du radio-diagnostic, elle serait aisément fournie pas l'effondrement de toute une partie de la classification de Bard depuis l'avènement de l'ère radiologique.

(2) Nous ne reviendrons pas ici sur la pathogénie et la signification de la tramite à propos desquelles nous nons sommes déjà expliqué, dans un travail antérieur auquel nous renvoyons le lecteur. (A. GIRAUD, La localisation initiale de la tuberculose pulmonaire. *La Presse médicale*. 16 octobre 1929). Nous nous bornerons à rappeler que la tramite ne doit pas être considérée comme l'image radiologique de la tuberculose incipiens mais comme un reliquat.

(3) Notons toutefois que la distinction entre la tuberculose fibreuse nodulaire et la tuberculose fibreuse diffuse n'est pas toujours aussi absolue que notre exposé, nécessairement un peu schématique, ne pourrait le faire penser. Il est possible, dans certains cas, de voir des lésions fibro-caséeuses caractérisées et même étendues guérir plutôt par résolution que par cicatrisation et ne laisser après elle qu'une image radiologique de sclérose diffuse.

cessus de réparation, et que son histoire se confond en définitive avec celle de la tuberculose cicatricielle.

***

L'idée que certaines cicatrices tuberculeuses continuent à progresser, réalisant, comme on l'a dit, une véritable néoplasie fibreuse correspond elle aussi à une erreur, dans la majorité des cas. Si la cicatrice s'étend c'est qu'il y a eu récidive puis réparation, mais chez les fibreux les récidives, même lorsqu'elles affectent le type cavitaire, évoluent souvent à bas bruit et se réparent rapidement. Ainsi s'expliquent quelles puissent passer inaperçues si le malade n'est pas soumis à un contrôle radiographique attentif. *En résumé la cicatrice ne progresse que si une nouvelle poussée tuberculeuse* (pneumonique, caséo-ulcéreuse, granulique) *lui en fournit l'occasion*. Il y a du reste assez longtemps que M. Bard lui-même s'était demandé si certaines fibroses diffuses ou denses ne résultaient de poussées granuliques discrètes et répétées.

***

Tout ce que nous concéderons à la doctrine de Bard et Dumarest est qu'en effet cette tendance cicatricielle se manifeste d'emblée, ou en tout cas d'une façon très précoce, et avec une extrême énergie. Les malades qui, pour des raisons qui nous échappent encore, sont aptes à fabriquer du tissu fibreux témoignent immédiatement de cette aptitude. Mais cela n'exclut nullement l'existence de lésions caséeuses caractérisées et même importantes, lesquelles, comme chacun sait, peuvent se former avec une si extraordinaire rapidité qu'elles devancent en quelque sorte, toute tentative de résistance. Mais celle-ci ne tardera pas à se produire, et même à triompher en dépit de la gravité de l'atteinte, et c'est ce qui caractérise en définitive la tuberculose fibreuse, nodulaire cicatricielle.

Quant aux arguments invoqués par M. Dumarest, pour opposer la tuberculose fibreuse à la tuberculose cicatricielle, ils nous paraissent peu convaincants. Il n'est pas exact de dire qu'une tuberculose cicatricielle est nécessairement « un phénomène localisé et anatomiquement peu important ». Tous les phtisiologues connaissent cette lésion, banale s'il en fut, que constitue la tuberculose ulcéro-fibreuse, et dans laquelle une caverne centrale est entourée d'une vaste condensation fibreuse occupant parfois la totalité d'un lobe. Cette lésion ne peut évidemment pas être considérée comme négligeable, et cependant, en est-il une qui mérite mieux le nom de tuberculose cicatricielle? Quant à la double tendance rétractile et envahissante des cicatrices tuberculeuses elle correspond à des faits d'observation courante. Nous avons vu que, chez les fibreux, la réaction de défense est, *grosso modo*, proportionnelle à la gravité des lésions primitives. Voici un malade qui creuse une cavité dans un lobe pulmonaire. Le tissu avoisinant réagit en formant autour de cette ulcération une volumineuse coque fibreuse qui dans certains cas, comme on vient de le dire, envahira le lobe dans sa totalité. Il y a donc extension de la cicatrice, puisqu'elle occupe des parties de plus en plus étendues du champ pulmonaire, mais en même temps, de par la structure spéciale du tissu fibreux, il y a également rétraction, réduction de volume du lobe pulmonaire atteint, et, par voie de conséquence, déplacement et déformation des organes voisins et rétraction de la cage thoracique.

Hypophyse et impuissance génitale chez l'homme. — P. Schiff (Société Médico-psychologique) a administré, avec d'excellents résultats, de l'extrait d'hypophyse antérieure aux doses de 1 gr. 20 et 1 gr. 80 par jour dans six cas d'impuissance sexuelle, que des traitements chimiothérapiques et physiothérapiques variés n'avaient pas réussi à améliorer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1931

Cancer du testicule. — *M. L. Bazy* signale l'existence fréquente de la réaction de Brouha et Simonnet chez les porteurs de cancer testiculaire, quelle qu'en soit la forme histologique.

La sérofloculation à la résorcine chez les tuberculeux osseux — *M. Clavelin* apporte plusieurs observations montrant l'intérêt de cette réaction pour préciser le moment favorable à une intervention.

Hernie diaphragmatique étranglée. — *M. Leveuf* rapporte cette observation de *M. Chauvenot*, concernant une occlusion intestinale. L'opération fut faite entièrement et facilement par une incision abdominale. M. Leveuf estime qu'il est toujours préférable de commencer par elle.

Appendicite perforante au cours d'une dothiénenthérie. — *M. Mondor* rapporte une observation de *M. Moirond* (de Marseille) qui intervint pour syndrome péritoneal au cours d'une fièvre typhoïde. Appendicectomie. Guerison. M. Mondor rappelle la distinction entre appendicite banale et appendicite éberthienne au cours de la fièvre typhoïde et particulièrement dans les formes ambulatoires.

Fracture comminutive ouverte du crâne. — Dans un cas de *M. Coureaud* (de la Marine) que rapporte *M. Auvray*, l'auteur fait une esquillectomie et ferme sans drainage. Les suites sont d'abord très simples, puis, vers la troisième semaine, apparaît une hernie cérébrale avec phénomènes infectieux légers. Des pansements humides et une légère compression, amènent la disparition de la hernie. Guérison.

Volumineux hydrosalpynx. — *M. Auvray* rapporte cette observation de *M. Morice* (de Caen). Il s'agissait d'une tumeur liquide contenant 25 litres de liquide.

Contracture de la paroi au cours d'une plaie médullaire. — *M. Alglave* rapporte cette observation de *M. Baillat* (de Perpignan) et la rapproche d'une observation personnelle antérieurement publiée. Dans les deux cas, il s'agit de plaie par balle et la laparotomie ne révéla aucune lésion viscérale.

M. Bréchot observa un cas analogue au cours d'une fracture rachidienne sans lésion médullaire.

MM. Picot et *Moucher* ont vu aussi des cas identiques.

L'infarctus intestinal. — *M. Gosset* clot la discussion précédemment ouverte et conclut à trois grandes causes de l'infarctus : artérielle, veineuse et intestinale.

Echinococcose multiloculaire du fémur: — *M. Maisonnet* rapporte une observation intéressante de *M. Paitre* (de l'Armée) Fracture sous-trochantérienne que sa non-consolidation permit de rapporter à son étiologie véritable. L'échec du traitement conservateur amena à la désarticulation de la hanche.

Kyste hydatique pelvien calcifié. — *M. Maisonnet* rapporte ce cas, dont *MM. Vaulande* et *Bernasconi* firent le diagnostic radiologique.

G. Menegaux.

« Quiconque analyse d'une façon attentive et impartiale tout ce qui a été publié sur le vaccin de Friedmann doit arriver à la conclusion que, dès les premiers moments où il a été connu, ce vaccin a été, à de très nombreuses reprises, essayé et contrôlé avec sérieux et impartialité, *mais qu'il ne constitue pas plus une panacée de la tuberculose que les multiples remèdes ou méthodes qui ont été jadis préconisés comme tels.* (Extrait d'une declaration du Comité central allemand de lutte contre la tuberculose relative au vaccin de Friedmann et parue à Berlin en mai dernier.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La gastrophotographie

La gastrophotographie, méthode introduite en France par Garin, constitue un mode d'exploration gastrique d'un maniement simple, rapide, indolore et sans dangers, dit Pierre Bernay, dans les conclusions de sa thèse consacrée à ce sujet (*Thèse de Lyon*, 1931, 118 p., XXIV planches). Elle permet d'obtenir des images parfaitement nettes, auxquelles la vision stéréoscopique confère une grande précision, ce qui élimine au maximum le facteur interprétation. Cette méthode ne s'opdose en rien aux autres procédés d'exploration gastrique, pas plus à la gastroscopie qu'aux méthodes radiologiques dont les buts sont différents. Elle nesaurait d'ailleurs se passer de la radioscopie.

La difficulté d'obtenir des photographies de l'antre et du pylore, le pourcentage élevé des échecs, empêchent de la considérer *actuellement* comme une méthode de diagnostic sûre. On ne peut pas tenir pour valable un résultat négatif et seuls les résultats positifs comptent. Il est vraisemblable, dit l'auteur, que cette critique tombera rapidement devant des améliorations d'instrument et de technique. Dès maintenant la gastrophotographie constitue un procédé de recherches remarquable. Elle montre la fréquence des gastrites, elle facilitera grandement leur étude et rendra vraisemblablement possible la connaissance des lésions pré-ulcéreuses et pré-cancéreuses.

Sur plus de 100 tentatives de gastrophotographies, l'auteur n'a eu qu'une seule syncope de quelques secondes chez une femme névropathe. Le retrait brusque de la baudruche donne au sujet la sensation d'un choc au creux épigastrique. Ce choc, produit au voisinage immédiat du cœur et du plexus solaire, que certains sujets comparent à un léger coup de poing, n'entraîne cependant aucun incident. Si le choc ressenti habituellement au creux épigastrique est assez léger pour que les patients ne s'en plaignent pas et n'emploient jamais pour le désigner le mot de douleur, cependant, tous les malades porteurs de cholécystites auxquels l'auteur a fait une gastro photographie ont accusé une douleur violente et durable, manifestation qui pour Garin, a une véritable valeur comme élément de diagnostic dans les cholecystites. L'auteur n'a jamais vu d'hématémèse se produire chez des sujets en ayant déjà présenté ou dont les lésions gastriques en indiquaient la possibilité. Il est néanmoins prudent de s'abstenir dans les jours qui suivent une hématémèse. La possibilité de perforation chez les ulcéreux doit être également envisagée.

L'auteur a eu un accident, grave au premier abord, chez un ulcéreux opéré 24 jours auparavant pour une perforation d'ulcus juxta-pylorique (gastro-entéro-anastomose avec enfouissement de l'ulcère). Douleur vive en coup de poignard, pendant l'insufflation — suivie de réaction péritonéale, — mais qui ne conduisit cependant pas à une réintervention et se dissipa rapidement.

Le malade est totalement à l'abri de l'énorme charge électrique utilisée — un court-circuit sur le patient étant impossible en raison même de la construction de la sonde (un conducteur encerclant l'autre).

Le coefficient de Maillard chez les femmes présentant un syndrome d'albuminurie grave au cours de la gestation

Chez la femme enceinte normale et ne présentant aucun signe d'insuffisance hépatique, le coefficient de Maillard qui est tout à fait voisin de la normale au cours des premiers mois de la grossesse, s'élève progressivement pour atteindre sa valeur maxima à la fin du huitième mois ; à cette époque cette valeur moyenne peut être fixée entre les chiffres 11 et 12. C'est jusement parce que cette valeur moyenne élevée, cette augmentation que l'on peut qualifier de physiologique, avait jusqu à présent passé inaperçue — dit Timsit dans sa thèse faite sous les auspices de MM. Voron et Pigeaud (*Thèse de Lyon*, 1931) — que différents auteurs ont été conduits à écrire que le coefficient de Maillard était anormalement élevé chez les malades présentant un syndrome d'albuminurie grave vers la fin de la gestation. L'auteur a recherché la valeur du coefficient

de Maillard chez les femmes enceintes présentant au cours de la grossesse un syndrome d'albuminurie grave, soit une albuminurie simple remarquable seulement par son intensité, soit au contraire une albuminurie accompagnée par un ou plusieurs signes d'imperméabilité rénale : œdème, hyper-azotémie, hypertension. L'auteur rapporte vingt observations de malades hospitalisées au cours de leur grossesse à la clinique du professeur Voron pour un syndrome d'albuminurie. Le taux du coefficient de Maillard a été recherché à plusieurs reprises chez chacune de ces malades. Souvent il a été trouvé au voisinage de la normale ou même à un chiffre inférieur. A plusieurs reprises il a été trouvé très élevé, mais en aucun cas le chiffre observé n'a été supérieur à 15. Chez une malade éclamptique, l'auteur a trouvé un coefficient de Maillard sensiblement voisin de la normale. Dans les 20 observations de l'auteur, le taux moyen du coefficient de Maillard est de 8,86, valeur inférieure à celle trouvée par MM. Pigeaud, Brochier et Fouillouze chez des femmes normales.

A noter que les deux coefficients de Maillard élevés, observés et rapportés par l'auteur, ont été constatés chez des spécifiques. Contrairement aux conclusions formulées dans la dernière édition du traité de Brindeau, l'auteur conclut que la recherche du coefficient de Maillard chez les malades présentant à la fin de la grossesse un syndrome grave d'albuminurie ne présente qu'un intérêt très faible au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Adénites sous-trapéziennes

« Des recherches récentes ont montré qu'elles étaient beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'avait cru jusqu'alors, disent MM. G. Huc et van der Horst (*Paris Médical*, 10 oct. 1931).

Ces ganglions au nombre de deux à cinq sont situés, d'une part, sous la partie moyenne du corps du trapèze, d'autre part, le long du chef claviculaire ; ils constituent un groupe aberrant de la chaîne satellite du nerf spinal. Leur atteinte après une affection naso-pharyngée peut donner lieu à une contracture douloureuse permanente du trapèze qui ne cède pas la nuit au repos, ce qui permet de la différencier de la contracture due à un trouble statique. »

Elles ont été étudiées par Rollet du Coudray dans sa thèse (Paris 1929).

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

La commission du Vieux-Paris. L'amphithéâtre Saint-Côme. — La commission du Vieux-Paris a tenu sa séance de novembre à l'Hôtel de Ville. M. Debidour, secrétaire, a fait un historique de l'ancienne académie de chirurgie créée par Saint Louis, sur la sollicitation de son chirurgien Jean Pitard, sous la forme d'une confrérie dite de Saint-Côme et de Saint-Damien. Le premier amphithéâtre fut édifié vers 1561, par le clergé de la petite église de Saint-Côme, qui y attenait, et reconstruite, ce fut l'académie royale de chirurgie, en 1731, qui fut transportée sous Louis XV à l'Ecole de médecine. Les bâtiments disponibles furent affectés à une école gratuite de dessin, qui devint l'Ecole des arts décoratifs. On propose la conservation de ces bâtiments qui rappellent de si intéressants souvenirs. Mais le dégagement des Cordeliers et du musée Dupuytren appellent divers travaux qui menacent l'existence de l'ancienne académie et de l'ancienne Ecole des arts décoratifs. C'est l'étude de ce problème, soumis à la commission, avant tout plan définitif, qui a suscité l'ardente discussion qui a occupé une partie de la séance du Vieux-Paris. Elle n'a abouti encore qu'à des échanges de vues.

La mort de Gustave Le Bon. — *Dans le* Journal des Débats (15 décembre 1931) *un article de M. Henry de Varigny sur Gustave Le Bon. En voici quelques extraits :*

« En mettant fin à l'activité longue, diverse et féconde de Gustave Le Bon, la mort prive la culture d'un homme vraiment

remarquable. Ce fut un esprit des plus curieux, un homme d'intelligence exceptionnelle : on peut dire un génie, et un génie polyédrique. Et son activité a été magnifique. Elle est sortie tout entière de lui-même : il a été son propre maître, son propre initiateur ; il n'a été quelqu'un et lui-même qu'une fois lâché sur l'océan de la vie, après humanités et études médicales auxquelles il n'a pris, sur le moment du moins, nul intérêt apparent.

....

« Que dire de l'homme ? Nul ne s'étonnera qu'il eût la conversation puissante et nourrie. Et si variée... Ceux qui ont eu l'honneur de l'approcher, qui ont été des invités du *Dîner des Vingt* ou du *Déjeuner des Dix*, diront qu'elle pouvait être charmante aussi. Mais, à coup sûr, ce qu'on venait chercher auprès de lui, c'était la pensée, aiguë ou forte, de la nourriture de lion, plutôt que de la miellée. »

On ne le voyait guère dans le monde.

« Ce fut un solitaire. Il cachait sa vie, replié sur lui-même, sur sa pensée, sur les faits, sur son œuvre. Le solitaire entretient, nourrit sa force, et, à son contact, c'était la force, surtout, que l'on sentait, et par là on sentait accrue la sienne propre.

« La science et la philosophie éprouvent une perte cruelle. C'est toujours un mal pour l'humanité que périsse un homme intelligent, et certainement Le Bon était une grande, très grande intelligence, un esprit d'un rare prix, d'une rare puissance. Le voilà parti : mais son œuvre nous reste. Lui-même nous dirait qu'elle est relative, — comme toutes choses. Mais elle représente un réel et solide progrès, et D Berthelot a pu dire que son auteur « nous apparaît comme un des esprits les plus vastes et les plus originaux de notre temps » (1).

M. Léon Daudet consacre également un article à Gustave Le Bon dans l'Action Française (6 décembre 1931). *Il intitule son article* : Un bohème de la science.

« Gustave Le Bon, qui vient de mourir, était un bohème de la science, d'une curiosité universelle, excellent dans les visions chimiques et physiques, — j'ignore s'il avait une grande culture mathématique, mais il n'abusait pas du quantitatif, comme un Meyerson, par exemple — moins bon dans les visions physiologiques et biologiques et, quoi qu'on en ait dit, en psychologie. Le mot de bohème n'a, dans ma plume, aucun sens péjoratif, et bien au contraire. Je pense, comme Mme Rachilde, qui a écrit une si remarquable biographie d'Alfred Jarry, que les bohèmes, les chercheurs hors instituts et académies, sont le sel de la découverte dans tous les domaines, les ouvreurs de voies nouvelles, les coupeurs de brousse, les pionniers. Le grand Charles Cros, qui inventa le phonographe avant Edison, était un bohème. Bohème aussi, l'étonnant Duchenne de Boulogne, qui parcourait les hôpitaux, sa pauvre petite machine électrique à la main, étudiant les fonctions expressives du visage, d'après les contractions musculaires. Bohème, Le papa Durosiez, qui avait étudié, en Robinson de la science, l'insuffisance mitrale et les souffles cardiaques, et dont le cher professeur Potain disait, par manière de calembour, en souriant : « Il a l'imagination du cœur ». Bohème aussi, le Dr Henri Fabre, conseiller de Dumas fils et ami de Drumont. Bohème, et de taille, Gérard de Nerval, somnambule sublime ; Verlaine, Villers de l'Isle-Adam et, du moins au début de sa vie, avant qu'il rencontrât son incomparable compagne, le mystique écorché vif Léon Bloy.

« Le Bon était de cette série-là. »

....

« Toute la médecine officielle actuelle se réclame des travaux, naguère méprisés et raillés, d'un autre bohème de la science qu'était le papa Brown-Séquard, le père des fonctions des glandes endocrines !

« Duchenne de Boulogne, Brown-Séquard, Le Bon, Rosny aîné. Magnifiques esprits parce qu'indépendants, parce que cherchant sans entraves ni lisières, comme l'oiseau chante !

Sir David Bruce. — *M. H. Vincent, Académie des sciences* (7 décembre 1931) :

Les travaux de Sir David Bruce, correspondant de l'Académie et membre du *Lister Institute*, ont une grande importance en pathologie humaine et animale. Membre du Corps médical de l'armée britannique, il avait étudié en 1887, alors qu'il était en garnison à Malte, une maladie singulière qui frappait simultanément les chèvres et les habitants de ce pays et amenait souvent leur mort. Connue sous le nom de fièvre de Malte ou de fièvre méditerranéenne ou encore de fièvre ondulante, cette maladie infectieuse règne, en réalité, dans un grand nombre de

(1) *Revue Scientifique*, 27 décembre 1924.



LE VIN DE VIAL

au QUINA, VIANDE, LACTO-PHOSPHATE de CHAUX

est un aliment physiologique complet

Les principes actifs et bien connus de ces trois produits, rigoureusement dosés et parfaitement assimilables, se trouvent heureusement réunis dans sa formule pour obtenir un maximum d'effet. C'est pour cela qu'il est un reconstituant des plus énergiques dans les cas de DÉNUTRITION et de DIMINUTION DES PHOSPHATES CALCAIRES. Très agréable au goût, il est facilement accepté par les enfants, les femmes, les vieillards et toutes personnes délicates. Il est indispensable aux affaiblis, surmenés débiles, opérés et convalescents.

Laboratoire H. VIAL, 36, Place Bellecour, à LYON

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue George-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent y obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou de 3e classes.



LABORATOIRE

32, Rue de Vouillé et 1, Boulevard Chauvelot, PARIS (XVe)

Tél. : **Ségur 21-32** -:- *Adresse télégr.* : **Lipovaccins-Paris**

LIPOVACCINS

Vaccin antityphique et antiparatyphique A et B
Lipo-Vaccin T A B

Vaccin antigonococcique " Lipogon "

Vaccin anti-staphylo-strepto " pyocyanique "
Lipo-Vaccin antipyogène

Lipo-Vaccin anti-entéro-colibacillaire

Lipo-Vaccin anti-grippal
(Pneumo-Pfeiffer pyocyanique)

Lipo-tuberculine
Solution huileuse de tuberculine au 1/10, 1/5, 1/2, 1 milligramme par (centimètre cube)

VACCINS

hypo-toxiques en suspension huileuse

utilisés dans l'Armée, la Marine et les Hôpitaux

Dans ces vaccins, les microbes, en suspension dans l'huile, sont pour ainsi dire « embaumés », et conservent durant plusieurs mois (de 18 mois à 2 ans) leur pouvoir antigénique. L'absorption des lipo-vaccins par l'organisme est beaucoup plus lente qu celle des hydro-vaccins ; ce qui permet d'injecter des quantités de microbes trois ou quatre fois plus grandes.

Les Lipo-vaccins ne causent pas les chocs vaccinaux très graves qui ont été signalés dans l'emploi des vaccins en suspension aqueuse dont les corps microbiens lysés provoquent l'intoxication brutale de l'organisme.

pays, chauds ou tempérés. Les régions riveraines de la Méditerranée lui donnent particulièrement asile, mais elle est observée aussi jusqu'en Amérique. dans l'Inde, en Chine, etc... De nombreux cas sont signalés en France.

C'est à Sir David Bruce que revient l'honneur d'avoir découvert l'agent pathogène de la fièvre de Malte, le *micrococcus melitensis*. Ses travaux ont reçu une universelle confirmation. Ils ont été le point de départ des études prophylactiques dirigées contre cette infection très dangereuse. Comme président de la commission de la fièvre de Malte, il a participé aux progrès réalisés dans nos connaissances sur l'étiologie de cette maladie, en mettant en évidence le rôle des chèvres du pays et de leur lait consommé cru, dans la transmission de son germe. La contagion peut se faire directement aussi chez les éleveurs, le microbe existant non seulement dans le lait, mais encore dans le sang, les viscères, l'urine, etc., des animaux malades.

Ces travaux ont été le point de départ des recherches qui ont étendu les notions relatives aux autres modes de contagion et surtout aux autres animaux domestiques capables de transmettre le microcoque de David Bruce.

Notre confrère anglais, reprenant en Rhodesie les recherches de Kinghorn et Yorke sur le *Trypanosoma rhodesiense*, parasite des antilopes, a découvert un trypanosome semblable ou une espèce analogue dans l'épizootie connue sous le nom de *Nagana*. Le parasite siège dans le sang et surtout dans le liquide céphalo-rachidien des animaux infectés. Les recherches ultérieures ont montré que le *Trypanosoma Brucei* servit chez les animaux sauvages qui constituent ainsi des réservoirs de virus. La contagion se fait par un hôte intermédiaire : la *glossina morsitans*.

On doit encore à Sir David Bruce des travaux d'un grand intérêt sur la maladie du sommeil. Notre savant confrère a pris une part importante dans les progrès accomplis en pathologie exotique. Sa mort est une grande perte pour la science.

Le médecin et le costume. — *M. Charles Fiessinger, dans* Figaro, *félicite M. Balthazard d'avoir obtenu qu'aux leçons inaugurales des Professeurs Grégoire et Noël Fiessinger, tous les professeurs fussent en robe rouge :*

« Le corps médical, hâtons-nous de le dire, n'a point besoin de cette pompe pour accorder à ses maîtres le degré de mérite qui revient à chacun.

« Si les médecins avaient le vrai art de guérir, disait Pascal, ils n'auraient pas besoin de bonnets carrés. La majesté de la science serait assez vénérable d'elle-même. » Mais, d'autre part. il avait commencé par déclarer « que l'on a bien fait de distinguer les hommes par l'extérieur plutôt que par les qualités intérieures. »

....

« Plus nous nous enfonçons dans la démocratie, plus il importe que de cette vase. les supériorités se dégagent. La mesure du doyen de la Faculté de médecine, en une protestation contre l'enlisement progressif où se perd la distinction des hiérarchies. Nous dirons même plus. A quelque niveau professionnel qu'ils appartiennent, les médecins ont intérêt à ne pas s'abandonner à la négligence de leur tenue professionnelle. Il y a quarante ans, ils endossaient la redingote. Avant cela, certains mêmes engonçaient leur cou dans les plis d'une énorme cravate blanche. Puis est venu le jour de la jaquette et du chapeau melon. (Aujourd'hui, c'est le veston et le chapeau mou) *et aussi l'affreux col mou* !). Il y a quelques années, le regretté professeur Gilbert était le dernier à porter la redingote. Quelques vieux médecins s'obstinent dans leur jaquette et voici que la mode semble revenir.

A l'égard du public autant qu'envers eux-mêmes les médecins ne sauraient mieux faire que de veiller à la dignité de leur tenue, Ils ont leurs diplômes, c'est entendu, et brillamment conquis. Mais le prestige en serait renforcé par le soin dont ils entouraient la sobriété grave de leurs vêtements. Le public est très sensible à cette marque extérieure de supériorité. Il hésite davantage lors d'une malchance professionnelle, à accuser le médecin, qui, tout en se montrant aimable, s'est tenu à distance et ne s'est point laissé aller à des intimités que son absence de dignité dans l'appareil vestimentaire aurait eu tendance à amorcer et à entretenir. Et le médecin lui-même aimera mieux son métier quand il en retrouvera journellement l'esprit dans la disposition de sa toilette. »

Les médecins et la crise économique — *On lit dans* Aux Ecoutes :

Nous rapportions, l'autre semaine, les doléances des avocats. Parmi les professions libérales, celle de plaideur n'est pas la seule à pâtir de l'engourdissement des affaires. Sans compter les artistes et les gens de lettres, il y a le médecin dont la prospérité d'antan entre dans la légende.

Lorsque régnaient les vaches grasses, les médecins avaient accoutumé de voir venir chez eux des gens atteints de coryza. On les mandait à domicile pour une indigestion.

Aujourd'hui, à Paris, les médecins « moyens » ne voient que des malades graves. Ils sont appelés aux chevets à la dernière extrémité.

En province, les cabinets, de jour en jour se vident et comme par enchantement les hernies sont réduites et les appendices disciplines.

L'état de la santé publique est-il meilleur que l'an passé ? Non pas. C'est l'état pécuniaire qui est saccagé.

Littérature publicitaire extra-médicale et médicale. — *Il est toujours intéressant pour le médecin de savoir ce qu'on raconte au grand public sur les choses de sa profession. Voici à titre de curiosité un passage d'un article paru dans la* Revue de France (1er décembre 1931) *sous la signature de M. André Moufflet et intitulé* : Littérature publicitaire :

« ... Dans la chronique « Conseils médicaux » que publient quelques quotidiens, les articles sont toujours prolixs quant à l'origine des maladies et la description des symptômes, muets quant aux remèdes. Le but du médecin signataire consiste à laisser planer l'incertitude dans l'esprit des lecteurs sur le cas exact dans lequel chacun d'eux peut se trouver. L'auteur se contente de signaler que les mêmes symptômes inquiétants. peuvent être imputables à des causes très diverses et conclut que, par conséquent, dans chaque cas particulier, l'intervention de l'homme de l'art reste indispensable. C'est la sagesse même..

A l'inverse, la littérature publicitaire (section des spécialités pharmaceutiques) désire éviter le recours au médecin. Le client doit être amené à conclure que, si son mal peut être dû à plusieurs causes, il se guérira, *quelle soit cette cause*, en employant du sirop Laforêt ou des pilules Delaplaine, ou du « vin à base de quina et de substances extractives (*sic*), de la viande ».

Cette littérature pratique avec abondance l'euphémisme :

Note laxatif très doux, effectue *sa mission* pendant la nuit et donne *un résultat* le lendemain matin.

Elle ne dédaigne pas le pléonasme :

La composition de notre sirop ne change pas et *reste toujours identique à elle-même.*

Le vocabulaire et le style à employer pour recommander les spécialités pharmaceutiques doivent varier selon que le fabricant s'adresse au grand public ou seulement aux médecins (en ce dernier cas, on utilise les insertions dans les journaux médicaux ou les envois de circulaires à domicile, avec échantillons). Au public, on peut raconter n'importe quoi. Avec les professionnels, on doit se montrer plus scientifique. En tout cas, le fabricant doit choisir entre l'un ou l'autre procédé et ne point s'adresser simultanément au public et au corps médical. Le médecin qui prescrit une spécialité dont le nom s'étale partout se coulerait, car le client songerait : « Il était bien inutile de payer une consultation pour m'entendre ordonner un médicament que j'aurais découvert moi-même à la sixième page de mon journal ». L'homme de l'art indiquera donc au patient une spécialité que celui-ci ne peut pas connaître parce que le « lanceur » ne s'est pas adressé au grand public. Le malade sera émerveillé : « Ah ! enfin ! voilà un docteur qui trouve du nouveau ». L'infortuné ignore qu'au lieu de connaître ce remède par le *Petit Parisien*, ce thérapeute de génie s'est simplement donné la peine de la découvrir dans la *Gazette médicale*.

Le fabricant qui a opéré presque exclusivement dans la presse médicale doit compter sur un chiffre d'affaires plus restreint, mais sur de moindres frais, que s'il a mis à contribut on les grands journaux. Seulement, le prix du flacon ou de la boîte peut être plus élevé. Le malade est tellement content de se voir prescrire un médicament ignoré de lui qu'il paie avec joie 25 francs un produit de composition et de valeur intrinsèque identiques à celle du produit à 11 fr. 75 recommandé dans les journaux ordinaires... »

Voilà tout ce qu'un journaliste sait sur les spécialités pharmaceutiques ; c'est peu et on aimerait voir une grande revue mieux documentée.

Assurances sociales et injections intra-veineuses d'arsénobenzol. — 13958. — M. le docteur L.-J. Régis expose à M. le ministre du Travail que les injections intra-veineuses d'arsénobenzol ont deux prix différents dans le tarif de réassurance : *a*) elles sont classées dans les PCN³, c'est-à-dire évaluées à 45 francs ;

b) Elles sont classées aussi dans la nomenclature des spécialités, font partie de la catégorie I, et sont évaluées alors à 16 francs et lui demande quel prix on doit adopter pour rembourser un assuré (question du 12 novembre 1931.)

Réponse. — La nouvelle nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités qui vient de paraître au *Journal officiel* ne comporte pas les injections intraveineuses d'arsénobenzol, lesquelles relèvent de la nomenclature de la pratique médicale courante où elles figurent avec le coefficient 3. (*J. O.*, 12 décembre 1931.)

BIBLIOGRAPHIE

La grande inquiétude ou la Nation sous les gaz, par L. Simon, docteur en pharmacie, ancien interne des hôpitaux de Paris, juge suppléant au Tribunal de commerce. Dieppe, 15-17, Place Nationale. 150 p., 12 fr., (5e mille).

Un excellent ouvrage de désintoxication.

L'intoxication, c'est la campagne perfide qui, exploitant l'idéalisme et la légèreté de notre Peuple, entend nous jeter sans défense sous la domination d'un agresseur.

On connaît l'antienne :

— inutile de s'armer puisqu'il n'y aura plus *jamais* de guerre.

— si, par hasard, une guerre devait encore survenir, les moyens d'attaque de nos ennemis seront tellement puissants qu'il est inutile de songer à se défendre.

A cela s'ajoutent quantité de sophismes que je n'ai pas le loisir d'énumérer en ce moment.

En réalité l'arme récente, l'*arme chimique*, bouleversant les habitudes militaires, constituera une puissance formidable entre les mains de qui saura l'utiliser contre des adversaires assez négligents pour s'en tenir à l'emploi des armes du passé.

C'est ce qui fut pour l'*arme à feu* qui, maniée par une troupe exiguë, faisait des ravages dans les masses armées de l'arc et de l'arbalète.

La supériorité tactique risque pour un temps, de ne plus trouver son appoint capital *dans le nombre* mais de passer à un conquérant qui, *surgissant d'un coin de la planète*, à la tête d'une *troupe exiguë de techniciens*, imposera, grâce aux efficacités inédites de son armement chimique et physico-chimique, sa volonté toute puissante aux Peuples bêlant la Paix.

Devons-nous nous résigner au rôle de moutons prêts à l'abattoir ?

Jamais de la vie !

Il nous faut d'abord de bons yeux et de bonnes oreilles, aptes à voir et à entendre tout ce qui se passe et se chuchote dans le monde, — car, pour menaçant qu'il soit, il n'est pas fatal que le danger vienne du Centre et de l'Est de l'Europe. Grâce à l'*avion*, il peut surgir d'ailleurs encore.

Puis, ayant surpris secrets et préparatifs de l'adversaire, il faut travailler assez et assez intelligemment pour barrer à son offensive, par des moyens supérieurs aux siens, la route *nach Paris* ou *nach Frankreich*.

La guerre a cessé d'être une affaire de quantité de jambes à aligner et à faire pivoter pour devenir affaire d'intelligence.

Une puissance — par exemple celle des Soviets, dont l'Intelligence n'est plus à démontrer — peut nous réserver une attaque dont les effets seront d'autant plus meurtriers *que les prédicants pacifistes auront mieux réussi les opérations de la narcose préalable qu'ils tentent de nous faire subir.*

L'ouvrage de Louis Simon expose clairement ce qu'est présentement, l'*arme chimique*, indique l'effort primordial qu'elle réclame de nous.

Lisez-le ; répandez-le. Adhérez à la *Ligue « La Défence Aérienne »*, 14, rue de Marignan, Paris (VIIIe) et au *Lieu de Genève* (Paris XIVe), boul. Montparnasse, 166, chez l'Editeur E. Figuière. Vous contribuerez ainsi à une *cure de désintoxication* qui sauvera votre vie ou celle de vos enfants.

(*Reproduction autorisée*). Dr G. Espé de Metz.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS MÉDICALES

FONDÉ EN 1873. — N° 2 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 9 JANVIER 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris. — La Société d'hydrologie a procédé le 21 décembre au renouvellement de son Bureau qui est ainsi composé : président : M. Flurin ; vice-présidents : MM. Macé de Lépinay et Foucaud ; secrétaire général : M. Sérane ; secrétaire général adjoint : M. du Pasquier ; trésorier : M. Debidour ; secrétaires des séances MM. Valette et Boucomont.

Légion d'honneur.— MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.— *Est promu officier* : Dr Osmont, professeur de pathologie chirurgicale à l'école de médecine de Caen.

Sont nommés chevaliers : Dr René Moreau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Dr Pierre Mouchet, de La Veurdre (Allier). — Dr Eugène Vaucher, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg. — Dr Yves (Madame), de Puteaux (Seine).

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — *Est promu commandeur* : Le médecin général de réserve de Roselle (Charles-Félix).

Service de santé. — SONT PROMUS :

Au grade de médecin colonel. — Le médecin lieutenant-colonel Domier, ministère de la Guerre.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecin commandants : Camus, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Denis ; Dellys, salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines : Decroocq, 9e chasseurs alpins, affecté au 1er d'infanterie ; de Courrèges, 170e d'infanterie ; Texier, 18e dragons, affecté au 137e d'infanterie ; Baron, centre de réforme de Toulouse ; Berton, 4e spahis marocains, affecté au 23e tirailleurs algériens ; Lassale, salles militaires de l'hospice mixte de Dijon ; Gaillard, 27e chasseurs alpins, affecté au 19e C. A. ; Liégeois, médecin adjoint à l'Ecole du service de santé militaire ; Lauzerain, 6e compagnie régionale du train, affecté à la commission consultative médicale ; Fiquet, Ecole supérieure de guerre ; Carrosse, 7e spahis algériens affecté au 8e d'infanterie ; Hugonot, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole du service de santé militaire.

Service de santé des troupes coloniales. — SONT PROMUS :

Au grade de médecin colonel. — Les médecins lieutenants-colonels : Garrot, à l'hôpital militaire de Fréjus ; Ringenbach, en Chine ; Jubin, en Nouvelle-Calédonie.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants : Ledentu, du 23e d'infanterie coloniale ; Bablet, en Indochine ; Noël, au 10e d'artillerie coloniale ; Laquièze, en Nouvelle-Calédonie.

Au grade de médecin commandant. — Les médecin capitaines ; Pujo, au 51e mitrailleurs indo-chnois ; Bérard en Indochine : Leschi, en Afrique occidentale française ; Bouny, au Cameroun ; Le Bourhis, en Indochine ; Loupy, au dépôt des isolés des troupes coloniales, à Marseille ; Giordani, au Maroc.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants Carel, en Afrique équatoriale française ; Poix, en TAfrique équatoriale française ; Morard, en Afrique occidentale franaise ; Beaudiment, en Afrique équatoriale française ; *Favarel*, en Afrique équatoriale française d'Annella, à Madagascar ; Mallet, en Afrique équatoriale française ; Duvey, à Madagascar ; Dot, à Madagascar ; Cremoux, en Afrique occidentale française ; Castelbou, à Madagascar ; Samara, en Afrique équatoriale française.

Conférences d'ophtalmologie. — MM. les Dr A. TERSON et H. JOSEPH commenceront à la Clinique du Dr Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, le jeudi 11 février, à 17 heures, et continueront les mardis et jeudis, les conférences suivantes :

But et moyens de l'ophtalmologie synthétique. Le glaucome : identification et pathogénie. Traitement médical et chirurgical amélioré des glaucomes. (Dr A. TERSON.)

Vision binoculaire ; ses éléments : diplopie physiologique et pathologique ; fusionnement (Dr H. JOSEPH.)

Instruments binoculaires : emploi diagnostique et thérapeutique. Traitement orthoptique du strabisme. (Dr H. JOSEPH.)

Etiologie et traitement chirurgical du strabisme. Instruments et procédés améliorés. (Dr A. TERSON.)

Dermatologie oculaire : Assimilation générale et thérapeutique. (Dr A. TERSON.)

Acuité visuelle : Bases et méthodes de mensuration ; optotypes. Procédés d'amélioration de la vision des amblyopes. (Dr H JOSEPH.)

Conjonctivites folliculaire et granuleuse. Traitement du trachome. (Dr A. TERSON.)

Eléments de lunetterie : Ophtalmostatométrie, montures et ajustage des verres. Usages des fronto-focomètres. (Dr H. JOSEPH.)

Infections orbitaires : leur traitement précoce. — Ophtalmie sympathique. Procédés d'énucléation. (Dr A. TERSON et H. JOSEPH.)

S'inscrire à l'avance (Droit : 50 francs) à la Clinique du Docteur Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, les jours de semaine de 14 heures à 16 heures.

Académie royale de médecine de Belgique. — M. le Professeur Charles Achard (de Paris) a été élu membre honoraire étranger.

M. le Professeur Rohmer (de Strasbourg) a été élu membre correspondant étranger.

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — *Concours de l'internat en médecine.* — Un concours pour cinq places d'interne titulaire en médecine et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et de l'hôpital Henri-Rousselle (Service libre de prophylaxie mentale) s'ouvrira à Paris à l'Asile-Clinique, 1, rue Cabanis, le mercredi 9 mars 1932.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau, Annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobeau, porte 227), tous les jours dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures et de 14 heures à 17 heures, du 12 février au 26 février inclus.

Une rue de Paris au Dr Jacquemaire.— M. François Latour, président du Conseil municipal, a déposé une proposition tendant à l'attribution, à une voie publique de Paris, du nom du docteur René Jacquemaire, petit-fils de Georges Clemenceau, qui est décédé, il y a quelques mois, victime du devoir.

Nécrologie. — Dr Frédéric DURIN, de Villefranche-d'Allier (Allier). — Dr André LAPOINTE, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, officier de la Légion d'honneur. Aux obsèques des discours ont été prononcés par : le professeur Léjars, au nom des chefs de services de l'hôpital Saint-Antoine ; le Dr Lenormant,

président de la Société de chirurgie ; le Dr Piot, au nom du syndicat des médecins de Paris, et l'inspecteur général Durand, représentant l'administration générale de l'Assistance publique. — Charles VUILLOT, étudiant en médecine, décédé des suites d'une affection contractée dans un service hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

Autour de la chirurgie, par le Dr F. CATHELIN. 1 vol. in-4°, 3[illegible] p. Baillière, éditeur. Paris, 1931.

Le Dr Cathelin a eu l'heureuse idée de réunir en volume un certain nombre d'articles qu'il avait publiés dans divers journaux.

Tous se rapportent à la chirurgie, tout en restant en dehors du domaine scientifique pur. Ce sont des impressions de guerre, des études sur l'histoire de l'urologie, des notices où M. Cathelin évoque le souvenir et l'œuvre des maitres disparus. Toutes ces pages fixent quelques points d'histoire de notre époque. Et nos lecteurs, qui ont eu la primeur de quelques-unes, comprendront tout l'intérêt de ce livre, œuvre d'un homme indépendant qui fait honneur à la chirurgie française.

Grosse Arzte, par le Dr Henry SIGERIST. 1 vol. avec 68 pl. Prix : relié : 10 mk. Lehmann, éditeur, Münich, 1932.

Le Dr Sugerist, professeur d'histoire de la médecine à Leipzig a réuni dans ce volume un certain nombre de biographies, celles des plus grands médecins. Son choix est excellent. A. Paré, Bichat, Corvisart, Laënnec, Cl. Bernard, Pasteur y sont en bonne place. Pour chaque auteur une bibliographie et un portrait. Dans l'ensemble un livre utile et très bien présenté.

Crime et châtiment, par DOSTOIEWSKY. Première traduction intégrale et conforme au texte russe, par Jean CHUZEVILLE. Collection des Textes intégraux russes. 2 vol. 948 p. Prix : 39 fr. Editions Bossard, 140, Boulevard Saint-Germain.

Cette traduction intégrale du chef-d'œuvre de Dostoiewsky est toute différente des éditions écourtées publiées jusqu'ici. Elle permet de mieux comprendre l'écrivain russe qui reste un des plus grands romanciers du XIXe siècle.

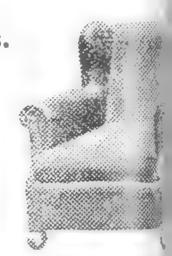
Les *Souvenirs de la Maison des morts* paraîtront prochainement dans cette collection qui fait honneur aux Editions Bossard.

Vie des Douze Césars, de SUÉTONE. Sous les auspices de la Société Guillaume Budé (Les Belles-Lettres, 95, boul. Raspail) le premier tome vient de paraître. Il contient les biographies de César et d'Auguste texte établi et traduit avec une intéressante introduction par M. Henri Ailloud.

Néron, par Arthur WEIGALL, ex-inspecteur général des Antiquités du gouvernement égyptien. Traduction par Maurice GERIN, ancien élève de l'Ecole normale. Un vol. in-8 de la bibliothèque historique, avec 8 gravures hors texte : 30 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pouvait-on faire revivre Néron, non pas celui qui nous est suggéré par l'imagination prévenue des siècles modernes, mais le Néron que ses contemporains voyaient ? S'il fut le mieux haï des [illegible] après sa mort, il était de son vivant l'un des plus [illegible] et dans l'aristocratie même il éveillait des sentiments divers. D'où la contradiction intime des jugements de l'histoire sur son personnage.

Démêler le vrai Néron sous l'allégorie haineuse ou complaisante était une tâche exceptionnellement délicate : nul n'était plus qualifié pour l'entreprendre que l'historien Arthur Weigall. L'auteur n'est pas inconnu en France. Le public de langue française a pu apprécier sa *Cléopâtre*, essai



novateur à beaucoup d'égards, ne serait-ce que par le principe de l'abandon docile à l'influence de l'antique : être païen avec les païens... Dans le *Néron*, nous allons voir se développer la méthode d'investigation critique et d'exposé par scènes rapides où M. Weigall est passé maître, et en même temps ce souci du trait, de la circonstance psychologique qui éclaire toute une situation.

L'auteur s'est imposé de négliger les opinions modernes et de ne puiser ses lumières qu'auprès des contemporains de l'empereur, de ceux qui l'ont approché ou qui, même après sa mort, ont parlé de lui dans la fièvre de l'actualité. Du reste, aucun de ces chroniqueurs ne sera reconnu digne de faire autorité à lui seul, que ce soit Tacite, Suétone ou Dion Cassius d'un côté, l'auteur de l'Apocalypse de l'autre. Mais tous contribueront plus ou moins au portrait véridique de Néron.

Alors peut-être on se rendra compte que la personnalité de Néron, prototype de l'Antéchrist par accident, dépasse infiniment ce cadre exigu auquel on a prétendu la ramener. L'Antéchrist ? soit ! Et Néron peut l'être au moins du fait que sa mort est restée un événement mystérieux, dépourvu de certitude historique : il apparaît ainsi comme l'Antéchrist éternellement jeune cherchant sa voie au hasard des hommes, des femmes et des choses. Il était l'homme qui se survit, et non l'empereur de fantaisie qui est mort.

Mais il y a plus dans ce livre qu'un portrait de Néron. Ou plutôt le portrait de l'empereur est habilement préparé par celui de ses prédécesseurs et de son entourage immédiat. Tibère et Caligula, Messaline, Claude, Agrippine, Sénèque, Pétrone et tant d'autres, tous personnages doués d'une physionomie originale mais se mouvant dans une même sphère, vivent intensément en lui comme il a vécu contre eux.

L'ouvrage est illustré de huit gravures représentant des bustes de l'époque néronienne ou des fresques du temps.

Le Greco, par Camille MAUCLAIR. Un volume (21,5 × 15,5), 128 pages, 24 planches hors texte. Broché 12 fr. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

Depuis un livre de Maurice Barrès, où la bibliographie et la critique d'art proprement dites tenaient bien moins de place que l'impression et le sentiment, il n'existait en France aucun ouvrage documentaire, dans aucune collection sur *Le Greco*.

Cette lacune est maintenant comblée. Sous une forme concise, l'éminent historien d'art Camille Mauclair a réuni tout ce qu'on peut savoir de l'existence du mystérieux peintre crétois établi à Tolède, et notamment de sa période vénitienne et romaine dont personne n'avait parlé.

Mais cet ouvrage n'est pas seulement une très sûr, base d'information. L'auteur a su y définir, dans un style ardemment vivant, l'intime génie mystique du *Greco* et les profondes raisons de son étrangeté apparente, qui font de lui un maître isolé dans toute l'histoire de la peinture.

La rééducation de l'ouïe chez les sourds, les sourds-muets et les durs d'oreille, par G. DE PARREL. Collection de Parrel des manuels de rééducation. 1 volume in-8° carré de 146 pages, avec 43 figures et tableaux dans le texte, 28 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

La plus grosse faute que puisse commettre un sourd, c'est de s'avouer vaincu et de s'isoler dans une prison de silence. Il est bien entendu qu'il ne saurait être question pour lui de guérison complète et de récupération totale mais par des exercices méthodiques, par des soins médicaux attentifs, il a la possibilité d'améliorer la valeur de son ouïe et d'en obtenir le rendement maximum.

Dans ce manuel qui est destiné au sourd lui-même tout autant qu'au médecin, l'un et l'autre trouveront toutes les précisions nécessaires sur la rééducation acoustique, ses indications et sa technique. Des figures démonstratives, des tableaux synoptiques, des schémas musicaux rendent cet exposé particulièrement clair et pratique. Au reste, on sait que le D^r DE PARREL a consacré, depuis plus de 20 ans, le meilleur de son activité à la mise au point et à la vulgarisation des méthodes de rééducation auditive aussi bien chez les sourds et les durs d'oreille que chez les sourds-muets.

Armé de ce manuel et d'un tube acoustique, le sourd peut se soigner lui-même dans l'intervalle de ses traitements ; chez le médecin rééducateur il peut sauver ce qui peut être sauvé et lutter sans répit contre son infirmité. A cet égard, cet ouvrage est une bonne action.

Ajoutons que des conseils judicieux sur ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire, d'autres plus délicats encore sur le mariage des sourds, complètent fort heureusement ce *Manuel de Rééducation de l'Ouïe*.

Le Manuel de *Lecture sur les lèvres* de cette même collection est déjà paru ; les sourds tireront de ces deux ouvrages le même profit, car s'ils veulent rester en contact avec leur entourage familial et professionnel, ils doivent à la fois *rééduquer leur oreille et acquérir l'audition par les yeux*.

La lecture sur les lèvres chez les sourds ; rééducation psycho-visuelle, par Henriette HOFFER et G. DE PARREL. Collection de Parrel des manuels de rééducation. 1 vol. in-8° carré de 192 pages avec 50 figures dans le texte, 30 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

La lecture sur les lèvres est l'art de comprendre la parole d'autrui par les mouvements des organes phonateurs externes et du visage tout entier. C'est pour les sourds une *véritable audition par les yeux*. Mais ce procédé de suppléance auditive ne s'invente pas ; il ne s'acquiert qu'à la longue et grâce à des exercices méthodiques.

Les auteurs — qui ont une grande pratique de l'enseignement de la lecture sur les lèvres chez les sourds et les sourds-muets — ont exposé avec une précision remarquable les *principes directeurs* et la *technique de l'instruction labiologique*. Ils ont pris soin de rappeler les *notions indispen-*



ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
R.C. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

sables de phonétique, qui sont à la base de la labiologie. De nombreuses photographies permettent de suivre facilement le texte et d'étudier à loisir les dessins labio-faciaux des différents phénomènes.

Les sourds et les personnes de leur entourage trouveront dans ce manuel des leçons toutes préparées qui leur permettront de mener à bien cette initiation à la lecture sur les lèvres, sans perte de temps, et sans fausses manœuvres.

La *lecture sur les lèvres est une aide précieuse pour le présent et une sauvegarde pour l'avenir*. Tous les enfants sourds, toutes les jeunes filles ou femmes atteintes d'otospongiose, tous les adultes et les gens âgés scléreux de l'oreille, devraient apprendre à lire sur les lèvres, dès que l'amoindrissement de leur acuité auditive se manifeste de façon précise et avant que le temps n'accomplisse son œuvre de déchéance fonctionnelle.

La lecture sur les lèvres rétablit le courant des échanges d'idées, facilite l'exercice professionnel, maintient le contact avec l'entourage, en un mot permet au sourd de vivre d'une existence se rapprochant d'aussi près que possible de la normale. Comme l'ont fort bien dit la Docteresse Hoffer et le Docteur de Parrel, c'est « *le plus puissant des palliatifs à la plus lourde des infirmités* » ; il faut les remercier d'avoir mis ce remarquable moyen de secours à la portée de tous dans ce livre si clair et si pratique.

Du pneumothorax thérapeutique chez les tuberculeuses gravides, par G.-M. PÉRAIRE. Thèse de Paris, 1931. Les Presses universitaires de France.

Les travaux concernant la symbiose grossesse-tuberculose se multiplient, et, au fur et à mesure qu'ils paraissent, se dégagent ces notions que les indications, de l'avortement provoqué se restreignent de plus en plus, et que, surveillée, traitée par la cure sanatoriale, la chrysothérapie, le pneumothorax artificiel électivement ou simultanément, la tuberculose pulmonaire compliquée de gestation peut ne pas comporter « de gravité » dans un grand nombre de cas. Après Grimbert, Mitrovitch, Mazet, Decaulne, Andler, Ghinsberg, G.-N. Péraire a repris l'étude du pneumo-thérapeutique dans la tuberculose associée à la gravidité. Les conclusions de l'auteur diffèrent de celles de certains de ses prédécesseurs. Là où Ghinsberg évalue à 14,5 % le pourcentage des décès après accouchement chez les malades cliniquement guéries par un pneumo, Péraire considère qu'une tuberculeuse guérie par le pneumo, ne court aucun risque, du fait de la gestation postérieure à la guérison clinique ; Ghinsberg observe 30 % de décès pendant les suites de couches quand le pneumo a été institué au cours de la grossesse ; Péraire sur 36 cas a observé cinq décès dans la même catégorie de cas, soit 13 %. Certains mauvais résultats sont dus à la marche inexorable des lésions, à la bilatéralisation que le pneumo n'a pu empêcher ; mais, aussi, d'autres ne sont imputables qu'à des circonstances spéciales : traitement cessé dès le premier mois de la gestation, malgré l'avis médical (Obs. XIV), refus de reprendre, à l'occasion de la grossesse, des insufflations suspendues en raison de la guérison apparente (Ob. XVII). Au contraire, quand la surveillance est active, le traitement régulièrement suivi, les résultats sont le plus souvent excellents, dans les suites immédiates et lointaines. Péraire a observé cinq cas de tuberculose traitée par le pneumo-bilatéral, antérieur à la grossesse ou bilatéralisé pendant son développement : aucune aggravation dans ces cas n'est plus survenue au cours de la grossesse, et l'état des malades reste satisfaisant trois ans, deux ans, quelques mois après la délivrance. Des différentes thérapeutiques chirurgicales complémentaires : section des brides, oléothorax, phrénicectomie, ont été bien supportées ainsi que des interventions obstétricales, dont une césarienne pour bassin rétréci.

La thèse de Péraire, remarquable par les résultats encourageants obtenus, constitue une excellente mise au point. L'exposé théorique y tient une place très minime ; les observations, au contraire, prises et développées avec une extrême conscience, forment autant de bons exemples, riches des suggestions importantes qu'engendre la phtisiologie clinique moderne dans ses rapports avec l'obstétrique. P. ASTRUC.

Précis de diagnostic neurologique, par le Dr LÉVY-VALENSI, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris. 650 pages, 420 figures, 1932, Baillière, éditeur.

Ecrire un livre de spécialité médicale, destiné aux médecins non spécialisés, est une tâche ingrate, surtout quand il s'agit de neurologie.

Il faut pour cette œuvre, non seulement un spécialiste instruit, mais un esprit critique, capable de simplifier les problèmes ardus et de discerner les points qui intéressent aussi bien l'étudiant qui débute que le praticien qui cherche à élucider un diagnostic difficile.

Nul plus que M. Lévy-Valensi n'était qualifié pour écrire un tel ouvrage, puisque, à son titre de spécialiste réputé, il joint les dons naturels de clarté dans le fond et d'élégance dans la forme, qui rendent si séduisant son enseignement oral, si attrayants les ouvrages qu'il écrit.

Cette deuxième édition est enrichie de plusieurs chapitres ; des symptômes nouveaux sont mis en évidence, de récentes méthodes d'investigation clinique sont préconisées ; mais l'ouvrage reste essentiellement clinique. On n'y trouve pas d'historique encombrant, de bibliographie savante ; pas de longues digressions pathogéniques qui alourdissent le texte et rebutent l'étudiant. Pour chaque point délicat ou un peu abstrait, l'auteur donne une explication simple, pour faire comprendre. Très peu d'anatomie pathologique, un simple schéma pour localiser la lésion. L'auteur a uniquement en vue le diagnostic ; il veut, avant tout, être pratique.

La place nous manque pour passer en revue les divers chapitres de cet ouvrage. Citons au hasard le diagnostic des comas, des hémiplégies, des paraplégies, le syndrome cérébelleux, vestibulaire, les myopathies, les

aphasies, les tremblements, etc. ; combien d'autres qui seront lus avec fruit. Faisons une mention spéciale pour le chapitre sur les plaies de guerre, les plaies des nerfs en particulier, dont l'étude ne pouvait, et pour cause, laisser l'auteur indifférent.

De nombreuses figures et des schémas facilitent la lecture du texte. Des tableaux très clairs, placés après chaque chapitre, résument les signes qui permettent de distinguer les diverses affections. Citons, par exemple les tableaux sur les hypertensions intracraniennes, sur le diagnostic des aphasies, des amyotrophies, des paraplégies ; les paralysies des nerfs périphériques, etc.

Dans la préface de sa première édition, l'auteur écrivait : « Que celui qui désire rencontrer ici la dernière mise au point, le dernier tuyau neurologique, n'ouvre pas cet ouvrage... ». Peut-être le neurologiste spécialisé n'aura-t-il pas besoin de consulter ce livre pour étudier son malade et en extraire une savante communication ; mais tous ceux qui ne sont pas des spécialistes en neurologie, c'est-à-dire les étudiants et la grande majorité des praticiens, seront très heureux de trouver rassemblées, avec précision et clarté, les notions indispensables pour faire vite et bien un diagnostic neurologique. André FEIL.

Une vie d'étudiant en médecine au XX° siècle : Joseph Hergenhan (1902-1924). Lettres et souvenirs publiés par le Professeur P. WEITER. Un volume in-8°, avec de nombreuses illustrations, imprimerie « Libre Lorraine », 32, rue Mazelle, Metz : 5 fr.

Cet ouvrage sera lu avec émotion non seulement par les proches du regretté défunt, mais aussi par ses maîtres, ses anciens camarades et amis, les jeunes gens et les jeunes filles de nos cercles et de nos ligues, par les élèves des écoles secondaires et les étudiants de nos facultés, ainsi que par leurs parents.

Même les intellectuels de tout ordre le liront avec fruit, car ce livre abonde en souvenirs personnels, à la fois vivants et édifiants, en rapprochement avec des traits et passages empruntés aux auteurs les plus célèbres de l'antiquité et des temps modernes.

Depuis son enfance jusqu'à sa mort presque soudaine, Joseph Hergenhan se meut dans des milieux divers et mouvementés. Il vit en plein monde, exposé à tous les attraits et aux séductions du siècle.

Il paraît partout avec cette figure franche et souriante, belle et bonne, qui l'a rendu si populaire.

Joseph Hergenham, ce modèle d'étudiant lorrain, que la mort faucha brusquement à la fleur de l'âge, vivra toujours dans le souvenir de ceux qui l'ont connu.

J. D. ROLLESTON. **Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881).** A. Pioneer in Cardiology and Neurology. London. John Bale, 1931.

L'excellent historien médical retrace la carrière du grand clinicien et insiste sur le rôle qu'il a joué en neurologie et en cardiologie.

Alberico TESTI. **Il primo ovariotomista in Europa Gaetono Emiliani** Faentino, Faenza, F. Lega, 1931.

« Ce sera mon dernier travail », avait dit le maître de l'Université de Bologne, quand il écrivit cette étude à l'âge de 82 ans ; il mourait le 15 janvier 1931. Paolo Galli a célébré sa mémoire dans une belle préface.

Alberico Testi établit que le chirurgien de Faenza, Gaetano Emiliani, fut le premier à pratiquer l'ovariotomie en Europe ; il rapporte l'observation de l'opération faite en 1815 ; mais cette observation ne fut publiée qu'en 1843, 28 ans après l'intervention et un an après la mort de Gaetano, grâce à la piété filiale d'Emilio. La pièce, conservée longtemps dans l'alcool, fut examinée par Ranvier à Paris, en 1878. J. LAFONT.

Soirs de nostalgie, poèmes par Edouard GARGOUR. Imprimerie « l'Avenir », 3, rue Prolongée des Pyramides, Alexandrie (Egypte).

Quarante-quatre sonnets qu'Edouard Gargour, un ami dévoué et vaillant de la cause française, a l'heureuse idée de présenter au public. Que ne puis-je reproduire l'un d'eux ?

. . . .

L'oubli sera venu couvrir notre mémoire.
Et les pleurs qui seront mêlés à notre histoire
Ne pourront plus troubler mon éternel repos.

Les vers de Gargour ne manqueront pas de charmer les lecteurs de France, comme ils ont charmé ses lecteurs d'Egypte.

Pour ceux-ci, c'est le chant dont la nostalgie ravive les souvenirs de la Mère-Patrie ; pour nous c'est une musique douce pénétrée de la tendresse qui nous vient tout naturellement à l'évocation de ceux des nôtres qui nous représentent au loin et qui luttent.

Edouard Gargour est un poète et — ce qui devient rare — un poète qui écrit correctement et ne dédaigne pas de donner à certains de ses poèmes la coupe classique la plus stricte.

Félicitons-le ; remercions-le ; demandons lui de nouvelles œuvres.

Et souhaitons par surcroît que, comme celle des *Soirs de Nostalgie*, l'édition en soit très soignée, très élégante.

Du moins la doit-on juger ainsi d'après les mille premiers exemplaires destinés à la presse et non mis dans le commerce. G. ESPÉ DE METZ.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des péritonites à pneumocoque

Par A. BRÉCHOT

La péritonite à pneumocoque revêt cliniquement deux formes essentielles : la péritonite localisée, la péritonite diffuse : mais la distinction entre ces deux formes au début est illusoire, elle ne peut se baser que sur une intensité moindre des symptômes si bien qu'à son début l'histoire de la péritonite localisée se confond souvent avec celle de la péritonite diffuse et que la date de l'évolution de l'infection à laquelle on examine le malade permet seule et à la période d'état un diagnostic certain. Le traitement de la péritonite localisée est évidemment un traitement chirurgical qui consiste à inciser la collection purulente en quelque endroit qu'elle se forme.

Classiquement dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'une vaste collection purulente rétro-pariétale tendant à s'ouvrir spontanément à l'ombilic. Cette collection est limitée en avant par le péritoine pariétal, en arrière par l'épiploon tapissant les anses grêles, en haut par le côlon transverse, sur les côtés par les côlons ascendant et descendant ; le pus qui s'y trouve est un pus épais, jaune verdâtre contenant des flocons fibrineux, ayant dans son ensemble un aspect caractéristique. Exceptionnellement on peut trouver des abcès localisés à d'autres segments de la cavité péritonéale dans les régions sous-hépatique, splénique, sous-diaphragmatique même. La localisation la plus importante est celle qui peut se faire dans la fosse iliaque droite autour du cæcum et de l'appendice rendant le diagnostic différentiel avec l'abcès d'origine appendiculaire très difficile. Mais dans tous ces cas, le traitement est toujours le même : l'ouverture de la collection purulente ; s'il s'agit d'un abcès d'origine appendiculaire, on complétera l'intervention par l'ablation de l'appendice, si celle-ci peut être effectuée sans danger. La nécessité du drainage quand il s'agit d'abcès pneumococcique ne s'impose pas mais il paraît préférable, et nous avons coutume de l'établir, pendant quelques jours.

C'est lorsque l'on est appelé dans la phase de début de la péritonite à pneumocoque que la question thérapeutique prend toute son importance ; à cette période l'on peut se trouver en présence soit d'une péritonite diffuse dont la gravité est considérable soit d'une réaction péritonéale apparemment généralisée qui évoluera ultérieurement vers la péritonite localisée. Les formes diffuses de la péritonite à pneumocoque sont essentiellement de deux types la péritonite diffuse septique entraînant presque constamment la mort en quelques jours, la péritonite purulente dont la gravité est un peu moindre entraînant ordinairement la mort en un laps de temps un peu plus grand ; dans toutes ces formes la question qui se pose est la suivante : faut-il traiter la péritonite à pneumocoque comme l'on traite les péritonites ordinaires secondaires à l'infection ou à la perforation d'un organe intrapéritonéal par l'opération ?

Faut-il au contraire s'abstenir d'intervenir puisqu'il s'agit d'une péritonite primitive pneumococcémie péritonéale et que l'on ne peut agir sur la cause même qui l'a provoquée.

La condition essentielle est donc dans ce cas de pouvoir établir entre ces diverses péritonites un diagnostic différentiel certain. Il est en effet évident que de s'abstenir de tout traitement chirurgical en présence d'une péritonite secondaire entraînerait fatalement la mort du sujet. La responsabilité du chirurgien apparaît donc bien lourde de conséquences et la première question qui se pose est donc de voir si nous pouvons arriver à poser un diagnostic certain.

La péritonite à pneumocoque survient dans l'immense majorité des cas chez des fillettes entre 8 et 10 ans mais il faut avoir présent à l'esprit qu'on peut la rencontrer à tous les âges et dans les deux sexes chez le nourrisson comme chez le vieillard où elle est cependant exceptionnelle. Le début de la péritonite à pneumocoque véritable scepticémie à localisation péritonéale dans les formes graves est brutal. Il existe une ascension rapide de la température qui atteint 39°, 40°. Parfois ce début a pu être précédé par d'autres localisations pneumococciques, presque toujours par des lésions pulmonaires. Dans ce cas, le diagnostic est bien facilité. Mais habituellement, il n'existe aucune manifestation antérieure ou bien les symptômes de cette manifestation primitive se confondent avec ceux de la localisation péritonéale.

Les vomissements sont précoces et abondants. Ils s'accompagnent souvent de diarrhée, celle-ci présente une importance considérable et permet de penser que des lésions intestinales diffuses peuvent être le point de départ de la péritonite.

Nous n'avons pas à envisager ici cette question pathogénique et nous dirons seulement que malgré ce symptôme d'entérite la voie intestinale ne constitue pas l'origine pathogénique habituelle. On a classiquement exagéré la valeur du symptôme diarrhée, celui-ci n'existe en effet que dans la moitié des cas et ne peut donc conférer une certitude pour le diagnostic. Le faciès dans les formes diffuses, en particulier dans la forme diffuse sceptique est un faciès péritonéal et toxique qui n'apporte aucune considération essentielle pour le diagnostic de la nature même de la péritonite. Dans certains cas moins graves on peut constater un peu de coloration des pommettes et la présence d'herpès labial dont il faudra savoir tenir compte. Le pouls est fréquent répondant à la température 110, 120, mais dans certaines formes toxiques il peut apparaître dissocié. La douleur abdominale doit être étudiée soigneusement, elle est généralement diffuse avec souvent un maximum dans la région ombilicale, mais elle peut être localisée dans la fosse iliaque droite. Toutefois, cette localisation est rarement immuable, elle présente des variations d'intensité, et l'enfant qui a commencé à souffrir dans la fosse iliaque droite, a quelques instants plus tard, un maximum douloureux soit dans la fosse iliaque gauche, soit à l'ombilic. Cette versatilité de la localisation de la douleur constitue un signe important. Lorsqu'on palpe l'abdomen, celui-ci légèrement ballonné, ne présente pas souvent de véritable contracture comme on serait porté à le penser étant donné l'acuité des douleurs.

Mais ce fait est loin d'être constant et l'on peut trouver une contracture nette. Nous voyons donc qu'il n existe pas de symptôme clinique qui, pris en lui-même présente une valeur sémiologique suffisante pour poser un diagnostic certain. Il nous semble que c'est plutôt dans la discordance entre l'intensité des différents symptômes que l'on peut trouver l'élément principal du diagnostic différentiel.

En pratique, la question qui se pose est essentiellement de différencier ces pneumococcies péritonéales de la péritonite appendiculaire. Or, il existe des péritonites appendiculaires avec un début aussi brutal que dans la péritonite à pneumocoque. Il existe des péritonites appendiculaires dans lesquelles au lieu de la constipation habituelle se rencontre de la diarrhée, il existe des péritonites appendiculaires, surtout chez l'enfant, dans lesquelles la douleur est mal localisée ou changeante. Cependant à mesure que les péritonites à pneumocoque sont mieux connues l'ensemble des petits signes différentiels réunis les uns aux autres peut permettre dans quel-

ques cas d'arriver à une certitude suffisante pour servir de base au traitement que l'on estime le meilleur, nous reviendrons tout à l'heure sur ce point. Nous devons d'abord voir en effet si d'autres signes que les symptômes cliniques peuvent confirmer une certitude que ceux-ci laissent si fragile ; l'hémoculture a donné dans quelques cas une réponse indiscutable mais nous savons combien cette hémoculture est inconstante dans ses résultats suivant la période où elle est effectuée et une réponse négative est la règle. Gibson a cru trouver dans l'hyperleucocytose un test assez certain pour affirmer qu'en se basant sur la courbe de celle-ci on pouvait poser sans doute le diagnostic. L'hyperleucocytose atteignant 30.000 ne se rencontrerait d'après lui que dans la péritonite à pneumocoque. Dans la péritonite appendiculaire l'hyperleucocytose serait moindre. Si ces faits doivent être connus il n'en est pas moins vrai qu'ils ne peuvent servir de base certaine, car nombreuses sont les péritonites à pneumocoques dans lesquelles l'hyperleucocytose est moindre tout comme dans les péritonites appendiculaires.

Nous savons que la péritonite à pneumocoque est surtout fréquente chez les fillettes ; or, chez celles-ci existent des vulvites à pneumocoque et dans ces cas la constatation de ce germe apporte au diagnostic une preuve. Cette constatation du reste met en relief l'importance de la voie génitale dans la genèse de la péritonite à pneumocoque. Toutefois ici encore, il ne s'agit que de constatations relativement rares car, dans la plupart des cas, il s'agit de septicémies pneumococciques péritonéales consécutives à l'exaltation de germes, ordinairement saprophytes du pharynx, des fosses nasales, des voies respiratoires supérieures.

Ainsi donc les méthodes de laboratoire, elles aussi dans la plupart des cas, ne peuvent nous donner la clef du problème. Toutefois nous devons bien mettre en évidence que, par l'analyse des symptômes cliniques que nous avons faite, par les examens de laboratoire que nous venons de mentionner on peut arriver plus fréquemment actuellement à un diagnostic positif de péritonite à pneumocoque.

Etant donné ces faits comment se présente la question thérapeutique?

Dans les cas où par une concordance et une série de petits signes différentiels et par les données du laboratoire on peut arriver au diagnostic, doit-on opérer ou non? Les chirurgiens sont divisés. Beaucoup, frappés par l'extrême gravité des résultats opératoires immédiats préfèrent s'abstenir, pensant que l'intervention dans un milieu septicémique est plus nuisible qu'utile.

Mais comme chaque fois qu'un raisonnement s'appuie sur des statistiques, pour qu'il soit bien valable, ces statistiques doivent être soumises à un contrôle sévère et souvent impossible. En effet ceux qui opèrent systématiquement, opèrent toutes les formes à leur début et suivant le moment même où ils opèrent existent déjà des formes évolutives différentes des lésions. Pour me faire mieux comprendre une péritonite à pneumocoque qui sera vue seulement le troisième jour a déjà à ce moment des chances d'évoluer soit vers la péritonite diffuse purulente soit vers la péritonite localisée.

Dans les deux premiers jours se trouveront des péritonites septiques diffuses qui toujours mortelles grèveront lourdement les statistiques opératoires sans que l'on puisse affirmer qu'un résultat plus heureux n'eut pas été obtenu par l'abstention.

La question revient donc à se demander si véritablement l'intervention est une cause certaine d'aggravation, certes si l'on endort le sujet, si l'on se livre à des explorations du côté de l'appendice, du côté des voies génitales, pour s'assurer qu'il ne s'agit point d'une péritonite secondaire nous pensons l'intervention grave ; si au contraire, on se contente d'une petite incision à l'anesthésie locale et que la constatation d'un état vernissé comme huilé de l'angle iléo-cæcal, sa rougeur confirme à des yeux avertis le diagnostic posé, et que l'on se contente de glisser un drain dans le péritoine, nous ne pensons pas que l'intervention puisse être une cause aggravante.

Mais nous avons vu combien était difficile la certitude de la péritonite à pneumocoque et comme dans toute discussion thérapeutique, la règle doit être d'adopter la technique la plus satisfaisante dans la majorité des cas il nous paraît bien dangereux de se ranger dans les non-interventionnistes, les cas malheureux sont rarement publiés.

Qu'adviendra-t-il si cette façon de voir est adoptée et combien de sujets atteints de péritonite appendiculaire diagnostiquée pneumoccocique mourront faute d'intervention.

J'ai vu pour ma part mourir deux enfants qui traités par des gens éminents avaient non pas des péritonites à pneumocoque mais des appendices sphacélés.

Ce n'est que dans des cas rares où une certitude absolue me serait fournie par la clinique et par le laboratoire que je me résoudrais à rester spectateur d'un état péritonéal grave et j'ai la conviction qu'appliquée massivement la doctrine de la non-intervention entraînera dans son ensemble plus de désastres que l'opération systématique faite avec les précautions que j'ai indiquées.

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

Les formes méningitiques de la maladie de Heine-Medin [1]

Par M. le Professeur **P. NOBÉCOURT**

Roger, que voici, est né le 11 juillet 1923.

Ses parents sont bien portants.

Sauf une rougeole, au mois d'avril, les oreillons et la coqueluche, il est habituellement en bonne santé. Il a des végétations adénoïdes.

Dans la nuit du 10 au 11 octobre, il est pris brusquement d'une céphalée intense, de délire, d'agitation. Sa température monte à 40°.

Le lendemain, tout rentre dans l'ordre et il retourne à l'école.

Mais, le 14 octobre, il a de nouveau de la céphalée, il est agité, sa température monte à 40°. Le médecin consulté ne trouve aucun symptôme permettant de porter un diagnostic.

Le 18 octobre, apparaît une paralysie du membre supérieur gauche et on constate de la raideur de la nuque, indice d'une réaction méningée. Il n'y a pas de vomissement, pas de constipation.

Le 19 octobre, Roger entre à la salle Bazin. Le soir, sa température est de 38°2.

Le 20 octobre, elle est, le matin, de 37°2, le soir, de 37°8.

Il est âgé de 8 ans et 3 mois. Il est bien développé. Il pèse 26 kgr.

M. Lackmann constate une torpeur très marquée, une raideur généralisée, qui ne permet pas à l'enfant de s'asseoir, une ébauche de Kernig, une légère raideur de la nuque ; ces recherches sont très douloureuses.

Les pupilles sont normales ; elles réagissent bien à la lumière.

Le membre supérieur gauche est atteint d'une paralysie flasque, totale, l'enfant ne peut que remuer légèrement les doigts ; les mouvements du poignet sur l'avant-bras, de l'avant-

(1) Leçon du 28 novembre 1931.


SÉDOSINE
SÉDATIF
DU SYSTÊME
NEURO-VÉGÉTATIF
ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE
Passiflore
Cratoegus
Jusquiame
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd BOURDON
NEUILLY-PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)
DRÉVILL


La Société
GALLOIS & Cie
54, Rue Villon
LYON
est à la disposition de MM. les Docteurs pour leur fournir tous renseignements bibliographiques médicaux ou scientifiques concernant
ULTRA-VIOLET
LUMIERE DE WOOD
INFRA ROUGE
LAMPES en quartz à mercure GALLOIS
avec brûleur à haut rayonnement ultra-violet. (Brevet Gallois et H. George)
Filtre de Wood
très sélectif fourni avec son spectrogramme.
PROJECTEUR PHOTOTHERMIQUE
Nouvelles Electrodes
toutes formes - tous modèles
en quartz pur transparent pour applications combinées des courants à Haute Fréquence et des Rayons U.-V.
Agence à PARIS :
5, rue Dante (5e)
Pub. Drouat Lyon

bras sur l'épaule, de l'épaule sont nuls. Les réflexes bicipital et stylo-radial sont abolis.

Le membre supérieur droit et les membres inférieurs sont normaux, leurs réflexes sont conservés. Les muscles du tronc, et de la nuque sont intacts.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

La ponction lombaire laisse écouler un liquide céphalo-rachidien clair ; à l'examen microscopique on y trouve 3 ou 4 leucocytes par mmc. Ce sont des lymphocytes. On dose 0 gr. 30 d'albumine par litre.

On porte le diagnostic de paralysie infantile, à type monoplégie supérieure gauche.

On fait des injections intramusculaires de sérum :

	Sérum de Pettit	Sérum de convalescent
Le 20 octobre ...	60 cc. + 40 cc. = 100 cc.	20 cc.
Le 21	20 cc.	
Le 22	30 cc. + 30 cc. = 60 cc.	
Le 23	30 cc. + 30 cc. = 60 cc.	

Au total : 240 cc. de sérum de Pettit et 20 cc. de sérum de convalescent.

On donne des bains chauds du membre malade.

Pendant ce temps, la température est la suivante :

	Matin	Soir
21 octobre	38°4	38°7
22	38°2	38°4
23	37°6	37°3

L'état reste le même, la torpeur est toujours très accentuée ; l'enfant ne réagit pas aux excitations, ne répond pas aux questions. On ne remarque pas de troubles respiratoires ; le pouls est normal. Il persiste une légère raideur de la nuque, un signe de Kernig douloureux. La paralysie du membre supérieur gauche ne présente pas de changements. Les autres membres restent toujours indemnes ; mais les réflexes rotuliens sont très faibles, tandis que les réflexes achilléens sont normaux.

Cet état de l'enfant conduit à se demander s'il n'y aurait pas une méningite tuberculeuse intriquée.

Une deuxième ponction lombaire, faite le 23 octobre, retire un liquide clair. Sa pression, enregistrée avec l'appareil de Claude, est de 12. Il contient, par mmc., 120 leucocytes, qui sont des lymphocytes, 0 gr. 25 d'albumine par litre. On n'y voit pas de bacilles de Koch. Un cobaye est inoculé ; il est actuellement bien portant.

Les jours suivants, la température est de 37°3-37°5, l'état s'améliore. Le 25 octobre, survient de la polyurie ; au lieu d'un litre d'urine, l'enfant en émet 1.750 cc. ; il n'y a ni sucre, ni albumine. La torpeur diminue ; l'enfant commence à s'intéresser à ce qui se passe autour de lui. La raideur de la nuque, le signe de Kernig disparaissent. Le 2 novembre, l'enfant se tient assis ; il marche bien ; les réflexes rotuliens sont encore faibles, surtout à droite. La motilité reparaît dans le membre supérieur gauche ; l'enfant peut faire quelques mouvements des doigts ; la flexion et surtout l'extension du poignet, la supination de la main, mais non la pronation, sont possibles.

L'électrodiagnostic, fait par M. Duhem le 22 octobre, a révélé, au niveau du deltoïde, du triceps et du biceps, une hypoexcitabilité très forte au courant faradique, une réaction nettement brusque au courant galvanique.

Le 6 novembre, le liquide céphalo-rachidien est toujours clair ; il ne contient plus qu'un leucocyte au mmc., mais l'albumine s'est élevée à 0 gr. 60 par litre.

La paralysie continue de s'améliorer. Actuellement les mouvements de la main et du poignet sont normaux. Au niveau de l'avant-bras, la pronation et l'extension sont possibles, la supination n'est qu'ébauchée. Les mouvements du bras sur l'épaule sont nuls et l'épaule ne peut être mobilisée ; cependant une très légère adduction commence à se manifester. Le muscle deltoïde est atrophié.

Somme toute, Roger a présenté, à la phase paralytique d'une maladie de Heine Médin, un syndrome méningé ou plus exactement encéphalo-méningé à type de méningite tuberculeuse, vraisemblablement reprise d'un syndrome initial,

***

Heine a donné, en 1840, la première description précise de la paralysie infantile. Sa conception est restée classique pendant longtemps.

Pendant cinquante ans, on a considéré cette affection comme une paralysie flasque, avec atrophie musculaire, due à des lésions des cellules des cornes antérieures de la moelle, lésions qu'ont décrites Vulpian et Prévost en 1865, comme une poliomyélite.

Celle-ci reste d'ailleurs toujours la signature clinique et anatomique de l'affection.

Mais, à partir de 1890, cette conception s'est peu à peu modifiée. On a mis en doute la systématisation absolue des lésions, et montré leur diffusion.

Le Professeur Pierre Marie, en 1892, et d'autres auteurs, surtout Médin (de Stockholm) ont contribué à établir cette notion nouvelle.

Les lecteurs français la trouvent nettement exposée dans un mémoire que Médin a publié dans les *Archives de médecine des enfants*, en mai et juin 1898, sur l'*état aigu de la paralysie infantile.*

Au cours des épidémies de Stockholm, de 1887 à 1898, il constate que « les poliomyélites, les polynévrites et les polioencéphalites se présentent pêle-mêle dans le cours de la même épidémie, preuve que ces noms-là ne dénotent que des manifestations différentes de la même affection ».

Médin, d'autre part, démontre la nature infectieuse et le caractère épidémique de la maladie.

Ses recherches complètent celles de Heine, mais transforment la conception de cet auteur. La terme de paralysie infantile est trop restrictif et il convient de lui substituer, comme l'a proposé Wickman, en 1907, celui de *maladie de Heine-Médin*, qui est beaucoup plus compréhensif.

La maladie de Heine-Médin comprend des syndromes cliniques multiples.

Au nombre de ces syndromes, il y a des SYNDROMES MÉNINGÉS.

Pendant quelque temps, on les a confondus avec la méningite cérébro-spinale à méningocoques ; on pensait que celle-ci peut se compliquer de paralysies dues à la localisation médullaire des méningocoques.

Puis, peu à peu, grâce à la pratique de la ponction lombaire et aux examens cytologiques du liquide céphalo-rachidien suivant la technique de Widal et Sicard, s'est édifiée la *méningite de la maladie de Heine-Médin*, causée par le *virus de Landsteiner* et Popper décrit en 1898, méningite que l'on retrouve aux autopsies.

En 1903, Wickman décrit la *forme méningée de la maladie de Heine-Médin.*

D'autre part, en 1909, MM. Netter et Tinel émettent l'opinion qu'il peut exister « de véritables poliomyélites ébauchées sans paralysies, ne se révélant que par les symptômes d'une véritable méningite séreuse et dont le diagnostic serait à peu près impossible sans la notion d'épidémie et sans les recherches expérimentales. »

De nombreuses observations de méningites curables ont été publiées, le professeur Hutinel en a parlé dans une leçon sur les *Réactions méningées au cours de la poliomyélite*, publiée par *Paris médical* du 28 décembre 1912.

Dans la maladie de Heine Médin les réactions méningées, décelées par la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien, sont fréquentes, sinon, constantes.

Du point de vue clinique, elles peuvent rester occultes ou se manifester par des symptômes plus ou moins importants.

M. G. Schreiber, dans sa thèse soutenue à Paris, en 1911, sur *La poliomyélite épidémique (maladie de Heine-Médin)*, distingue :

1° Les cas où « les symptômes méningés font totalement défaut » ;

◆◆◆

2° Les cas où « les symptômes méningés sont au second plan. .... L'attention est attirée par les paralysies ».

3° Les cas où « les symptômes méningés occupent les premier plan... Les paralysies sont précédées par un stade méningé ».

4° Les cas où « les symptômes méningés occupent à eux seuls toute la scène ... Les paralysies font complètement défaut ».

Je ne veux pas entreprendre aujourd'hui l'étude de toutes ces formes. Je laisserai de côté les réactions occultes et les méningites isolées, sans paralysie. J'envisagerai seulement les cas où les *syndromes cliniques méningés et les paralysies sont intriqués.*

***

Les débuts cliniques de la maladie de Heine Médin sont très divers.

Je les ai étudiés dans ma leçon du 23 décembre 1922, sur *Les débuts de la paralysie infantile; à propos de quelques cas récents*, publiée par *La Pédiatrie pratique* du 5 février 1923 et reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections du système nerveux.*

Il existe deux grandes modalités de début.

Dans l'une, *il n'y a pas de période préparalytique*, l'enfant entre d'emblée dans la paralysie; il n'y a pas de fièvre, pas de symptômes généraux, pas d'autres symptômes nerveux que la paralysie.

Ce cas est le moins fréquent.

Dans l'autre modalité, qui est la plus commune, après une *période d'incubation* occulte de un à quatre jours, survient une *période d'invasion préparalytique* et enfin la *période des paralysies.*

Cette dernière modalité réalise plusieurs formes cliniques.

Il y a une forme commune.

Le début est rapide ou brusque. La fièvre monte à 38°, 39° ou 40°. La céphalée est presque constante mais est légère. On constate un peu d'abattement. Le malade se plaint de douleurs dans la nuque, le rachis, les membres ; ces douleurs sont généralement modérées ; elles entraînent une gêne des mouvements du cou, une raideur de défense, le signe de Lasègue plutôt que le signe de Kernig. Le professeur de Morquio a bien insisté sur ce *pseudo-signe de Kernig dans la paralysie infantile*, dans les *Archives de médecine des enfants* de 1926.

Il existe une hyperesthésie cutanée plus ou moins marquée surtout accentuée chez les nourrissons.

On constate un léger coryza, une angine rouge, une bronchite légère. La langue est saburrale ; souvent il se produit quelques petits vomissements, de la diarrhée ou de la constipation, il peut apparaître des érythèmes morbilliformes ou scarlatiniformes. La sudation est souvent abondante. Il n'y a pas d'herpès, alors que celui-ci est commun dans la méningite cérébro-spinale.

En somme, le tableau clinique est celui d'une angine, de la grippe, d'un embarras gastrique, d'une fièvre éruptive, voire même du rhumatisme cervical.

La fièvre persiste deux, trois ou quatre jours, puis elle tombe rapidement ou lentement.

Entre le deuxième et cinquième jours apparaissent les paralysies, qui sont la signature de la maladie de Heine-Médin.

Dans les formes méningitiques, le tableau clinique est celui d'une méningite. Celle-ci revêt tantôt le type de la méningite cérébro-spinale à méningocoques, tantôt celui de la méningite tuberculeuse.

Le type de la *méningite cérébro-spinale à méningocoques* est le plus habituel.

Le début et les symptômes sont ceux de la forme commune, mais il s'y ajoute un syndrome méningitique.

La fièvre atteint rapidement 39°. Il se produit des vomissements et quelquefois des convulsions, surtout chez les nourrissons. Il y a de la céphalée, des douleurs vives de la nuque, du rachis, des membres, des périodes d'excitation alternant avec des périodes d'abattement, du délire nocturne. Les facultés psychiques sont conservées.

A l'examen, on trouve de l'hyperesthésie cutanée et de l'hyperesthésie profonde, musculaire, de la raideur de la nuque, le signe de Kernig, des réflexes tendineux souvent vifs, une raie vasomotrice dite méningitique.

C'est le tableau d'une méningite aiguë.

La fièvre et les symptômes méningés persistent pendant quatre, cinq, six quelquefois même huit jours.

Les paralysies apparaissent plus tardivement que dans la forme commune, rarement avant le cinquième ou le sixième jours, le plus souvent le sixième, le septième ou le huitième.

La fièvre et les symptômes méningés tantôt s'atténuent avec l'apparition des paralysies, tantôt persistent après leur apparition.

Dans certains cas, la fièvre disparaît, mais la raideur de la nuque et le signe de Kernig persistent.

Cette intrication des symptômes méningés et des paralysies réalise des syndromes complexes.

Etudions maintenant le *type de méningite tuberculeuse.*

Le début est insidieux, la température peu élevée. La raideur de la nuque et des membres inférieurs, le signe de Kernig sont peu marqués. Par contre, il y a de l'abattement, de la torpeur, de la somnolence.

Médin insiste tout particulièrement sur l'importance de ce symptôme, même en dehors de la forme méningée : « La somnolence, écrit-il, est habituelle ; elle va de l'apathie au sopor profond et, chez ceux qui meurent, au coma... La somnolence se montre de très bonne heure, dès le premier jour ; parfois, il n'y a que de l'apathie sans fièvre accusée. Elle est souvent très accentuée dans les polioencéphalites et même dans les poliomyélites. »...

Voici deux observations que j'ai relatées dans ma leçon de 1922. Elles illustrent la description du syndrome méningé simulant la méningite tuberculeuse.

Jacques est né le 25 février 1920. Il est habituellement bien portant, bien qu'il ait fréquemment des rhumes.

Le 23 novembre 1922, sa mère le trouve pâle, triste, somnolent, sans appétit ; il n'a pas de fièvre.

Le 24, les symptômes sont plus marqués. L'enfant est très fatigué ; il ne peut pas se lever. Il a quelques vomissements faciles, d'abord alimentaires, puis bilieux.

Dans la nuit du 24 au 25, il est fiévreux et a trois secousses convulsives.

Le 25, le médecin constate une légère raideur de la nuque et de la rétention d'urine ; il pense à une méningite. On amène l'enfant à l'hôpital. Sa température est de 37°5.

Il est alors âgé de 2 ans et 9 mois.

Sa température est :

	Matin	Soir
Le 25 novembre	»	37°5
Le 26	37°2	37°6
le 27	37°4	37°8
le 28 (6e jour)	38°1	38°6

Il n'a pas de vomissements ; ses selles sont normales.

A l'examen, on trouve un enfant bien constitué, ayant un poids de 11 kgr. 750, une taille de 88 cm. Il est pâle ; ses traits sont tirés ; il est couché en chien de fusil, somnolent, inerte. On compte 132 pulsations à la minute. La respiration est normale.

Il n'a pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, pas de raie méningitique. Ses réflexes patellaires et achilléens sont très faibles. Son abdomen paraît sensible ; on trouve, à la palpation, de la défense surtout marquée dans la région de la fosse iliaque droite. Son foie et sa rate sont normaux. Sa vessie est distendue ; il urine par regorgement.

Sa langue est sèche, rouge, sur les bords, blanche à la base. Il a trois selles liquides.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Le 29, la température reste à 38°, le matin et le soir, le pouls est à 132. L'état est le même.

Le 30, huitième jour de la maladie, la température est de 38°2 le matin et de 38°3 le soir. On constate de la parésie et de l'hypotonie des membres inférieurs, surtout du droit.

Lorsque l'enfant se tient debout, il s'appuie surtout sur son membre gauche. Il marche difficilement en traînant les membres, le droit plus que le gauche.

Le réflexe rotulien est diminué à droite, à peu près normal à gauche. Les réflexes achilléens et les réflexes des orteils sont normaux. La mobilisation de la hanche et la palpation du mollet droit sont douloureuses.

La ponction lombaire retire un liquide clair, hypertendu, contenant des lymphocytes en petit nombre, un taux normal d'albumine, du glycose un peu augmenté.

Dans les urines, il n'y a ni sucre, ni albumine.

Le 1er décembre, la température est de 37°9, le matin et le soir. Le 2 décembre, elle est de 37°7. Le pouls est à 120, l'état sans modifications. La mère emmène son enfant.

Voici l'autre observation.

Marie-Louise est née le 31 mai 1913.

Le 17 novembre 1922, elle est prise de fièvre et a quelques vomissements ; on constate une angine.

Le 21, elle ressent des douleurs dans les membres inférieurs.

Les jours suivants, elle présente une légère fièvre, de l'anorexie, de la somnolence.

Le 25, neuvième jour de la maladie, on l'amène à la salle Parrot. Elle est âgée de 9 ans et 5 mois. Sa taille est de 118 cm. son poids de 18 kgr. 350. Sa température est de 36°8. Elle ne présente pas de paralysie, mais se plaint de douleurs dans les membres inférieurs. Il y a de la raideur de la nuque, du Kernig, une raie méningitique. Le pouls est un peu inégal. La langue est blanche.

La ponction lombaire retire un liquide clair, un peu hypertendu, contenant de nombreux lymphocytes, un taux un peu élevé d'albumine et de sucre.

Le 28 novembre, onzième jour de la maladie, la température est de 37°-37°6, les signes méningés ont disparu, la main gauche est maladroite.

Le 29, la température est la même, il y a de la parésie du membre supérieur et du membre inférieur gauches ; les réflexes rotuliens sont abolis.

Les symptômes ne s'accentuent pas.

Le 8 décembre, vingt et unième jour de la maladie, l'enfant se lève pour la première fois. Sa marche est un peu gênée, à cause de la faiblesse du membre inférieur gauche.

Le 16 décembre, le membre supérieur et le membre inférieur gauches sont normaux. Les réflexes rotuliens sont réapparus ; ils sont un peu vifs à droite.

Le 26 décembre, trente-neuvième jour de la maladie, l'enfant sort de l'hôpital en bon état.

Elle n'a pas eu de traitement spécial ; on a fait seulement des massages.

A côté de ces types bien tranchés par leur mode de début ou rapide ou insidieux et leurs symptômes, il y a des cas où l'analogie soit avec la méningite cérébro-spinale, soit avec la méningite tuberculeuse est moins caractérisée.

Du reste, il faut remarquer que les méningites à méningocoques et les méningites tuberculeuses n'ont pas toujours des symptômes et une évolution bien tranchés. Leurs débuts peuvent être très divers, comme le montrent des observations relatées dans des leçons sur *Les débuts de la méningite tuberculeuse chez l'enfant* et sur *Les premières phases cliniques de la méningite à méningocoques chez les enfants*, publiées dans mon livre de *Clinique* que je citais tout à l'heure.

Voici, par exemple, une observation que nous avons relatée, M. Roger Voisin et moi dans une communication à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris* le 19 novembre 1909, sur l'*Association de la paralysie infantile et des réactions méningées.*

Henri est âgé de 4 ans et demi.

Le 14 juillet 1909, il est pris assez brusquement de vomissements et de malaise ; peut-être aurait-il présenté antérieurement, pendant deux ou trois jours, un léger état fébrile.

Le 15, on veut le mettre sur ses jambes, mais il s'affaisse.

Le 16, l'état général est plus mauvais ; l'enfant a de la céphalée, des douleurs dans les jambes, des démangeaisons très pénibles à la plante des pieds. Il présente de l'anorexie, mais n'a pas de troubles digestifs.

Le 19, son médecin le croit atteint d'une méningite cérébrospinale et l'envoie à l'hôpital. Il est immobile dans son lit ; le dos est en opisthotonus ; les muscles du dos et des lombes sont très contractés. Il existe un signe de Kernig accentué et très douloureux.

Nous constatons de la paralysie des quatre membres, légère au membre supérieur gauche. Les réflexes patellaires et achilléens sont abolis, les réflexes des membres supérieurs faibles.

Le pouls est régulier, la respiration normale, la température de 37°2.

A partir du 22 juillet, on constate la régression des symptômes. A la sortie, les membres supérieurs, ont récupéré leur mobilité, les membres inférieurs présentent une paralysie infantile typique.

On a fait plusieurs ponctions lombaires. La première le 19 juillet (sixième jour de la maladie), donne un liquide louche, avec un réticulum fibrineux ; il contient de nombreux lymphocytes et quelques polynucléaires altérés ; on ne constate pas de germes ; les cultures restent stériles.

Henri a été traité par le sérum antiméningococcique en injection intra-rachidienne, car à cette époque, la méningite de la maladie de Heine-Médin n'était guère connue.

Voici une autre observation publiée par Mlle Condat dans un mémoire Les *Archives de médecine des enfants* de mai 1923, sur les *Formes méningées de la maladie de Heine-Medin.*

Un garçon de 11 ans a, pendant trois ou quatre jours un torticolis douloureux. Puis, il est fatigué, se plaint de céphalée ; la douleur et la raideur de la nuque sont plus intenses. La température atteint 39°3-39°.

Le lendemain, la fièvre s'abaisse au-dessous de 38°, mais la raideur de la nuque augmente et s'accompagne de rachialgie ; on constate le signe du Kernig. L'enfant conserve toute sa lucidité.

Le troisième jour de la maladie, on pratique une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est clair, on y trouve 102 leucocytes par mmc., lymphocytes et quelques mononucléaires, 0 gr. 30 d'albumine par litre ; il est stérile.

Le quatrième jour, l'état est meilleur, mais l'enfant ressent des douleurs dans les jambes, surtout à droite, et, le cinquième jour, on constate de la parésie des muscles du mollet droit.

Bientôt se produit une amélioration définitive et la guérison survient rapidement.

M. Th. Reh dans les *Archives de médecine des enfants* d'avril 1924, a publié un cas de *Poliomyélite à forme méningée.* Je n'ai pas le loisir de vous raconter l'observation. Je retiens seulement l'état constaté le sixième jour : c'est « à part l'absence de troubles oculaires, l'image classique de la méningite tuberculeuse. Subdélire, décubitus en chien de fusil, hyperesthésie généralisée. Hémiparésie droite ». Ce jour-là, le liquide céphalo-rachidien est clair, contient 270 leucocytes par mmc., dont 97 % de lymphocytes, et 0 gr. 27 d'albumine par litre.

Roger, notre petit malade, a présenté une modalité bien particulière.

Pendant la première phase de la maladie, avant son entrée à l'hôpital, il présente des phénomènes infectieux, qui évoluent en deux poussées ; il ne semble pas qu'à ce moment il y ait eu des phénomènes méningés ; en tout cas, le médecin ne pense pas à la méningite.

Pendant la seconde phase, huit jours après le début de la maladie, quatre jours après le début de la seconde poussée, on constate la paralysie du membre supérieur gauche et de la raideur de la nuque.

L'enfant entre à l'hôpital le neuvième jour, il a une fièvre légère, est dans une somnolence profonde, présente une légère raideur de la nuque, un léger Kernig. Les ponctions lombaires retirent un liquide contenant des lymphocytes d'abord rares puis assez nombreux, de l'albumine, à un taux d'abord normal

plus tard augmenté. Il existe une paralysie du membre supérieur gauche, les réflexes rotuliens sont très faibles.

A partir du treizième jour, l'apyrexie s'installe. Puis, à partir du seizième jour, la torpeur diminue, la raideur de la nuque et le Kernig disparaissent. La paralysie persiste en régressant.

***

Pendant que se poursuit l'évolution clinique, on assiste à des modifications intéressantes du LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN.

Son étude a été l'objet depuis 1900 de nombreux travaux. Récemment MM. Rohmer, Raymond Meyer, Mlle Phélizot, MM. Tossovatz, Vallette et Willemin ont publié dans la *Revue française de pédiatrie*, les *Observations cliniques et thérapeutiques faites pendant l'épidémie de poliomyélite d'Alsace en* 1930. Ils ont précisé quelques points intéressants.

Les modifications du liquide céphalo-rachidien ne sont pas spéciales aux formes méningitiques ; elles se voient dans les formes communes sans symptômes méningés.

Il n'y a pas de relation entre l'importance du syndrome clinique méningé et les modifications du liquide.

Les caractères du liquide diffèrent suivant les périodes de la maladie.

A la phase préparalytique, le liquide est généralement clair, quelquefois opalin et même trouble. Assez souvent on note une légère xantochromie ; il y a une légère hypertension ; dans certains cas, l'hypertension est très forte. L'albumine est augmentée, le glucose généralement normal ou un peu augmenté.

Les leucocytes sont en plus ou moins grand nombre. M. Draper en a numéré, entre quatre et vingt-quatre heures après le début de la maladie, de 50 à 2.450 par mmc. La formule est mixte, avec prédominance des polynucléaires, qui sont dans la proportion de 60 à 90 %.

Rapidement, la pression du liquide et le taux de l'albumine diminuent ; ils peuvent devenir normaux au bout de trois à cinq jours. Le nombre des leucocytes diminue également et la proportion des lymphocytes augmente ; on peut constater quelques cellules macrophages.

Finalement, la formule est lymphocytique.

Assez souvent, on constate la dissociation albumino-lymphocytique, les lymphocytes étant en grand nombre et l'albumine peu augmentée.

A la phase des paralysies, le liquide est clair ; dans certains cas, il est opalin ou même trouble. La pression augmente, l'albumine également, mais généralement le taux de celle-ci est peu élevé, atteint au maximum 0 gr. 40 à 0 gr. 60 par litre. Dans 30 % des cas, l'albumine est très augmentée, d'après M. Henri Durand, qui a consacré sa thèse de Paris, en 1919, au *Liquide céphalo-rachidien dans la poliomyélite aiguë.*

Le nombre de leucocytes est très différent suivant les observations. Généralement, il est, d'après M. Henri Durand, de 30 à 300 par mmc., en moyenne de 150. Quelque fois, il y en a de 2 à 10 ou de 1.000 à 1.200 par mmc. On trouve de 96 à 98 % de lymphocytes.

Dans les deux périodes, la recherche des germes au microscope et par la culture reste négative. L'injection du liquide au cobaye et au singe n'entraîne aucun trouble de leur santé.

***

Le syndrome méningitique crée de sérieuses difficultés de DIAGNOSTIC.

On porte le diagnostic de méningite, mais on en discute la cause.

Lorsque est réalisé le *tableau clinique de la méningite cérébro-spinale*, on pense à la méningite à méningocoques. Les symptômes des deux affections sont analogues. Certains auteurs ont donné quelques caractères différentiels ; ils ne semblent pas avoir une grande valeur.

Ainsi Wickman dit que la méningite à méningocoques se rencontre surtout en hiver et au printemps, la maladie de Heine-Médin en été et au début de l'automne. Mais une intrication est possible. Il signale que la fièvre est généralement courte dans la maladie de Heine-Médin, plus persistante dans la méningite ; mais dans chacune de ces affections, les courbes de la température peuvent être très diverses.

D'après M. Petren, les symptômes sont surtout cérébraux dans la méningite à méningocoques, surtout spinaux dans la maladie de Heine-Médin. Mais c'est là une question d'interprétation de la physiologie des symptômes, et il faut remarquer que les méninges craniennes sont lésées dans la maladie de Heine-Médin.

L'herpès est assez fréquent dans la méningite, il serait rare dans la maladie de Heine-Médin ; je note que Roger en a présenté.

En réalité, on peut dire que le diagnostic clinique peut être impossible.

Lorsqu'on trouve le *tableau clinique de la méningite tuberculeuse*, le début est quelquefois rapide, plus souvent insidieux ; lorsque l'affection dure, la confusion est facile. Beaucoup d'auteurs insistent sur l'hésitation du diagnostic en présence de certains malades.

Le diagnostic est éclairé par la PONCTION LOMBAIRE. Toutefois, l'interprétation des examens du liquide céphalo-rachidien peut être délicate.

Dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques, quand les faits sont typiques, le liquide est plus ou moins trouble ; il contient de très nombreux polynucléaires altérés et des méningocoques.

Mais on rencontre des cas particuliers ; pendant les premières heures de la méningite à méningocoques, le liquide peut être clair, les leucocytes sont peu nombreux, les méningocoques font défaut. Dans la maladie de Heine-Médin, le liquide peut être trouble.

Il faut répéter les ponctions : dans la méningite méningococcique, le liquide devient de plus en plus trouble, purulent ; dans la méningite de la maladie de Heine-Médin, le nombre des leucocytes diminue rapidement et des lymphocytes apparaissent.

Dans la méningite tuberculeuse, les caractères du liquide sont très analogues à ceux de la méningite de la maladie de Heine-Médin. Aussi l'examen du liquide céphalo-rachidien peut-il paraître confirmer un diagnostic de méningite tuberculeuse.

Mais, au cours des ponctions sccessives, le nombre des leucocytes diminue dans la maladie de Heine-Médin, tandis qu'il augmente dans la méningite tuberculeuse.

M. Arvid Wallgren, dans les *Notes cliniques sur la réaction méningée de la poliomyélite aiguë* qu'il a publiées dans *Acta medica Scandinavica* du 27 novembre 1920, écrit : « Il est vraiment frappant de voir comme la quantité des cellules diminue rapidement à des ponctions répétées. Dans cette circonstance, on aurait un certain appui au diagnostic différentiel entre la méningite tuberculeuse et les formes abortives de poliomyélite aiguë. Dans la méningite tuberculeuse le nombre des cellules demeure stationnaire ou augmente encore à mesure que la maladie évolue ».

La dissociation albumino-leucocytique est encore un caractère différentiel : l'albumine est peu augmentée dans la méningite de Heine-Médin, très augmentée dans la méningite tuberculeuse.

Cependant ce caractère est inconstant, son absence n'a guère de valeur. C'est l'opinion de M. A. Wallgren. « Les rapports d'albumine du liquide, écrit-il ont varié d'une manière si irrégulière que, à cet égard, je n'ai rien trouvé de caractéristique pour la méningite poliomyélitique »... C'est également l'opinion de M. Henri Durand.

Le glucose enfin est normal ou un peu augmenté dans la maladie de Heine-Médin, diminué dans la méningite tuberculeuse.

Le diagnostic avec la méningite tuberculeuse n'est pas le seul à discuter. Il existe d'*autres méningites à liquide clair*, et à *lymphocytes*.

Lorsqu'il y a de la somnolence, on peut penser à l'*encéphalite épidémique*. Dans cette dernière, le liquide céphalo-rachidien peut être normal ou contenir des lymphocytes en nombre plus ou moins grand, le taux de l'albumine est un peu augmenté, le glucose un peu augmenté.


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé
25

Dans la *méningite ourlienne*, le nombre des lymphocytes est élevé. Si la tuméfaction des parotides reste nulle, discrète ou passagère, sa cause peut être ignorée.

Il y a enfin des *méningites de cause inconnue.*

Pour porter le diagnostic de maladie de Heine-Médin, un facteur important, est l'existence d'une épidémie. S'il s'agit d'une méningite sporadique, le diagnostic doit toujours être réservé.

Le diagnostic est confirmé par l'APPARITION DES PARALYSIES.

Dans la méningite cérébro-spinale, les paralysies sont exceptionnelles. Il existe cependant une *méningo-myélite à méningocoques à forme poliomyélitique*, une *forme poliomyélitique de la méningite cérébro-spinale.*

M. Ch. Dopter la décrit dans son livre de 1921 sur *L'infection méningococcique.*

Le malade présente les symptômes de la méningite cérébro-spinale. Ensuite, du premier au dixième jours, ou au déclin des phénomènes méningés, apparaissent des douleurs violentes, des parésies, puis des paralysies flasques avec abolition des réflexes, et quelquefois des troubles sphinctériens.

MM. Jean Mage et Ludo van Bogaert, dans les *Annales de médecine* de novembre 1929, rapportent un cas intéressant de *méningite cérébro-spinale à forme de poliomyélite aiguë*. Le malade est un homme de 20 ans. Il présente une *phase d'invasion à type de poliomyélite* ; le liquide céphalo-rachidien est clair, contient des lymphocytes et 0 gr. 40 d'albumine par litre. On porte le diagnostic de poliomyélite aiguë.

Rapidement, le nombre des lymphocytes augmente, de 40 à 110 par mmc. et on trouve des méningocoques. La sérothérapie antiméningococcique est instituée. Enfin, on constate une forte polynucléose.

Dans une *deuxième phase*, on constate l'atténuation des symptômes et la disparition des méningocoques.

Enfin, dans une *troisième phase* apparaît une méningite à staphylocoques dorés dont le malade meurt.

Dans les méningites tuberculeuses, les paralysies sont en général tardives, alors que lorsque l'état s'aggrave, l'évolution de la maladie confirme ou réforme le diagnostic.

***

Le *pronostic immédiat* dépend de l'extension des lésions à la substance grise du bulbe et du cerveau. Les formes envahissantes des paralysies sont rapidement mortelles ; mais il ne s'agit généralement pas de formes méningées. Les formes méningées sont rarement mortelles.

En ce qui concerne les paralysies, le *pronostic éloigné* dépend de l'étendue et de la profondeur des lésions des cornes antérieures de la moelle. Il y a des cas où les paralysies sont tenaces. Le plus souvent, elles sont fugaces. La guérison ou, tout au moins, une grande amélioration sont la règle.

Cette évolution favorable se produit quel que soit le traitement ; elle a été constatée bien avant l'emploi du sérum de Pettit, du sérum de convalescent, de la radiothérapie. Les observations des formes méningées ne peuvent permettre de dire que ces traitements aient une action curative.

On a essayé de déduire de l'examen du liquide céphalo-rachidien quelques données pour le pronostic. Pour M. Draper, quand l'examen du liquide est pratiqué dans les dix-huit premières heures, si l'on trouve moins de 100 leucocytes par mmc., il n'y aurait pas de paralysies ou bien elles ne seraient que transitoires ; si on en trouve 200 à 500, les paralysies seraient certaines ; si on en trouve 700 à 1.000, le pronostic est fatal.

Il me semble que ces conclusions puissent être admises.

M. Henri Durand pense qu' « il n'y a pas grand chose à tirer du liquide céphalo-rachidien au point de vue du pronostic »...

Pour M. Rohmer, « Il n'y a aucun rapport entre la réaction cytologique et la gravité du cas. Tout au plus semble-t-il que, dans les formes graves encéphalitiques, le nombre des cellules soit plus élevé »

***

A l'AUTOPSIE des malades morts de la maladie de Heine-Médin, on trouve une inflammation diffuse du névraxe et des méninges avec localisation prédominante sur les cellules des cornes antérieures de la moelle, qui sont le lieu d'élection du processus.

M. Schreiber dans la thèse que j'ai citée tout à l'heure, Mme Tinel-Giry, dans une thèse soutenue à Paris en 1911 sur *La poliomyélite épidémique* (maladie de Heine-Médin) ont décrit les lésions constatées.

Les méninges cérébrales et spinales présentent, dans la forme commune, une vascularisation plus ou moins marquée, dans la forme méningée, de l'hyperhémie et de l'œdème, souvent très accentués. Les plexus choroïdes sont hyperhémiés.

Au microscope, la pie-mère est infiltrée de mononucléaires et de lymphocytes disposés en amas périvasculaires.

Les lésions sont surtout marquées à la face antérieure de la moelle, dans sa portion inférieure ; elles se retrouvent au niveau du bulbe, du cervelet et de l'encéphale.

Dans la moelle, le bulbe et l'encéphale, la substance grise présente une infiltration leucocytique diffuse ou à prédominance périvasculaire.

Les racines rachidiennes sont entourées par l'infiltration pie-mérienne, qui réalise un manchon inflammatoire.

La maladie de Heine-Médin est somme toute une *méningo-myélite* et une *méningo-encéphalite.*

La diffusion du processus explique la multiplicité des formes cliniques.

Les *relations entre la méningite et les lésions du névraxe* sont interprétées de deux façons.

Le virus de Landsteiner-Popper pénètre dans l'organisme soit par la muqueuse pharyngée, soit par la muqueuse intestinale, puis il se dissémine par la voie sanguine.

Pour Harbitz et Scheel, il infecte d'abord la pie-mère ; puis l'infection s'étend rapidement dans la profondeur en suivant les gaines lymphatiques périvasculaires. La poliomyélite est une méningite qui a tendance à gagner en profondeur.

Pour Wickman et pour Mme Tinel-Giry, le processus est autre. Le processus medullaire « nous paraît, écrit celle-ci, absolument distinct de l'irritation méningée. La prolifération périvasculaire augmente de la périphérie vers le centre ; elle s'accuse donc à mesure que le vaisseau approche de la corne antérieure et y pénètre ..... Il s'agit bien d'une réaction périvasculaire autonome, indépendante de l'irritation méningée, mais liée au contraire à l'existence du foyer inflammatoire de la substance grise ; elle lui est, par conséquent secondaire. »

Sans prendre parti entre les deux théories, il convient de rappeler l'évolution clinique qui, dans les formes méningitiques que j'étudie, comprend une première étape méningitique et une seconde étape paralytique beaucoup plus tardive.

***

Concluons.

1° La maladie de Heine-Médin n'est pas un processus inflammatoire strictement localisé aux cornes antérieures de la moelle, mais un processus diffusé à tout l'axe cérébro-spinal.

2° La méningite, spinale et cérébrale, est constante. Elle reste souvent occulte cliniquement, mais, assez souvent, elle se traduit par un syndrome clinique qui réalise les *formes méningitiques de la maladie de Heine-Médin.*

3° Les formes méningitiques se présentent sous des modalités cliniques diverses.

Généralement, les phénomènes méningés sont *précoces.*

La forme la plus habituelle a un début brusque ou rapide, avec de la fièvre et le tableau clinique de la méningite cérébro-spinale ; puis régressent, les syndromes méningés en même temps qu'apparaissent les paralysies.

Dans une autre forme, le début est insidieux, avec peu de fièvre, peu de raideur de la nuque, un signe de Kernig peu net, mais surtout avec de la somnolence. C'est le tableau clinique de la méningite tuberculeuse.

Quelquefois, le syndrome méningé est *tardif.*

Il y a une phase de début fébrile, avec ou sans syndrome méningé.

Plus tard, à la phase paralytique, il se produit une reprise ou une apparition du syndrome méningé.

C'est le cas de Roger. Une fois la paralysie flasque du membre supérieur gauche installée, il présente un peu de fièvre, une torpeur très grande, un peu de raideur de la nuque et un léger signe de Kernig.

A ce moment, on note une augmentation des leucocytes et plus tard de l'albumine du liquide céphalo-rachidien.

Chez Roger, le syndrome clinique traduit la reprise du processus méningé à la période paralytique.

En général, cette reprise se révèle seulement par l'examen du liquide céphalo-rachidien. En effet, pendant la phase de régression, écrit le Professeur Rohmer, « il y a de nouveau, une augmentation de la pression et de l'hyperalbuminose ainsi qu'une légère réaction mononucléaire »...

Il m'a paru intéressant, à l'occasion de notre petit malade, de vous parler des formes méningitiques de la maladie de Heine-Médin et notamment de la modalité peu commune qu'a revêtue chez lui la méningite.

VARIÉTÉS

Du « Degré de certitude de la Médecine » d'après Cabanis

S'il est vrai que la plupart des écrits de Cabanis, ont, comme nous l'avons indiqué (1), marqué un pas en avant, et quelques-uns un pas décisif, sur le chemin de la connaissance ou sur la route du progrès social, il convient, semble-t-il, de revenir sur les plus importants d'entre eux, pour compléter la brève mention dont ils ont été l'objet précédemment, par une appréciation plus détaillée, appropriée au rôle qu'ils ont rempli dans la marche de l'esprit humain, — en suivant, de préférence, l'ordre chronologique de leur composition, qui a le précieux avantage d'illustrer l'évolution mentale de l'auteur.

Le premier de ces écrits qui mérite de retenir notre attention est sa Dissertation sur le *Degré de certitude de la Médecine* (2), qui, composée en 1788, ne vit le jour qu'en vendémiaire de l'an VI (pour les motifs d'ordre politico-social rappelés ci-dessus) sans que, comme nous l'avons déjà indiqué, sa rédaction paraisse avoir subi aucune modification, hormis l'addition de Notes et d'une courte dédicace aux professeurs de l'Ecole de Paris.

Ce n'est pas, à proprement parler, que ledit Essai ait vraiment résolu, d'une manière entièrement satisfaisante, le problème soulevé dans ses pages et qui était peut-être insoluble pour l'époque, mais étant la première composition importante, issue des méditations de notre auteur, elle nous permet, comparée à ses publications ultérieures, de mesurer le chemin couvert par sa pensée depuis son premier vagissement, — et cela, d'autant mieux qu'en dehors des considérations, inhérentes au sujet traité, elle est riche (comme le seront ses écrits subséquents), de réflexions, de suggestions incidentes, d'ordre biologique, sociologique et politique, psychologique et moral, philosophique, annonciatrices de la portée de Cabanis comme observateur et comme penseur.

S'inspirant de cette considération qui devait être reprise, de notre temps, par Cl. Bernard et par E. Picard (au nom de l'unanimité de ses collègues de l'Académie des sciences), qu'« avant de faire de la science, il faut croire à la science », il pose en principe, dans sa Préface datée du 10 décembre 1788, que « pour étudier et pratiquer convenablement la médecine, il faut y mettre de l'importance ; et » que « pour y mettre une importance véritable, il faut y croire. Si notre art » déclare-t-il « a des fondements solides dans la nature ; s'il peut être utile ; si ses consolations sont nécessaires à l'infortuné qui souffre..., on ne saurait employer trop de moyens pour porter les hommes qui s'y destinent à s'y dévouer entièrement ; pour leur faire sentir toute la dignité de leur ministère ; pour leur en inspirer l'enthousiasme. Ce but est, je l'avoue, celui qui m'a fait prendre la plume ». (I, 403).

Partant de là, il expose, dans les 125 pages in-8° qu'il consacre à son sujet, les principales objections élevées contre l'existence et même contre la possibilité de l'existence d'aucune certitude en médecine ; il les groupe sous 7 chefs principaux et s'emploie à les combattre de son mieux.

La première qu'il rencontre sur son chemin et qu'il saisit corps à corps est celle des détracteurs de notre art qui, dans le but de discréditer les travaux dont il est l'objet, exploitent ce prétexte que : « les ressorts secrets de la vie échappent à nos regards » ; que « nous n'avons aucune idée précise, ni du principe qui nous anime, ni des moyens par lesquels, il exerce son action » (I, 416) ; que nous sommes ignorants « et de la nature, et des causes premières des maladies ». (I, 455).

Cabanis n'a garde de contester la part de vérité contenue dans ces assertions : « Il est certain » convient-il « que, d'une part, la nature de la cause qui meut les corps animés, et, de l'autre, les circonstances immédiates qui modifient son influence dans les divers organes, se dérobent également à nos recherches, et nous sont tout à fait inconnues. Il est certain que si leur connaissance doit servir de base à l'art de guérir, l'art pêche essentiellement par sa base » (I, 446). Mais, s'empresse-t-il d'ajouter avec infiniment de raison, cette ignorance « n'est pas particulière à la médecine et si ce reproche pouvait la faire regarder, avec fondement, comme incertaine et conjecturale, il jetterait le même doute sur les principes de presque toutes les sciences » (I, 455) et sur la pratique de presque tous les arts, — puisque « l'homme ne connaît l'essence de rien, ni celle de la matière qu'il a sans cesse sous les yeux, ni celle du principe secret qui la vivifie et détermine tous les phénomènes de l'univers ». Sans doute, « il parle souvent des causes qu'il se flatte d'avoir découvertes, et de celles qu'il se plaint de ne pouvoir découvrir : mais les vraies causes, les causes premières, sont aussi cachées pour lui que l'essence même des choses ; il n'en connaît aucune. *Il voit des effets ou plutôt il reçoit des sensations : il observe des rapports, soit entre les objets auxquels il attribue ces sensations, soit entre ces objets et lui-même : il s'efforce d'apercevoir sans cesse de nouveaux rapports : il les met en ordre pour fixer leur souvenir dans son esprit, pour les mieux apprécier, pour en tirer ce qui peut servir à sa conservation, ou lui donner de nouvelles jouissances ; et voilà tout.* En examinant ces prétendues causes, dont la connaissance l'énorgueillit, on voit qu'au fond, elles ne sont toutes que des faits. Deux faits se trouvent enchaînés l'un à l'autre dans un ordre successif : on dit que le premier est la cause du second. Celui-ci peut devenir cause à son tour relativement au troisième qui le suit ; comme en remontant vous trouverez toujours un fait antérieur à votre cause, jusqu'à ce que vous arriviez à cette force spontanée qui meut le monde dans son ensemble et dans chacune de ses parties. Or, cette cause est la seule véritable ; elle les renferme toutes : et sa nature, ainsi que ses moyens propres d'action, se dérobent également à notre faible vue ». (I, 448).....

Après avoir proclamé ainsi ce qu'il y a de relatif dans la connaissance humaine et avoir gratuitement affirmé l'existence d'une hypothétique cause première, il poursuit : « la question » dans le cas particulier de la médecine, « se réduit donc à savoir s'il est nécessaire ou, du moins s'il serait très avantageux » pour le médecin « de pénétrer l'essence même des forces vivantes, et d'avoir une idée précise de la manière dont elles agissent sur le corps. » (I, 446).

Or, il excelle à démontrer que cette pénétration n'est nullement indispensable au praticien pour lui permettre d'ouvrer utilement et que la connaissance, de beaucoup la plus impor-

(1) In *Progrès méd.* des 5, 12, 19 septembre, 31 octobre 1931.
(2) In *Œuvres complètes* (Bossange et Didot, 1823), tome I.

tante pour lui, est celle des rapports constants qui lient entre eux les phénomènes pathologiques et dont la formulation, une fois trouvée, prend le nom (impropre, à mon sens, parce que trop sociomorphique) de loi.

Devançant A. Comte et Cl. Bernard, il aboutit, dès 1788, à cette remarquable profession de foi nettement déterministe : « *l'observation m'apprend que tout s'opère dans la nature, d'une manière régulière et constante ; que, dans des circonstances absolument semblables, les faits sont toujours les mêmes ; que si l'on peut quelquefois les rendre différents, c'est à raison des changements qu'on peut apporter aussi dans les faits antérieurs dont ils découlent, dans les faits simultanés avec lesquels ils ont des rapports étroits.* » (I, 449).

A son estimation, le clinicien n'a donc pas besoin de pénétrer « jusqu'aux causes de la vie », pour être en mesure d' « observer les écarts auxquels leur action peut être sujette, pour étudier les moyens qui la font rentrer dans l'ordre naturel », (I, 455). Cette pénétration, assure-t-il, ne lui est pas plus indispensable pour résoudre les problèmes pratiques qui se posent devant lui, que ne sont indispensables : la connaissance « de la force qui balance l'Océan pour régler, d'après l'ordre constant dans lequel se font le flux et le reflux, la marche des vaisseaux (à voile) qui descendent ou remontent à l'embouchure d'un fleuve ou qui longent des bords escarpés » ; celle de « la cause des affinités des corps, de leur élasticité, de leur cohésion, pour faire, soit en chimie, soit en physique, toutes les opérations fondées sur ces propriétés » ; celle du « secret de la vie des végétaux »... secret « de leur instinct et de leurs penchants particuliers ... pour inventer, pour perfectionner l'agriculture. » (I, p. 449).

Contenue dans ces termes, son argumentation serait irréfutable. Malheureusement, au lieu de s'y tenir, il éprouve le besoin, cédant à une sorte d'optimisme Leibnizien, d'avancer, sans l'ombre d'une justification, que la possession des données relatives à « la nature et aux causes premières des maladies (I, 416)..., à la nature de la cause qui meut les corps animés..., aux circonstances immédiates qui modifient son influence dans les divers organes (446)..., à l'essence des forces vivantes, à la manière dont elles agissent sur le corps », loin d'être indispensable au médecin pour remplir utilement sa fonction, *ne lui serait, en réalité, d'aucun profit* ; « que les objets qui résistent à ses recherches lui sont d'autant moins utiles à connaître qu'ils sont plus hors de la portée de son esprit, et que, dans le fait, il n'a besoin de savoir que ce qu'il peut apprendre par le bon usage de ses facultés » (I, 449).

Et il aggrave son cas dans cette pitoyable réponse à la deuxième Objection élevée contre la certitude de la médecine que « la nature et les causes premières des maladies nous sont absolument inconnues » (I, 416). — « Nous savons ... », réplique-t-il « que la fièvre produit tels ou tels changements, ou plutôt, c'est par ces changements qu'elle se montre à nos yeux ; c'est par eux seuls qu'elle existe pour nous. Quand un homme tousse, crache du sang, respire avec peine, ressent une douleur de côté, a le pouls plus vite et plus dur, la peau plus chaude que dans l'état naturel : on dit qu'il est attaqué d'une pleurésie. Mais qu'est-ce donc qu'une pleurésie ? On vous répliquera que c'est une maladie dans laquelle tous ou presque tous ces accidents se trouvent combinés. S'il en manque un ou plusieurs, ce n'est point la pleurésie, du moins la vraie pleurésie essentielle des écoles. C'est donc le concours de ces accidents qui la constitue. Le mot *pleurésie* ne fait que les retracer d'une manière plus abrégée. Ce mot n'est pas un être par lui-même : ilxprime une abstraction de l'esprit, et réveille par un seul trait toutes les images d'un assez grand tableau. — Ainsi, *lorsque, non content de connaître une maladie par ce qu'elle offre à nos sens, par ce qui seul la constitue, et sans quoi elle n'existerait pas, vous demandez encore quelle est sa nature en elle-même, quelle est son essence : c'est comme si vous demandiez quelle est la nature ou l'essence d'un mot, d'une pure abstraction.* — Quant aux causes premières des maladies..., entend-on par ce mot les causes qui rendent l'homme, dans tel cas donné, susceptible d'éprouver tel changement dans les fonctions de la vie ? Je réponds que nous les ignorons absolument, puisqu'elles sont encore les mêmes que celles en vertu desquelles nous vivons. Mais parle-t-on seulement des faits liés à la maladie, qui font partie de son histoire, et qui peuvent fournir des lumières pour le traitement ? Je réponds que ces causes sont toutes du domaine de l'observation : on peut les voir ou les toucher ; on peut en acquérir la connaissance par des récits fidèles : et comme elles produisent toujours certains phénomènes dans l'économie animale.., c'est dans ces phénomènes mêmes qu'il faut les chercher ; c'est dans leurs propres effets qu'il faut s'habituer à les reconnaître » (I, 456).

Cabanis me semble patauger ici en plein verbiage scholastique, et il me paraît oiseux de greffer sur son galimatias aucune discussion sérieuse.

Contentons-nous — de signaler, au nom de l'expérience, qu'il n'est pas indifférent au médecin, pour décider de la conduite à tenir dans telle ou telle conjoncture, d'être conscient ou non que la fièvre est, le plus souvent, un mode de réaction défensive de l'organisme contre l'agression d'un agent morbide ; que, par suite, ce mode de réaction mérite d'être respecté lorsqu'il ne dépasse pas un certain degré d'intensité, d'être atténué lorsque, par son exagération, il compromet la défense qu'il a pour rôle de préparer ; — de rappeler qu'en ce qui concerne la pleurésie invoquée comme exemple et dont Cabanis, avec les médecins de son temps, confond les symptômes avec ceux de la congestion pulmonaire ou de la pneumonie, il est d'une importance capitale pour sa compréhension, son pronostic, son traitement, de préciser, comme les progrès de la science en donnent présentement la possibilité, son siège au niveau de l'une ou de l'autre des séreuses pulmonaires (puisqu'un épanchement gauche, toutes choses égales d'ailleurs, menace davantage d'entraver le fonctionnement du cœur), sa localisation au niveau du diaphragme ou d'une scissure interlobaire, etc..., la nature du microorganisme qui a sollicité la plèvre à réagir par une sécrétion plus ou moins abondante.

Est-il besoin, de noter, d'ajouter que des considérations plus ou moins analogues s'appliquent aux péricardites, aux méningites, aux péritonites, aux arthrites, etc., dont, toutes choses égales, l'évolution variera avec la nature du microbe en cause : bacille de Koch, streptocoque, coli-bacille, etc...

Notre auteur ne nous paraît guère se dégager de l'ornière, métaphysique lorsqu'il cherche à éclairer sa pensée par la déclaration suivante : « jusqu'à quel point faut-il donc s'occuper de la recherche des causes, en comprenant sous cette dénomination générale les causes que les anciens appelaient cachées, et celles qu'ils distinguaient par le titre d'évidentes ? La réponse est simple... *Les causes dont la connaissance est nécessaire pour compléter l'histoire de la maladie, ou qui exigent des modifications dans le traitement, se montrent, soit par elles-mêmes, soit par les effets qu'elles produisent* : elles sont toutes des objets d'observation. Il serait dangereux, sans doute, de les ignorer ; et *il est toujours possible de les découvrir. Mais on doit rester, relativement aux autres, dans la plus invincible indifférence , et ne pas sortir de cet axiome fondamental, que plus elles sont au-dessus de nos recherches, moins il nous importe de les connaître.* » (I, 459).

Cabanis commet ici une erreur (dans laquelle versera, à sa suite, A. Comte), celle de supposer gratuitement que les connaissances qui nous manquent sont précisément celles dont nous n'avons pas besoin, comme s'il existait une harmonie préétablie, fixée par Madame ou Mademoiselle Nature, entre ce que nous savons et ce qu'il nous importerait de ne point ignorer... Celle-ci, prend-il soin d'énoncer dans son langage ontologique, a « voulu que la source de nos connaissances fut la même que celle de la vie. Il faut recevoir des impressions pour vivre ; il faut recevoir des impressions pour connaître : et comme la nécessité d'étudier les objets est toujours en raison directe de leur action sur nous, il s'*ensuit que nos moyens d'instruction sont toujours proportionnés à nos besoins* ». (I, 465).

Or, dans la réalité des choses, rien n'autorise à présumer qu'une telle harmonie existe et, encore moins, qu'elle ait pu être établie par Madame ou Mademoiselle Nature, à défaut du sieur Dieu, dont ne pouvait se passer Leibnitz. Cette hypothèse se trouve plutôt contredite par l'histoire de l'évolution

de notre art qui atteste sa progression d'âge en âge et la subordination de cette progression à l'acquisition incessante, par les fils, de notions nouvelles restées inaccessibles aux pères, en dépit de leurs efforts pour les atteindre et du pressentiment qu'ils avaient de leur utilité pour assurer leur marche.

De plus, il est inexact que, à une époque quelconque, « nos moyens d'instruction soient toujours proportionnés à nos besoins » (I, 465) ; que « les causes dont la connaissance est nécessaire pour compléter l'histoire de la maladie ou qui exigent des modifications dans le traitement se montrent soit par elles-mêmes, soit par les effets qu'elles produisent, qu'elles sont toutes des objets d'observation, qu'*il est toujours possible de les découvrir* » (I, 459), à une époque donnée.

Ce n'était pas vrai du temps de Cabanis où l'on ignorait, au grand détriment de leur traitement, la nature animée des facteurs déterminants des infections, et ce n'est pas davantage vrai de nos jours où, par exemple, d'innombrables chercheurs des deux mondes, s'acharnent, infructueusement jusqu'ici, à découvrir la cause efficiente ou les causes efficientes du ou des cancers, découverte qui serait cependant d'un prix inestimable pour prévenir la naissance de cette maladie ou lutter efficacement contre ses ravages.

Si l'on avait suivi le conseil que donnait Cabanis, de considérer avec indifférence les causes cachées des maladies, on ignorerait encore les agents animés de la dothiénentérie, du paludisme, de la fièvre puerpérale, de la fièvre méditerranéenne, de la tuberculose, de la syphilis, etc..., et les moyens de s'en préserver ou de s'en guérir. Or, comme exemple typique des désavantages d'une pareille ignorance, il suffit de citer : — celui des affections mycosiques pulmonaires qui, il y a moins d'une génération, étaient encore confondues avec la tuberculose et inefficacement traitées comme elle, tandis que l'identification des champignons qui les occasionnent permet, le plus souvent, aujourd'hui, de les éviter, et sont-elles installées, de les combattre activement avec les préparations iodées ; — celui de la diphtérie dont il était si difficile de se garer et de se guérir avant les découvertes de Behring, de Roux, de Ramond, etc..., basées sur l'identification de l'agent causal de la maladie et qui permettent le plus souvent à la génération actuelle d'en préserver ou d'en délivrer ses enfants, etc...

Cabanis a donc eu tort, en l'espèce, — d'approuver les Empiriques qui soutenaient indûment « que les causes sont hors de notre portée tandis que les faits se livrent d'eux-mêmes à nos recherches, et qui concluaient témérairement, de l'ignorance de leur génération, à la perpétuité inéluctable de cette ignorance pour les générations ultérieures ; — de se prononcer contre les Dogmatiques qui avançaient, non sans raison valable, « que l'ignorance des causes fait errer la médecine au hasard et frappe les plans de curation d'un vice radical d'incertitude. » (I, 457). L'histoire récente de beaucoup d'infections, celle présente du cancer attestent : d'une part, que la recherche de nombreuses causes morbigènes, pour avoir été au dessus des moyens d'investigation dont disposaient les contemporains de Bichat, n'est pas restée inaccessible aux générations suivantes ; d'autre part, que « les faits ne se livrent pas d'eux-mêmes à nos recherches ».

Notre Essayiste n'est guère plus heureux dans sa tentative de réfutation de la troisième Objection qu'élevaient contre la validité de notre art, ceux qui s'appuyaient « sur la difficulté d'avoir des notions exactes des maladies et de s'assurer de l'effet des remèdes » (I, 459), pour conclure en ces termes : « Les maladies sont si variées, si susceptibles de complications, qu'on ne saurait tirer de leur observation la plus scrupuleuse, aucune règle fixe qui serve à les faire toujours reconnaître : elles subissent tant de modifications, à raison de l'âge, du sexe, du tempérament, du climat, de la saison, de l'état de l'air, du régime que le malade a suivi, de la profession qu'il exerce, des maladies auxquelles il a été sujet auparavant, enfin de ses passions habituelles, et de l'état présent de son âme, qu'au milieu de tant de causes diverses, il est impossible de démêler ce qui appartient à chacune ; de donner aux phénomènes leur juste valeur et leur place naturelle ; de se faire un plan convenable de traitement ; en un mot, de tirer des résultats dignes, par leur certitude, de l'importance de l'art. » (I, 416).

Loin de contester *a priori* leurs dires, il ne disconvient pas que « les maladies sont très variées » ; qu' « elles sont susceptibles de complications infinies » ; que « l'âge, le sexe, le climat, la saison, le caractère de l'épidémie régnante, tout, jusqu'à des circonstances, en quelque sorte inappréciables, peut les modifier de mille manières diverses, donner aux phénomènes de nouveaux aspects, les enchaîner dans un nouvel ordre de succession ou de balancement réciproque, conduire les crises à d'autres terminaisons » ; que « la séméiotique, ou l'art de reconnaître les différents états de l'économie animale, par les signes qui les caractérisent, est sans doute la plus difficile comme la plus importante partie de la médecine » ; qu' « à chaque instant, on est obligé d'admettre des exceptions aux règles par lesquelles on croyait pouvoir être guidé » ; qu'il n'y a « rien de fixe dans leur application, rien de constant dans les plans de conduite » (I, 460). Mais avec une candeur qui n'a rien de scientifique, il compromet la cause dont il s'est constitué le champion en recourant, d'une façon imprévue, à cette argumentation d'ordre sentimental, donc suspecte de prime abord : « c'est » prétend-il « en s'identifiant, pour ainsi dire, avec l'être souffrant, en s'associant à ses douleurs, par le jeu prompt d'une imagination sensible », que le praticien « voit la maladie d'un seul coup d'œil, qu'il en saisit tous les traits à la fois ; car *c'est ainsi qu'il en partage à un certain point toutes les impressions* ; et cet instinct lui fait en quelque sorte, pressentir plutôt que prévoir l'utilité de certains remèdes, dont les effets lui sont d'ailleurs connus » (I, 461).

On ne saurait s'illusionner sur l'indigence d'une telle dialectique — qui, d'une part, méconnaît « que la sympathie pour autrui, si profonde soit-elle, ne sera jamais la conscience d'autrui » (A. Fouillée, in *La Pens. et les nouv. Ecol. anti-int.*, ch. V), peu propre, au surplus, à éclairer aucun patient sur la nature de son mal ; — qui, d'autre part, trahit un illusionnisme naïf et dangereux en attribuant au sentiment une clairvoyance tellement contraire à la réalité que, comme il a été noté de tout temps, l'affection du médecin pour ses proches le met en état de flagrante infériorité pour diagnostiquer exactement leurs maladies ; tend à fausser son pronostic par un optimisme ou un pessimisme hors de saison, commandés par ses désirs ou ses craintes ; tend à faire trébucher sa thérapeutique, soit en le plongeant dans l'indécision par peur de compromettre la situation des patients, soit en le poussant à intervenir malencontreusement dans la lutte spontanée de l'économie contre le mal, tantôt en contrecarrant une réaction spontanée utile, tantôt en l'exaltant mal à propos par un coup de fouet intempestif. Qui ne voit qu'un plaidoyer de cette nature n'est pas seulement impropre à refouler le scepticisme, qu'il est plutôt propre à le développer en méconnaissant que le sentiment, s'il actionne la volonté, aveugle presque toujours l'esprit et l'éclaire rarement, en dépit de l'affirmation, non prouvée, de Vauvenargues que « les grandes pensées viennent du cœur. »

Cabanis semble, du reste, l'avoir senti, car il s'empresse d'introduire ce commentaire atténuatif : « Voilà sans doute une manière de procéder qui doit paraître peu fidèle et peu sûre. Ce n'est là véritablement ni la marche du géomètre ou du calculateur, ni même, à ce qu'il paraît au premier coup d'œil, celle du logicien sévère, qui va pas à pas, de proposition en proposition. Or, si, dans les sciences mathématiques, le moindre défaut d'exactitude, quant à la construction ou quant à l'emploi des formules, mène inévitablement aux conséquences les plus fausses, pourra-t-on constamment éviter l'erreur, dans un art où les succès tiennent à la sagacité ; où les vues les plus heureuses sont bien moins des raisonnements que des inspirations ?.. ». « Cela est difficile, sans doute : mais cela n'est pas impossible ; du moins je le crois ainsi. — Et d'abord, je ne crois pas impossible de se faire une idée juste des modifications que les maladies éprouvent ; de démêler à quelles circonstances elles sont dues, de quelle manière il est avantageux d'en tracer le tableau. Car comment les a-t-on soupçonnées ? comment s'est-on assuré de leur existence ? comment est-on remonté jusqu'à leur source ? c'est-à-dire, comment a-t-on su que telle ou telle circonstance pouvait y


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

donner lieu ? N'est-ce point à l'observation que nous devons ces premiers pas importants ? Ce que l'observation a commencé, pourquoi ne l'achèverait-elle pas ? pourquoi ne parviendrait-on point, par son secours, à réduire en système ces différentes séries de faits qu'on n'admet déjà comme distinctes entre elles, que parce qu'on a pu réellement les distinguer, au moins quelquefois. » (I, 461).... L'observation, explique-t-il, « nous fait apercevoir des différences entre les maladies ; elle nous fait voir que ces différences suivent certaines lois comme tous les phénomènes de la nature ; que les changements produits par les maladies dans l'état des corps animés, ont des rapports réguliers avec certains faits antérieurs ou présents. Nous pouvons donc déterminer ces rapports, ou l'enchaînement des effets avec ce qu'on appelle leurs causes; car nous pouvons savoir, quand nous voyons un fait, que tel autre l'a précédé. L'observation nous fait donc connaître si l'un dépend de l'autre, s'il le suit ou l'accompagne : et réciproquement, quand la cause se montre, nous prévoyons sans peine l'effet qui doit la suivre. L'observation peut donc apprécier l'influence de toutes les circonstances qui en ont une véritable ; elle peut réduire cette connaissance en règles fixes, la rendre plus exacte par la méthode, plus présente à l'esprit par l'habitude de la retracer et d'en faire des applications » (I, 462).

Il ajoute : « s'il était vrai que chaque maladie différât essentiellement de toutes les autres ; si l'on ne pouvait se laisser guider dans son étude par aucune règle générale ; si l'on ne pouvait parvenir à prévoir sa marche et ses crises, à leur approprier une méthode raisonnée et sûre de traitement : il est évident qu'on ne se ferait une idée précise et complète de cette maladie, que lorsqu'elle aurait parcouru toutes ses périodes ; et ce ne serait qu'alors, c'est-à-dire quand il ne serait plus temps, qu'on pourrait donner aux malades des secours dirigés par d'évidentes et sages indications : en un mot l'art n'existerait point. » (I, 467).

Or, il n'a pas de peine à établir que l'art existe.

Il fait remarquer très justement qu'au surplus les maladies ne sont pas aussi différentes les unes des autres qu'elles le paraissent au premier abord ; que si, à les « considérer par leurs causes, ou par leurs circonstances déterminantes, et par la liaison, les rapports et la gravité de leurs symptômes... l'une ne ressemble jamais à l'autre » (I, 470) et doit être étudiée en elle-même, être l'objet d'une étude propre, elles présentent cependant des points communs pour diverses raisons dont on peut, de nos jours, dévoiler ces deux principales : — beaucoup de causes se rapprochent par leur mode d'action pathogénique (tels les agents infectieux, etc.) ; — contre des causes morbigènes multiples, l'organisme n'a qu'un nombre limité de réactions, directement ou indirectement défensives, à sa disposition (douleur, fièvre, frisson, convulsions, éternuement, toux, expectoration, diarrhée, diurèse, etc...).

Il s'ensuit que la séméiologie de chaque maladie diffère plus par la variété dans la combinaison de ses symptômes que par leur dissemblance propre. « A chaque cas nouveau l'on croirait d'abord que ce sont de nouveaux faits : mais ce ne sont que d'autres combinaisons ; ce ne sont que d'autres nuances. Dans l'état pathologique, il n'y a jamais qu'un petit nombre de phénomènes principaux : tous les autres résultent de leur mélange et de leurs différents degrés d'intensité. L'ordre dans lequel ils paraissent, leur importance, leurs rapports divers, suffisent pour donner naissance à toutes les variétés des maladies. A partir de la douleur la plus faible, jusqu'à la plus insupportable ; de l'incommodité la plus simple, jusqu'à la maladie la plus compliquée ; de la fièvre éphémère jusqu'aux fièvres pestilentielles, on n'observe par out que les mêmes formes, les mêmes traits, les mêmes couleurs générales. C'est de leurs alliances , de leurs teintes opposées, ou combinées ; c'est de leur concordance ou de leurs contrastes, que la nature fait sortir cette multitude de tableaux, si différents les uns des autres au premier coup d'œil ... » (I, 472).

Cela est judicieusement pensé et bien dit.

Malheureusement, faiblarde encore est sa réponse à la quatrième Objection qu'il énonce en ces termes : «La nature des substances qu'on emploie comme remèdes est un mystère pour nous ; leur manière d'agir sur nos corps nous est encore plus inconnue » (I, 416).

« Qu'a-t-on besoin » riposte-t-il témérairement « de connaître la nature des remèdes pour observer les changements qu'ils produisent dans les corps ? On ne connaît pas davantage celle des aliments : cependant on a constaté que leurs effets diffèrent... et l'on a tiré, d'une longue suite d'expériences, des règles diététiques fondées sur toutes les bases des certitudes humaines. La manière de raisonner touchant l'action et l'emploi des remèdes est la même. Il nous est donc *inutile* de savoir quelle est la nature du quinquina pour remarquer son pouvoir spécifique dans les fièvres intermittentes ; quelle est celle de l'antimoine, ou du mercure, pour nous assurer que, moyennant certaines combinaisons, l'un fait vomir, tandis que l'autre... guérit » (?) « les maladies vénériennes... Tout cela, c'est l'observation qui nous l'enseigne : et *quand nous connaîtrions la nature intime du remède, les faits notés en l'éprouvant ne seraient ni plus certains, ni mieux liés entre eux.* Or, pour assurer sa marche dans toute science expérimentale, l'*homme n'a besoin que de constater les faits*, de leur donner dans son esprit, autant qu'il est possible, le même ordre, et les mêmes rapports qu'ils ont dans la nature, et de n'en tirer que les conséquences qui s'y trouvent renfermées expressément » (I, 475).

Outre que Cabanis se laisse aller, dans la dernière phrase de ce paragraphe, à rabaisser singulièrement le rôle de l'intelligence dans la poursuite scientifique, en paraissant vouloir le réduire à l'enregistrement, photographique en quelque sorte, des êtres ou des apparences phénoménales, il semble trop facilement prendre son parti de l'ignorance de son temps et la considérer comme de nature permanente et inéluctable.

De ce que, à la fin du XVIIIe siècle, et malgré les travaux intéressants de Lémery, la « nature intime » de beaucoup d'aliments et de la plupart des médicaments paraissait impénétrable, il n'avait nul droit de conclure qu'elle était condamnée à le rester. Et, en réalité, les progrès obtenus par la diététique, par la pharmacologie, par la thérapeutique, prouvent le contraire.

Encore moins était-il autorisé à contester *a priori* l'utilité des recherches ayant trait à la composition chimique de ces deux sortes d'ingesta.

En ce qui concerne les premiers, on ne saurait nier que les investigations du grand Ch. Bouchard, de l'étonnant F. Widal et de leurs Ecoles, de Achard, de G. Lemoine, de Chauffard, de Ch. Richet, de M. Labbé, de Loeper, de Pasteur-Valléry-Radot, etc..., sans parler des chercheurs étrangers, aient permis d'instaurer des règles diététiques infiniment plus précises et plus efficaces dans les régimes prescrits aux chlorurémiques, aux azotémiques, aux cholestérinémiques, aux glycosuriques, aux oxalémiques, aux hypersensibles en matière d'anaphylaxie, etc...

A l'encontre de celles de ses affirmations qui ont trait aux drogues, les travaux dont elles ont été l'objet sont loin d'être oiseux puisqu'ils ont permis — non seulement d'isoler dans l'écorce des différentes espèces de Cinchonas, le quinquina gris, le quinquina rouge, le quinquina jaune, mais encore et surtout de nous rendre compte que leur action dans le cours des fièvres paludéennes est due à la quinine qu'ils renferment dans une proportion différente, et non aux autres alcaloïdes, ou aux acides, ou aux matières colorantes, que l'analyse chimique a permis de déceler dans leur constitution ; conséquemment, de remplacer avantageusement, dans la plupart des cas, les quinquinas par tel ou tel sel de quinine ; — d'éliminer les impuretés de l'antimoine qui rendaient naguère son emploi difficile ; de noter son incompatibilité avec les acides, les chlorures, les sulfures, etc... ; — de distinguer les propriétés spéciales, les avantages et les inconvénients de l'emploi de chacun des sels de mercure, leurs incompatibilités avec diverses substances, la possibilité de pouvoir associer avantageusement tel d'entre eux, comme le calomel, avec le bismuth ; — de se convaincre que, parmi les médicaments, les uns agissent en excitant les réactions de l'organisme, en exaltant les défenses de l'économie (alcool, café, thé, huile camphrée, strychnine, etc...) ; que d'autres interviennent pour modérer ces réactions (bromures, chloral, opium, belladone, etc...) ; et, plus particulièrement, comme le signalait ré-

comment Loeper, que, dans un même plexus, la pilocarpine agira sur les filets du vague et l'adrénaline sur ceux du sympathique, que, dans un même muscle, les terminaisons nerveuses seront touchées par le curare, la fibre musculaire par la vératrine, que, dans un même cerveau, l'écorce sera impressionnée par le brome, les noyaux gris, par la stramoine, les bulbes par l'aconitine et par le bore, etc...

A la rigueur, pourrait-on arguer que ces diverses acquisitions sont le fruit de l'observation et ne contredisent pas, au fond, la thèse de notre auteur.

Sans doute, mais à la condition expresse de spécifier que, dans la plupart des cas, ils sont les fruits de l'observation expérimentale, c'est-à-dire d'une investigation active qui provoque les phénomènes à se manifester, et non de la simple observation clinique, passive en quelque sorte, seule visée par Cabanis et dont le rôle se borne à « constater les faits » (I, 476).

Cela dit, il n'est que juste de signaler l'amélioration des procédés de discussion de Cabanis lorsqu'il aborde l'examen de la 5e Objection dont il fournit cette version : « Les expériences médicales sont encore plus difficiles que l'observation des maladies, plus douteuses que les axiomes de diagnostic et de pronostic qu'elle fournit, l'effet d'un remède », pouvant « être déterminé par une foule de causes qui se dérobent au médecin » (I, 417).

A cela, il réplique fort justement qu'on n'a pas le droit de conclure, de la difficulté d'un art, à sa non-existence.

« S'il est une fonction » concède-t-il « qui demande toutes les éminentes qualités de l'esprit, c'est, sans doute, celle de tirer de justes indications des symptômes d'une maladie, d'observer l'effet des remèdes, d'établir les règles d'après lesquelles on puisse les employer à l'avenir avec sûreté. Mais quand on dit qu'un art est difficile, on est loin de dire qu'il n'existe pas : on dit implicitement le contraire. » (I, 476).

« Quels sont », d'ailleurs, se demande-t-il « les arts qui ne demandent point des talents et des efforts ? En est-il un seul où les succès puissent être rigoureusement calculés d'avance ? » (I, 479).

Et, à ce propos, il évoque, à l'improviste, la statuaire et Phidias, l'épopée et Homère, la tragédie et Racine, la musique et Pergolèse, Sacchini, Paesiello, Mozart, Mehul », (I, 479) en rapprochant ainsi la médecine des beaux arts, ce qui peut paraître excessif, mais ce qui témoigne du moins qu'il la considérait comme un art dépendant de plusieurs sciences, et non à proprement parler, comme une science, selon la confusion journellement commise.

Avec plus de raison, il en appelle à l'agriculture (I, 480) qui, assure-t-il, « est un art. Elle a dans la nature des règles qui sont déjà découvertes, ou que l'on cherche à découvrir. L'observation journalière l'étend et la perfectionne. Elle est un art, pour revenir à la définition d'Hippocrate, parce qu'il y a des gens qui cultivent bien et d'autres qui cultivent mal. Le plus habile cultivateur, après avoir préparé son champ, se détermine sur la foi de l'expérience, à confier ses semences à la terre. Toutes les précautions, tous les moyens reconnus utiles dans les circonstances analogues, il les met en usage ; toutes les probabilités lui promettent une bonne récolte. Dans un certain nombre d'années prises ensemble, très certainement la sienne sera meilleure que celle de son voisin négligent et sans lumières. Mais pour une année déterminée, pour celle, par exemple, où nous supposons qu'il a redoublé de soins, les paris en sa faveur ne seraient fondés que sur des vraisemblances. Qui sait si la gelée, la grêle, ou d'autres événements désastreux, ne viendront pas renverser tous les fruits de sa prévoyance et de ses travaux ? Le médecin se trouve précisément dans le même cas. Il connaît la maladie ; il fait naître ou saisit l'occasion convenable : il donne le remède. Dès ce moment, on doit regarder la curation comme livrée, sous quelques rapports, à la merci de la fortune : c'est-à-dire comme dépendante d'une foule de nouvelles circonstances, dont les effets éventuels se dérobent à tout calcul précis » (I, p. 480).

De même, « quoiqu'il soit rigoureusement possible qu'un vomitif n'excite pas le vomissement, ou qu'un purgatif ne purge pas ; quand j'emploie ces remèdes dans un cas qui les demande, à la dose et avec les précautions nécessaires, je n'en suis pas moins assuré d'avance de leur opération : non que je puisse en avoir une certitude mathematique ; *mais j'en ai toutes les certitudes morales : or, les hommes sont bien forcés de se contenter de celles-là, pour la pratique de la vie, et elles leur suffisent toujours, par la raison même qu'elles sont les seules que la nature comporte dans la pratique ou dans l'application du raisonnement au positif des faits.* » (I, 481).

L'état de la pratique médicale ne lui permettait pas d'ajouter, comme il nous serait loisible aujourd'hui, que l'efficacité d'une méthode thérapeutique peut, en outre, être souvent prouvée par des statistiques portant sur une masse de cas : ainsi en est-il des vaccins Chantemesse et Widal, Vincent, etc., contre la fièvre typhoïde et les paratyphoïdes dont l'activité préventive a été archi-démontrée, au cours de la guerre mondiale, par la disparition de ces maladies, dans les tranchées, en dépit des plus déplorables conditions hygiéniques ; de l'anatoxine Ramon pour prévenir la diphtérie, du sérum de Behring et de Roux pour la guérir ; de la méthode de Pasteur et Roux contre la rage, etc... Sans doute, la statistique dans ces cas n'apporte aucune lumière sur le mode d'action des vaccins et des sérums employés, mais elle fournit la preuve incontestable de leur activité.

(*A suivre.*) Constant HILLEMAND.

ACTUALITÉS

Consultations dermatologiques

Méfiez-vous des rayons X

Par **Louis BORY**

Je dirais aussi bien, après bien d'autres, méfiez-vous de la thérapeutique en général, surtout de celle qui utilise les toxiques et les agents physiques auxquels chacun de nous peut réserver une sensibilité particulière et imprévue. Encore pouvons-nous doser exactement le poids sinon l'action des premiers ; tandis que le dosage des seconds est presque toujours très approximatif.

Lorsqu'il s'agit de moyens aussi puissants, anssi profondément modificateurs des énergies cellulaires, que les rayons X ou les rayonnements du radium, ou même que les ultra-violets, il n'est peut-être pas inutile de rappeler aux médecins, même aux radio et aux radium-thérapeutes spécialisés, tentés peut être souvent de recourir aux radiations dans des cas qui eussent pu guérir sans elles, de rappeler aussi aux malades qui réclament souvent leur magique intervention, qu'elles comportent des inconvénients sérieux et des dangers ; il convient de n'y exposer les patients que si la gravité du cas fait équilibre au risque.

Tout est une question de mesure et je n'ai pu lire tout récemment sans surprise que les verrues plantaires, affection certes gênante et douloureuse, nécessitaient la mise en œuvre de la coûteuse radiumthérapie, alors que la neige carbonique, à la portée de tous, suffit à guérir en une ou deux séances cette petite infirmité. Ne vous semble-t-il pas qu'il y ait disproportion entre la petitesse du mal et la grandeur de l'action mise en œuvre pour l'abattre ?

Justement un jeune et très distingué de mes collègues m'adressait, au même moment, une intéressante malade, qui était venue lui demander conseil pour uné brûlure qu'elle portait à la région dorsale, à la suite d'applications de rayons X faites en province.

Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, qui, atteinte d'acné du dos (j'insiste sur ce point, elle n'avait d'acné qu'en cette

région, facile à dissimuler) fut envoyée à un spécialiste des rayons X. Je n'ai pu avoir de précision sur les doses et le procédé utilisé ; mais elle subit une première série de quatre séances, deux par semaine, puis une série d'ultra-violets de dix séances, deux par semaines, enfin une deuxième série de quatre séances de rayons X.

Quelques jours après la dernière application, une rougeur diffuse, des croûtes et bientôt des ulcérations couvraient toute la largeur du dos, surtout la région de l'omoplate gauche. Depuis six mois la pauvre enfant portait une plaie irrégulière, fort douloureuse, empêchant le sommeil, gênant les mouvements et troublant vivement le physique (inappétence, amaigrissement) autant que le moral. Une partie des lésions étaient cicatrisées, mais il persistait, sans changement depuis deux mois, dans la région de l'omoplate gauche une plaie profonde, à bords épais, rouges, irréguliers, adhérents, à fond gris sphacélique, adhérent aux plans profonds et paraissant intéresser toute l'épaisseur de ceux-ci jusqu'à l'os. Les dimensions de la surface ulcérée avaient bien encore la valeur de l'étendue d'une paume de main.

L'épaisseur des bourrelets, le fond atone et d'aspect sphacélique, l'adhérence profonde, les douleurs thoraciques locales et à distance éveillent l'idée d'une transformation néoplasique ; mais on sait que l'ulcère de Rœntgen, dont la durée parfois est si longue, donne souvent cette impression.

Réservant la biopsie pour plus tard, si elle me paraît nécessaire, j'ai conseillé le TRAITEMENT ci-dessous, pour essayer de hâter l'élimination des tissus sidérés, le bourgeonnement, la cicatrisation.

Pulvérisations trois fois par jour de sérum artificiel chaud ;

Puis applications de compresses imbibées de ce même sérum (pendant 8 jours, puis de sérum de cheval anti-diphtérique par exemple, les 8 jours suivants) sous toile imperméable ;

Et panser sous une couche extrêmement épaisse de ouate non hydrophile, afin de réaliser le pansement chaud isotherme, trop abandonné, d'Alphonse Guérin ;

Pour garantir les abords de la plaie contre l'action de macération des pansements humides, on les protégera par un badigeon préalable d'une pâte épaisse, genre Lassar, à laquelle je fais incorporer quelques produits eudermiques, tels que huile de foie de morue, huile de chaulmoogra, eucalyptol.

Surtout, je recommande la patience et m'estimerais heureux si pareille lésion est cicatrisée dans trois mois et si des points déjà cicatrisés par ailleurs ne se sont pas réulcérés.

Ce cas fut-il correctement traité ? Il ne m'appartient pas d'en juger et je me borne, puisque le traitement de l'acné par les rayons X tend à se répandre (et mon ami le Prof. Archambault, de Montréal, a récemment publié un travail très complet, à la fois enthousiaste et prudent, sur le sujet) à poser la question que voici :

L'acné du dos, si facile à cacher, si facile à améliorer, à maintenir guéri souvent par des applications hebdomadaires de savon mou de potasse (déjà conseillées par Brocq), de poudres ou de pâtes soufrées-résorcinées, *justifie-t-il l'emploi de moyens susceptibles d'entraîner d'aussi graves complications ?*

Pour moi, la réponse est prête depuis longtemps : je ne traite jamais l'acné par les rayons X, pas plus que je ne songe à utiliser le radium, admirable pour de plus hautes tâches, au traitement de modestes verrues plantaires.

Le traitement des «seins douloureux» par les extraits ovariens. — La cause de l'hypersensibilité mammaire observée chez les femmes dans les jours précédant les règles, serait d'après Cutler (*The Journal of the American Association*, 11 avril, 1931) la sécrétion lutéique. Cutler préconise l'administration d'extrait ovarien libre de corps jaunes qui amènerait dans tous les cas la guérison. »

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Thérapeutique

Le traitement du cancer par le plomb est-il en progrès ? — Dans le *domaine expérimental* le plomb a une action efficace sur le cancer de la souris. Son action est renforcée par l'association radiations. Dans le *domaine humain*, les résultats sont inconstants, mais tout de même intéressants. M. Duroux estime que dans tous les cas soumis au traitement plombique on doit associer la radiothérapie ou la radiumthérapie. C'est avec cette association qu'il a obtenu les meilleurs résultats. Pour juger la thérapeutique plombique on ne doit pas oublier qu'il s'agit toujours de cancers inopérables, récidivés ou de cas désespérés. Diminuer les douleurs, arrêter les hémorragies paraît, dans ces conditions, un succès relatif. Il y a lieu de souhaiter que de nouvelles recherches sur la métallothérapie saturnine soient entreprises qui permettent de doter la thérapeutique anti-cancéreuse d'un composé plombique peu toxique ayant une action plus pénétrante et plus curatrice. On peut dire que si le traitement du cancer par le plomb n'est pas en progrès, il ne doit pourtant pas être abandonné.

(E. Duroux, de Lyon. Le traitement du cancer par le plomb est-il en progrès ? *Le Bulletin médical*, 14 novembre 1931.)

La soustraction de liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire n'a d'action rapide et profonde que sur *l'à-coup* d'hypertension.

L'hypertension artérielle permanente n'est guère influencée par la ponction lombaire ; après l'évacuation du liquide céphalo-rachidien, la tension rachidienne, après quelques oscillations, remonte à son chiffre initial.

« Dumas, étudiant « la forme cérébro-méningée de l'hypertension », décrit une phase pré-hémorragique où il y aurait hypertension du liquide céphalo-rachidien et albuminose.

Il semble que ce soit le moment favorable pour obtenir l'effet thérapeutique le plus remarquable et que ce soit le seul instant où cette intervention ait une utilité.

En pratique, on peut admettre qu'il faut considérer la ponction lombaire comme un moyen particulièrement efficace, mais il ne faut intervenir que dans deux conditions : l'une pour soulager des troubles nerveux et même de la dyspnée paroxystique (Magniel), l'autre dans les périodes de paroxysme de la tension artérielle, et c'est précisément à cet instant que les graves accidents vasculaires de l'hypertension éclatent. »

(Maurice Hamburger, Jame et Couder. La ponction lombaire dans le traitement de l'hypertension artérielle, *Paris médical*, 5 décembre 1931.)

La toxicité accumulative du chlorhydrate d'émétine impose l'obligation au médecin, dans le traitement de l'amibiase, de ne pas dépasser une dose maxima dite de sécurité. La dose maxima de sécurité est la dose *totale* de chlorhydrate d'émétine que peut recevoir un amibien adulte pour être utilement traité sans présenter d'accidents toxiques. M. Mattei propose de fixer à 0 gr. 50 (cinquante centigrammes) la dose maxima de sécurité. En un mois, on ne dépassera pas donc pas — sauf cas exceptionnels — la dose de 0 gr. 50 de chlorhydrate d'émétine, administrée par séries d'injections hypodermiques séparées d'intervalles de repos. Il est utile de connaître les signes prémonitoires de la toxicité accumulative du chlorhydrate d'émétine.

Signes digestifs. — Dès les premières injections, on peut voir apparaître des *nausées*. Dans cette période de début, elles paraissent liées à certaines impuretés des solutions employées. On changera de solution et si les nausées persistent malgré ce changement — toutes les précautions ayant été prises quant à la pureté du médicament — on réduira immédiatement de moitié la dose thérapeutique couramment employée.

La diarrhée, qui est diminuée ou supprimée dès les premières injections de chlorhydrate d'émétine, lorsqu'elle s'accroît ou réapparaît au cours de la cure émétinienne, est un signe avant-coureur important de l'intoxication accumulative prochaine. Suspendre le traitement.

Signes rénaux. — Les signes d'*insuffisance rénale* sont aussi des manifestations précoces de la toxicité accumulative. Une

oligurie persistante, avec ou sans albuminurie, doit éveiller l'attention.

Signes circulatoires. — L'apparition d'*hypotension marquée*, l'*accélération exagérée du rythme cardiaque* à l'effort sont des signes prémonitoires importants.

Signes pulmonaires. — Bronchorrée légère d'abord, puis marquée, avec encombrement des bases.

Signes nerveux. — L'apparition de douleurs « crampoïdes », dans les muscles inférieurs, une extrême fatigabilité du malade à la marche ou à la station debout, la diminution des réflexes rotuliens sont des symptômes qui commandent la suppression du traitement.

L'auteur a suivi le traitement de 1200 cas d'amibiase, et a eu dans 35 cas des accidents toxiques par l'*émétine accumulée*. Dans 21 cas il s'agissait de malades ayant reçu — en un mois — 0 gr. 80 de chlorhydrate d'émétine. Dans 14 cas, les accidents prémonitoires se sont montrés nettement, bien avant que la dose de 0 gr. 80 ait été atteinte.

Après avoir atteint la dose de 0 gr. 50 — en tout pour la série de cure — interrompre pendant trois semaines le traitement émétinien pour permettre l'élimination suffisante de l'alcaloïde accumulé.

(Charles Mattei, de Marseille. La dose maxima de sécurité dans l'emploi thérapeutique du chlorhydrate d'émétine. *Le Bulletin médical*, 28 novembre 1931.)

L'association sucre insuline doit prendre place à côté des toni-cardiaques dans le traitement des cardiopathies. — MM. L. Rimbaud, A. Balmes et G. Anselme-Martin qui ont expérimenté cette thérapeutique dans 21 cas, exposent leur technique et leurs résultats.

1° *Choix du sucre et mode d'administration.* En utilisant la voie digestive comme voie d'entrée, on peut employer indifféremment tous les corps sucrés, les glycoses aussi bien que les saccharoses. L'utilisation de la voie intra-veineuse demanderait plus de discernement dans le choix du sucre à injecter (pratiquement toujours utiliser le sérum glucosé).

La voie digestive est la moins dangereuse, la plus simple, préférable à la voie intra-veineuse — qui est souvent choquante chez les cardiaques — et à la voie sous-cutanée.

« Au début de notre expérimentation, disent les A., nous faisions prendre à nos malades 100 gr. d'une solution aqueuse à 50 p. 100, soit 50 gr. de glucose. Si au cinquième jour de traitement aucune amélioration ne survenait, nous doublions la dose, soit 100 gr. de glucose.

Plus tard, nous avons employé de la même façon une solution de glycose obtenue par hydrolyse du saccharose. Enfin, à d'autres malades, nous avons simplement donné 100 gr. de sucre. Pour rendre moins pénible l'ingestion de ce sirop, nous l'avons fait aromatiser avec du citron ou de la menthe. »

2° *Insuline.* — Au début du traitement, injection sous la peau de 5 unités d'insuline. Au cinquième jour, injection de 10 unités, si aucun changement ne s'est produit, et en même temps la dose de sucre est portée à 100 gr.

3° *Conduite du traitement.* — Le matin (et lorsqu'il y a impossibilité dans l'après-midi), administration des médicaments, pendant dix à douze jours, injection sous-cutanée d'insuline. 10 à 15 minutes après, absorption du sucre, qui est pris par moitié, à une demi-heure d'intervalle, quand la dose du sirop est de 200 gr.

« La détermination de la glycémie avant le début du traitement peut être utile. Elle nous dira si le cœur a déjà à sa disposition une quantité suffisante de sucre, par exemple, dans les asystolies des diabétiques, ou les asystolies avec hypergycémie sans diabète, ou, au contraire, elle nous indiquera s'il y a hypoglycémie. Indispensable dans le second cas, l'administration du sucre sera superflue dans le premier. Pratiquement, cette détermination préalable de la glycémie n'est pas absolument nécessaire. Il n'y a pas d'inconvénient à administrer du glucose aux hyperglycémiques comme aux hypoglycémiques, puisque le glycose supplémentaire sera immédiatement consommé par l'organisme à la faveur de l'insuline injectée. »

Les A., après avoir rapporté les résultats obtenus, concluent :

1° Sont particulièrement justiciables de ce traitement :

a) Les asystolies irréductibles par inefficacité progressive des toni-cardiaques habituels. C'est dans ce groupe que le traitement sucre-insuline nous a donné des résultats remarquables.

Il pourra être administré isolément ou combiné aux toni cardiaques, en fin de cure, s'il n'a pas agi à lui seul.

b) Les insuffisances ventriculaires droites aux stades de dys- et d'hyposystolie. Dans ces cas, l'association sucre-insuline a des effets équivalents à ceux des toni-cardiaques.

c) Les insuffisances ventriculaires gauches. Ici, dans les cas où le traitement par l'ouabaïne a échoué, la thérapeutique sucre-insuline pourra encore donner des résultats favorables.

2° Nous ont paru faiblement influencés par ce traitement :

a) L'insuffisance cardiaque des basedowiens.

b) Les troubles du rythme.

c) L'hypertension artérielle.

3° N'ont en réalité résisté au traitement :

Que les cardiopathies infectieuses aiguës.

(L. Rimbaud, A. Balmes et G. Anselme-Martin. L'association sucre-insuline en thérapeutique cardiaque. *La Presse médicale*, 11 novembre 1931.)

L'utilisation combinée et répétée de la spartéine et du camphre, sous forme de camphosulfonates de spartéine et de sodium n'offre en thérapeutique cardio-vasculaire que des avantages, dit M. Gaujoux. Pas de danger d'accumulation, ni d'intoxication médicamenteuse.

M. Gaujoux, sur plus de 3.000 injections de spartocamphre n'a jamais noté le moindre incident. La fluidité de la solution permet de pousser l'injection avec l'aiguille la plus fine. Parfois au moment de l'injection, une légère sensation de brûlure ne durant que quelques secondes.

L'auteur préconise l'emploi du spartocamphre dans les cas suivants :

« *a*) *Cure initiale d'amorçage thérapeutique* dans le traitement des asystolies accusées et plus particulièrement des asystolies avec larges dilatations des cavités et insuffisances auriculo-ventriculaires.

b) *Cure fondamentale des cardio défaillances* myocardiques ou hypotensives observées au cours de l'évolution des maladies infectieuses (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, streptococcies).

c) *Cure seconde d'entretien ou de complément* du « doppage » des états hyposystoliques, cures intercalaires ou combinées aux cures cardiotoniques et cardio-régulatrices directement obtenues par la digitaline, l'ouabaïne, l'adonis vernalis.

L'emploi combiné et répété de la spartéine et du camphre rendu aujourd'hui d'un usage très pratique par la présentation en quelque sorte suractivée du spartocamphre, s'impose d'une manière quasi-élective chez les cardiaques hyposthéniques avec torpeur plus ou moins accusée, et chez les cardiaques dyspnéiques avec encombrement plus ou moins marqué de la petite circulation et chez les asystoliques avec rétention chlorurée marquée par un large œdème tissulaire. »

(Professeur Gaujoux, de Marseille. L'emploi de la spartéine et du camphre en thérapeutique cardiaque. Le camphosulfonate de spartéine. *Le Bulletin médical*, 28 novembre 1931.)

Le valérianate de spartéine est le médicament de choix des algies cardiaques et cardio vasculaires. — L'introduction de la molécule isovalérianique augmente les propriétés neuro-sédatives de la spartéine. Il est efficace et exerce une véritable action « analgésique » dans tous les phénomènes douloureux cardiaques et cardio-vasculaires : angors et pseudo-angors, palpitations douloureuses, douleurs rétrosternales, anxiétés, insomnies, phénomènes douloureux chez les hypertendus, etc.

« Quelle que soit l'origine de ces algies, qu'elles soient en rapport avec un déséquilibre du système nerveux extra-cardiaque, sans lésions cardiaques organiques ou qu'elles accompagnent des cardiopathies évolutives avec lésions organiques, le valérianate de spartéine, disent MM. F. Mercier et L.-J. Mercier qui ont réalisé chimiquement cette association, s'est montré un sédatif puissant, supprimant tous les phénomènes douloureux après un traitement généralement de courte durée, ramenant un sommeil paisible et donnant aux malades une sensation de bien-être marqué. »

On l'emploie sous forme de pilules dosées à 0 gr. 05 par pilule (Spartoval de Clin) et à des doses quotidiennes variant de 0 gr. 05 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 30.

(F. Mercier et Léon-J. Mercier, de Marseille. Le valérianate de spartéine, médicament des algies cardiaques et cardio-vasculaires. *Le Bulletin médical*, 28 novembre 1931.)

Médecine légale

L'évaluation médico-légale des conséquences d'une sténose cicatricielle de l'œsophage — due le plus souvent à l'ingestion d'un liquide caustique — joue sur une échelle très étendue. Le taux de l'incapacité permanente, même dans les conditions les plus favorables est rarement inférieur à 30 p. 100.

Alors que Guisez estime que, quatre fois sur cinq, la brûlure est due à la soude, MM. Duvoir et P. Bonnet-Roy ont observé plus de brûlures par l'acide chlorhydrique, absorbé par erreur, au lieu de vin blanc.

« Il est exceptionnel qu'un premier examen, pratiqué dans les délais habituels des expertises médico-légales, puisse aboutir à une évaluation définitive, une amélioration ou une aggravation ultérieure, ou encore des alternatives d'amélioration et d'aggravation, se produisant avec une fréquence qui en fait presque une règle.

Dans les cas où une gastrostomie a été nécessaire, ces réserves sont encore plus importantes, le blessé présentant souvent une incapacité initiale proche de l'invalidité totale, mais susceptible, si la mort ne survient pas, de s'atténuer dans des proportions considérables. La période de déséquilibre nutritif passée, l'état général peut redevenir satisfaisant et la dilatation de l'œsophage peut parfois être poussée au point que la fermeture de la bouche gastrique devient possible.

L'évaluation de l'incapacité peut avoir à tenir compte des séquelles des brûlures de voisinage, en particulier de la cavité buccale et surtout de l'estomac où il n'est pas impossible de voir évoluer un ulcère gastrique. »

(MM. Duvoir et F. Bonnet-Roy. Les sténoses cicatricielles de l'œsophage et leur évaluation médico-légale. *Paris médical*, 21 novembre 1931.)

Des accidents mortels peuvent être causés par des courants de basse tension, quand l'intensité de ceux-ci est une intensité mortelle. Cette notion a été vulgarisée par de nombreuses publications et de multiples conférences. Et cependant les ouvriers électriciens et même les ingénieurs ne croient pas pour la plupart, à la nocivité des courants de basse tension. MM. Dervieux et Desoille, qui rapportent une nouvelle observation d'électrocution mortelle, rappellent que l'intensité du courant dépend essentiellement de la résistance du corps humain.

« Cette résistance varie dans des limites considérables suivant que la peau des mains est calleuse, sèche, grasse ou mouillée, suivant que les pieds sont secs, chaussés de bottines humides ou à semelles garnies de clous, suivant en un mot, que le courant traverse plus ou moins facilement l'organisme, quels que soient les points d'entrée et de sortie ».

Il n'est pas inutile de rappeler brièvement le *traitement des électrocutés.*

Pratiquer immédiatement la respiration artificielle avec inhalations de carbogène si possible. Une saignée massive pour prévenir l'œdème aigu du poumon peut être utile, Si le sang ne coulait pas, une injection intraveineuse ou intracardiaque d'un centimètre cube de *coramine* risquerait de réveiller l'automatisme cardiaque. Jellinek conseille la ponction lombaire lorsqu'existent des phénomènes nerveux (céphalée violente, convulsion, contractures, etc.).

Les toniques cardiaques, la lobéline (3 milligrammes intraveineux), la révulsion ont aussi une grande utilité.

Il faut poursuivre les soins pendant trois et quatre heures jusqu'à ce que l'on ait la certitude de la mort par l'apparition des lividités cadavériques. La rigidité, qui pourrait être confondue avec la contracture, n'aurait aucune valeur comme signe de la mort.

Des sujets, malgré l'état de mort apparente, ont été ranimés après quatre heures de soins.

(Dervieux et Desoille Un cas mortel d'électrocution. *Paris médical*, 21 novembre 1931.)

Hygiène

Un cas de fièvre typhoïde conjugale rapporté par M. le Prof. Pierre Mauriac, dans une des ses leçons cliniques, donne lieu à quelques remarques intéressantes. Un homme de 26 ans et une femme de 22 ans « placés » comme domestiques, contractent la fièvre typhoïde en février 1931. Alors que chez le mari, qui avait été vacciné quatre ans auparavant, la fièvre typhoïde fut particulièrement bénigne, chez la femme, non vaccinée, elle fut sévère. A Bordeaux, pendant les dix années qui ont suivi la guerre, il y eut plus de femmes atteintes de fièvre typhoïde que d'hommes. La génération des hommes de 30 à 40 ans, qui avaient été vaccinés aux armées, fut épargnée par l'infection d'une façon presque absolue.

La vaccination par voie buccale suffit-elle à préserver de la fièvre typhoïde ? L'accord est loin d'être fait sur la théorie de la vaccination par voie buccale. Pour l'auteur, la vaccination contre la fièvre typhoïde par voie buccale est scientifiquement peu défendable. Sans aller jusqu'à dire qu'elle n'a aucune action, c'est là une méthode tout à fait infidèle. A remarquer pourtant que dans deux cas observés par l'auteur, les malades antérieurement vaccinés par ce procédé, firent une fièvre typhoïde particulièrement bénigne.

Dans les villes, quand on recherche l'origine d'une épidémie de fièvre typhoïde « on se heurte à des intérêts qui repoussent d'emblée tout soupçon de responsabilité. »

« Pour conclure à l'origine hydrique d'une fièvre typhoïde, il faudrait admettre que l'eau distribuée dans les immeubles est souillée ; aussitôt c'est la municipalité qui doit rendre des comptes, et, qu'elle soit de droite, de gauche ou du juste milieu, elle vous montrera par des analyses fréquentes et répétées que les eaux dont elle a la responsabilité ne peuvent être suspectées. Quand une société particulière est en jeu, il en va autrement ; on l'a bien vu lors de la récente et terrible épidémie de Lyon.

Dans l'épidémie qui sévit actuellement à Bordeaux, le bureau d'hygiène municipale fait procéder à des analyses presque quotidiennes qui montrent que l'eau est, et a toujours été excellente. Il ne me viendra jamais à l'idée de soupçonner la sincérité et la conscience des laboratoires et des bureaux municipaux. Pourtant je ne suis pas absolument convaincu de la pureté des eaux. »

En temps d'épidémie, même si les analyses municipales sont bonnes, il vaut donc mieux se défier et prendre les mesures prophylactiques conseillées en pareil cas : se faire vacciner, boire de l'eau bouillie ou javellisée, ne pas manger de légumes crus, ni de coquillages, laisser l'eau au robinet et... boire *modérément* du bon vin de France.

« Qui nous dit que dans une eau que nous croyons tout à fait pure il n'existe pas de bacille typhique sous forme invisible, sous forme filtrante qui échappe à nos moyens d'investigation. Et ceci n'est pas une simple vue de l'esprit, car les formes filtrantes du bacille d'Eberth existent. »

Leçon clinique du Prof. Pierre Mauriac. Sur un cas de fièvre typhoïde conjugale, *Journal des Praticiens*, 5 décembre 1931.)

Varia

Dans sa leçon inaugurale, publiée dans le *Journal des Praticiens* (21 novembre 1931), M. le Professeur Noël Fiessinger, rappelle qu'il commença ses études médicales à Lyon :

« ... Je commençai ma médecine à Lyon. Mon premier maître fut Raphaël Lépine, c'est dans le laboratoire de cet infatigable travailleur que j'entrevis l'intérêt de la recherche. Puis, je fus l'élève de cliniciens, comme Devic, Mouisset, Josserand, cliniciens austères de cette école lyonnaise dont la riche expérience et le profond bon sens opposaient aux idées étrangères la barrière solide d'un scepticisme raisonné. J'ai gardé beaucoup de ma formation lyonnaise : de la lenteur pour certains, de la lourdeur pour d'autres, en tout cas, de la prudence nourrie d'un peu de méfiance et c'est beaucoup.

Provincial, débarqué à Paris, ma première impression fut la surprise : esprit différent, méthodes différentes. Vue par un lyonnais candidat à l'internat, la médecine parisienne à cette époque était déconcertante. A Paris, tout allait plus vite, tout paraissait plus facile, on soignait dans les questions plus la forme, moins le fond. On pouvait penser, comme bien des étrangers qui voient trop vite, que notre esprit était superficiel et notre travail trop rapide pour être approfondi. Bien des années ont passé, je suis devenu lentement parisien et, à mesure que j'avançais en âge, je prenais connaissance de l'organisation de la méthode, de la ténacité dans le travail et de la valeur des résultats qui se cachent sous l'apparente superficialité de notre vie médicale parisienne.

Les initiateurs chargés de faire du lyonnais que j'étais un candidat à l'Internat de Paris, furent Veau et Castaigne. Je leur dois beaucoup à tous deux. »

***

L'idéal du thérapeute est de faire rendre au médicament le maximum d'effet utile et de le dépouiller de ses effets inutiles ou défavorables.

On peut renforcer un médicament par des associations soigneusement calculées, « en faire saillir un élément, le décapiter même de certaines propriétés, fixer son action par l'administration de quelques ions choisis, et l'orienter par l'adjonction de produits vivants, opocriniens ou vitines. »

Pour désigner ces renforcements, ces synergies médicamenteuses, MM. Loeper, A. Lemaire et P. Soulié proposent le mot d'*auxothérapie* (αὐξω, accroître).

L'auxothérapie s'exerce par des médicaments de même groupe ou par des médicaments de groupes différents, par des médicaments de même orientation fonctionnelle, d'orientation seulement parallèle ou même d'orientation opposée, par des médicaments organiques ou par des médicaments salins, par des produits vivants ou opothérapiques, par des ali-

ments même qui modifient la nutrition d'une cellule ou d'un organe et les rendent plus accessibles à un produit thérapeutique connu.

L'*auxothérapie* peut donc être :
Homotopique parce qu'elle vise le même organe.
Hétérotopique parce qu'elle atteint plusieurs organes à la fois.
Isodynamique parce qu'elle utilise des médicaments de même classe ou de même orientation physiologique.
Hétérodynamique parce qu'elle utilise des médicaments de classe ou d'action différentes.
Métabolique, comprendre surtout les sels ou les éléments de nutrition d'un tissu.
Opocrinienne, c'est-à dire associer les extraits d'organes à des médicaments chimiques ou des aliments cellulaires définis.
Bactérienne, c'est-à-dire unir l'antiseptique au vaccin spécifique.
(M. Loeper, A. Lemaire et P. Soulié. L'auxothérapie. *La Presse Médicale*, 11 novembre 1931.)

***

Reportons-nous à vingt ans en arrière, écrit M. le Professeur Castaigne, et songeons, avec quelle circonspection hésitante, on portait le diagnostic de tumeur cérébrale, avec quelle prudence on pensait à la localiser. Voici qu'à l'heure actuelle, cliniciens, chirurgiens, physiologistes se sont unis pour nous guider dans une symptomatologie qui nous apparaissait, au début, comme trop confuse et nous voyons se classifier les syndromes encéphalo-médullaires avec Charcot, Déjerine et Pierre Marie, comme nous avons vu s'établir la symptomatologie des endocardites avec Potain ou celle des hépatites avec Chauffard et avec Gilbert. »
(J. Castaigne. La neuro-chirurgie. *Journal médical français*, octobre 1931.)

***

Le traitement qu'il convient d'appliquer aux *hémoptysies traumatiques non tuberculeuses*, récidivantes est à peu près nul. En effet, dans de pareils cas, on est presque désarmé. Eviter toutes les causes qui peuvent favoriser les hémoptysies, les efforts notamment, recourir aux médications symptomatiques, prescrire *chez la femme l'opothérapie ovarienne*. Telles sont les seules ressources dont nous pouvons disposer. Une seule exception peut être faite à cet aveu d'impuissance : si les hémoptysies sont entretenues par la présence d'un corps étranger (balle ou éclat d'obus resté inclus), ne pas hésiter à en conseiller l'extraction, si le corps étranger n'est pas situé au voisinage des gros vaisseaux du médiastin et du hile.
(E. Sergent et R. Mignot. Les hémoptysies par traumatisme. *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*. Tome VI, n° 1.)

***

Le chancre mou extra-génital s'observe rarement. Sa localisation sur la muqueuse linguale est exceptionnelle, il s'agit en tout cas d'une lésion bénigne, s'accompagnant très peu souvent d'adénie. Les chancres moux anaux et peri anaux ont une désespérante chronicité ; les chancres cutanés peuvent avoir une évolution plus lente, pouvant se compliquer et devenir extensifs et phagédéniques:
(Pierre Fernet. Le chancre mou extra-génital. *La Médecine*, novembre 1931.)

***

La diathermie peut-être heureusement substituée à la radiothérapie dans le traitement du sycosis lupoïde (Houloussi Behdjet Bey, médecin de l'hôpital Garaba (Stamboul). *La Médecine*, nov. 1931.)

***

Dans le traitement des épidermophyties des plis et des ongles, la difficulté n'est pas de tuer le parasite, mais de le joindre. (Sabouraud. *La Médecine*, nov. 1931.)

***

Le moment est peut être venu de reprendre l'analyse des signes de ramollissement cérébral ; car il est possible que certains cas de tumeur aient été englobés sous cette dénomination, et probable que l'analyse clinique du ramollissement aura à bénéficier des progrès de la séméiologie actuelle, malgré la valeur incontestée de quelques thèses qui lui ont été consacrées il n'y a pas si longtemps.
(J.-A. Barré, O. Metzger et Jean Masson. Sur le diagnostic entre ramollissement et tumeur cérébrale. *Paris médical*. 3 octobre 1931.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 décembre 1931

M. Bezançon lit un rapport sur la question de la propriété scientifique, question discutée au cours de séances précédentes. En somme l'Académie se déclare favorable à la reconnaissance des droits des savants et exprime le vœu que la reconnaissance de ce droit soit hâtée par l'initiative des pouvoirs publics.

L'ammoniogénèse rénale dans les néphrites et les néphroses. — *MM. M. Polonovski* et *P. Boulanger*. — La grande divergence dans le comportement de l'ammoniogénèse peut devenir un élément de diagnostic entre les diverses formes anatomo-pathologiques des néphrites. Celles-ci se départagent nettement en deux groupes :

1° Celles qui *diminuent* l'ammoniurie ; *glomérulo-néphrites* aiguës, subaiguës ou chroniques, infectieuses ou toxiques, auxquelles on peut joindre les lésions glomerulo-tubulaires des scléroses rénales à leur période terminale ;

2° Celles *qui ne diminuent pas ou même augmentent* l'ammoniurie ; *néphrites épithéliales* aiguës et subaiguës, toxiques et toxi-infectieuses ; celles-là mêmes que Volhard considère comme des lésions dégénératives de l'épithélium et qu'il réunit sous le nom générique de *néphroses*.

Ces résultats doivent désormais retenir l'attention non seulement des cliniciens, mais encore des physiologistes qui devront en tenir compte dans toutes leurs théories de l'ammoniogenèse. Déjà cette notion nouvelle jette quelque lueur sur les principaux facteurs qui conditionnent l'intégrité de cette fonction.

A propos d'un cas de paralysie faciale périphérique chez un porteur sain de bacilles de Lœffler. — *M. Chantriot*.

Résultats fournis par l'emploi d'un sérum antidiphtérique antitoxique et antimicrobien concentré et désalbuminé. — *M. R.-A. Marquézy*. — L'auteur a suivi d'avril 1930 à novembre 1931, dans le Service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau, 200 cas de diphtérie, chez lesquels il a employé un sérum préparé avec de la toxine et des corps microbiens diphtériques, sérum privé de ses albumines et concentré suivant une technique particulière. La concentration atteint 500 ou 1.000 unités antitoxiques par centimètre cube.

Les résultats dans l'ensemble, ont été excellents. La mortalité n'a été constituée que par les formes de diphtérie hypertoxique. Toutes les formes d'angine grave et de diphtérie maligne commune ont guéri, même avec des doses de sérum souvent assez minimes. A ce propos, l'auteur insiste sur l'inutilité des doses très élevées et rappelle la nécessité primordiale de la première injection.

Il insiste d'autre part sur les avantages d'ordre pratique de ce sérum : la désalbumination poussée très loin grâce à l'électro-osmose facilite la résorption du sérum et diminue les accidents sériques sinon de fréquence, au moins d'intensité ; en outre, à égalité d'unités antitoxiques, la concentration réduit considérablement la quantité de serum à injecter.

Séance du 5 janvier 1932

Sur la présence de chromogène dérivant de l'indol (indican) dans le lait de femme. — *M. Hervieux* a constaté l'élimination constante par le lait de femme d'un corps dérivant directement des putréfactions qui ont lieu dans l'intestin.

Action de l'extrait post-hypophysaire sur la sécrétion gastrique. Application du traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcus gastro-duodénal. — Ayant eu l'occasion d'injecter de l'extrait post-hypophysaire à un malade présentant une polyurie insipide et un ulcère du duodénum avec hypersécrétion acide importante de l'estomac, et ayant été frappés des résultats vraiment brillants obtenus sur la lésion gastro-duodénale, *MM. P.-L. Drouet* et *J. Simonin* on



été amenés à étudier et à traiter de la sorte un certain nombre de malades.

Il résulte de leurs observations que l'extrait post-hypophysaire a une action réelle sur la sécrétion acide de l'estomac ; l'acidité diminue sous son influence ; cette action modératrice peut être utilisée dans un but thérapeutique ; l'extrait post-hypophysaire soulage les malades atteints d'hyperchlorhydrie et dans les ulcus les auteurs ont obtenu la guérison non seulement clinique mais radiologique sans l'aide d'aucune autre médication, sauf certaines restrictions alimentaires, et ceci dans un délai relativement court.

Recherches des corps biréfringents dans la lipoïdose rénale. — *MM. Achard* et *Codounis* remarquent que la lipoïdurie qui caractérise chez les malades le dépôt des lipoïdes dans les reins peut être décelée par deux méthodes, physique et clinique.

La méthode physique consiste dans la recherche microscopique des croix de polarisation dans le culot de centrifugation de l'urine fraîche. La présence de ces croix est nécessaire pour distinguer les éthers du cholestérol d'autres corps qui brillent aussi en champ obscur mais ne donnent pas les images de croix caractéristiques de la biréfringence.

La méthode chimique consiste dans la séparation et le dosage des divers lipoïdes de l'urine, opérations toujours longues.

Dans le parenchyme rénal, à l'autopsie on recherche les lipoïdes, surtout sur les coupes par congélation et au moyen de colorants spéciaux.

Mais on peut aussi, dans le suc rénal recueilli par raclage ou expression rechercher les croix de polarisation ou encore faire la coloration spéciale sur lames après dessication rapide. Ce procédé extemporané peut rendre service au médecin pour le contrôle anatomique de la lipoïdose rénale.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 décembre 1931

A propos d'une observation de luxation irréductible de la colonne cervicale. — *M. Mayet* communique les observations et les radiographies d'une luxation complète et étendue de la sixième vertèbre cervicale. Cette luxation n'a pu être réduite. Actuellement, cinq mois après l'accident, le blessé a récupéré presque tous ses mouvements, sauf ceux de latéralité ; il ne présente plus aucun phénomène de compression nerveuse. La lésion semble s'être fixée.

Mais on a le droit de se demander si le blessé reste à l'abri d'un glissement progressif ou même d'un déplacement total et rapidement mortel. La question de la greffe épineuse se pose donc dans ce cas ; elle doit être posée dans toutes les luxations cervicales non réduites. Toutefois, dans le cas présent, des fractures avec déplacement des apophyses transverses et un cal latéral exubérant ont peut-être joué le rôle utile de greffon en immobilisant la lésion.

De l'urographie au di-iodo-méthane sulfonate de sodium. Sa valeur comparée à celle du lipiodol. — *MM. Le Fur* et *Lamiaud.* — Le di-iodo-méthane sulfonate de sodium, nouveau produit français à base d'iode, donne de très bons résultats dans le diagnostic des affections urologiques. Il peut être utilisé soit en injections intra-veineuses, soit en applications locales (urétrographies, cystographies, urétéro-pyélographies, vésiculographies). La voie intra-veineuse est indiquée toutes les fois que le cathétérisme de l'uretère est impossible. En cas d'urétéro-pyélographie après cathétérisme de l'uretère, la di-iodo-méthane sulfonate de sodium donne à peu près les mêmes images que le lipiodol ; cependant celui-ci fournit des radiographies un peu plus nettes et son élimination plus lente permet d'étudier au ralenti l'évacuation rénale et pyélo-rénale. En somme, les deux produits, l'un par la voie intra-veineuse, et l'autre en applications locales, se complètent mutuellement.

Volumineux kyste dermoïde multiloculaire de l'ovaire. — *M. Muller* (de Belfort) communique l'observation d'une femme de 31 ans, multipare, à laquelle il a enlevé un volumineux kyste de l'ovaire pesant 5 kilogr. 650. Ce kyste comprenait 17 poches et les membranes renfermaient des os. L'examen histologique confirma qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde.

L'arthrodèse dans la coxalgie fistulisée. — *M. R. Massart* a opéré une coxalgie dont les fistules ne se tarissaient pas. L'arthrodèse extra-articulaire par large volet iliaque basculé a amené, au bout de plusieurs mois, la terminaison de cette suppuration. L'auteur, en comparant les radiographies avant et après l'intervention, montre que ce greffon pédiculé, en plus de son action mécanique, a eu une action trophique sur les extrémités osseuses qui se sont rapidement recalcifiées.

Syncope par compression du bulbe carotidien. — *M. Pérard* (de Casablanca) communique l'observation d'une malade qui fit une syncope cardiaque grave au début d'une anesthésie régionale par phrénicectomie. L'auteur attribue cette syncope à un réflexe dû à la compression du bulbe carotidien par le doigt prenant les points de repère pour l'anesthésie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 décembre 1931

Greffes glandulaires endocriniennes. — *M. Dartigues* (de Paris) fait un rapport sur 10 observations de greffes glandulaires endocriniennes par le *Dr Valverde* (de Rio-de-Janeiro).

Neuf de ces observations concernent des hommes opérés pour déficience générale, asthénie, perte de mémoire très accusée et impuissance génitale presque totale. La greffe a été faite soit avec la glande sexuelle seule de l'animal, soit associée à d'autres glandes endocrines : thyroïde, hypophyse. Les résultats ont été remarquables. Une greffe mixte ovarienne thyroïdienne et hypophysienne a été faite chez une femme laparotomisée dix ans auparavant et suivie d'amélioration considérable, et de retour du flux menstruel.

Lymphangiome diffus congénital de la langue. Essai de traitement par le radium. — *MM. André Tardieu* et *Michel Dechaume* rapportent l'observation d'un sujet de 18 ans, atteint d'un développement excessif, paroxystique et douloureux de la langue, remontant aux premiers mois de la vie. L'hypertrophie linguale est surtout développée du côté droit. Le maxillaire inférieur est élargi, supportant des dents inégalement plantées et écartées. Le massif facial est déformé. La face dorsale et les bords de la langue sont atteints d'hypertrophie papillaire et de suffusions hémorragiques. L'occlusion de la bouche est imparfaite. Du point de vue histologique, il s'agit d'un lymphangiome lingual diffus, d'une glossie scléreuse avec atrophie des fibres musculaires, sans atrophie néoplasique.

A la suite d'un traitement radiumthérapique (application de 6 tubes pendant 45 heures) suivi d'une grosse réaction locale, une amélioration fonctionnelle considérable s'est produite. Mais du point de vue histologique, la langue n'a subi, du fait de la curiethérapie, aucune modification profonde appréciable. C'est vraisemblablement en accentuant la sclérose superficielle seule susceptible d'entraver la reproduction des lymphorrhagies que la curiethérapie s'est révélée dans ce cas inefficace.

Les formes silencieuses de l'infarctus du myocarde. — *M. Kervarec* rapporte deux cas d'infarctus du myocarde où le tableau clinique fut celui d'une insuffisance ventriculaire gauche progressive et irréductible. Il insiste sur l'étendue relative des lésions anatomiques développées dans des portions « neutres » de l'intimité du muscle cardiaque, sur l'importance de ces formes silencieuses dont la grande banalité d'aspect cache la sévérité pronostique ; sur la difficulté de leur diagnostic, et sur le peu de secours qu'apporte la thérapeutique cardiaque la plus énergique.

Innocuité intra-cardiaque du sang citraté chez le cobaye. — *M. Georges Rosenthal* confirme que l'eau citratée intra-cardiaque tue le cobaye par shock foudroyant. Mais si l'on utilise sa technique délicate de refoulement et de réaspiration, analogue à la technique du barbotage utilisée dans l'anesthésie intra-rachidienne, le sang citraté ainsi, à un taux presque normal, ne produit aucun shock. Il conclut que chez le cobaye comme chez le lapin, les accidents provoqués par

l'eau citratée n'atteignent en aucune façon la pratique strictement inoffensive du sang. Aucune expérience de nocuité du sang citraté n'a été réalisée.

Innocuité de l'eau citratée intraveineuse après injection de solution calcique. — *M. Georges Rosenthal* a démontré la théorie calcique du shock dû à l'injection intraveineuse de la solution citratée. Avec ou sans anesthésie générale, l'injection préalable intraveineuse de solution calcique à dose saturante annihile l'intolérance à l'injection citratée. Cette intolérance est donc bien due au déséquilibre colloïdal provoqué par l'avidité des solutions citratées par l'ion calcique. Toute conclusion étendue à la transfusion citratée constitue une erreur.

P. Prost.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

L'amaigrissement dans la tuberculose pulmonaire des grands enfants en dehors de toute évolution

Des enfants déjà grands ou des adolescents atteints de tuberculose pulmonaire *stabilisée, non évolutive, non compliquée,* maigrissent parfois pendant la cure. MM. L. Nové-Josserand et Paul Anstett (*Journal de médecine de Lyon* (5 août 1931) — envisageant les différentes raisons qui, en dehors de toute poussée évolutive et de toute complication paraissent expliquer l'amaigrissement des grands enfants atteints de tuberculose pulmonaire — concluent en disant :

« Chez un tuberculeux qui maigrit sans faire de poussée évolutive, ni de complications, on incriminera :

En premier lieu, la cure : on réglera la cure d'air, la cure de repos, on changera l'altitude, on surveillera l'alimentation. On n'oubliera pas le facteur moral.

Si la cure est convenable, on devra penser à la possibilité de troubles thyroïdiens : l'hémato-thyroïdine pourra rendre des services ; l'anorexie thyroïdienne pourra être influencée par des doses infinitésimales d'extrait thyroïdien.

Les troubles pancréatiques plus difficiles à mettre en évidence relèveront également de l'opothérapie.

Mais surtout on devra rechercher avec soin les stigmates et les tests d'insuffisance hépatique d'une part, et d'autre part nous admettrons avec MM. Bonnamour et Bernay que cet amaigrissement peut être le premier signe d'une tuberculose intestinale au début, avant toute diarrhée.

Si l'enfant est à la puberté, l'éveil endocrinien pourra suffire à donner l'explication rassurante de l'amaigrissement. On le surveillera en s'aidant de l'opothérapie homo ou hétéro-stimulante.

Enfin, on se rappellera que le pneumothorax et les sels d'or à eux seuls, sans qu'il y ait toujours de troubles digestifs, peuvent provoquer un amaigrissement notable. »

Grippe et infections mortelles chez les accouchées

M. H. Pigeaud, dans le *Journal de médecine de Lyon* (5 août 1931) étudie le rôle joué par le virus grippal dans la genèse des infections mortelles chez les accouchées. Voici les conclusions du travail de l'auteur.

I. — Il existe un rapport certain, dit M. H. Pigeaud, entre les épidémies de grippe et le taux de la mortalité par infection dans les services obstétricaux.

II. — Un certain nombre de femmes atteintes d'infection grippale lors de leur arrivée dans les Services meurent rapidement de grippe après leur accouchement.

III. — Aux périodes d'épidémies de grippe le taux de la mortalité par infection puerpérale vraie augmente chez les accouchées. Cette augmentation est due :

a) A l'existence d'infections puerpérales endogènes, d'origine sanguine ; l'infection générale à point de départ rhino-pharyngé pouvant secondairement donner des localisations utérines et péri-utérines qui à partir du moment où elles sont constituées prennent le premier plan du tableau clinique.

b) A l'existence d'infections puerpérales d'origine externe, les accouchées étant contagionnées par les personnes de leur entourage ou le personnel du Service (porteurs de germes). L'infection peut alors être causée par le virus grippal lui-même ; mais plus souvent, semble-t-il, elle est due au streptocoque rendu hypervirulent par son association avec l'agent pathogène de la grippe.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le centenaire de la découverte du chloroforme. — *M. A. Evieux, rappelle d'après un article de M. Max Speter (Chemiken Zeitung, 1931, p. 981) que c'est il y a cent ans que fut découvert le chloroforme.*

Il y a cent ans que fut découvert le chloroforme, ce produit qui a pris tant d'importance aussi bien dans l'industrie chimique que dans l'art médical et chirurgical. Cette invention fut signalée presque simultanément en France par Soubeiran et par Liebig en Allemagne. Lequel des deux savants a la priorité de la découverte. Il est difficile de le dire, la polémique qui dure toujours n'a pu fixer ce point.

Il semble que chacun des auteurs ait trouvé d'une façon indépendante la nouvelle substance et il est juste de dire comme M. Max Speter « la découverte du chloroforme est une invention de Liebig-Soubeiran ».

Citons quelques faits.

Liebig a publié dans le numéro de novembre 1831 des « Poggendorffs Annalen » les résultats de ses essais sur l'action du chlore et chlorure de chaux sur l'alcool, d'autre part Soubeiran expose « l'action du chlorure de chaux sur l'alcool » dans le numéro de décembre 1831 (pages 657-672) du « Journal de Pharmacie ». Dates bien rapprochées en somme.

D'autre part, dans sa séance du 24 octobre 1831, l'Académie royale des sciences enregistre que l' « on reçoit... un mémoire sur les degrés inférieurs d'oxygénation du chlore par M. Soubeiran », et plus tard dans sa séance du 5 décembre 1831 cette Société communique (1) « M. Chevreul fait avec M. Thénard un Rapport favorable sur le Mémoire de M. Soubeiran, relatif aux degrés inférieurs d'oxcidation (sic) du chlore ».

Ce rapport des deux savants fut publié le 10 décembre 1831 dans la « Gazette médicale de Paris », tome 2, N° 50, page 426. Voici les termes des commissaires :

. . . .

« 6° L'alcool en désoxigénant le chlorure de chaux donne naissance à un liquide éthéré, que les chimistes ne connaissent pas encore, et qui est formé de deux atomes de chlore, deux atomes d'hydrogène et un atome de senter comme une combinaison de chiore et d'hydrogène percarboné. Ce liquide contient deux fois plus de chlore que la liqueur des Hollandais, et quatre fois plus que la liqueur éthérée qu'on obtient au moyen de l'action directe du chlore sur l'alcool... Mais ce qui, dans ce travail, mérite surtout de fixer l'attention, c'est la découverte des deux liquides éthérés. Tout du reste dans ces recherches, ajoutent MM. les commissaires, annonce un chimiste qui doit contribuer efficacement au progrès de la science. En conséquence, nous proposons que l'Académie témoigne à l'auteur toute la sastisfaction que lui a causée son Mémoire, et en ordonne l'impression, dans le recueil des savants étrangers. Ces conclusions sont adoptées. »

Donc Soubeirnan a remis son Mémoire en octobre, mais Liebig également a dû le remettre en octobre, puisqu'il a paru en novembre.

Liebig, d'ailleurs, le même mois d'octobre, dans une «lettre à M. Gay-Lussac, parlait de « la décomposition de l'alcool par le chlore. » (2).

Laissons donc aux deux savants Liebig et Soubeiran l'honneur de leur découverte, mais il convient de féliciter M. Speter sur la façon impartiale et juste avec laquelle il a fait son étude sur ce point délicat.

Médecine et médecins en U.R.S.S.. — *Dans le numéro spécial de* Vu *(18 nov. 1931) consacré «Au pays des Soviets », un*

(1) Cette communication ne fut faite que le 5 décembre au lieu du 28 novembre à cause de la maladie du rédacteur Gay-Lussac.

(2) Geschichte der Entdeckung des Chloroforms (Annalen 1872 — 1872 — vol. 162 — page 161-2).

article du Dr Raymond Leibovici, chirurgien des hôpitaux de Paris, sur la Médecine en Russie soviétique.

En 1929, les dirigeants bolchevicks entreprirent « la liquidation de la pratique médicale privée ». On décréta que la médecine serait socialisée et que tous les médecins seraient des fonctionnaires. Interdiction aux médecins de faire aucune visite ou consultation particulières.

Il est probable que cette réforme donna quelques déboires, car, quatre mois plus tard, brusque changement de front. A la demande de Kalinine, lui même, chef suprême du gouvernement russe, le Commissariat de la santé publique, le Parti communiste et les organes professionnels examinèrent en détail la situation créée par ce décret. Elle était telle qu'ils l'abrogèrent aussitôt. Aujourd'hui, les médecins russes sont tous des fonctionnaires à la disposition de l'Etat, mais ils peuvent en plus, avoir leur clientèle particulière.

Beaucoup de médecins qui avaient été révolutionnaires sous le czarisme, restèrent froids devant la dictature du prolétariat. Aussi on modifia le recrutement des étudiants.

Non seulement on avantagea les fils des travailleurs, mais encore on refoula ceux qui étaient suspects de bouder le régime. Pas d'études possibles pour les fils de popes, d'officiers, de suspects, de marchands, de koulaks, à moins qu'ils n'aient renié leurs parents et se soient fait émanciper à 15 ans. Priorité pour le fils de l'ouvrier contre le fils du médecin ou de l'ingénieur. C'est ainsi qu'il faut comprendre les Russes quand ils disent que le communisme fait des progrès chez les médecins : chez les praticiens de plus de 40 ans, il y a fort peu de membres du parti, parmi les jeunes médecins 90 pour 100 sont communistes. »

Le programme des études fut modifié « dans un sens léninomarxiste conforme à la ligne socialo-politique générale. »

Quoi de plus réactionnaire que la pharmacologie classique ! On en supprima presque complètement l'enseignement. Bref, on aurait dit que tout ce qui pouvait avoir laissé un mauvais souvenir chez les ex-médecins devenus hommes politiques et réformateurs devait être éliminé des études. Ainsi furent mis en circulation des thérapeutes un peu simplistes si l'on en juge par le cri d'alarme poussé en janvier 1930 par la réunion plénière de deux sociétés dites « Le *Léninisme en médecine* » et « l'*Association scientifique pharmaceutique de Moscou* ». Il faut rationaliser l'aide médicamenteuse dit-elle, et établir un minimum limite d'agents absolument indispensables pour réaliser une mécanisation et une standardisation des ordonnances. Constatant que celles-ci sont écrites d'une façon irrationnelle et négligée, elle demande les mesures énergiques suivantes : le rétablissement des chaires de chimie pharmaceutique et de pharmacologie, la reprise de travaux pratiques suffisants. Bref, il faut prendre des mesures péremptoires pour ne pas avoir à licencier des médecins insuffisamment instruits en pharmacologie Détail piquant et révélateur, la Commission demande qu'un manuel complet éclaire en détail les incompatibilités des substances médicamenteuses et que des lois spéciales exigent du médecin de traiter l'ordonnance comme un document sérieux et non comme un « petit bout de papier » ainsi qu'on l'observe actuellement.

Voici comment sont organisées les études médicales :

Quatre ans de Faculté avec stage hospitalier dès la deuxième année, un an de pratique dans un hôpital, forment un médecin en cinq ans. On favorise la spécialisation dans les premières années d'études. Les femmes constituent plus de la moitié des nouveaux diplômés, qui sont aussitôt placés dans les établissements médicaux de l'Etat. La plupart doivent obligatoirement exercer pendant deux ou trois ans à la campagne, avant d'obtenir un poste dans les villes. De la sorte, les villages les plus reculés sont pourvus de médecins. Pareille mesure n'a pas toujours été acceptée facilement. En 1929, sur 400 nouveaux docteurs de Leningrad, 350 devaient partir pour la province. Une centaine d'entre eux refusèrent et le commissariat de la santé publique dut sévir contre les « déserteurs ».

Les médecins russes sont mal payés, ils touchent de 120 à 300 roubles par mois. Aussi les jeunes gens préfèrent la carrière d'ingénieur et de technicien et laissent la carrière médicale aux femmes qui y prennent une place de plus en plus grande.

En principe, ils travaillent six heures par jour, leur profession étant considérée comme insalubre. En fait, ils cherchent tous à augmenter leurs revenus. Certains, bien en cour, cumulent plusieurs postes dans diverses cliniques et dispensaires, d'autres font des conférences aux infirmières, aux enfants des écoles, aux syndicats ouvriers : d'autres cherchent à constituer une petite clientèle privée et payante.


SANOGYL

Lorsque le plan quinquennal sera accompli, on promet d'améliorer leur situation. Il y a aujourd'hui 40.000 médecins rien qu'en R. S. P. S. R. Il en faudrait encore autant.

Tous travaillent, les uns comme fonctionnaires indifférents, beaucoup comme des apôtres convaincus. Saluons-les, dit le Dr Raymond Leibovici. *Dans le prolétariat russe, c'est peut-être la classe sociale la moins favorisée...* On comprend qu'il soit préférable d'être communiste pour être médecin en Russie, tant il faut de renoncement, d'idéal et de foi dans un avenir meilleur.

Combien difficile leur rôle de contrôleurs de l'Etat vis-à-vis des ouvriers et des employés dont ils doivent subir les injures quand ils leur refusent des congés non motivés.

En 1930, la section médicale de l'Union professionnelle de Moscou créa une commission juridique spéciale dont la tâche est de protéger les médecins contre les injures et les coups. Cette Commission a demandé le renforcement des peines infligées aux personnes offensant les médecins au cours de leur travail professionnel.

Dans les premières années de la dictature prolétarienne, on transformait — actuellement on bâtit. A Kharkov, une énorme polyclinique dénommée « *En l'honneur de la Révolution d'octobre* » occupe 214 médecins et donne plus de 4.000 consultations par jour. En tête du manifeste qui la décrit, on lit cette phrase : « *La médecine soviétique a un caractère social et prophylactique* ».

Les hôpitaux que j'ai vus à Moscou peuvent aisément se comparer aux nôtres. La médecine avec l'armée et le cinéma est l'organisation pour laquelle ils dépensent sans compter.

Le peuple consent-il à être soigné dans ces hôpitaux modernes ? Va-t-il aisément à ces consultations faites par des médecins anonymes et changeants ? Le Dr Raymond Leibovici a posé la question à ses guides qui lui ont tous répondu avec optimisme : « les ouvriers étant maintenant assez éduqués pour comprendre que « le culte petit-bourgeois du médecin de famille » était périmé et ne répondait plus aux progrès de la médecine sociale. »

Et cependant...

Voyant que le chauffeur de mon taxi était triste, je lui fis demander ce qui le préoccupait. Son enfant était malade, et il n'avait confiance pour le soigner qu'en un médecin qui l'avait guéri autrefois. Malheureusement, ce dernier habitait loin et notre chauffeur préférait lui payer 10 roubles par visite plutôt que d'envoyer son fils à l'hôpital, à des médecins qu'il ne connaissait pas.

Le Dr Raymond Leibovici décrit longuement sa visite aux deux institutions médicales soviétiques qui l'ont le plus frappé pendant sa visite à Moscou. D'une part, l'Hôpital de chirurgie d'urgence, dit « Institut Sklifassovsky » que dirige le professeur Serge Judine, d'autre part, la «Clinique d'avortement ». Le récit de cette visite est intéressant, on le lira dans *Vu* (1).

Le choléra en 1832.— *M. André Mévil dans le* Journal des Débats (1er janvier 1932) :

1832 fut marqué par un triste événement l'apparition en Europe du choléra qui devait bientôt exercer tant de ravages, y faire tant de victimes, à Paris notamment, et terroriser, à juste titre, tous les esprits. Rien n'est plus typique, à cet égard, qu'un article de Jules Janin, racontant les terreurs qu'il éprouva, rue Neuve-des-Poirés, en apercevant des corbillards sur lesquels on entassait des cercueils.

« Le premier char, raconte-t-il, se remplit bientôt jusqu'au comble ; alors on le vit avancer d'un pas, il me semble qu'il m'écrasait. Une sueur froide inondait mon visage, mes dents claquaient. Quoi donc ? me disais-je, toute une maison morte ! Quelle peste est-ce donc là qui entasse tant de cadavres ? »

Mais bientôt le célèbre chroniqueur apprenait de Rombaux, concierge au Lycée Louis-Le-Grand, combien ses terreurs étaient vaines.

« Rassurez-vous, lui dit Rombaux, la chose est plus simple que vous le pensez : dans cette maison déserte est renfermé le dépôt des bières de notre arrondissement. Tous les trois jours choléra ou non, et la nuit, et à cette heure, pour n'effrayer personne, l'administration des pompes funèbres envoie à la provision. »

(1) *Vu* : Au pays des Soviets, n° 192, 18 novembre 1931. Prix : 10 fr. Soc. An. « Les Illustrés Français », 65, Avenue des Champs-Elysées, Paris.

Le Gérant : A. ROUZAUD

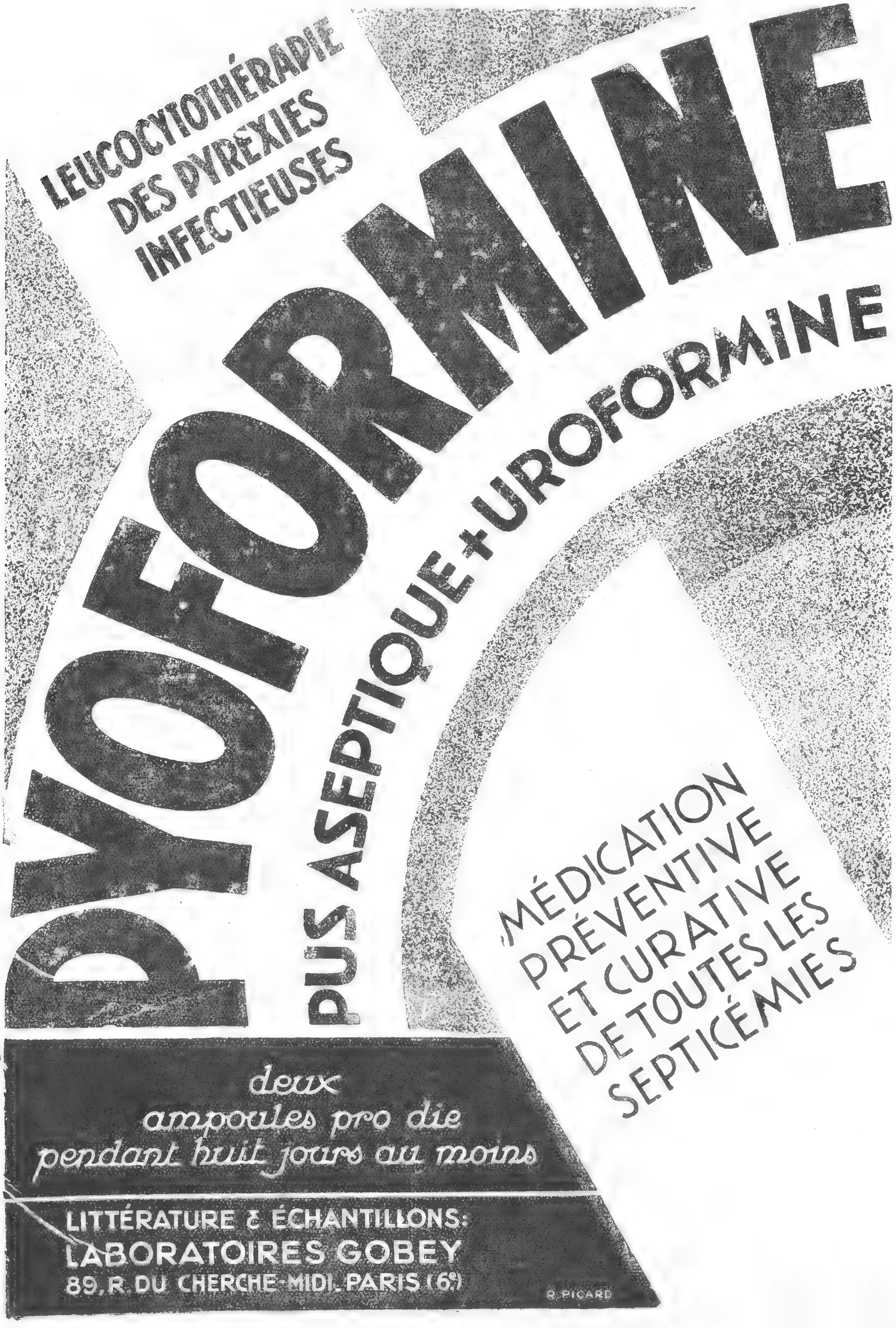
CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS MÉDICALES

FONDÉ EN 1873. — N° 3 LE NUMÉRO : 50 Centimes 16 JANVIER 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE-MIDI, PARIS (6e)
R. PICARD

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux du 19 janvier.* — Jury tiré le 5 janvier 1932 : MM. les Docteurs Bourdier, Dupuy-Dutemps, Bollack, Velter, Cerise, ophtalmologistes ; Darré, médecin ; Auvray, chirurgien. Censeurs : MM. Lagrange, Prélat.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 14 janvier. — M. Jobin. La vie et l'œuvre de Maillot, 1804-1894. — M. Tran Minh Phuong. Le début de la tuberculose rénale chirurgicale. Rôle de l'urétéropyélographie ascendante dans son diagnostic. — M. Lecœur. Contribution à l'emploi du bleu de méthylène en psychothérapie. — M. Batier. L'amélioration du collapsus pulmonaire dans le pneumothorax artificiel, par l'injection sous-cutanée de cinnamate de benzyle cholestérinée.

13 janvier. (Thèse vétérinaire). — M. Pflieger. Vaccination intradermique contre le charbon bactéridien chez le cheval.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Justice. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Guy, médecin de la maison d'éducation surveillée d'Eysses.

Instruction publique. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Abram, directeur du théâtre national de l'Odéon.

Guerre (officiers rayés des cadres). — *Au grade d'officier.* — M. Lacat.

Au grade de chevalier. — MM. Gougis, Temin, Leroy.

(Réserve). *Au grade d'officier.* — MM. Berchoud, Henry, Gares, Chrétien, Lemaire, Louis, Jauréguiberry, La Mouche, Joxe, Delage, Bassaget, Garnier, Adam, Rouch.

Au grade de chevalier. — MM. Vieilledent, Lhez, Barraud, Trainar, Léorat, Dumesy, Gardes, Gaubert, Mercier, Biar, Henry, Larquier, Adam, Picquenard, Izard, Brunel, Verlac, Baudry, Monier, Cazaillet, Le Comte, Crépin, Coqueret, Lavedan, Oudot, Thomas, Dauthuile, Gatineau, Tuffery, Goiffon, Gaujoux, Gavard, Mistral, Goujat, Ravaut, Giret, Fidon, Priou, Boscq, Prunier, Letulle, Seulliet, Viard, Franchin, Kahn, Bret, Mauger, Thibault, Giret, Boisseau, Mailhes, Wery, Durville, Blanc, Marquet, Dumousseau, Lafay, Martin, Blanches, Blanchard, Vernie, Peyrot, Schil, Faige, Brizard, Jacobsohn, Gerbier, Pierson, Placet, Darrasse, Lombard, Lemercier, Duvelleroy, Lapeyre, Bernard, Saltet, de Sablet d'Estières, Joyes-Nouguier, Lebouvier, Courtieu, Bidault, Broca, Lerouge, Tassigny, Chollet, Abou, Callouedec, Coudray, Penther, Chatenoud, Binard, Hippert, Buffet, Quesnel, Deschamps, Mirgon, Ollivier, Dupuy, Gotty, Comte, Delorme, Picheire, Ray, Poulin, Colleri-Leduc, Dupré, Raoul, Lubin, Balme, Briend, Larget, Jubert, Plazenet, Hermann, Huet, Bonnecaze, Romieu, Jeannemey, Vautrin, Sarlabous, Panis, Matry.

(Troupes coloniales.) M. Fouchet.

Travail. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Lestage (de Gradignan), Paucot (de Saint-Omer).

Concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 8 février 1932, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du vendredi 15 janvier au lundi 25 janvier 1932 inclusivement.

Concours pour la nomination à sept places de médecin des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 22 février 1932, à 8 h. 30, les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique de 14 heures à 17 heures du lundi 25 janvier au lundi 8 février 1932 inclusivement.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1931-1932, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le deuxième trimestre 1931-1932. — 17 janvier, M. Jean Paraf, médecin des hôpitaux : Les pleurésies secondaires des tuberculeux (déductions thérapeutiques). — 24 janvier, M. André Bloch, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux : La bronchoscopie et ses applications médicales, avec projection d'un film cinématographique du Dr Soulas. — 31 janvier, M. Desmarest, chirurgien des hôpitaux : Etude de la formule sanguine ; son importance dans le diagnostic chirurgical. — 7 février, M. André Jacquelin, médecin des hôpitaux : Etude critique de l'emphysème. — 14 février, M. Lesné, médecin des hôpitaux: Les états d'atrophie dans la première enfance. — 21 février, M. Ribadeau-Dumas, médecin des hôpitaux : Les hypotrophies de l'enfance. — 28 février, M. Maurice Hamburger, médecin des hôpitaux : La fonction lombaire dans le traitement de l'hypertension artérielle. — 6 mars, M. Sainton : La maigreur. — 13 mars, M. L. Babonneix : L'hydrocéphalie chez l'enfant.

Le Professeur Portmann en Amérique. — Le Professeur Portmann s'est embarqué le mercredi 6 janvier sur le *Paris* à destination des Etats-Unis.

Invité par les Universités de Georgetown et de Californie du Sud, il se rend à Washington et à Los Angelès pour donner des cours de perfectionnement.

Ces cours intensifs comprendront des matinées opératoires à raison de trois interventions semblables pratiquées et commentées devant trois séries d'assistants. L'après-midi, cinq heures de cours théoriques en anglais et d'exposés cliniques au lit du malade.

Le Professeur Portmann, qui réduit au strict minimum la durée de son voyage, en utilisant à l'aller et au retour, l'avion pour traverser l'Amérique, sera en France le 15 février.

Université de Cluj. — Le Docteur Valeriu Bologa est nommé professeur agrégé et directeur de l'Institut d'histoire

de la médecine de l'Université de Cluj. Cette nomination assure la continuation de l'œuvre créée en Roumanie de 1920 à 1930 par le Docteur Jules Guiart, professeur à la Faculté de médecine de Lyon et professeur honoraire de la Faculté de Cluj.

Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.). — L'assemblée générale annuelle de l'Association pour le développement des relations médicales aura lieu le mardi 19 janvier à 17 heures, dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique.

Examen sur titres en vue du recrutement d'un médecin radiographe à la Maison départementale de Nanterre. — Un examen sur titres pour l'admission à un emploi de médecin radiographe à la Maison départementale de Nanterre aura lieu à la Préfecture de police le jeudi 28 janvier 1932.

Le registre d'inscription des candidats, ouvert dès à présent sera clos définitivement le lundi 18 janvier 1932, à 16 heures.

Les conditions d'admission et d'examen, ainsi que tous renseignements utiles sur le Service, sont tenus à la disposition des candidats à la Préfecture de police, sous-direction du personnel, caserne de la Cité.

Indemnité annuelle : 9.000 francs.

Maison départementale de Nanterre. — *Concours de l'Internat en médecine et en chirurgie.* — Classement des candidats. — Ont été nommés :

Internes titulaires : Mlle Laporte (Simone) : MM. Carrié, Hamel, Martin (André), Ingrand, Gruchet (Wilson), Gossart.

Internes provisoires : MM. Valet, Abrassart, Blanguernon.

Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier. — *Session de 1932.* — La réunion hydrologique et climatologique de Montpellier tiendra sa séance annuelle le samedi 12 mars 1932, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Montpellier, à 15 heures, sous la présidence de M. le Professeur Riche, président.

A 15 heures : *Première séance.* — Les dysménorrhées pubertaires (question traitée en 1931, remise à l'ordre du jour pour 1932) ; rapports complémentaires de MM. les Docteurs Guibert (de Balaruc) et Sappey (de Grenoble-Uriage).

A 16 h. 15 : *Deuxième séance.* — Les états de susceptibilité bronchique de l'adulte et de l'enfant et leur thérapeutique hydro-minérale ; rapports de M. le Professeur agrégé Puech (de Montpellier) et de M. le Docteur Corone (de Nice-Cauterets).

A 18 heures, réception des congressistes à la Faculté de médecine par M. le doyen, MM. les professeurs et agrégés de la Faculté.

A 20 heures, dîner par souscription à l'Hôtel de la Métropole (cotisation, 80 francs).

Les demandes d'inscription en vue de communications (exclusivement relatives aux deux questions mises à l'ordre du jour), sont reçues par M. le Docteur Castagne, assistant à la Faculté de médecine, 12, rue de la Vieille, à Montpellier. Les adhésions sont reçues à la même adresse jusqu'au 7 mars prochain.

Nécrologie. — Dr Louis Eyssendeck, d'Acheux-en-Amiénois (Somme), décédé à l'âge de 56 ans. — Dr Pelisse, de Paris, 49, boulevard Henri IV. — Dr Georges Vinot, de Viry-Chatillon (Seine-et-Oise), médecin de la compagnie d'Orléans, ancien maire de Juvisy, mort victime du devoir professionnel, à la suite d'une piqûre qu'il s'était faite au cours d'une intervention. — Dr Charles Cuvelier, de Westmalke. — Dr Xavier Francotte, professeur émérite à l'Université de Liége. — Dr Henkaerts, d'Ans.

« Les termes, si communément employés, de science allemande, science française, sont d'une terrible inexactitude. La science, n'est ni allemande, ni française, ni européenne, ni australienne, ni du xxe, ni du xiiie siècle. Il faut dire, la science, toute nue, sans épithète. » (Charles Richet. Réflexions sur la science. *Revue des Deux Mondes*, 1er novembre 1931.)

BIBLIOGRAPHIE

Loisirs médico-poétiques, par le Dr Alfred DUJARDIN. 1 vol. in-8. 192 pages Imprimerie centrale du Nord, 12, rue Lepelletier, Lille 1931.

Encore un nom à ajouter au Parnasse médical. Il y figurera en bonne place.

Les poésies du Dr DUJARDIN ont charmé bien des lecteurs de *L'Echo médical du Nord* ; ils sont heureux de les trouver réunies en volume.

Le Traitement du Diabète Sucré, par le Dr RATHERY. Un vol. in-8°-couronne, 216 pages : 30 francs. Editions de l'Exposition française, 23 rue du cherche-midi, Paris-VIe.

Le livre est divisé en deux parties : l'une concerne les armes thérapeutiques et l'autre la mise en œuvre du traitement.

La première partie est un exposé des divers moyens thérapeutiques qu'on peut avoir à employer; *le régime alimentaire* est longuement étudié : besoins caloriques totaux, ration alimentaire, aliments et régimes spéciaux, cures de restrictions. L'auteur critique les régimes *a priori* fondés sur des formules mathématiques et montre qu'il ne s'agit là que d'un pseudo-régime scientifique.

L'auteur aborde ensuite l'étude de l'insuline. Il décrit minutieusement son mode d'emploi et les accidents pouvant relever du traitement insulinique : il énumère les avantages de l'insuline en montrant que rien ne saurait prétendre à la remplacer.

Cette première parties se termine par un chapitre concernant l'hygiène, l'exercice et l'hydroclimatologie et un chapitre ayant trait aux traitements médicamenteux.

La deuxième partie est de beaucoup la plus importante et la plus originale, car l'auteur en s'appuyant sur sa longue pratique personnelle, aborde toutes les questions ayant trait au traitement des diabètes : c'est une thérapeutique vécue qu'il expose à ses lecteurs.

En présence d'un diabétique, le médecin doit tout d'abord diagnostiquer la forme qui est en jeu : *diabète simple, diabète consomptif* ; la thérapeutique est entièrement différente dans les deux cas.

Pour *le diabète simple*, un seul traitement : le traitement de Bouchardat, non pas celui décrit sous ce nom par beaucoup d'auteurs en le déformant pour le critiquer ; mais celui décrit par Bouchardat lui-même. Donner au sujet le maximum de féculents qu'il peut tolérer. D'où nécessité d'établir le coefficient d'assimilation hydrocarbonée. La recherche pratique de ce dernier est longuement exposée.

Pour *le diabète consomptif*, au contraire *l'insuline est indispensable*. L'auteur montre comment on doit l'employer et les résultats qu'on peut attendre de cette cure bien conduite. On trouve ensuite exposé le traitement des grands accidents diabétiques ; traitement du coma « *agir vite, fort* et *bien* », traitement du collapsus cardiaque, de la gangrène diabétique, de la tuberculose associée au diabète, et celui des petits accidents.

Les chapitres suivants ont trait au traitement des diabètes associés ; des formes étiologiques ; aux interventions chirurgicales chez les diabétiques, et aux rapports entre le diabète et les assurances sur la vie.

Le livre se termine par des tables très complètes concernant la composition et la valeur calorique des divers aliments. On y trouvera des recettes de plats convenant aux glycosuriques imaginées par un chef cuisinier lui-même diabétique et remises autrefois à Bouchardat pour lui témoigner sa reconnaissance.



TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas d'endocardite streptococcique à évolution lente greffée sur une malformation congénitale du cœur

Par

Georges MARCHAL et Pierre REYT

Médecin des Hôpitaux — Interne des Hôpitaux

Le polymorphisme clinique, les caractères anatomiques et bactériologiques, ainsi que les circonstances étiologiques de l'endocardite à évolution lente ont été bien étudiés depuis une dizaine d'années pendant lesquelles les cas se sont multipliés avec une fréquence croissante.

En marge de la description, maintenant classique de la maladie de Jaccoud-Osler, de nombreuses formes ont été décrites. Plusieurs éléments du tableau clinique peuvent faire défaut; et l'on a même pu signaler l'absence de certains traits essentiels comme la fièvre (1). D'autre part la prédominance de certaines manifestations viscérales réalise des types particuliers (nerveux, pulmonaires, rénaux, etc.). Enfin l'évolution elle-même peut paraître écourtée, dans les cas où l'affection, longtemps silencieuse et latente, se démasque et se termine brutalement (2). La fréquence de ces formes frustes ou anormales explique que le diagnostic clinique puisse être momentanément mis en défaut.

C'est dire tout l'intérêt des hémocultures répétées, sur milieux électifs. L'un de nous (3) a insisté avec Jaubert sur les conditions dans lesquelles doivent être systématiquement pratiquées ces épreuves, afin d'isoler et d'identifier le germe. Si, dans la majorité des cas il s'agit du streptocoque, sa variété, plus souvent du type viridans peut être également du type hémolytique. L'on peut d'ailleurs trouver, dans quelques cas, l'entérocoque, le pneumocoque, plus rarement le bacille de Pfeiffer.

L'étude des antécédents a donné lieu à des conclusions et des hypothèses fort intéressantes. Tous les auteurs insistent à juste titre sur la *précession du rhumatisme articulaire aigu*, qui agit en blessant les valvules et en remaniant leur vascularisation (4). Ainsi le germe paraît apporté en pleine épaisseur valvulaire par les vaisseaux de néoformation.

La coïncidence si fréquente des deux endocardites, et des considérations bactériologiques ont conduit certains médecins américains avec Clawson et Bell à conclure qu'il n'y a pas d'opposition entre l'endocardite rhumatismale et l'endocardite lente. Plus récemment, en France, Paisseau et Oumansky (5) ont soutenu, du point de vue clinique, l'étroite parenté des deux endocardites et beaucoup d'autres auteurs tendent, à l'heure actuelle à admettre cette hypothèse.

Cependant, la lésion valvulaire préexistante est parfois *syphilitique*, ainsi que l'attestent des observations assez nombreuses (entre autres celles de Laubry et Routier (6),

(1) LENOIR, BAIZE et BOQUIEN. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 15 juin 1928.
(2) MARCHAL et JAUBERT. — *Bulletin médical*, janvier 1928 n° 4.
(3) MARCHAL et JAUBERT. — *Presse Médicale*, mars 1926, n° 21.
(4) DARIER. — Les vaisseaux et valvules du cœur chez l'homme. *Bulletin et mémoires Soc. Anatomique*, novembre 1887, page 675.
(5) *Archives maladies du cœur* octobre 1929, n° 10.
(6) LAUBRY et ROUTIER. — Traité de Pathologie interne. Maladies du cœur et des vaisseaux, p. 431.

de Marchal et Jaubert (1), de Gallavardin et Gravier (2), de Cade (3). L'un de nous (4) a fait ressortir le rôle joué par la spécificité dans les formes « cardiaques » de l'endocardite lente.

L'hypothèse de l'étroite parenté des endocardites rhumatismales et streptococciques prête également à la critique pour les cas où *des lésions congénitales du cœur* ont préparé le terrain de l'endocardite lente (maladie de Roger, rétrécissement aortique, rétrécissement pulmonaire).

C'est pourquoi il est intéressant de signaler une nouvelle observation d'endocardite, reconnue par la clinique et le laboratoire, survenue en dehors de tous antécédents rhumatismaux et syphilitiques, et qui s'est développée sur une *malformation congénitale de l'aorte dont l'appareil sigmoïdien ne comportait que deux valves.*

M. C..., âgé de 25 ans, entre salle Delpech le 20 août 1930 pour des troubles de l'état général, asthénie intense et fièvre à 39°8.

Le début apparent remontait au 14 août, date à laquelle le malade aurait souffert d'une céphalée très pénible suivie d'aphasie complète mais transitoire avec hémiparésie droite. Néanmoins, depuis plus de deux mois il se plaignait de fréquentes céphalées, d'asthénie progressive avec anorexie et avait eu à plusieurs reprises des crises de sudations.

Examen. — On est en présence d'un malade au facies pâle, dont les traits sont tirés ; la parole est lente, monotone, mal articulée, et, en raison de son état d'obnubilation, les réponses sont difficiles à obtenir.

A droite, la paralysie faciale est évidente, mais l'hémiparésie droite demande à être recherchée.

Les réflexes tendineux sont exagérés à droite, il n'y a ni clonus, ni de signe de Babinski. Le signe de Kernig est légèrement positif.

Les sphincters sont intacts.

Les pupilles sont normales.

A l'auscultation du cœur, on perçoit un très léger souffle systolique au foyer aortique, suivi d'un souffle diastolique intense, un peu rude, propagé tout le long du sternum.

Le pouls est régulier, dicrote à 92 par minute.

Le pouls capillaire se met en évidence au front TA — 17,4 (Vaquez-Laubry).

Le foie est légèrement hypertrophié, la rate est percutable sur une hauteur de trois travers de doigt.

L'examen pulmonaire est négatif.

Il y a oligurie (500 gr. par jour). Ni albumine, ni sucre.

Par l'interrogatoire direct et celui de la famille, on ne retrouve aucun antécédent de rhumatisme franc, et l'on précise bien que dans son enfance, le malade n'a présenté aucun des signes pouvant faire penser à une forme fruste ou atypique de rhumatisme.

Il n'y a pas d'antécédents ni de stigmates de syphilis et la réaction de Wassermann est négative.

Une première hémoculture est faite le 21, elle est négative. La ponction lombaire soulage la céphalée et donne issue à un liquide clair, un peu hypertendu, où l'on trouve 23 lymphocytes par mm³ et 0 gr. 40 d'albumine.

Le 24 la température prend un type oscillant.

Le 28 une deuxième hémoculture est faite à l'acmé thermique et décèle un streptocoque après 48 heures d'étuve.

Traitement. — Septicémine intra-veineuse associée à urotropine *per os* et huile camphrée sous-cutanée.

Après le résultat de l'hémoculture, injection intra-veineuse de 6 cmc. de tripaflavine à 2 %.

Le malade s'affaiblit progressivement et meurt dans le coma le 5 septembre 1930.

A l'autopsie. — Après formolisation du cœur et du cerveau.

Poumons. — Aspect caoutchouté de sclérose pulmonaire sur toute l'étendue du tiers supérieur des deux côtés.

Œdème léger des deux bases.

Cœur. — Liquide péricardique en petite quantité.

L'épreuve de l'eau montre une insuffisance aortique manifeste.

L'aspect extérieur de l'aorte est normal.

Après section longitudinale du cœur gauche, en suivant

(1) MARCHAL et JAUBERT. — *Loco citato.*
(2) GALLAVARDIN et GRAVIER. — Société médicale des Hôpitaux de Lyon, 15 février 1927, *Lyon médical* 1927.
(3) CADE. — Société médicale des Hôpitaux de Lyon, 15 février 1927. *Lyon médical* 1927.
(4) MARCHAL et JAUBERT. — *Loco citato.*

l'aorte, on constate que l'appareil sigmoïdien aortique *ne comporte que deux valvules*, la troisième fait complètement défaut, seules existent la valve droite antérieure et la valve postérieure qui est plus large et plus longue que normalement.

De nombreuses végétations adhérentes s'observent sur l'appareil valvulaire et particulièrement sur sa face inférieure.

La valvule mitrale est indemne.

L'appareil sigmoïdien pulmonaire comporte trois valvules normales.

Les cavités droites sont normales.

Foie volumineux pesant 2 kgr. 270, congestionné qui à la coupe rappelle le foie muscade.

Rate volumineuse pesant 290 gr., présentant deux *infarctus*, de coloration blanc mastic à sommet profond dirigé vers le hile : l'un a la grosseur d'une noisette, l'autre d'une amande.

Dans les reins, on constate à gauche un gros *infarctus* du volume d'une noisette ; à droite, deux petits *infarctus* dont la coloration est blanc mastic.

Cerveau. — Aspect extérieur normal.

A gauche, *foyer de ramollissement* gris clair, se projetant au-dessus de la scissure de Sylvius au niveau des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes à 5 cm. de la corticalité sur une coupe frontale à l'aspect d'une virgule horizontale à grosse extrémité inférieure et externe tournée vers le putamen et à extrémité effilée interne au-dessus de la tête du noyau coudé. Ce foyer coupe transversalement une portion de l'extrémité antérieure de la capsule interne. Son épaisseur d'avant en arrière est de 5 millimètres.

A droite, *second foyer de ramollissement* sensiblement symétrique mais un peu plus superficiel et plus postérieur.

***

Cette observation d'endocardite à forme hémiplégique et méningée, souligne, en outre, le caractère d'une *forme insidieuse* sur laquelle l'un de nous a déjà insisté (1). Longtemps l'évolution reste silencieuse, puis brusquement l'affection se dévoile, s'exacerbe à la suite d'une embolie (cérébrale dans notre cas) et aboutit à la mort en quelques jours. Le caractère des lésions anatomiques, et particulièrement l'aspect des infarctus spléniques et rénaux, témoignent de l'ancienneté du début de l'endocardite.

Nous commenterons surtout *les particularités anatomiques*. Il existait dans chaque hémisphère un foyer de ramollissement. Seul le ramollissement gauche s'est traduit par des manifestations neurologiques.

Enfin l'examen du cœur a dévoilé une malformation de l'aorte : *réduction à deux du nombre des valvules sigmoïdes.*

Cette malformation, de nature congénitale, représente pour Laubry et Routier (2) une lésion assez commune dont ils décrivent deux types.

1) L'un répond à notre cas : la troisième valve fait complètement défaut.

2) L'autre où la valve postérieure, incomplètement cloisonnée, se comporte comme une valve unique au fond de laquelle on distingue l'anneau du cloisonnement inachevé sous forme d'un repli membraneux.

Cette lésion anatomique a été retrouvée fréquemment associée au *rétrécissement de l'isthme aortique* (Bonnet ; et thèse de Mornet) (3).

Il est intéressant, à ce sujet, de rappeler que l'endocardite peut se greffer sur cette lésion isthmique de l'aorte. L'un de nous (4) a rapporté avec Loeper une observation où l'autopsie révélait des lésions typiques d'endocardite lente, développées sur l'orifice valvulaire d'une aorte présentant un rétrécissement de l'isthme en dehors de toute atteinte rhumatismale ou syphilitique antérieure. Dans son travail consacré à cette lésion congénitale de l'aorte, Mornet cite une observation identique et insiste sur ce fait que dans tous les cas de rétrécissement isthmique l'endocardite s'était localisée aux valvules aortiques.

(1) Marchal et Jaubert. — *Loco citato.*
(2) Laubry et Routier. — *Loco citato.*
(3) Mornet. — Du rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte. Thèse Paris 1927.
(4) Loeper et Marchal. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 28 juillet 1922.

Nous devons à l'obligeance de notre ami Routier l'observation suivante.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, sans aucun antécédent qui est examiné pour une cardiopathie fébrile de date récente. A l'auscultation on entend un souffle diastolique de la base, et l'hémoculture est positive au streptocoque. Le malade succombe après quelques jours d'hospitalisation. A l'autopsie on constate un rétrécissement isthmique, insoupçonné cliniquement, avec amincissement des parois aortiques et diverticulum en manchon autour de la sténose. Il existe des végétations sur la sténose, en aval de celle-ci et également sur le bord libre des valvules sigmoïdes, (figure 115. Traité Laubry).

Cette observation est intéressante du fait que les végétations se sont localisées sur la *lésion isthmique* elle-même, alors que dans les cas précédents il s'agissait d'endocardite limitée aux valvules aortiques.

Sur des orifices aortiques porteurs d'un nombre anormal de valvules, l'endocardite lente a parfois été observée. Ainsi en témoignent les conclusions de Gladys M. Wanchope (1), se basant sur plusieurs cas d'anomalies congénitales du nombre des valvules, ainsi que le protocole d'autopsie relaté par Fingerland (2).

Dans notre cas, où la malformation congénitale ne portait que sur le nombre des valvules aortiques, l'endocardite s'était greffée directement sur celles-ci et nous n'avons trouvé à l'examen du cœur *aucune trace d'ancienne poussée rhumatismale.*

Il en allait autrement dans une très intéressante observation que Routier a bien voulu nous résumer.

M. M..., âgé de 40 ans. Affection congénitale, diagnostiquée par Potain dès la première année (persistance du trou de Botal) réformé de guerre.

En 1919, constatation d'un souffle mitral.

En 1922, Laubry et Routier examinent le malade et notent une arythmie complète, un souffle systolique, apexien rude en jet de vapeur, ainsi qu'un souffle continu à renforcement systolique sans frémissement.

Le diagnostic porté est celui de persistance du canal artériel, insuffisance mitrale par endocardite rhumatismale évolutive.

L'endocardite maligne qui se greffe sur cette cardiopathie congénitale, et que l'un de nous eut également l'occasion d'observer avec Routier, suivit une marche particulièrement lente, puisque après une longue agonie, la mort ne survint que deux ans plus tard. L'identification du germe avait décelé du streptocoque viridans (hémoculture).

A l'autopsie. — L'appareil sigmoïdien est réduit à deux valvules. La portion ascendante de la crosse aortique est un peu élargie, puis la crosse se rétrécit légèrement au niveau de l'isthme. Pas de canal artériel. Gros placards d'endocardite ancienne, mitrale et auriculaire gauche (reliquat de poussées rhumatismales). Les végétations récentes de l'endocardite maligne étaient disséminées dans l'infundibulum aortique et le ventricule gauche (fig. 114 du Traité de Laubry).

Ce cas illustre, une fois de plus, la singulière difficulté du diagnostic purement clinique des affections congénitales du cœur.

Comme dans notre observation, il s'agissait d'une endocardite secondaire à streptocoques, développée dans un cœur à malformation congénitale ; *réduction à deux valvules de l'appareil sigmoïdien de l'aorte.*

Mais chez le malade de Laubry et Routier, les végétations avaient épargné la lésion elle-même pour se disséminer dans les deux « chambres » du ventricule gauche et l'on peut difficilement affirmer quel fut le point d'appel prépondérant sur le streptocoque : lésion congénitale du cœur ou succession de poussées endocarditiques rhumatismales.

***

Les remaniements infectieux des cardiopathies congénitales ne constituent pas une rareté, du moins sous la *forme d'en-*

(1) Gladys, M. Wanchope. — The Quarterly, *Journ. of Médecine*, avril 1928.
(2) A. Fingerland. — Recueil de travaux scientifiques dédié au Prof. Litensky, 7 juin 1927.

docardites rhumatismales à poussées successives. Or, la littérature signale peu de cas où la malformation congénitale seule prépare la greffe streptococcique des endocardites lentes, contrairement à l'opinion de M. Wette (1) pour qui les cardiopathies congénitales exerceraient sur le streptocoque le même pouvoir d'appel que les endocardites rhumatismales.

Il ne faut pas oublier que le rhumatisme frappe souvent l'endocarde par poussées insidieuses, dont on doit rechercher soigneusement les traces dans l'interrogatoire ; et souvent encore l'autopsie révèle des reliquats de rhumatisme cardiaque évolutif.

En somme, la *maladie de Bouillaud* garde son rôle très largement prépondérant dans la précession des endocardites malignes à marche lente. Mais il est intéressant de réunir les cas où l'on ne peut incriminer qu'une malformation congénitale à l'origine de la greffe streptococcique. Notre observation en constitue un nouvel exemple, de même que celle de l'endocardite isthmique relatée au cours de cet article.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

L'ophtalmie sympathique (2)

Par M. le Professeur **F. TERRIEN**

Je désire vous parler aujourd'hui d'une affection très importante qui est l'ophtalmie sympathique.

Voici tout d'abord un malade, dont l'observation a été très bien prise par Mlle Braun, chef de clinique et par M. Dumont.

Il s'agit d'un homme de 26 ans qui reçoit, le 24 juin de cette année dans son œil droit un fil de cuivre (notez que le cuivre, en général, est mal toléré). Ce fil pénètre profondément dans l'œil et il est aussitôt retiré : le jeune homme est traité pour une irido-cyclite intense et tout semble s'améliorer jusqu'au 10 juillet ; mais à ce moment le malade ressent des troubles du côté de son œil gauche, sain jusque-là ; la vue de cet œil diminue. C'est alors que le malade vient dans notre service. Le Dr Veil, consulté, conseille l'énucléation de l'œil blessé. On notait à ce moment des phénomènes inflammatoires intenses du côté de l'œil blessé dont la vision était entièrement abolie et la sagesse, en effet, était de procéder à l'énucléation immédiate. Mais, comme il arrive souvent en pareil cas, le malade hésite, répugne à l'intervention et il y semblait d'autant plus encouragé qu'un autre ophtalmologiste, consulté quelques jours après le Dr P. Veil, aurait conseillé de différer l'intervention ! Aussi l'énucléation n'est-elle pratiquée que le 15 août. A ce moment on constatait une rougeur assez vive de l'œil gauche et l'acuité visuelle de ce côté était seulement de 0,3.

Aujourd'hui les phénomènes inflammatoires ont disparu, l'acuité visuelle s'est améliorée, elle est actuellement de 0,9. Ainsi l'énucléation de l'œil droit, quoique faite tardivement, a eu une action favorable et c'est là un point d'autant plus intéressant à retenir qu'il est loin d'en être toujours ainsi.

Voici un autre malade : c'est un homme de 53 ans, qui le 7 août dernier est tombé sur le coin d'une table, se blessant gravement à l'œil droit. Il fut soigné à Laënnec, où on lui propose l'énucléation du globe oculaire lésé. Il refuse l'intervention. L'œil sain à ce moment paraît être normal. Mais *trois semaines plus tard*, le malade remarque une baisse notable de la vue de son œil gauche. Il dit aussi avoir ressenti quelques troubles visuels de cet œil gauche environ 10 jours après l'accident, mais il ne leur avait prêté aucune attention. Il vient consulter cinq semaines après l'accident. On constate alors à l'œil gauche une irido-cyclite nette : la pression, même légère, sur cet œil est douloureuse, ainsi que les mouvements du globe oculaire.

L'énucléation de l'œil blessé est pratiquée d'urgence et le malade est soumis au traitement général par les injections de novoarsenobenzol. A ce moment l'acuité visuelle de l'œil gauche est de 0,1, l'œil est rouge, mais on note cependant depuis l'énucléation une tendance à l'amélioration.

Voici donc deux malades ayant présenté une ophtalmie sympathique qui s'est terminée chez le premier d'une manière très favorable, ce qui est assez rare et bien que l'énucléation ait été tardive ; chez le second, au contraire, et cela est malheureusement la règle, la vision de l'œil sympathisé est demeurée très diminuée.

Cette affection vous le voyez, se traduit par l'inflammation d'un œil lorsque l'autre a été blessé. Elle est encore plus fréquente qu'on ne le croit, tout au moins dans ses formes atténuées et il faut la connaître pour pouvoir la dépister à temps et pour prévenir son développement.

Elle apparaît au plus tôt vers la deuxième ou la troisième semaine après l'accident et nous verrons plus loin les raisons de ce délai minimum, mais elle peut apparaître beaucoup plus tard, des mois, voire même des années après la blessure du premier œil.

Dans l'étude de l'ophtalmie sympathique il faut envisager deux questions : 1° l'état de l'œil blessé et 2° l'inflammation de l'autre œil. Voyons tout d'abord les causes déterminantes possibles de l'ophtalmie sympathique. Toutes les affections inflammatoires compliquées d'irido-cyclite sont capables de donner à un moment donné des troubles sympathiques de l'autre œil. Mais certaines affections y prédisposent tout particulièrement : telles sont les plaies pénétrantes du globe oculaire, les blessures de la région ciliaire, ces blessures sont particulièrement dangereuses. Mais ce sont surtout la présence d'un corps étranger intraoculaire et l'infection qui jouent un rôle décisif.

Tout corps étranger de l'œil, vous le savez, doit être enlevé le plus rapidement possible à condition, bien entendu, que ce corps étranger soit magnétique.

Mais lorsqu'il s'agit d'un corps insensible à l'aimant, dans nombre de cas où ce corps n'est pas facilement accessible, il faut ne pas insister sur son extraction car il est impossible de le saisir au milieu du vitré.

Parmi les corps étrangers de l'œil certains sont mieux tolérés que d'autres, en particulier le verre, surtout le verre stérile, ainsi qu'on le voit dans les explosions au cours de diverses expériences dans les laboratoires.

Je rappelle souvent le cas d'un chimiste, actuellement professeur de chimie qui, voici 30 ans, au cours d'une expérience de laboratoire, reçut dans l'œil, après l'explosion d'une cornue, un éclat de verre qui perfora le globe. Je pratiquai aussitôt le recouvrement conjonctival et après résorption de l'hémorragie intra-oculaire, quelques semaines plus tard, on pouvait voir, enchâtonné dans la partie postérieure du cristallin un éclat de verre assez volumineux. Depuis cette époque cet éclat est resté incrusté dans le cristallin mais jamais jusqu'ici le malade n'a présenté aucun symptôme d'ophtalmie sympathique et il a pu conserver son œil blessé.

Le plomb reçu dans l'œil au cours d'un accident de chasse, s'il est petit (plomb n° 8 ou 9) est quelquefois assez bien toléré. Je connais des malades qui depuis des années tolèrent des grains de plomb dans l'œil, sans aucune réaction.

Mais en général on ne saurait oublier que tout sujet ayant un corps étranger intraoculaire est constamment sous la menace possible d'une ophtalmie sympathique.

Aussi il est important de connaître à quel moment peut apparaître l'inflammation du second œil. L'espace de deux semaines semble le délai minimum nécessaire à la transmission d'un œil à l'autre, mais il ne paraît pas y avoir de limite maximum ; on a vu l'ophtalmie sympathique se développer cinq ans, dix ans et même davantage. Toutefois plus on s'éloigne

(1) WALTER WETTE. — *Zentralblatt f. Herz n Gefank*, janvier 1926.
(2) Leçon faite à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le 20 novembre 1931.

du moment de l'accident, moins on a de chances de la voir apparaître. Elle reste cependant une constante menace et il n'est pas sans intérêt de rechercher les manifestations qui permettent de craindre l'ophtalmie sympathique.

Ce sont tout d'abord des manifestations du côté de l'œil blessé, des phénomènes irritatifs et la question se pose aussitôt de savoir s'il convient ou non d'enlever l'œil blessé.

Le plus souvent cet œil ne présente qu'une acuité visuelle insignifiante ; d'ordinaire même la vision est complètement abolie et le globe oculaire, par sa seule présence, est susceptible de déclencher l'ophtalmie sympathique. Il ne faut donc pas prendre sur soi une responsabilité capable d'entraîner des conséquences dramatiques et il faut énucléer l'œil blessé. Chez notre premier malade le second oculiste consulté n'avait pas craint, vous l'avez vu, de différer l'énucléation sans qu'on puisse bien comprendre le motif de cette décision puisque l'œil blessé était absolument perdu et l'ophtalmie sympathique déjà déclarée. Or, l'énucléation, en pareil cas, constitue une opération d'urgence au premier chef et seul, un certain degré de conservation de vision de l'œil blessé pourrait la faire écarter, ce qui n'était pas le cas ici. Notre sujet a eu la chance cependant de recouvrer une acuité visuelle normale bien qu'ayant été opéré tardivement mais ce cas est exceptionnel et ne prouve rien contre la valeur de l'énucléation précoce en présence de semblable affection. Car une évolution aussi bénigne est exceptionnelle. Habituellement l'ophtalmie sympathique a une évolution terrible.

Voyons maintenant les symptômes capables de nous faire soupçonner l'apparition de cette affection redoutable.

Il faut envisager deux éléments capitaux : 1° les modifications de l'œil blessé et, 2° celles apparaissant sur l'œil sain ou œil sympathisé. Sur l'œil blessé on constate le plus souvent deux symptômes caractéristiques et qui doivent de suite éveiller l'attention : de la *rougeur* et des *douleurs*. L'œil blessé rougit facilement, à la moindre cause d'irritation ; il demeure plus ou moins longtemps injecté et souvent en même temps il est douloureux, spontanément, sous l'influence des mouvements du globe oculaire, ou à la pression. Si vous provoquez de la douleur par la pression sur l'œil blessé il ne faut pas hésiter, il y a menace d'ophtalmie sympathique et l'énucléation de l'œil blessé s'impose à condition, bien entendu, que la vision de cet œil soit complètement abolie ; le plus souvent d'ailleurs cet œil blessé est réduit à l'état de moignon plus ou moins atrophique et il n'y a aucune hésitation. La douleur à la pression doit être recherchée attentivement, tout d'abord avec douceur, et si vous ne la trouvez pas de suite, appuyez un peu plus profondément. Cette pression assez profonde peut éveiller la douleur. Examinez bien la totalité du moignon car il n'est pas rare de trouver un point douloureux localisé à la partie supéro-interne du globe oculaire, alors que la pression sur tout le reste du globe ne réveille aucune douleur. La constatation de cette douleur à la pression commande l'énucléation.

Si cette dernière est pratiquée à temps, avant l'apparition de tout symptôme de sympathie sur l'œil sain, vous mettez votre malade à l'abri de l'ophtalmie sympathique ; mais si celle-ci est latente ou en puissance, au moment de l'intervention, vous n'arrêterez pas son évolution. L'énucléation néanmoins pourra peut-être en atténuer l'intensité et doit être pratiquée cependant.

Ainsi *rougeur* et *douceur* sont des manifestations de l'œil blessé constituant deux signes importants de présomption ou de possibilité d'ophtalmie sympathique, suffisant à eux seuls pour imposer l'énucléation d'un œil antérieurement blessé et dont la vision est déjà perdue.

Car les signes de certitude ne s'observent malheureusement que sur l'œil sain et il ne faut pas les attendre, l'énucléation demeurant alors le plus souvent impuissante à enrayer l'évolution de l'affection.

Toutefois il est certains signes capables de faire craindre l'apparition de l'ophtalmie sympathique, ce sont les phénomènes réactionnels : la sensibilité à la lumière, l'impossibilité de soutenir un travail quelque peu prolongé, du larmoiement, une gêne de l'accommodation, tous phénomènes précurseurs de la maladie. Mais tous ces symptômes peuvent manquer et l'ophtalmie sympathique peut apparaître d'emblée avec tous ses caractères sans avoir été précédée d'aucun phénomène réactionnel : car l'ophtalmie sympathique est avant tout une *irido-cyclite* de l'œil sain, irido-cyclite qui, comme toute irido-cyclite, peut revêtir une intensité très variable. Elle peut être torpide ou intense, suivant les cas mais l'élément capital est la coexistence d'un œil congénère antérieurement blessé, le plus souvent rouge et douloureux à la pression qui favorise le développement de cette irido-cyclite.

Chez notre premier malade, en dépit des symptômes assez intenses d'irido-cyclite, l'évolution, nous l'avons vu, a été particulièrement favorable et le sujet a recouvré une acuité visuelle normale. Mais ces faits sont particulièrement rares. Le plus souvent l'irido-cyclite entraîne la formation de synéchies et la vision demeure très diminuée ou même abolie, du fait de l'occlusion presque totale de la pupille.

A côté de cette forme aiguë ou subaiguë il est des formes latentes ou torpides. C'est dans ces formes que nous observons la formation de précipités à la face postérieure de la cornée, d'ordinaire bien visibles même à l'éclairage oblique au moyen d'une simple loupe. Toutefois la dimension de ces précipités est assez variable suivant les cas.

Il ne faut pas se fier à l'absence de rougeur, de signes visibles, voire même de diminution appréciable de l'acuité visuelle pour écarter le diagnostic d'ophtalmie sympathique. Un examen approfondi du malade est nécessaire en particulier un examen au moyen du microscope cornéen et de la lampe à fente qui pourra déceler de fins précipités sur la membrane de Descemet qui étaient restés ignorés par l'examen avec les moyens habituels.

Il y a trois ans le Professeur Jeandelize, de Nancy, présenta à la Société française d'ophtalmologie quelques observations de malades chez lesquels l'ophtalmie sympathique ne semblait se manifester par rien. L'acuité visuelle de l'œil présumé sain était sensiblement normale, mais un examen attentif avec la lampe à fente fit découvrir de fins précipités à la face postérieure de la cornée.

Vous avez tous entendu parler des sensations de mouches volantes accusées par certains sujets particulièrement nerveux, avec une acuité visuelle normale et que le plus souvent, sans doute à tort, il faut le reconnaître, nous traitons par le mépris. Sans doute elles sont bien souvent physiologiques et chacun de nous peut les observer dans certaines conditions. Lorsque par exemple, vous fixez une surface claire, vivement éclairée, de préférence un ciel un peu couvert, vous voyez au bout de quelques minutes des petites taches brillantes qui montent et descendent dans le champ visuel. Ce phénomène est dû vraisemblablement au passage de globules sanguins dans les capillaires de la rétine. Ces mouches volantes s'observent chez des sujets nerveux ou chez des myopes sans qu'on trouve aucune lésion à laquelle on puisse les rapporter. Elles n'ont rien de pathologique et n'exigent aucun traitement local. On se bornera à recommander de surveiller l'hygiène générale, d'éviter le surmenage visuel c'est tout, et surtout à rassurer ces sujets, presque toujours émotifs et d'ordinaire très inquiets.

Mais à côté de ces cas physiologiques, il en est d'autres où la présence de mouches volantes a une origine pathologique.

C'est pourquoi il faut toujours rechercher chez ces malades l'existence de ces précipités à la face postérieure de la cornée et cela, non seulement au moyen d'un examen très soigneux à l'éclairage oblique à l'aide d'une forte lampe, mais mieux encore par l'examen au moyen de la lampe à fente et du microscope cornéen, car de très fins précipités peuvent passer inaperçus à l'éclairage oblique.

Un jeune agrégé vient un jour me consulter pour une gêne de la vision ; je l'examine : son acuité visuelle est normale et je ne trouve aucune lésion du fond de l'œil, seulement un léger astigmatisme que je corrige par un verre convenable, attribuant les troubles dont il se plaignait au nervosisme, peut-être favorisé par le léger astigmatisme constaté. Mais trois semaines plus tard il revient, se plaignant toujours de troubles vagues de la vision. L'examen ophtalmoscopique ne montre toujours rien d'anormal ; par contre l'examen au moyen de la lampe à fente et du microscope cornéen montrait de très fins précipités à la face postérieure de la cornée, indices d'une


Hémostyl
Du Dr. ROUSSEL
Anémies
Hémorragies
SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL
Flacons-ampoules de 10cc de Sérum par
A) Sérothérapie spécifique des ANÉMIES (Carnot)
B) Tous autres emplois du Sérum de Cheval : HÉMORRAGIES (P.E.Weill) PANSEMENTS (R.Petit)
Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total
ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.
Echantillons, Littérature
97, Rue de Vaugirard. PARIS (VI°)

irido-choroïdite torpide très légère, ne se traduisant par aucun autre symptôme mais qui justifiait les plaintes du sujet.

Ce fait vous montre combien il faut attacher d'attention aux dires du malade, aux symptômes dont il se plaint et ne pas mettre, comme on le fait souvent, trop facilement, sur le compte du nervosisme des troubles ayant en réalité une origine organique, que seule une observation incomplète ou l'insuffisance de nos moyens d'investigation ne nous ont pas permis de mettre en évidence.

Il est probable qu'un jour on trouvera une explication précise du phénomène de ces mouches volantes physiologiques, si gênantes pour certains sujets et dont l'origine est encore peu précise.

Concluons qu'on ne saurait déterminer avec trop de soin le degré d'acuité visuelle de nos malades, surtout chez un sujet dont un œil a été antérieurement blessé. Alors même qu'on ne trouve aucune lésion apparente sur l'œil sain, il faut penser toujours, en présence du moindre trouble visuel accusé par le sujet, à la possibilité de la présence de précipités sur la face postérieure de la cornée. Lorsque l'inflammation est intense, elle aboutit rapidement à la formation d'adhérences iriennes et à la perte plus ou moins complète de la vision.

Parmi les blessures du globe oculaire capables de provoquer l'ophtalmie sympathique il faut faire une mention spéciale pour les blessures d'ordre chirurgical, en particulier pour l'opération de cataracte.

L'ophtalmie sympathique peut aussi se développer après l'opération de la cataracte. Sans doute cette complication est actuellement plus rare qu'elle ne le fût jadis, du fait des précautions aseptiques que nous prenons aujourd'hui. Pourtant M. Truc en a rapporté trois observations graves, où, malgré l'énucléation de l'œil opéré de cataracte, la cécité de l'autre œil demeura totale.

Ce ne sont donc pas toujours les blessures infectées accidentelles qui seules peuvent déterminer l'apparition de l'ophtalmie sympathique. On l'observe aussi après les interventions chirurgicales, alors que la plaie chirurgicale semblerait pourtant devoir être stérile.

On s'est demandé si dans ces cas l'ophtalmie sympathique n'était pas le résultat d'un retard de cicatrisation de la plaie compliquée d'enclavement des angles de la brèche irienne après l'iridectomie. Peut-être cet enclavement, par les phénomènes irritatifs qu'il provoque, n'est-il pas sans influence sur l'apparition de la sympathie, mais on sait bien que le retard de la cicatrisation n'entraîne que fort rarement l'infection et le retard de fermeture de la chambre ne paraît pas favoriser cette dernière.

Quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, on peut constater chez certains opérés de la cataracte le développement d'une ophtalmie sympathique. J'ai relevé un nombre considérable de ces observations dans la littérature et David, dans un travail récent, en rapporte 13 cas ; sur ce nombre on note 11 fois la vision demeurée entièrement abolie du côté de l'œil sympathisé.

Panas a aussi rapporté des observations de cataractes opérées et suivies de développement d'une ophtalmie sympathique avec perte totale de la vision du côté sain.

On ne peut songer, ici, bien entendu, à énucléer l'œil opéré comme on le fait pour un œil blessé réduit à l'état de moignon atrophique ; on le peut d'autant moins que la vision de l'œil cataracté est rarement entièrement abolie et pourra quelquefois demeurer très supérieure à celle de l'œil sympathisé.

Car l'ophtalmie sympathique observée après l'opération de cataracte revêt d'ordinaire une particulière intensité, sans doute en raison de l'âge toujours relativement avancé du sujet (l'ophtalmie sympathique est peut-être un peu moins grave chez les sujets jeunes) et sans doute aussi parce que ces yeux cataractés ou en puissance de cataracte sont toujours des yeux plus ou moins pathologiques et dont les tissus sont plus ou moins altérés.

Pouvons-nous éviter l'ophtalmie sympathique ? Oui, si on pose en principe d'enlever tout œil blessé qui devient rouge et douloureux, car celui-ci a une influence indéniable sur l'apparition des phénomènes sympathiques et ceci nous amène au difficile problème de la pathogénie de l'affection.

Quelles sont les causes, la pathogénie de l'ophtalmie sympathique ? Toutes les hypothèses ont été tour à tour invoquées.

En somme toutes les théories émises jusqu'ici admettent la nature infectieuse de l'ophtalmie sympathique.

La théorie la plus ancienne est celle de la métastase. Il s'agirait d'une infection endogène se développant à la faveur du traumatisme.

Dans la théorie migratrice de Deutshmann et Leber le transport des microbes pathogènes se fait non par les vaisseaux mais par les lymphatiques des nerfs optiques en passant par le chiasma.

L'irritation des nerfs ciliaires préparerait le terrain, mettant le second œil dans des conditions défavorables en facilitant l'infection.

Plus récemment Elschnig a proposé une théorie basée sur l'anaphylaxie : il se formerait au niveau de l'œil blessé des antigènes se répandant dans tout l'organisme et aussi dans l'œil sain, si bien que la moindre infection de cet œil hypersensibilisé pourrait donner lieu au développement d'une irido-cyclite sympathique. Il s'agirait là d'une véritable anaphylaxie.

Pour ce qui est du pigment rencontré dans certains cas, je ne vois pas de preuves prouvant son action irritante.

Se basant sur la théorie anaphylactique on a cherché à préparer des sérums capables à la fois de dépister et de combattre l'affection. Mais jusqu'ici ces recherches n'ont guère donné de résultats.

Pour dépister l'apparition de l'ophtalmie sympathique on a procédé à de nombreuses recherches. C'est ainsi qu'on a pratiqué des examens de sang pensant que la constatation d'une lymphocytose exagérée pouvait constituer une menace d'ophtalmie sympathique. Mais plus tard on a pu constater que la lymphocytose pouvait exister sans qu'il y ait pour cela ophtalmie sympathique. Déjà avec M. Cantonnet nous avions constaté dans les iritis syphilitiques une lymphocytose beaucoup plus accusée que dans les autres variétés d'iritis infectieuse (1).

On peut donc dire que pour le diagnostic nous devons nous baser sur les seuls signes cliniques. Nous les avons rappelés et on peut, comme nous l'avons dit, d'une manière un peu schématique les grouper sous trois états : signes de possibilité, signes de probabilité et enfin signes de certitude.

Les deux premiers, signes de possibilité et signes de probabilité, se trouvent dans l'œil blessé, la présence de cet œil suffisant à elle seule pour rendre possible l'apparition d'une ophtalmie sympathique et les signes de probabilité étant constitués par la rougeur de l'œil blessé et la douleur à la pression.

Les signes de certitude ne se trouvent que sur l'autre œil et bien entendu on n'en attendra pas l'apparition pour prendre les mesures nécessaires.

Pour ce qui est de la pathogénie mentionnons encore l'intéressante thèse de notre chef de clinique le Dr Renard, qui conclut à l'existence d'un germe spécial. Szily a fait des expériences intéressantes sur les animaux. Il inère dans la zone ciliaire de l'œil de lapin des produits d'herpès et 15 jours après cette injection il a noté sur l'œil sain des phénomènes d'irido-cyclite. On trouve à l'autopsie des lésions identiques du nerf optique des deux côtés.

Ces expériences sont intéressantes. Ici aussi on voit un délai de 15 jours entre l'atteinte du premier œil et celle du second. Etant donné le fait précis et constant : l'apparition de l'ophtalmie sympathique à la suite d'une blessure grave d'un premier œil, nous pouvons dire que la nécessité d'enlever cet œil blessé *lorsque la vision est perdue* est notre premier devoir. Mais l'énucléation doit être pratiquée de bonne heure, avant l'apparition de l'ophtalmie sympathique, car une fois celle-ci déclarée l'énucléation ne suffit pas à en enrayer l'évolution.

Mais bien entendu l'énucléation ne saurait être pratiquée que si la vision de l'œil blessé est entièrement abolie. Déjà Panas dans son traité des maladies des yeux en 1894 et dans une leçon clinique en 1899 insistait sur ce point.

« Il va de soi, nous dit-il, que l'énucléation n'est permise que

(1) F. TERRIEN et CANTONNET. — Les éléments figurés du sang et le diagnostic des iritis. *Archives d'Ophtalmologie*, 1907, p. 297.

•••

si la vision de l'œil sympathisant est définitivement perdue

« Dans le cas contraire, on doit s'abstenir, se rappelant qu'il y a des cas où cet œil est resté seul utile aux malades. »

Concluons de tout ceci que tout œil susceptible de déclencher une ophtalmie sympathique et *dont la vision est entièrement abolie* doit être enlevé et cela le plus tôt possible. C'est là une mesure de prudence à laquelle on ne saurait se soustraire

Il faut en outre envisager le traitement général et le traitement local. Le traitement local pour le côté sympathisant, nous l'avons dit, demeure l'énucléation. Par contre si un certain degré de vision, si faible soit-il, est conservé de ce côté l'énucléation serait naturellement rejetée, d'autant plus que cette énucléation *thérapeutique* n'a guère d'action, contrairement à l'énucléation prophylactique, nous l'avons dit. On aurait recours aux injections sous-conjonctivales de cyanure d'Hg au millième, associées aux instillations du collyre à l'atropine au centième et aux applications très chaudes fréquemment renouvelées. Du côté sympathisé on multipliera les instillations d'atropine à 1 p. 100. Les sangsues à la tempe, les compresses très *chaudes* pour ainsi dire en permanence ne seront pas oubliées.

Lorsque le malade souffre beaucoup on a recours à la morphine.

On connaît nombre de traitements généraux, mais pas un seul qui puisse être recommandé comme étant radical.

L'ophtalmie sympathique est toujours infectieuse, c'est dans ce sens qu'il faut diriger le traitement. On a préconisé le traitement mercuriel, les injections de novarsénobenzol, voire même le sérum antidiphtérique, j'en ai obtenu des résultats dans une irido-choroïdite torpide rebelle. On peut aussi avoir recours à la protéinothérapie, aux injections de lait, à l'abcès de fixation. On a vu même une scarlatine intercurrente enrayer l'évolution de l'ophtalmie.

L'ophtalmie sympathique, vous le voyez, constitue une maladie infectieuse grave, particulièrement redoutable dans ses conséquences, qu'il importe de bien connaître et de savoir traiter, mieux encore prévenir et c'est la raison pour laquelle il m'a paru intéressant de vous en entretenir aujourd'hui.

ACTUALITÉS

Le mois médico-psychologique

Par le Dr **J. ROUBINOVITCH**

La *malariathérapie de la paralysie générale* qui reste au premier plan de la psychiatrie actuelle, semble pouvoir déterminer dans certains cas, relativement rares, des *délires paranoïdes secondaires*. Cette transformation peut s'expliquer par les modifications anatomiques résultant de l'impaludation. Les travaux de Gerstmann, comme le rappelle M. Auguste-Marie, tendent à démontrer la possibilité d'une transposition du processus diffus de la périméningo-encéphalite en un processus de syphilis cérébrale simple.

La localisation de ce processus aux zones temporales expliquerait jusqu'à un certain point les bouffées paranoïdes hallucinatoires secondaires.

On vient de signaler aussi l'apparition des *attaques épileptiformes* chez des paralytiques généraux impaludés. Trois observations de MM. Leroy et Médakowitch démontrent l'existence de ces accidents comitiaux. La pathogénie de ces manifestations épileptiformes comme des délires paranoïdes secondaires est d'une interprétation assez difficile : est-elle paralytique ou paludéenne ? La question a été longuement discutée à la Société médico-psychologique : les uns sont disposés à mettre tout sur le compte de la malaria, les autres sur celui de la paralysie générale progressive. Et l'impression qui se dégage de cette discussion est que cette pathogénie des manifestations délirantes et comitiales secondaires est loin d'être univoque. Plusieurs facteurs importants sont à envisager en effet :

Il y a le remaniement des lésions se produisant pendant plusieurs semaines sous l'influence de l'impaludation ; il y a des réactions déterminées par les traitements chimiques ; il y a des intoxications qui existaient chez des paralytiques généraux progessifs avant leur impaludation et qui ont créé en eux l'aptitude soit à délirer, soit à avoir des crises comitiales.

Un autre point important dans l'histoire de l'*impaludation des paralytiques généraux* est constitué par le fait que la malaria a la tendance à transformer les lésions de la paralysie générale en lésions tertiaires plus accessibles au traitement. L'observation publiée dans les *Annales médico-psychologiques* du mois d'octobre 1931 (p. 290) par MM. Leroy et Médakowitch vient à l'appui de cette constatation : une femme de 53 ans, paralytique générale progressive à forme démentielle est impaludée à Sainte-Anne le 11 juin 1931 et le 1er août suivant on trouve au niveau de son amygdale gauche une gomme syphilitique authentique. On intensifie le traitement spécifique par le K. I. et le stovarsol. Au bout d'une dizaine de jours la gomme a complètement guéri.

***

L'*affectivité* est-elle *toujours* plus atteinte dans la *démence précoce* que l'activité intellectuelle ? Il y aurait des exceptions qui ne feraient peut-être que confirmer la règle ? Dans six cas observé par M. Heuyer et Mlle Serin, les fonctions affectives s'exerçaient mieux que celles de l'intelligence. Il s'agissait des formes de démence précoce arrêtées ou fixées dans leur évolution : les hallucinations, le délire, l'agitation disparurent et ne restait qu'un fond mental avec abaissement notable du niveau. Les déments précoces ainsi arrêtés dans l'évolution de leur psychose manifestaient des sentiments affectifs pour leur famille, alors qu'ils étaient incapables d'associer des idées, de les comparer, de formuler un jugement correct et de se livrer à une vie laborieuse et indépendante. Ils ne pouvaient que mener une vie oisive hors l'asile.

L'affectivité des déments précoces peut même atteindre une grande intensité et prendre l'aspect d'une vive anxiété.

Jusqu'à présent on ne notait guère l'existence du *syndrome anxieux* dans la *démence précoce*.

MM. Dupouy et Pichard l'ont observé, affirment-ils, avec une fréquence remarquable et, tout particulièrement, dans la phase initiale de la démence précoce. On l'observerait aussi bien dans les formes à évolution lente que dans les formes encéphalitiques, à processus inflammatoire.

Dans les premières, l'anxiété s'exprimerait avec une certaine fixité ; dans les autres, le syndrome anxieux affecterait un aspect anarchique qui apporterait la preuve d'une affectivité sous-jacente très active quoique profondément troublée. C'est cette anxiété qui fournirait l'explication d'un grand nombre de réactions initiales de la démence précoce, comme les impulsions diverses, les fugues, les tentatives de suicide, l'automutilation, l'homicide.

***

Parmi les *perversions sexuelles* observées au cours des séquelles mentales de l'encéphalite épidémique MM. Schiff et Trelles signalent l'*homosexualité*, à l'instar, d'ailleurs, d'autres auteurs : MM. Petit, Reboul-Lachaux, Heuyer, Fribourg Blanc.

Dans le cas particulier, il s'agit d'un adulte dont la sexualité a évolué normalement, lorsqu'il contracta à 23 ans une encéphalite léthargique typique. Deux ans

BIBLIOGRAPHIE

Un bréviaire de santé physique et morale, aux Éditions J. OLIVEN, Paris : Un volume, Prix : 7 fr. 50.

Une « rescapée », une malade sauvée par l'enseignement du Maître, a eu l'heureuse idée d'extraire de ses trois ouvrages l'essentiel de cet enseignement. Sous le titre *Conseils et Pensées du Docteur Victor Pauchet*, E. Larcher a groupé les aphorismes par lesquels celui-ci a exprimé le plus fortement sa pensée.

Revue des Cours et Conférences. — Sommaire du n° du 30 décembre 1931 : F. Strowski : Les réactions de la vie contemporaine sur la littérature (I). — R. Bray : Chronologie du Romantisme (II) : Nouveaux appels romantiques. — P. Hazard : La pensée de Vico (III) : Les influences sur la Pensée française. — L. Brunschwig : De l'ironie dans les tragédies de Racine. — A. Forest : Figures et doctrines de philosophies au XIIIe siècle (II) : La philosophie de Guillaume d'Auvergne. — A. Puech : Esthétique et critique littéraire chez les Grecs (V) : Aristote : Théorie générale du beau et de l'art. — J. Legras : L'art de Gogol (V) : Conclusion. — A. Roy : Les sauvagesses de Chateaubriand, et leur réalité historique.

Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Hérédité et races. Les Editions du Cerf, Juvisy (Seine-et-Oise). 278 p., 15 francs.

Il s'agit d'un ouvrage composé de mémoires dont les auteurs sont membres du *Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques*, rue du Plat, 16, Lyon (2e).

« Une des premières tâches poursuivies en commun, écrit dans l'avant-propos le Dr René Biot, ancien chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu de Lyon, fut une sorte d'inventaire général pour préciser quelle est l'extension vraie du domaine de la médecine.

« On se demanda si l'on pouvait admettre, comme principe de recherche, que la médecine voit entrer dans son domaine tout ce qui intéresse la santé de l'homme, soit à conserver, soit à recouvrer.

« Cette idée directrice étant prise comme base, l'enquête chercha pourquoi et dans quelle mesure la physicochimie entre dans le domaine de la médecine ; pourquoi et dans quelle mesure la biologie végétale et animale y entre aussi.

« Puis vint le gros problème : y-a-t-il lieu de mettre à part, dans la biologie générale, une biologie spécifiquement humaine ? Et cette autre question non moins grave : est-il permis au médecin, gardien de la vie, d'ignorer le sens de la vie ?

« Enfin l'on chercha si la santé individuelle est solidaire de la vie sociale ; et si le médecin peut considérer l'homme, abstraction faite de Dieu.

« Ces études et celles qui suivirent, les années d'après, n'ont pas été jusqu'ici publiées.

Voici la liste des mémoires publiés dans le volume : *L'hérédité. Mécanisme de l'hérédité mendélienne*, par Emile LÉTARD, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon. — *L'Hérédité des caractères acquis*, par Lucien GUÉNOT, professeur à la Faculté des sciences de Nancy. — *Hérédité et pathologie* par le Dr Léon MAC-AULIFFE, anc. direct. Lab. psychol. pathol. à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. — *Hérédité et psychologie*, par le Dr LÉONET, anc. chef. clin. à la Faculté de médecine de Lyon. — *Hérédité de sociologie* par Claude PETIT, avocat à la Cour d'Appel de Lyon. — *Hérédité et morale*, par R.-P.-Albert VALENSI, professeur à la Faculté de théologie de Lyon. — *Races humaines préhistoriques et actuelles*, par le Dr Lucien MAYET, chargé de cours d'anthropologie et de paléontologie à l'Université de Lyon. — *Le problème biologique et psychologique des races*, par le Colonel CONSTANTIN, anc. président de la Soc. d'anthrop. de Lyon. — *Le problème social des races. Racisme. Gobinisme*, par M. PHILIP, prof. Facult. de Droit de Lyon. — *L'espèce humaine ; essai de synthèse*, par l'Abbé MONCHANIN, membre de la Société lyonnaise de philosophie.

J'ai vu avec satisfaction dans l'ouvrage la condamnation du *certificat sanitaire prénuptial*.

Comme s'il n'était pas suffisamment d'entraves à la nuptialité et à la natalité !

Et avec non moins de satisfaction la condamnation de la *stérilisation des criminels et des tarés*.

Comme si le crime était héréditaire !

Comme si la tare, la tare héréditaire surtout, n'était pas fréquemment à l'origine des plus belles constructions intellectuelles, des plus pures éclosions morales.

Sans la tare il y a bel âge que l'Humanité serait retournée à la barbarie ; disons plutôt qu'elle n'en serait jamais sortie — ce qui ne veut nullement dire que nous ne devons pas soigner et, lorsque possible, guérir les tarés.

Vues paradoxales — trop audacieuses peut-être, même pour le groupe lyonnais d'études.

(*Reproduction autorisée*). G. ESPÉ DE METZ.

après, il présente des manifestations homosexuelles à forme impulsive qui l'amènent jusqu'à faire venir des partenaires masculins au domicile conjugal. C'est là sa séquelle psychique dominante, alors que la séquelle neurologique est constituée par un syndrome d'hémiparkinsonisme droit.

Existe-t-il un rapport de cause à effet entre cette déviation sexuelle et l'infection neurotrope de l'encéphalite léthargique, ou bien, a-t-on affaire à une simple coïncidence ?

En faveur de la première hypothèse, à coup sûr, séduisante, plaide le facteur chronologique : l'homosexualité s'est manifestée dans ce cas deux ans après le début de l'encéphalite. De plus, l'apparition de la déviation sexuelle a coïncidé avec une poussée de la maladie. Enfin, les caractères mêmes de cette perversion, sa manière paroxystique et impulsive de se manifester, son incoercibilité, sa brutalité, les remords de conscience et les regrets une fois l'acte accompli, les efforts répétés vers l'affranchissement d'une obsession contre laquelle la volonté du malade se montre impuissante, tous les arguments semblent plaider, en effet, en faveur du rôle actif de l'infection encéphalitique. Mais, alors, quelle serait la région cérébrale lésée par le virus ? On sait que M. Parson a émis l'hypothèse d'une atteinte de la région infundibulo-hypophysaire pour expliquer la perversion homosexuelle. Peut être serait-il plus rationnel d'admettre que l'encéphalite, sans créer cette perversion, n'a fait que favoriser l'éclosion d'une tendance constitutionnelle, originelle, restée pendant longtemps enfouie dans le domaine subconscient. Ce n'est pas l'opinion des auteurs : ils pensent que, dans leur cas, l'encéphalite a vraiment créé de toutes pièces la perversion homosexuelle et leurs arguments sont les suivants : si cet homme avait eu une tendance de cet ordre prête à s'extérioriser, elle se serait sans doute manifestée lorsqu'il rencontra des homosexuels ; bien au contraire ; il repousse leurs avances avec dégoût ; une anamnèse fouillée n'a pas permis non plus de découvrir d'autres tendances perverses remontant à l'enfance ; on n'a donc pas affaire à un constitutionnel.

Comment expliquer, dans ces conditions, la formation de cette déviation sexuelle chez un homme réputé normal jusque là ? Les idées freudiennes concernant le fameux « libido » se chargent de résoudre l'énigme : l'enfant normal est, en réalité, d'après les psychanalistes, un « pervers polymorphe » à un certain stade de son développement affectif ; il peut orienter son « libido » dans toute sorte de directions ; au fur et à mesure de son développement psychique il refoule certaines tendances au profit de la normale.

C'est cette dernière qui seule s'extériorise.

Sous l'influence de l'encéphalite, le mécanisme du refoulement est bouleversé ; l'inhibition ne joue plus ; les automatismes se libèrent ; une régression s'opère vers un stade affectif ancien, un stade infantile, stade du « libido » homosexuel.

Le bouleversement que produit l'encéphalite dans le mécanisme de la libération des automatismes peut-être provoqué par un simple traumatisme cranien. On en cite des exemples typiques comme celui d'un officier français à sexualité normale devenu homosexuel après une chute de cheval qui a déterminé une fracture de la base du crâne avec coma.

De tout cela résulte cette notion que les infections et les traumas du système nerveux peuvent provoquer des modifications profondes de la personnalité, retentir sur la sphère sexuelle et donner naissance à des perversions diverses.

Les affections rénales dans les professions du froid. — M. Basi constate la fréquence des lésions rénales chez les personnes occupées dans les professions exposant à l'action de températures basses. (VIe Congrès Int. des accidents et M. du travail).

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Circulation

L'hypertension chronique progressive est moins une manifestation symptomatique qu'une véritable maladie : la *maladie hypertensive*.

Elle passe par trois phases successives, dont chacune a été considérée comme une affection différente : la phase d'hypertension solitaire ou fonctionnelle, la phase d'hypertension organique avec lésions viscérales, la phase d'involution tensionnelle ou d'hypertension déclinante.

La première phase, ou phase silencieuse de la maladie, a le plus souvent de grandes chances de passer inaperçue. L'hypertension est en général très élevée, mais la symptomatologie est assez pauvre : céphalées à type migraineux ou persistantes, nycturies, crampes, épistaxis, troubles oculaires et sensoriels.

L'hypertension reste équilibrée, c'est-à-dire que la différentielle conserve sa valeur habituelle ; c'est le témoignage d'une compensation parfaite, d'un comportement régulier de l'appareil régulateur vis-à-vis d'une tension décalée en hauteur : cette hypertension, que l'on pourrait appeler régulière, correspond à un besoin de l'organisme et ne s'accompagne ni d'albuminurie, ni d'azotémie.

La complication la plus à redouter est l'hémorragie cérébrale.

La deuxième phase, ou phase de sclérose polyviscérale, débute insensiblement; elle est beaucoup plus riche en symptômes que la précédente. Les symptômes rénaux, hépatiques, pulmonaires, cardiaques et oculaires, les accidents liés à l'hypertension apparaissent, augmentent et prennent le pas sur les symptômes proprement dits de l'hypertension, qu'ils finissent par éclipser plus ou moins complètement.

A cette période peut survenir une complication spéciale, c'est l'hypertension bloquée, qui consiste dans une sorte d'intolérance que manifeste soudain l'organisme ; l'évolution en est rapide.

La troisième phase ou phase d'involution tensionnelle a été décrite depuis longtemps sous le nom d'artério-sclérose ; ce qui la caractérise c'est que, vis-à-vis d'une tension artérielle demeurée relativement haute, les malades se comportent plutôt comme des hypotendus relatifs ; il s'agit de cachexie artérielle avec état dépressif progressif.

(A. Dumas. Les trois phases de la maladie hypertensive. (*Journal de médecine de Lyon*, 20 septembre 1931).

Neurologie

Le traitement salicylé des chorées aiguës a une action efficace, causale, logique.

23 cas ont été observés par L. Cornil. Trois ont été relativement rebelles, deux ont été perdus de vue.

Les 18 cas, qui bénéficièrent du traitement, ont été observés chez des sujets de 8 à 16 ans. 5 avaient de l'endocardite, 1 de l'endocardite et de la myocardite.

La dose courante était de 20 centigrammes par jour : dans plusieurs cas on a donné 40 et même 50 centigrammes ; un petit malade de 16 ans a même reçu un gramme ; le tout par voie intraveineuse.

L'amélioration survient généralement entre la septième et la dixième injections.

Les règles de l'hygiène générale, l'alitement, l'isolement ont été rigoureusement observés.

Il existe un inconvénient à ce traitement, c'est la difficulté des injections intraveineuses chez les enfants, 6 furent traités par voie buccale : de 6 à 8 grammes de salicylate par jour, rendus tolérables par l'absorption de 20 à 30 grammes de bicarbonate de soude.

L'arsenic ne constituerait qu'un adjuvant.

Le traitement salicylé intraveineux a une action sclérosante sur les veines, qui nous paraît susceptible d'en restreindre l'emploi.

(Lucien Cornil. Le traitement salicylé des chorées aiguës. *Revue médicale de l'Est*, 1er juin 1931.)

Psychiatrie

Le médecin des psychasthéniques travaille trop souvent dans une ambiance de conflit familial qui contrecarre ses efforts.

Les psychasthéniques font difficilement figure de véritables malades pour les personnes qui les entourent ; leurs troubles, souvent paradoxaux et sans lésion matérielle apparente, leur donne un aspect de malades imaginaires.

Ils font tout pour lasser et exaspérer les leurs rétractés dans leur misère morale, ils se plaignent sans arrêt, tandis qu'ils sont complètement indifférents envers leurs parents, leur femme, leurs enfants ; ils sont exigeants, capricieux, mécontents de tout et de tous ; ils se refusent, avec une mine parfois florissante, à tout effort, à tout travail ; leur traitement est coûteux et ils ne savent aucun gré des sacrifices que s'impose leur famille.

Les parents croient aux méthodes de répression ; une psychasthénique recevait chaque matin une paire de gifles, sans grand résultat. Le médecin doit se préoccuper des relations familiales dans le sens d'une modification de la famille à l'égard du cas ; ceci revient à dire qu'il faut l'éduquer.

Tous ces malades ont été, avant leur maladie, des scrupuleux, des délicats, des impressionnables ; c'est sous cet angle de l'hyperémotivité que nous leur rendrons les sympathies indispensables, car on leur accorde volontiers le bénéfice de cette sensibilité de l'âme. Le plaidoyer médical n'aboutit pas toujours : mais il éclaircit l'atmosphère affective.

Pratiquement on ne peut négliger les données familiales, causes de complications et souvent de retardement, qui constituent aussi, au moment opportun, un facteur décisif de guérison.

Il faut donc considérer un triple traitement : psychothérapie du malade, rectifications organiques, psychothérapie familiale.

(André Gilles. Un des aspects de la psychasthénie : les démêlés familiaux des psychasthéniques. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 septembre 1931.)

Chirurgie

Vingt et une gastrectomies ont permis à Jean Duval de tirer les conclusions suivantes :

1° La radioscopie peut rendre de très grands services au clinicien ; elle doit être systématiquement faite chez tout malade présentant des troubles gastriques ; au besoin elle sera complétée par une graphie ;

2° Dans le cancer du pylore elle permet très souvent d'affirmer un diagnostic clinique hésitant au début, basé uniquement sur une symptomatologie gastrique fruste ;

3° Dans l'ulcère, par contre, surtout celui de la petite courbure et du duodénum, la radioscopie est très souvent négative ; elle ne devra jamais influencer le clinicien qui se basera beaucoup plus sur les troubles subjectifs présentés par le malade ;

4° La gastrectomie n'est pas une intervention grave, même chez des malades fatigués ; elle n'a qu'une faible mortalité ;

5° Dans le cancer, elle peut donner une très longue survie, à la seule condition qu'elle soit faite au début, avant la période des adhérences et des métastases ;

6° Dans l'ulcère, elle donne une guérison complète et durable, bien supérieure à celle de la gastro-entérostomie ; mais là encore il faut que l'intervention soit faite avant toute transformation cancéreuse de l'ulcus ; comme cette dégénérescence maligne est de diagnostic difficile, il ne faudra pas attendre indéfiniment et faire opérer les ulcères de l'estomac dès qu'ils obéissent mal au traitement médical et qu'ils sont devenus chroniques.

(Jean Duval. Quelques observations de gastrectomie pour cancer et ulcère de l'estomac. *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, septembre 1931.)

Les fractures du coude chez l'enfant donnent lieu à des considérations spéciales.

Le petit blessé se présente avec un coude un peu fléchi, soutenant sa main avec l'autre main ; la région du coude est tuméfiée, l'axe du bras semble infléchi, le coude est saillant en arrière.

Qu'y a-t-il à l'intérieur ? Fracture ? Luxation ? Le rapport des saillies osseuse (épicondyle, épitrochlée, olécrane), repère précieux, est conservé, (c'est-à-dire sur un même plan frontal, l'avant-bras fléchi), il n'y a pas de luxation ; on sent de la crépitation ou des mouvements anormaux, il y a fracture.

Que faut-il faire ? Endormir l'enfant, abaisser le bloc-coude, refouler en haut et en arrière l'extrémité inférieure humérale, placer l'avant-bras en flexion à 45° et immobiliser par une bande plâtrée en 8.

Au bout de 20 à 25 jours, on apprendra à l'enfant à se mobiliser doucement ; on évitera les massages et la mobilisation trop vive qui risqueraient de transformer le *cal* en *cale* articulaire.

Les résultats ne sont jamais parfaits dès le début. Le cal exubérant fait butée quelque temps ; comme le cartilage de conjugaison est situé au-dessous de la fracture, le cal remonte avec la croissance.

(Filhoulaud. A propos des fractures du coude. *Gazette médicale Limousine*, septembre 1931.)

Ophtalmologie

La cécité post-hémorragique est rare, mais elle doit être bien connue, car ce sont les hémorragies répétées, gastro-intestinales et utérines qui en sont la cause, beaucoup plus que les hémorragies traumatiques. L'observation suivante montre comment les choses se passent dans la pratique médicale.

Mme V..., âgée de 40 ans, se présente le 9 mai 1927 avec une atrophie blanche bilatérale totale. Rien à signaler dans les antécédents personnels de la malade, en particulier aucun passé oculaire. Ces renseignements ont été contrôlés par l'interrogatoire de l'entourage de la malade. Très bonne santé habituelle. En mai 1926, la malade eut une fausse couche de cause non précisée à la suite de laquelle des hémorragies très abondantes survinrent qui mirent la malade en danger et l'on dut pratiquer plusieurs transfusions de sang. A l'examen, la malade ne perçoit pas la lumière... L'examen général de la malade ne révèle aucune lésion d'aucun organe, les réflexes rotuliens existent.

Comme l'hémorragie qui me paraît être la cause de cette atrophie date déjà d'un an, je cherche à obtenir des renseignements plus complets et je m'adresse pour cela à l'oculiste qui l'a vue le premier, le Dr Tognet, de Chambéry. Il s'agit bien d'une malade qui a été prise d'hémorragies à la suite d'une fausse couche. Elle fait appeler pour cela le Dr Truchet, chirurgien, vers le quinzième jour. Le Dr Truchet soigne cette malade dont il redoute la mort par anémie et pratique la transfusion du sang... Les Drs Tognet et Michaud, oculistes, notent vers le dix-septième jour une atrophie complète des papilles qui ont l'aspect de pain à cacheter avec vision nulle, pupilles en mydriase sans réflexe lumineux... Nous avons acquis la certitude que cette femme avant sa fausse couche avait une excellente vision. D'après l'entourage la vision a commencé à diminuer quelques jours après le début des hémorragies. Apparition de nuages, de troubles qui vont en s'aggravant pour aboutir à la cécité complète vers le dixième jour après le début de l'hémorragie.

(L. Genet. Cécité post-hémorragique. *Journal de médecine de Lyon*, 5 octobre 1931.)

Médecine coloniale

Du quartier latin au front berbère, tel fut le trajet imposé en 1915 à de jeunes médecins qui n'étaient point préparés à la vie africaine. Tephany, de Marseille, nous raconte avec bonne humeur leur vie dans le bled et dans les petits postes, leurs impressions pendant l'accrochage des colonnes, leur travail à l'ambulance mobile ; il nous montre à l'œuvre les territoriaux et les tirailleurs ; l'épisode d'un drame sénégalais, la mort du médecin auxiliaire Pierrat, est particulièrement émouvant. Le système D triomphe sur toute la ligne :

« De médecin je devins architecte... Pour le reste, les spécialistes Joyeux se chargèrent, habilement d'ailleurs, de la besogne, comme menuisiers, maçons, carreleurs et plombiers-zingueurs ; en peu de temps, je pus assurer aux indigènes attirés vers nous un peu de chirurgie, d'oculistique, d'oto-rhino-laryngologie, de dentisterie, d'urologie, de syphiligraphie, avec un outillage passable, des locaux frustes mais suffisants à l'aspect marocain, auquel nous avions voulu donner un semblant de cachet architectural Almoravide, imité des portes, des encadrements de Tin Mel. »

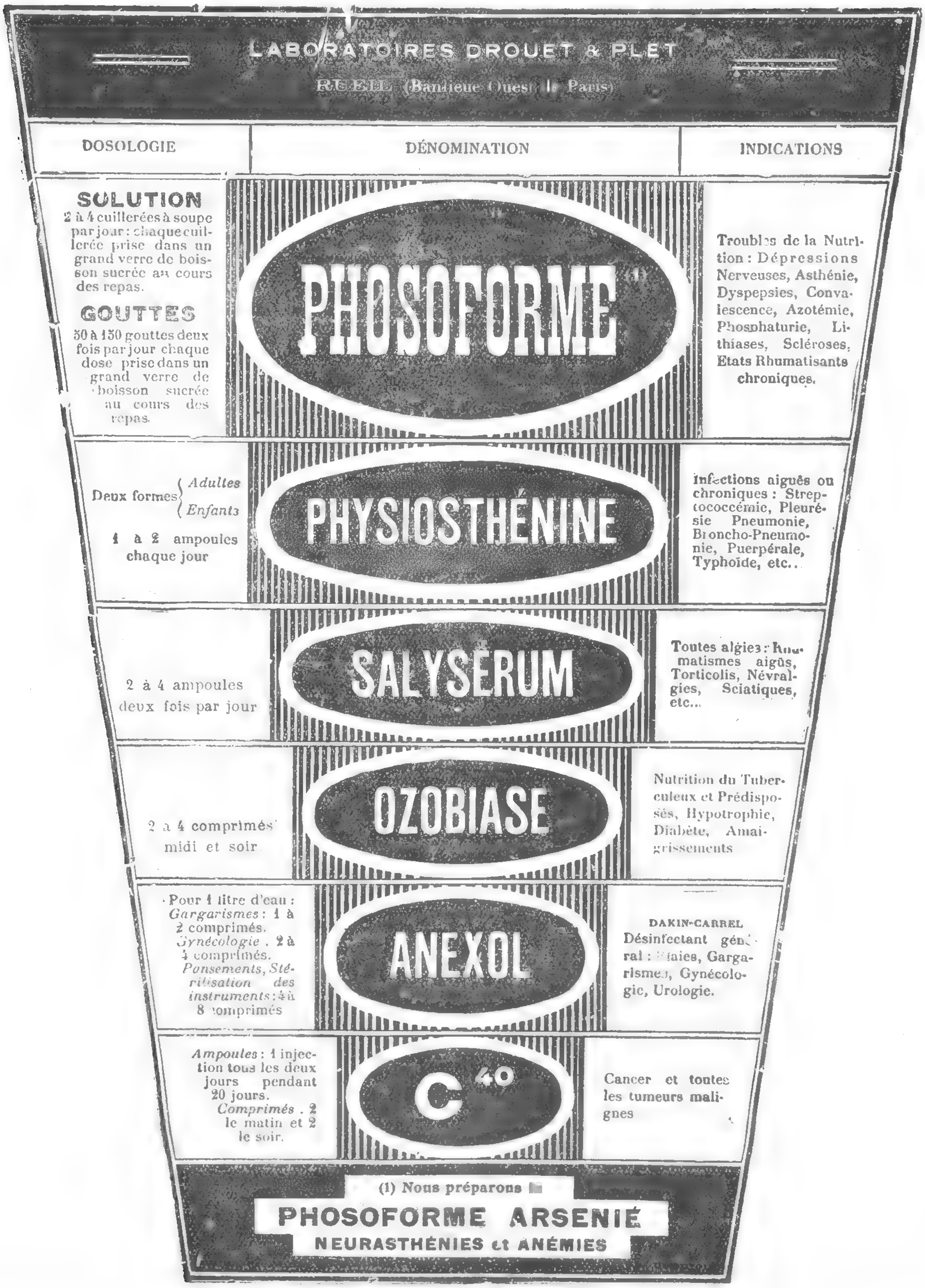
Etude curieuse d'un front mal connu, écrite d'une plume alerte, dont la lecture intéressera particulièrement les médecins.

(Téphany. La vie des médecins sur le front berbère 1915-1916 (*à suivre*). *Maroc médical*, 15 septembre 1931.)

Varia

La notion des états méningés curables est aujourd'hui définitivement établie (E. Abel, de Nancy).

Le simple bon sens indique que, chez un homme jusque-là bien portant, une tuberculose pulmonaire, succédant immédiatement à une violente contusion thoracique et évoluant avec rapidité, ne peut pas ne pas avoir de relation avec le traumatisme. (P. Trocmé, de la Rochelle.) J. LAFONT.


LABORATOIRES DROUET & PLET
RUEIL (Banlieue Ouest de Paris)
DOSOLOGIE
DÉNOMINATION
INDICATIONS
SOLUTION
2 à 4 cuillerées à soupe par jour : chaque cuillerée prise dans un grand verre de boisson sucrée au cours des repas.
GOUTTES
50 à 150 gouttes deux fois par jour chaque dose prise dans un grand verre de boisson sucrée au cours des repas.
PHOSOFORME
Troubles de la Nutrition : Dépressions Nerveuses, Asthénie, Dyspepsies, Convalescence, Azotémie, Phosphaturie, Lithiases, Scléroses, Etats Rhumatisants chroniques.
Deux formes Adultes Enfants
1 à 2 ampoules chaque jour
PHYSIOSTHÉNINE
Infections aiguës ou chroniques : Streptococcémie, Pleurésie Pneumonie, Broncho-Pneumonie, Puerpérale, Typhoïde, etc..
2 à 4 ampoules deux fois par jour
SALYSÉRUM
Toutes algies : Rhumatismes aigüs, Torticolis, Névralgies, Sciatiques, etc...
2 à 4 comprimés midi et soir
OZOBIASE
Nutrition du Tuberculeux et Prédisposés, Hypotrophie, Diabète, Amaigrissements
Pour 1 litre d'eau : Gargarismes : 1 à 2 comprimés. Gynécologie . 2 à 4 comprimés. Pansements, Stérilisation des instruments : 4 à 8 comprimés
ANEXOL
DAKIN-CARREL
Désinfectant général : Plaies, Gargarismes, Gynécologie, Urologie.
Ampoules : 1 injection tous les deux jours pendant 20 jours. Comprimés . 2 le matin et 2 le soir.
C 40
Cancer et toutes les tumeurs malignes
(1) Nous préparons le
PHOSOFORME ARSENIÉ
NEURASTHÉNIES et ANÉMIES

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 janvier 1932

Sur le traitement de la Gangrène pulmonaire. — *MM. H. Vincent et G. Stodel.* — La gangrène pulmonaire vraie (qu'il ne faut pas confondre avec les affections pulmonaires avec sécrétion plus ou moins fétide) comporte un pronostic habituellement grave. D'après Villiers, Curschmann, etc., la mortalité est comprise entre 55 et 70 p. 100.

Le traitement de la Gangrène pulmonaire doit être étiologique, c'est-à-dire fondé la sur nature des microorganismes qui la déterminent. Les auteurs qui ont étudié la flore de cette infection (et nous-mêmes) y ont rencontré des microbes variés : *Bac. fusiformis*, qui est constant (S. Rona, Feldman, Kuster, Arnheim, Dupérié et Cadenaule, Kline et Blankenhorn, J. Pilot et B. J. Davis, Franchini, etc) ; le streptocoque (surtout le type *viridans*), qui est presque constant ; des *spirochètes* variès parfois extrêmement abondants, mais cependant absents chez 1/5 des malades, ce qui montre qu'il n'existe pas de spirochète spécifique de la gangrène pulmonaire ; des *anaérobies* autres que le bacille fusiforme signalé par Veillon, Rist, Bezancon, etc., mais non constants. On peut trouver aussi dans l'expectoration l'*entérocoque* le *pneumocoque*, le bacille pyocyanique, (H. Vincent), etc..

Il n'existe pas de médication capable de détruire tous ces germes à la fois. Les antiseptiques internes sont peu actifs. C'est pourquoi il convient d'utiliser une thérapeutique complexe fondée sur l'examen bactériologique de l'expectoration, et qui s'adapte à chacun de ces principaux microbes pathogènes.

Le traitement de base est la sérothérapie antigangréneuse multivalente : dans 19 observations de gangrène pulmonaire très grave, et chez des malades traités souvent *in extremis*, le sérum antigangréneux multivalent (H. Vincent et G. Stodel) que nous préparons depuis la guerre, a été injecté seul à la dose de 60 à 80 cent. cubes par jour, parfois moins. Sur ces 19 cas, il y a eu 12 guerisons et 1 malade stationnaire. Si on défalque les malades n'ayant pu recevoir qu'une injection de sérum ou morts peu après de complications telles qu'endocardite ulcéreuse (1 cas), pneumonie double (1 cas), hemorragie foudroyante au deuxième jour du traitement (1 cas), etc., la mortalité chez les malades traités par notre sérum a été seulement de près de 16 p. 100.

Chez les malades guéris, on signale l'amélioration parfois très précoce, l'accroissement du poids, parfois énorme (20 kilogr en un mois), la chute thermique, la disparition rapide de la putridité des crachats (D.rs Bolot, A. Flaum, Prof. Karl Petren, etc.).

Mais, lorsque le microscope décèle la présence de spirochètes, c'est-à-dire dans les 4/5 des cas, on doit associer les arsénobenzènes au sérum anti gangréneux multivalent. Si la culture donne le streptocoque, il importe de combiner un sérum antistreptococcique actif aux traitements précédents ; si le pneumocoque est présent, on injectera aussi le sérum antipneumococcique.

Par cette médication mixte, on abaissera la mortalité de la gangrène pulmonaire.

Les microbes qui interviennent si gravement dans cette affection existent dans la cavité naso-bucco-pharyngée et en proviennent certainement. La gangrène pulmonaire, et aussi la streptococcie, la pneumococcie, qui succèdent parfois à l'anesthésie chirurgicale, sont dues à l'écoulement passif des liquides buccaux dans les bronches, le réflexe tussipare étant aboli. En conséquence, avant toute opération, il est très utile de désinfecter très soigneusement les fosses nasales et surtout la bouche, les dents, le pharynx du futur opéré, afin de neutraliser préventivement les microbes si dangereux qui existent dans ces régions.

Sur l'invisibilité radiologique des calculs vésicaux uriques. — *M. P. Bazy* donne une suite à une communication qu'il a déjà faite à l'Académie sur l'invisibilité des calculs vésicaux uriques.

Dans la présente, il montre que cette invisibilité a été affirmée par le radiologue lui-même, et que le radiologue a dû revenir sur son opinion, à la suite de l'examen cystoscopique positif pratiqué par le chirurgien et voit alors, une ombre qui n'avait pas de signification tant qu'on ne pouvait pas affirmer qu'elle devait représenter quelque chose.

Ici, cette ombre est visible, quoiqu'il s'agisse d'un calcul urique ; cela viendrait donc infirmer la thèse soutenue par M. Bazy. Mais cette visibilité tient à ce que le calcul urique était revêtu d'une mince couche de gangue de sels de chaux qui sont, comme on sait, opaques aux rayons X, mais dont l'épaisseur était trop faible pour donner une ombre nette et facilement visible, Si la couche eût été plus épaisse ou le calcul uniquement formé de phosphates, cette ombre eût été aussi nette que celles des os voisins.

Le patient opéré il y a 15 jours, sous anesthésie locale, est actuellement guéri.

Le diagnostic précis des lésions de la tuberculose rénale par l'uretéro-pyélographie rétrograde. — *M. Maurice Chevassu.* Le diagnostic de la tuberculose rénale est fait souvent aujourd'hui de façon tellement précoce que le chirurgien arrive à regretter presque d'avoir dû sacrifier la totalité d'un rein dont un seul ou deux renicules à peine étaient tuberculeux.

Savoir diagnostiquer avec précision ces lésions commençantes permettra sans doute un jour de les soumettre avec succès à un traitement purement médical, lorsque celui-ci aura atteint une puissance qu'il n'a malheureusement pas encore aujourd'hui.

L'uretéro-pyélographie rétrograde permet d'obtenir cette precision. Méthode employée depuis quatre ans dans le service du Docteur Chevassu l'hôpital Cochin, elle réalise un véritable moulage radiographique des cavités uretéro-rénales, une sorte d'anatomie pathologique sur le vivant des lésions chirurgicales du rein et de l'uretère. En matière de tuberculose, elle établit le bilan précis de l'atteinte tuberculeuse du rein.

Une série de clichés projetés en fait la démonstration.

La gastrophotographie, moyen de diagnostic précoce des affections gastriques. — *MM. Victor Pauchet et A. Bécart.* Ce procédé d'une efficacité remarquable ne détrône nullement les autres méthodes d'exploration (radiographie, chimisme, clinique), auxquelles il se surajoute à titre complémentaire, facilitant ainsi le diagnostic précoce de la lésion par vue directe de la muqueuse gastrique. Une double camera métallique, introduite dans l'estomac au moyen d'une sonde semi-rigide du diamètre d'un tube Faucher, permet de prendre d'un seul coup, en plein jour, et en 1/120e de seconde (grâce à une lumière bleue essentiellement photogénique de 20.000 bougies) 16 photos stéréoscopiques. donc plastiques, des 9/10es de l'estomac, y compris l'entrée du pylore. C'est ainsi que les ulcères et les cancers peuvent être reconnus dès le début, qu'il s'agisse de la petite courbure, de la grande courbure ou des deux faces de l'estomac.

Nombre de cas traités ensuite ont permis de vérifier l'exactitude et la précision des lesions reconnues par l'appareil. Cela constitue un progrès important.

Les auteurs rapportent une quinzaine de cas vérifiés opératoirement et M. A. Bécart projette à l'épidiascope 80 gastrophotos qu'il a eu l'occasion de prendre dans les derniers mois.

Radioactivité des eaux de Plombières. — *M. Desgrez* présente une étude d'ensemble sur ce sujet, due à MM. Delaby, Charonnat et Janot, le régime des eaux ayant pu être modifié par suite des travaux d'amélioration des anciens captages et par la découverte récente d'un important collecteur romain. Les auteurs ont enregistré une augmentation très générale de la radioactivite et la discussion des résultats leur permet d'invoquer l'heureuse influence des ménagements nouveaux du terrain thermal. Ils ont aussi observé une relation entre la teneur en émanation et la pression atmosphérique. Une autre relation entre la radioactivité et la nature géologique du terrain d'émergence a été mise en évidence : les eaux de granits sont les plus radioactives, les eaux de grès ont une radioactivité faible ou nulle. En vue des applications crénothérapiques, ils ont enfin constaté que les gaz spontanés de la source Vauquelin sont les plus riches en radon (111,3 millimicrocuries par litre) et que les nouvelles étuves individuelles ont une radioactivité quadruple de celle des étuves totales ou partielles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 janvier 1932

Un cas d'hématémèse d'origine splénique ; heureux résultats de la splénectomie. — *MM. Etienne Chabrol, Maurice Maximin* et *J. Porin* rapportent l'observation d'une jeune fille de 17 ans dont on avait constaté la grosse rate depuis sept années, et qui fut prise brusquement en septembre dernier d'une série d'hématémèses mettant ses jours en danger. Après plusieurs transfusions de sang la splénectomie fut pratiquée avec succès par M. Bergeret : la rate pesait 1 k. 200 et présentait les lésions classiques de la fibro-adénite sans aucune trace de sidérose, sans aucun nodule de gandy-gamna.

Les suites opératoires furent excellentes puisqu'en l'espace d'un mois le nombre des globules rouges monta de 1.800.000 à 4.500.000. La résistance globulaire s'accrut parallèlement passant de 46 à 40. A l'heure actuelle, on note dans la formule sanguine une tendance à la mononucléose. Le nombre des polynucléaires qui était de 66 % avant l'opération est de 50 %.

Les auteurs discutent la pathogénie de cette forme particulière du syndrome de Banti. Il ne s'agissait point de la splénthrombose de Rommelaere ; on ne pouvait incriminer davantage l'hypertension portale et la cirrhose du foie. Une biopsie de cet organe montrait une réaction lympho-conjonctive des plus discrètes autour de l'espace porto biliaire et un degré minime de réticulose. Le parenchyme hépatique présentait de rares ilôts de cellules en voie de dégénérescence atrophique. Toutes les recherches concernant l'insuffisance hépatique avaient été négatives. La coagulation sanguine et le temps de saignement s'effectuaient dans les délais normaux. Il existait une hypocholémie (15 mmgr. de bilirubine par litre). L'epreuve du galactose donnait une élimination minime (4 p. 1000 dans les deux premiers échantillons d'urine).

Le trait dominant de cette observation anatomique était l'abondance du tissu fibreux qui s'était substitué aux cordons de Bilroth réalisant dans la pulpe rouge de larges anneaux conjonctifs qui encerclaient des lacs sanguins. La rate avait perdu de ce fait toute contractilité et les auteurs se demandent s'il ne faut pas voir dans cette suppression de la *vis a tergo* l'une des conditions de la stase et des hémorragies dans le territoire des veines coronaires stomachiques.

Syndrome humoral de néphrose au cours des néphrites chroniques. Son influence sur l'évolution des œdèmes. — *MM. P. Abrami, Robert-Wallich* et *J. Fouquet* rapportent deux observations de néphrite chronique de longue date au cours de l'évolution desquelles s'est surajouté un syndrome humoral et urinaire de néphrose lipoïdique caractérisé d'une part par une hypoprotéinémie avec surtout hyposérinémie et d'autre part par une hyperlipidémie avec présence de corps biréfringents dans l'urine.

Malgré que les variations des albumines sériques ne puissent être considérées comme la cause de l'œdème brightique, ainsi que ces auteurs l'ont montré dans les travaux antérieurs, ils pensent cependant que ces modifications humorales tendent à imprimer aux œdèmes un caractère particulièrement rebelle. Si ceux-ci augmentent en effet facilement par la chloruration, ils résistent longtemps à la déchloruration et la lenteur de cette dernière leur semble un phénomène important.

Agranulocytose pure après deux injections de novarsénobenzol. Syndrome cardio rénal transitoire. Guérison. — *MM. Cassoute, Poinso, Zuccoli, Montus* et *Guévrard* (de Marseille).

Pseudo-tabès d'origine typhique. — *MM. P. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, R. Wallich* et *J. Fouquet* rapportent l'observation d'un malade indemne de toute syphilis antérieure, qui a présenté consécutivement à une émotion survenue dans le décours d'une typhoïde grave un syndrome ataxique aigu polynévritique pseudo-tabétique. L'évolution de ce syndrome à tendance progressive semble avoir été brusquement arrêtée sous l'influence d'injections de venin de crotale chauffé, dilué au 1/3000e.

Une confirmation typique de l'étiologie zonateuse de la varicelle. — *M. Armand Delille* et *Mme Trocmé* relatent des faits probants survenus récemment dans leur service de l'hôpital Herold. Ils confirment la théorie soutenue par M. Netter après les observations de Bokai :

Une fillette tuberculeuse, en traitement pour pneumothorax et séjournant dans une salle boxée depuis le mois de juin, présente le 12 octobre un zona thoracique des huitième et neuvième racines dorsales droites.

Exactement quinze jours après, le 27 octobre, deux enfants, l'un dans le box voisin, l'autre dans le box en face, commencent une varicelle typique. Une troisième enfant, dans le deuxième box est prise le lendemain 28.

Cette épidémie a donné naissance à un quatrième cas, quinze jours après.

Il n'y avait pas eu de varicelle dans le service depuis plus de 30 jours, et un seul cas, immédiatement évacué. C'est donc bien le cas de zona qu'il est légitime d'incriminer comme cause de ces varicelles.

M. Netter est heureux de voir confirmer l'opinion déjà émise par lui, à savoir que le zona et la varicelle sont vraisemblablement des manifestations très voisines d'un même virus.

M. Comby soutient au contraire que ces deux maladies sont tout à fait différentes et qu'il ne s'agit dans le cas relaté par M. Armand-Delille que d'une simple coïncidence.

Septicémie colibacillaire post-abortum. Pyopneumothorax putride fistulisé dans les bronches. Guérison. — *MM. A. Lemierre, A. Laporte* et *D. Mahoudeau-Campoyer* rapportent l'observation d'une jeune femme chez qui un avortement fut le point de départ d'une colibacillémie démontrée par deux hémocultures. Cette colibacillémie se compliqua d'une localisation pulmonaire à type clinique d'infarctus, suivie au bout de quelque temps d'un épanchement pleural qui ne tarda pas à s'ouvrir dans les bronches. Le pus de cet épanchement, d'odeur à la fois fécale et urineuse, contenait surtout des colibacilles associés à de rares streptocoques et anaérobies.

En raison de l'état général extrêmement précaire et des accidents dramatiques occasionnés par les vomiques survenant au moindre mouvement, l'intervention chirurgicale ne fut pratiquée qu'au bout de six semaines. Elle amena la guérison avec une rapidité surprenante.

Les auteurs insistent sur l'heureuse terminaison, malgré le retard de l'intervention chirurgicale, de ce pyopneumothorax putride de la grande cavité fistulisé dans les bronches, terminaison si peu habituelle en pareil cas. Ils se demandent si elle n'est pas en grande partie attribuable à la nature colibacillaire de l'épanchement, le colibacille étant un agent moins redoutable que les autres microbes pouvant intervenir en pareil cas.

Phénomènes respiratoires provoqués par l'occlusion de la carotide primitive chez l'homme. — *MM. D. Danielopolu* et *C.-C Dimitriu* (de Bucarest). — Les auteurs ont démontré en 1927 que l'excitation du sinus carotidien produit un réflexe respiratoire ; que le sinus possède à l'état naturel un tonus respiratoire sino-carotidien. Ce tonus est entretenu mécaniquement par la pression sanguine diastolique et systolique, et chimiquement par les substances contenues dans le sang. L'occlusion des carotides primitives produit chez l'animal des modifications du rythme respiratoire dues à la suppression du tonus sino-carotidien. Les auteurs ont obtenu chez l'homme des résultats variables. Chez le même sujet l'occlusion produisait tantôt une inhibition de la respiration, tantôt une excitation. La désocclusion produisait une excitation.

Michelle Valentin.

«.... Il faut donc créer l'enseignement de la médecine sociale et je le verrai plutôt établi par le Ministre de la Santé publique que par le Ministre de l'Instruction publique. Puisque nous entrons dans la voie des modifications, il faut la suivre et changer le mode traditionnel des nominations. Les syndicats doivent avoir leur part dans le choix, ce qui est d'ailleurs une heureuse manière, en revenant à la conception ancienne, de rétablir l'unité du Corps médical par la constitution du *bloc* des scientifiques et des praticiens purs. » (F. Jayle. La création de l'enseignement de la médecine sociale. *La Presse Médicale,* 29 août 1931.)

On abuse du diagnostic de colite, dit Bargen. (*Amer. f. of Roentg.*, 1931, t. XXV, p. 308). Toutes les maladies du gros intestin ne sont pas des colites. L'examen radiologique montre souvent des troubles d'innervation. La colite vraie est une maladie inflammatoire.

Voir, à ce sujet, Osten Holsti. Un cas de côlon irritable par allergie. in *Acta med. Scand.* 1931, p. 563. A. M.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Nature tuberculeuse de certaines hydrocèles dites essentielles de l'adulte

M. Cartier a étudié dans le service du professeur Delbet, 86 hydrocèles sur 81 malades, 5 malades ayant des hydrocèles doubles. L'auteur n'a étudié que les cas dont il était impossible de déceler cliniquement la pathogenie — tous les faits où il existait des lésions soit de l'épididyme, soit du testicule ont été éliminés.

La formule cytologique du L. n'a présenté aucun rapport avec les constatations bactériologiques. Dans tous les cas l'auteur a procédé à la recherche des microbes par l'examen direct après inoscopie ; et il en a trouvé 40 % des cas (39,60 p. 100.

Dans dans deux cas, il a identifié le gonocoque.

Six fois, il a trouvé et cultivé le diplocoque.

Deux fois, le liquide contenait des bâtonnets qui n'ont pu être identifiés.

Dans 24 cas (soit 27,90 p. 100), le liquide contenait des bacilles tuberculeux morphologiquement reconnaissables. Le culot inoscopique de ces 24 liquides a été inoculé à des cobayes. Huit fois seulement, il a été tuberculigène pour cet animal. La faible virulence de ces bacilles paraît particulièrement intéressante dit M. Delbet, qui a présenté les résultats du travail de M. Cartier à l'Académie de médecine (30 juin 1931) et se porte garant de la compétence bactériologique de l'auteur. Elle contribue à montrer qu'il existe chez l'homme des formes de tuberculose chirurgicales très bénignes, aisément curables.

Dans cette statistique même, il y a un fait qui autorise une telle conjecture dit M. Delbet.

J'ai dit que 5 de nos malades avaient des hydrocèles doubles. Les deux côtés ayant été ponctionnés, 10 liquides ont été examinés. Un seul contenait des bacilles tuberculeux et il a tuberculisé le cobaye ; les 9 autres ont paru stériles.

Ainsi un malade présente deux hydrocèles. On trouve des bacilles tuberculeux dans l'une, on n'en trouve pas dans l'autre. Faut il admettre que ce malade avait une hydrocèle tuberculeuse et une autre qui ne l'était pas ? N'est-il pas plus raisonnable de penser que les deux étaient de même nature, que dans l'une les bacilles trop rares ont échappé à l'examen, ou bien que l'agent pathogène était sous une forme où il n'est pas morphologiquement reconnaissable ?

La statistique de M. Cartier permet d'affirmer que, parmi ces hydrocèles dont la nature est restée jusqu'ici inconnue, 40 p. 100 sont d'origine infectieuse, 27,90 p. 100 étant tuberculeuses.

Ce résultat, important et précis, n'est à mon avis qu'une étape dans l'histoire des hydrocèles. Il me paraît probable que, parmi celles où l'on ne peut trouver de microbes, bon nombre sont dues à des formes microbiennes de la tuberculose et que beaucoup d'autres épanchements séreux chirurgicaux reconnaissent la même cause. (*Bulletin* de l'Académie de médecine) ».

Chez des enfants issus de mères tuberculeuses, MM. Brindeau, Cartier et Pougin ont constaté à la naissance ou fort peu de temps après des épanchements vaginaux dus aussi au bacille de Koch.

La diarrhée des cholécystectomisés

MM. Hartmann et Petit Dutaillis ont revu 100 de leurs cholécystectomisés après un temps qui a varié de un à vingt-deux ans. 34 opérés ont présenté quelques petits troubles qui ont été tantôt des troubles digestifs, tantôt des troubles douloureux, les deux pouvant se trouver associés — le plus souvent ils n'ont été que temporaires.

« Les troubles digestifs sont soit des troubles intestinaux, soit des troubles gastriques. Nous avons signalé la cessation de la constipation à la suite de la cholécystectomie. Chez quelques malades, il y a non seulement cessation de la constipation mais diarrhée. Celle-ci tantôt jaune, tantôt brun-noirâtre, mousseuse, laisse quelquefois après la défécation une sensation d'irritation, de cuisson anale ; elle revêt, chez un certain nombre d'opérés le caractère de diarrhée prandiale. Chez un seul de nos opérés, elle a été alarmante, a résisté à la thérapeutique médicale habituelle et n'a été calmée que par une potion gommeuse additionnée de sous-nitrate de bismuth et de laudanum, sans cependant cesser complètement, le malade continuant à avoir trois selles diarrhéiques par jour.

Chez plusieurs de nos opérés, la diarrhée a été intermittente, survenant à l'occasion d'écarts de régime ou de l'absorption de certains aliments.

Un de nos malades avait de la diarrhée dès qu'il absorbait une nourriture contenant de l'huile ; dspuis qu'il a supprimé complètement l'huile de son alimentation, les fonctions intestinales sont régulières.

Quelques-uns de nos malades ont continué à avoir de légers troubles gastriques, ballonnement épigastrique, céphalée après les repas, lenteur des digestions, éructations, quelquefois pesanteur dans la région hépatique. Exceptionnellement, nous avons noté, venant à de longs intervalles, des vomissements jaunâtres ou verdâtres.

En général, tous ces troubles, tant intestinaux que gastriques, ont tendance à s'atténuer et même à disparaître avec le temps... »

(Hartmann. Résultats éloignés des opérations sur les voies biliaires. *Gazette des Hôpitaux,* 29 juillet 1931).

L'ostéomyélite des os plats du crâne consécutives aux lésions des téguments qui le recouvrent

L'ostéomyélite des os plats du crâne est une affection qui est devenue rare depuis l'ère de la chirurgie antiseptique. C'est qu'elle est en effet le plus souvent consécutive à des lésions des parties molles recouvrantes. Dans le groupe des ostéomyélites du crâne, ces dernières dit M. Jean Hussenstein, dans les conclusions de sa these (*Thèse de Paris,* 1931, 115 p.) forment un élément important à mettre à part à côté des osteomyélites par sinusite ou otite et des ostéomyélites spontanées. Dans sa forme typique elle se présente avec une symptomatologie très fruste dont la douleur a paru à l'auteur le plus typique. Elle évolue en deux phases : une phase fébrile qui dure peu de temps et une phase apyrétique qui est surtout la période où éclatent les complications. Dans toutes ses formes cliniques, les plus fréquentes sont les formes latentes, les formes chroniques. Il est exceptionnel, dit l'auteur, qu'on est affaire à une forme aiguë qui serait alors le fait d'une association microbienne. L'ostéomyélite des os plats du crâne est grave surtout par la tendance du processus infectieux à diffuser de proche en proche en suivant les veines diploïques et surtout par ses complications : abcès extra-duraux ou abcès du cerveau ; méningite ou trombo-phlébite toujours mortelle. Le traitement est essentiellement chirurgical. C'est seulement la trépanation qui permettra de guérir le malade, si l'on intervient à temps. Souvent l'ablation de la table externe qui ouvre les canaux de Breschet sera suffisante. Dans d'autres, et surtout si l'on soupçonne un abcès sous-jacent, il faudra trépaner jusqu'à la dure-mère. On joindra toujours la vaccinothérapie au traitement chirurgical.

Le traitement de l'ulcération du col utérin par diathermo-coagulation.

MM. V. Perot et L. Tilmant de Liège (IIIe Congrès intern. de radiol.) ont traité depuis trois ans 226 cas d'ulcération du col utérin par diathermo-coagulation. 169 malades sont guéries, 57 sont en cours de traitement. Les auteurs n'ont eu aucun échec et n'ont pas observé de récidive.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Branly et la médecine. — M. Branly, qui a 87 ans, a exercé autrefois la médecine.

« Vous ne savez peut-être pas que je suis médecin, a dit M. Branly à un rédacteur de *Candide*. J'ai « fait » comme on dit ma médecine peu après mon histoire avec le Sacré-Cœur, alors que l'Université catholique qui ne faisait pas ses affaires était menacée de fermeture. Il fallait gagner ma vie et celle de ma famille. Rentrer à la Sorbonne ? Impossible ! Les « officiels » me gardaient trop de rancune de les avoir lâchés pour l'Institut catholique Ils me le firent bien voir d'ailleurs, puisque le doyen de la Faculté de médecine qui s'appelait Gariel me refusa, par un véritable abus de pouvoir, l'autorisation de passer l'agrégation de physique médicale. Il me dit, brutalement, sans autre explication : « Vous êtes professeur à l'Université catholique. Restez-y ! ». C'est ainsi que je suis devenu et resté simple « toubib » et que j'ai exercé pendant deux ou trois ans. »

(Le « dortoir » de M. Branly. *Candide*, 17 décembre 1931.)

Histoire de métèques. — *Dans* Figaro, *le Dr Charles Fiessinger félicite le Sénat d'avoir le 8 décembre émis un vote tendant à réserver en France, l'exercice de la médecine aux Français. Parlant de l'engouement de certains malades pour les médecins étrangers, le Dr Charles Fiessinger raconte l'histoire suivante :*

Dans la petite ville de B... un médecin étranger avait rapidement conquis la haute réputation. C'était un opérateur habile qui se faisait assister comme surveillant dans ses intervention chirurgicales, par un illustre professeur de Genève. Ce dernier, l'œil sévère, suivait les coups de bistouri du praticien. Il disait de temps à autre dans un affreux jargon allemand : « C'est pien ! Condinouez ». Or, voici ce qui advint. Le père d'un petit opéré alla un jour à Genève, chez un marchand d'habits pour acheter un costume à son garçonnet. Que reconnut-il dans la personne du marchand d'habits qui lui faisait des offres ? le fameux chirurgien de Genève. C'était le beau-frère du médecin de B.. En le faisant passer pour un maître de la science, ce dernier exigeait de la famille des honoraires magnifiques que les deux compères se partageaient ensuite entre eux. Plainte fut portée au parquet, mais l'escroc s'était esquivé.

Le style des médecins et des naturalistes du siècle dernier. — « Nos naturalistes du siècle dernier, ainsi d'ailleurs que nos médecins écrivaient admirablement. Je ne parle pas de Buffon, qui écrivait trop admirablement à mon goût ; mais, pour ma part, j'ai plus appris de français dans l'*Introduction à la médecine expérimentale* de Claude Bernard, dans le traité de l'*Irritation et de la folie*, de Broussais et dans les *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* de Bichat que Stendhal n'en a jamais pu apprendre dans le Code civil. » (A. HERMANT, *Figaro*, 9 janvier 1932.)

La maladie de Napoléon. — *Sous ce titre, le* Mercure de France (1er *janvier* 1932) *vient de publier une curieuse étude du Dr Aly Krogius, d'où il résulterait que Napoléon aurait été atteint, à partir d'une certaine date,* 1812, *environ, d'une affection de l'hypophyse, une tumeur probablement.*

« Napoléon Ier souffrait-il, dans la dernière periode de sa vie d'une affection de l'hypophyse, se manifestant sous la forme d'une dystrophie adiposo-génitale ? »

C'est en lisant le livre de M. Paul Frémeaux sur *Les derniers jours de l'Empereur*, que le Dr Aly Krogius a eu la première idée de cette hypothèse. Dans la relation que M. Paul Frémeaux donne de l'autopsie pratiquée sur le corps de Napoléon, le Dr Aly Krogius a été frappé par les observations de l'aide-major Henry sur l'habitus extérieur du défunt. Voici ce qu'en dit M. Frémeaux :

Il ne sera peut-être pas sans intérêt d'ajouter à ces détails les particularités suivantes, d'un autre ordre, observées par Henry. D'après l'aide-major, le cœur de l'Empereur était remarquablement petit, et note-t-il en latin, *partes viriles exiguitatis insignis, sicut pueri*. La rondeur des bras, et la délicatesse des mains et des pieds, avaient quelque chose de féminin, comme aussi la blancheur et la finesse extrêmes de la peau et le peu d'abondance du système pileux.

Le procès-verbal de l'autopsie fait mention en ces termes de la corpulence considérable du corps :

Extérieurement le corps paraissait très gras. Une première incision montra que le sternum était recouvert d'un pouce de graisse au moins, et l'abdomen d'un pouce et demi.

Le Dr Aly Krogius s'est demandé « comment Napoléon antérieurement si viril dans son allure et dans ses actions militaires et politiques, ainsi que dans ses rapports avec les femmes, a pu, sur sur son lit de mort, présenter cette atrophie génitale et cet aspect quasi féminin ? Et comment expliquer chez un malade mort d'un cancer de l'estomac, cette corpulence paradoxale ? »

Le Dr Aly Krogius a été ainsi amené à penser que vers la fin de sa vie, l'Empereur a dû être atteint de la maladie décrite sous le nom de dystrophie adiposo-génitale. N'étant pas expert dans l'histoire de Napoléon, il ne donna dit-il, aucune publicité à cette idée, lorsque le professeur Uno Lindelof lui fit savoir que l'idée que Napoléon avait souffert d'une affection de l'hypophyse avait été soutenue publiquement, il y a dix-huit ans déjà, par un médecin britannique.

En 1913, en effet, le Docteur Léonard Guthrie, au XVIIe Congrès international de médecine, a lu, devant la section d'histoire de la médecine, un mémoire intitulé : *Did Napoleon Bonaparte suffer from Hypo-pituitarism (Dystrophia adiposo-genitalis) at the close of his life* ? Le mémoire de Guthrie, imprimé dans les procès-verbaux du Congrès de Londres, paraissant avoir échappé à l'attention des médecins, il a paru intéressant au Dr Krogius de revenir sur ce diagnostic d'hypo-pituitarisme.

Le Dr Krogius conclut en disant :

« En résumé, on peut observer chez Napoléon, quelques années déjà avant sa chute, les signes d'une déchéance de son génie et d'un changement de tout son caractère ; plus tard il présenta toute une série d'autres symptômes : maux de tête intenses, vertiges, attaques nerveuses suivies d'inconscience et quelquefois d'agitations convulsives, apathie, somnolence, indices qui nous font songer à une affection cérébrale et qui cadrent assez bien avec le tableau clinique des tumeurs de l'hypophyse. Associés à l'obésité et à l'atrophie génitale, qui étaient très marquées chez Napoléon à la fin de sa vie, ces symptômes semblent donner un bon appui à la théorie que l'Empereur souffrit d'une dystrophie adiposo-génitale causée *probablement* par une tumeur de l'hypophyse. »

Le Dr Krogius fait remarquer qu'il dit « probablement », car si le syndrome adiposo-génital seul peut dériver de lésions traumatiques ou inflammatoires de l'hypophyse, de lésions du voisinage, intéressant le troisième ventricule, etc., les tumeurs de l'hypophyse sont de beaucoup la cause la plus ordinaire de ce syndrome.

« C'est en premier lieu à une tumeur que je pense dans le cas qui nous occupe, d'autant plus que les symptômes cérébraux de Napoléon viennent confirmer ce diagnostic. Il est vrai que chez Napoléon la maladie ne s'est manifestée qu'après la 40e année, tandis que la dystrophie adiposo-génitale typique due à une tumeur de l'hypophyse est regardée comme une maladie des enfants ou des adultes jeunes. Mais cette règle n'est pas absolue : on connaît des cas, vérifiés à l'autopsie, où le syndrome adiposo-génital, consécutif à un kyste ou à quelque autre tumeur de l'hypophyse , ne s'est développé qu'à l'âge mûr. On pourrait objecter aussi,

comme l'a fait effectivement Guthrie, que nous n'avons pas, dans le cas de Napoléon, l'évidence d'une compression du chiasma optique. Mais, d'une part le champ visuel de Napoléon, n'a pas été examiné au campimètre, et d'autre part, il existe des cas de tumeur de l'hypophyse où les troubles de la vision ne sont apparus qu'à un stade très tardif de la maladie. Certes, nous ne pouvons avoir la preuve directe que Napoléon a eu une tumeur de l'hypophyse, puisque le crâne n'a pas été ouvert à l'autopsie.

Mais étant donné les déformations que produisent ordinairement les tumeurs de l'hypophyse dans la selle turcique, il serait peut-être encore possible aujourd'hui de trancher cette question, par un examen anatomique ou même radiologique du crâne de l'Empereur, à l'instar de ce qu'on fit il y a quelques années à Stockholm sur la dépouille de Charles XII, pour chercher la vérité sur le coup de feu au crâne qui causa sa mort ».

Le procès de Lübeck. — *On lit dans* Je suis Partout (*9 janvier* 1932) :

Le procès de Lübeck traîne depuis plus de deux mois, on ne sait trop pour quels motifs. Malgré le verbiage des témoins, des experts, des accusés, un petit nombre de dépositions ont prouvé indubitablement ce que l'on supposait : la mort de soixante-quinze nourrissons est due à l'imprudence des préparateurs du vaccin, qui ont mêlé le B. C. G., envoyé par l'Institut Pasteur, avec des cultures de bacilles humains virulents.

Au cours de ce procès qui devient d'ailleurs bien ennuyeux, il se passe parfois des incidents comiques. Ces jours-ci, un médecin bavarois, le Docteur von Praun, fut cité comme expert. Il habite cette région de la Haute-Bavière qui confine au Tyrol, et dont les habitants portent le pantalon court jusqu'au genou, le petit veston et le chapeau de feutre vert surmonté d'une plume. C'est dans cet accoutrement qui, en dehors des montagnes bavaroises, fait un peu l'effet d'un déguisement d'opérette, que le Docteur von Praun se présenta au tribunal de Lübeck.

— Monsieur, fit le président, il est interdit de paraître ici en tenue de sport.

— Pardon, répliqua le médecin, ceci n'est pas une tenue de sport, c'est un costume local que portent tous mes malades : je le porte comme eux, en semaine et le dimanche.

— Mais la dignité du tribunal...

— Je m'en moque. Je peux bien me montrer devant les juges dans la tenue où j'exerce ma profession.

— Votre ton, insista le président, est inconvenant, et je n'ai fait que mon devoir en vous priant de ne pas attenter à la dignité du tribunal.

Cependant, le médecin bavarois avait partie gagnée : où est le règlement, l'article du Code qui prescrive aux témoins une tenue déterminée ?

Jurisprudence. — *Critique médicale scientifique.*

La critique médicale scientifique comme la critique littéraire et artistique ne saurait motiver contre son auteur des sanctions d'ordre civil que si celui-ci commet une faute en excédant la mesure et la limite d'une critique loyale et honnête dans son esprit, juste et mesurée dans ses termes.

Ne peut, en conséquence, donner lieu à dommages-intérêts, un article dans lequel un médecin critique la méthode inventée par un de ses confrères sans attaquer la personnalité même de celui-ci, ni sa probité professionnelle et sans même le désigner par son nom.

Le médecin à qui un de ses confrères adresse des malades pour qu'il les examine, a le droit de se servir comme il lui convient, des observations faites sur ceux-ci.

Les juges de paix connaissent, à charge d'appel, à quelque valeur que la demande puisse s'élever, des actions civiles pour diffamation ou injures publiques ou non publiques, qu'elles soient verbales ou par écrit, autrement que par la voie de la presse.

Cette règle s'applique même au cas où la demande en dommages-intérêts est présentée en même temps qu'une demande rentrant dans la compétence du tribunal civil, s'il n'y a entre les faits aucun rapport étroit. (Note publiée par le *Quotidien juridique* (31 décembre 1931) a propos d'un jugement du tribunal civil de Lille du 27 juillet 1931.)

« On peut comparer la science acquise à une sphère. Les connaissances à acquérir sont représentées par l'espace qui entoure cette sphère, c'est-à-dire par l'infini. » (Charles RICHET. Réflexions sur la science. *Revue des Deux Mondes*, 1er février 1931.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. 8. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 4 LE NUMÉRO : 50 Centimes 23 JANVIER 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux du 29 janvier 1932.* — Jury : MM. les Docteurs Bourgeois, Grivot, Baldenweck, Lemaître, Halphen, Herscher, Rouhier.

Censeurs : MM. Bloch, Ramadier.

— *Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.* — Séance du lundi 11 janvier 1932. — Epreuve sur titre : MM. Surmont, 16 ; Devais, 9 ; Stuhl, 11 ; Piffault, 9 ; Kimpel, 8 ; Nadal, 11.

— Séance du mercredi 13 janvier. — Epreuves écrites anonymes. — *Electrologie* : Traitement de la sciatique par les courants électriques. — *Radio-diagnostic* : Radio-diagnostic des sténoses pyloriques. — *Radiothérapie* : Traitement rœntgenthérapique de la lymphogranulosmatose maligne (mode d'emploi).

Epreuves écrites. — Dévoilement de l'anonymat :

MM.	Electrologie	Radio-diagnostic	Radiothérapie
Devais	9	11	13
Huet	8	11	9
Kimpel	5	9	5
Nadal	7	11	9
Piffault	5	7	9
Stuhl	7	8	10
Surmont	7	11	8

— *Commission de classement des candidats aux postes de médecins chargés des consultations de médecine générale et de médecine infantile à l'Annexe de l'hôpital Bichat* (boulevard Ney). — MM. les Docteurs Lemierre, Boidin, Vallery-Radot, Chiray, Flandin, Darré, Babonneix, Moreau.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 18 janvier. — M. Cohen-Defors. La dilatation du col de l'utérus sans rachi-anesthésie. — M. Pecan. L'étude de la senestra position du gros intestin davec dextroposition du grêle par arrêt de torsion de l'anse intestinale embryonnaire. — A. Padovani. L'arthrite chronique déformante de la hanche.

20 janvier. — M. Delie. Contribution à l'étude de l'aménorrhée chez les tuberculeuses pulmonaires. — M. Vaudour. L'étude des pleurésies, survenant au cours de la tuberculose pulmonaire chronique ; valeur pronostique. — M. Grünberg. Etude du bactériophage antityphique. — M. Sufrin. Etude de l'engraissement des tuberculeux pulmonaires par le fenugrec.

21 janvier. — M. Tran Van Minh. Au sujet de quelques observations concernant certaines manifestations dites arthritiques. — M. Augereau. La stase intestinale chronique, étude clinique thérapeutique. — M. Roger Roy. Essai de traitement de l'ictère du « catarrhal », par le drainage médical des voies biliaires. — M. Arnauld. Sur une modification dans le procédé antifuniculaire de la cure radicale des hernies inguinales.

21 janvier (Thèses vétérinaires). — M. Lafaye. Tension artérielle du cheval et du chien. — M. Martin. Diagnostic radiesthétique en médecine vétérinaire. — M. Gaultier. Les rapports du vétérinaire avec la production laitière.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Il est créé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux une chaire de clinique dentaire (emploi d'Université).

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade de commandeur.* — M. le Docteur Charles Laubry (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les Docteurs Landowsky (de Paris), Lebrun (de Bar-sur-Aube), le Professeur Lereboullet, les Docteurs Paul Sainton et Weissenbach (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Bachmann (de Zuydcoote), Bordet (de Paris), Brusset (de Gray), Callegari (de la Haye-du-Puits), Cathala (de Carcassonne), Constantin (de Neuville-du-Poitou), Dariaux (de Paris), Delmas (d'Antibes), Divel (de Cancale), Duffourt (de Lyon), Durand (de Donzy), Durel (de Honfleur), de Gaudard d'Allaines (de Paris), Gilson (d'Angoulême), Girou (d'Aurillac), Guéneau (de Coulmiers-le-Sec), Guilloire (d'Aubervilliers), Jacques (de Montceau-les-Mines), Lacaine (d'Aulnay-sur-Odon), Laden (de Paris), Laplante (de Marseille), Julien Noir et Ramadier (de Paris), Roche (de Marseille). Tellier (de Boulogne-sur-Mer), Bartoli et Bernardin Rocca (de Marseille).

Colonies. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Boyer de la Girauday et Pierre Vié (de Madagascar).

Commerce. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Perrin, médecin assermenté du ministère.

P. T. T. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Cojan et Teisseire, médecins de l'administration des P. T. T.

Académie vétérinaire. — Le Docteur Gaston Roussel, directeur général et président du Conseil d'administration de l'Institut de sérothérapie (Hémostyl) vient d'être promu officier de la Légion d'honneur en qualité de président de l'Académie vétérinaire.

Sanatorium de Montfaucon (Lot). — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin adjoint au sanatorium de la Fédération des P. T. T. de Montfaucon (Lot).

Outre les avantages en nature et le traitement ordinaire des médecins adjoints des sanatoriums publics, le titulaire recevra une indemnité de 4 à 5.000 francs, suivant la classe à laquelle il aura été nommé.

Adresser les demandes et les dossiers au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur. — La Société médicale du littoral méditerranéen organise actuellement le VIe voyage international de Pâques (voyage rose), dans la plus belle partie de la Côte d'Azur, de Saint-Raphaël, à Menton.

Ce voyage sera présidé par M. le Professeur J. Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, et sera placé sous la direction scientifique de MM. les Professeur Perrin, de la Faculté de Nancy (thérapeutibue générale), de Nobele, de l'Université de Gand (thérapeutique physique), et de M. le Professeur agrégé Thévenot, de la Faculté de Lyon (médecine générale).

Le rassemblement aura lieu à Cannes, d'où l'on fera le tour de l'Esterel et de la Corniche d'Or, en visitant : Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Le Trayas. Puis, l'on se rendra au Cannet, à Super-Cannes, au golfe Juan, à Juan-les-Pins, au Cap d'Antibes, d'où l'on gagnera Nice, par Grasse et Vence.

Après un arrêt à Nice et une excursion dans les Alpes, on parcourra la Grande Corniche, en visitant l'Observatoire et le monuent d'Auguste, Roquebrune, le Cap Martin, Menton et le château de Grimaldi, où l'on visitera les laboratoires du Docteur Voronoff et les célèbres Jardins de la Mortola.

On reviendra par Monaco et Monte-Carlo, Beaulieu et la Moyenne Corniche, à Nice, où le voyage se terminera.

A la suite de ce voyage, des excursions en Corse, en Italie, et des séjours sur la Côte d'Azur seront organisés, si les voyageurs le désirent.

Les adhérents recevront des permis de circulation à demi-tarif sur les chemins de fer français, italiens, roumains et yougoslaves, valables en toutes classes, durant un mois. Les familles des médecins seront admises, ainsi que les étudiants en médecine.

La visite de chaque station sera assurée avec tous les concours scientifiques nécessaires. Les parties instructives du programme alterneront avec les plus beaux parcours touristiques et les réceptions aussi cordiales que somptueuses, selon la tradition de la Société médicale du littoral.

La durée du voyage sera de huit journées. Le parcours pourra être effectué pendant la Semaine Sainte (20 au 27 mars), la semaine de Pâques (27 mars au 3 avril), ou la semaine de Quasimodo (3 au 10 avril). Les médecins que ce voyage intéresse sont priés d'indiquer la semaine qu'ils préfèrent en informant la Société un assez long temps à l'avance, car les parcours ne seront définitivement établis que lorsqu'ils auront été demandés par un nombre d'adhérents correspondants au nombre de places disponibles. Il y a donc lieu d'écrire, dès à présent, au Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, en précisant les dates choisies. Il sera répondu gratuitement à toute demande de renseignements ou d'adhésion.

Dispensaires antituberculeux du Pas-de-Calais. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, pour les dispensaires antituberculeux du Pas-de-Calais.

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le statut du Comité national, avec les avantages des fonctionnaires départementaux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Le registre d'inscription reste ouvert jusqu'au 20 février.

Un dictionnaire de langage médical français. — En vue du parachèvement d'un *« Glossaire étymologique, critique et historique du langage médical français »* et pour réduire au minimum d'inévitables omissions, il est demandé à tous médecins, chirurgiens, spécialistes des diverses branches et biologistes de langue française de vouloir bien faire connaître les termes dont ils sont les créateurs : dénominations ou acceptions nouvelles, néologismes, expressions, comparaisons à l'exclusion, toutefois, des mots uniquement chimiques, physiques, zoologiques, botaniques, non contingents à la science médicale et des appellations à noms propres (maladies, signes, symptômes, méthodes, appareils, etc.).

En voulant bien en adresser la liste au Docteur Pépin, Montbaron (Indre-et-Loire), ils contribueraient à l'établissement d'un « Corpus » du vocabulaire médical actuel visant, entre autres buts, la meilleure compréhension et la construction correcte des néologismes scientifiques, ainsi que le rétablissement de plus d'ordre, d'uniformité et de rectitude dans le langage professionnel.

Le Congrès de l'Association Guillaume Budé. — Fidèle à ses enseignements, l'Association Guillaume Budé veut faciliter à ses membres des déplacements devant lesquels hésiteraient sans doute les initiativesindividuelles. L'an dernier, elle conviait quelques privilégiés à ouvrir le printemps sur les bords de la Loire, en visitant les pays chers à Rabelais : M. Jean Plattard, dont on connaît les beaux travaux sur le père de Gargantua et de Pantagruel, menait doctement l'excursion. Le succès de cette expérience a décidé l'association à l'élargir. Elle convie, pour le temps de Pâques, non seulement « ses adhérents et ses amis », mais « tous ceux qui croient en la vertu éducatrice des lettres anciennes, à une rencontre où ils pourraient, dans un cordial échange de vues, préciser le sens qu'ils devront désormais donner à leurs efforts » : autrement dit, à un congrès. Ces assises plénières, qui commémoreront le quinzième anniversaire de l'Association — que d'auteurs grecs, latins, français édités depuis 1917 sous le signe de la chouette, de la louve, de la guerrière casquée ! — ces délibérations érudites et pratiques, où auront-elles lieu ? Dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne ? Non point : mais au seuil lumineux de la Provence, à Nîmes, capitale de la région que la Gaule romaine parserma de monuments invulnérables aux siècles. C'est non loin du pont du Gard, à l'ombre des Arènes et de la Maison Carrée, que les congressistes entendront le président Gaston Doumergue inaugurer leurs séances; M. Jérôme Carcopino leur parler de l'histoire romaine ; M. Paul Valéry évoquer la Grèce. De Nîmes, ils pourront en des excursions complémentaires, aller saluer Racine à Uzès, Mistral aux Saintes-Maries-de-la-Mer ; ils pourront même monter, à travers les sites sauvages des Cévennes, jusqu'aux lieux hauts où Jean Cavalier et ses camisards rivalisèrent d'énergie avec les âmes antiques...

Que de beaux souvenirs à acquérir, à emporter jalousement ! dit Maurice Levaillant dans *Figaro*. La France, sur les bords du Rhône, possède une petite Italie, une petite Grèce antiques ; cieux, paysages, monuments, climat y composent un décor plein de suggestions précieuses ; jeunes ou vieux, les humanistes

y entendront avec ravissement résonner les cigales de Platon et murmurer les abeilles de Virgile.

Nécrologie. — Dr Louis-Emile ARREAT, de Camoins-les-Bains, par La Valentine (Bouches-du-Rhône), décédé dans sa 67e année. — Dr BASTIAN, de Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie), ancien médecin colonial, décédé à l'âge de 81 ans. — Dr BERTRAND-LAUZE, ancien maire de Lézan (Gard), décédé à Alès, à l'âge de 75 ans. — Dr BERTHOU, de Querrien (Finistère). — Dr Albert CALIN, ancien député des Vosges, décédé à Paris. — Dr Jules CORDIER, de Souvigny (Allier). — Dr Ferdinand CROUZAT, de Faymoreau-les-Mines (Vendée). — Dr Georges FÉVAL, de Pont-Château (Loire-Inférieure). — Dr Robert GARNIER, de Paris, 6, rue Marcel-Renault (XVIIe), ancien médecin-chef de l'hôpiatl de Châlons-sur-Marne, décédé à l'âge de 68 ans. — Dr GOY, de Nangis (Seine-et-Marne). — Dr HERVÉ, de Saint-Servant (Ille-et-Vilaine). — Dr Paul LEFEBVRE, de Lille. — Dr Philippe, décédé à l'âge de 69 ans. — Dr Emmanuel RAMUS, de Paris, 51, rue Demours (XVII), décédé à l'âge de 50 ans. — Dr Antoine REMOND, professeur de clinique médicale, à la Faculté de médecine de Toulouse, décédé dans sa 69e année.

BIBLIOGRAPHIE

L'appareil cartilagineux en oto-rhino-laryngologie, par MM. les Docteurs TERRACOL, TURCHINI et HARANT de la Faculté de médecine de de Montpellier. Monographie oto-rhino-laryngologique n° 23. Un volume in-16 de 216 pages avec 17 figures. Analyses en allemand, anglais, espagnol, italien, 35 fr. Les Presses Universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel (Place de la Sorbonne) Paris-Ve.

Il est, dans certaines branches spécialisées de la médecine, des tissus d'élection. En oto-rhino-laryngologie, le cartilage rivalise avec le tissu lymphoïde. Leurs réactions sont constantes et personnelles.

Cette triple étude histologique, anatomo pathologique et clinique réunit les éléments primordiaux de l'existence cartilagineuse.

La première partie a été rédigée par le Docteur TURCHINI, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier. Les notions fondamentales de l'histologie et de l'histophysiologie de l'appareil cartilagineux sont successivement envisagées : constitution, structure et variétés. Des micro-photographies de cartilages prélevées sur le vivant illustrent le texte.

La deuxième partie a été écrite par le Docteur HARANT, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Montpellier. Les données générales, les inflammations, les néoplasies chondroïdes sont étudiées dans divers chapitres. Des microphotographies de cartilage humain pathologique illustrent également le texte.

La troisième partie, la partie clinique, a été longuement détaillée par le Docteur TERRACOL, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Montpellier. Toutes les affections cartilagineuses du larynx, du nez et de l'organe auditif sont envisagées sous leurs différents aspects : inflammations banales, et dans les maladies infectieuses ; périchondrites tuberculeuses et syphilitiques, tumeurs, etc.

Des photographies personnelles ou empruntées à divers auteurs soulignent chaque type clinique.

Chemical embryology, par Joseph NEEDHAM. 3 vol. University Press de Cambridge 1931.

Il faut saluer l'apparition du très beau livre de Joseph NEEDHAM con-

sacré à la biochimie de l'embryon et du placenta. Deux milles pages, des reproductions de suggestives gravures anciennes, des microphotographies, des graphiques établis suivant les principes scientifiques, deux cent cinquante pages de références, c'est là une œuvre de bénédictin qu'a réalisé le savant biologiste de Cambridge — et c'est une œuvre facile à lire. Elle est indispensable au biologiste, à l'accoucheur qui s'intéresse aux phénomènes observés par lui et à quiconque se préoccupe de la génétique humaine.

La très importante contribution personnelle de J. Needham à ces questions rend son livre particulièrement attrayant et en fait autre chose qu'une simple compilation.

L'ouvrage commence par une histoire de l'embryologie et, plus spécialement, de cette science nouvelle qu'est l'embryologie physico-chimique. Puis sont étudiés tour à tour : l'ovule en tant que système physico chimique, la croissance in utéro (et la durée de la gestation), la différenciation, la respiration et la thermogenèse de l'embryon, la pression osmotique de l'œuf et ses caractéristiques biochimiques, le pH et le rH, l'inflence du régime maternel sur l'embryon, l'énergétique de l'embryon, le métabolisme des glucides, des protéines, des nucléines, des lipides et lipoïdes, du phosphore, du soufre. du calcium, les enzymes et les hormones du fœtus, le rôle des vitamines dans l'ontogenèse, les pigments, l'immunolopie de l'embryon, le biochimie du placenta, la perméabilité placentaire, le liquide amniotique, le déterminisme de la naissance.

Quel chemin parcouru depuis un siècle (le grand et beau livre de Coste « Becherches sur la formation des embryons » est paru en 1834) et combien la synthèse de Needham donne l'impression d'un groupe de connaissances multiples harmonieusement groupées.

Henri Vignes

Réformé 100/100, par Jean Souvenance. Edit. *La Vie Mondiale*, Fouka-Alger (Algérie) 200 p., 12 fr. (Dép. : 13, rue Vicairie. Saint-Brieuc, (Côtes-du-Nord). *Prix International de Littérature contre la guerre. Genève.*

Voici ce que, sous le titre : *Pourquoi j'ai écrit Réformé* 100/100, Jean Souvenance nous dit de son nouveau roman :

« Si beaucoup d'écrivains ont entretenu leurs lecteurs des horreurs de la guerre et brossé d'émouvants tableaux des champs de bataille, bien peu ont relaté la lente agonie des « gazés ». Les blessés du poumon, restes tragiques de la grande tuerie, dernières parcelles d'une humanité que souillèrent le fer et le sang, méritaient cependant plus de sollicitude. Témoins des carnages où disparurent tant de leurs camarades, l'âme ulcérée de douloureux souvenirs, ils s'en vont, tout doucement, à chaque coup du balancier, rejoindre « les autres ». Perdus dans un siècle qui ne les connaît plus, oubliés des jeunes générations, ils se replient sur leurs souffrances et pleurent leurs beaux rêves enfuis. Ballotés par le flot sans cesse renouvelé des mêmes égoïsmes et des mêmes injustices, les « réformés » sont les épaves que le torrent brutal entraîne impitoyablement.

Chers lambeaux d'un siècle défunt, c'est vous que je me suis efforcé de révéler en mon ouvrage ; ce sont vos désirs inassouvis, vos espoirs immenses et trop tôt anéantis que j'ai cristallisés dans les feuillets de mon livre. Hélas !ma tâche demeure bien imparfaite, elle n'en constitue pas moins le résultat d'un labeur qui fera peut-être errer une larme de reconnaissance tout au fond de vos yeux. Ce sera pour moi, croyez-le bien, la plus pure des récompenses, le meilleur encouragement aux luttes prochaines.

On ignore le calvaire que vous montez parmi nous, l'angoissante étreinte de vos désillusions, le vide affreux au milieu duquel vous vous débattez et qui devient de jour en jour plus cruel. On se penche insuffisamment sur vos blessures pour y chercher le remède aux misères d'ici-bas ; on vous repousse, on vous fuit. Vous êtes trop près de la mort pour les vivants et trop infortunés pour les heureux. Votre voix se perd dans le brouhaha de la foule pour devenir le chant très doux ques les poètes seuls perçoivent et que les tombes seules entendent, alors qu'il devrait être l'hymne libérateur conduisant les peuples à la Paix.

Pardonnez-moi donc, chers martyrs, si j'ai exacerbé vos plaies en favorisant l'éclosion de sentiments pacifistes. J'ai voulu extraire de vos douleurs les armes nécessaires pour vaincre ce qui vous a vaincu et détruire ce qui vous a détruit, j'ai voulu dévoiler votre détresse à ceux que les plaisirs étourdissent et dire aux hommes ce que mérite votre sacrifice. Voilà pourquoi j'ai écrit « *Réformé* 100 % ».

J'ai dit déjà les mérites et le talent de Jean Souvenance.

Quant à la forme, son dernier roman témoigne, davantage encore que les précédents, d'un souci de correction et d'élégance qui devient bien rare.

Je n'entreprends pas de discuter les thèses de l'auteur. C'est un tendre auquel le pacifisme prépare de cruelles désillusions.

Puissent les événements lui épargner celle d'être contraint de devoir demander « l'*imprimatur* » à une « *Kommandatur* ».

C'est la grâce que je lui souhaite. — Et à nous donc !

Inutile de discuter. J'aime mieux louer le beau talent, le cœur, le doux sentimentalisme de l'auteur ; ses peintures aux traits souvent acérés... et... justes (ainsi tel portrait de parlementaire).

Et dire aussi l'émotion que m'a fait éprouver la lecture de la brochure artistique que sa piété vient de consacrer au grand artiste peintre breton : Louis Grégoire (1872-1928). Edit. Armorica.

(*Reproduction autorisée*). G. Espé de Metz.


ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

TRAVAUX ORIGINAUX

Nouvelle conception de la pathogénie des oreillons

Par André PHILIBERT
Professeur agrégé

Depuis Hippocrate, qui a, en les individualisant séparé les oreillons des autres parotidites infectieuses, cette maladie a été considérée comme une parotidite spécifique *primitive*, pouvant se compliquer de localisations secondaires, dont la principale était l'orchite.

La succession habituelle des diverses phases de la maladie, l'apparition première de la tuméfaction des parotides, simultanément ou successivement atteintes (les oreillons n'ont pas de singulier, dit un vieil adage médical, qui peut d'ailleurs être parfois cliniquement en défaut), l'envahissement fréquent des glandes sous-maxillaires et même des glandes sublinguales, localisations suivies souvent à quelques jours d'intervalle d'une orchite spéciale : tout semblait justifier l'hypothèse de l'atteinte première des glandes salivaires.

Pourtant, et malgré l'apparence les oreillons doivent, à notre avis, être interprétés aujourd'hui comme une *encéphalite primitive* dont la localisation secondaire se fait sur les parotides, les glandes salivaires, le testicule, le pancréas, parfois la glande lacrymale, les reins ; toutes ces localisations secondaires, y compris la parotidite, pouvant même manquer.

Cette conception, que nous avons été les premiers, avec le Professeur Fernand Bezançon, à exprimer dans notre Précis des maladies infectieuses en 1926 (1), s'appuie sur une série de faits dont la réunion laisse aujourd'hui, à notre avis, peu de place au doute.

De nouvelles méthodes d'investigation, des observations d'abord regardées comme insolites, les acquisitions faites dans le domaine de la pathologie générale et de la bactériologie, sont venues peu à peu, sans qu'on y prenne garde, battre en brèche cette vieille conception.

Singulièrement considérées, ces données n'ont pas d'abord paru porter atteinte au dogme de la parotidite primitive : isolés, échelonnés sur une longue période d'années, les faits ne pouvaient prétendre à une portée générale. Réunis et discutés impartialement comme nous tentons de le faire aujourd'hui, ils ruinent complètement l'ancienne théorie, qu'ils minaient sourdement depuis longtemps.

***

Le premier coup a été porté à l'édifice ancien le jour où Quincke a doté la médecine de la ponction lombaire. L'étude des réactions du liquide céphalo-rachidien, entreprise dans toutes les affections, a été faite pour l'infection ourlienne. Les premiers, Chauffard et Boidin (2) ont montré que celle-ci s'accompagne constamment d'une réaction lymphocytaire sous-arachnoïdienne. C'était là déjà une preuve de l'action du virus sur la séreuse méningée. Le Professeur Teissier (3) bientôt après, montra par une étude systématique que cette réaction méningée histologique, constante, révèle non seulement une irritation méningée latente, mais même une véritable méningite fruste, constante elle aussi, se traduisant par la lenteur habituelle du pouls. L'irritation méningée prenait donc place parmi les symptômes habituels de l'infection ourlienne.

(1) Pathologie médicale. — Fernand BEZANÇON et André PHILIBERT. Maladies infectieuses, tome II, page 294. Masson, éditeur.

(2) CHAUFFARD et BOIDIN. — Soc. Méd. des Hôp., 25 mars et 6 mai 1904.

(3) TEISSIER et SCHOEFFER. — XIe Congrès français de Médecine Paris, octobre 1910.

Bientôt après, des observations cliniques venaient montrer que dans nombre de cas, la méningite loin de demeurer fruste, se traduisait cliniquement par une symptomatologie bruyante. Dopter (1), d'abord puis Sicard, Nobécourt et Brelet, Hutinel, Teissier et Schœller, de Massary, etc. furent les premiers à publier de tels cas, et Dopter, en 1910, put faire un tableau d'ensemble des diverses formes observées. Survenant cinq à dix jours après la défervescence, la méningite s'annonce par une recrudescence thermique, et se traduit, outre la bradycardie, par les contractures, le signe de Kernig, l'inégalité pupillaire, la céphalalgie, le coma, bref par un cortège symptomatique qui impose cliniquement le diagnostic de méningite aiguë.

Dans certaines de ces observations et dans d'autres plus anciennes auxquelles on n'avait pas accordé une importance suffisante, la méningite n'existait pas seule, elle s'associait à l'atteinte des centres nerveux eux-mêmes, atteinte se traduisant par des paralysies diverses portant principalement sur les nerfs craniens, mais pouvant aussi frapper les nerfs rachidiens. On a observé des paralysies faciales, totales ou parcellaires, nucléaires (Observation de Revilliod, Darreaux, Couraud et Petges, Dopter), la paralysie du moteur oculaire externe (observation de Blanchard), celle du voile du palais, Maudonnet ; la paralysie totale ou parcellaire du moteur oculaire commun, en particulier la paralysie unilatérale de l'iris, qui donne de la mydriase, comptent parmi les plus fréquentes. On a signalé des paralysies de l'auditif, qui peuvent aboutir à la surdité complète. La paralysie du nerf optique, rapportée par Tallon, Blanchard, Dor est plus rare. Sicard, Apert, Dopter ont signalé des éruptions zostériformes parcellaires du trijumeau, témoignant d'une irritation de ce nerf.

On a observé aussi l'hémiplégie droite avec aphasie (Launois et Lemoine, Glémevan), une paraparésie des membres inférieurs avec anarthrie et agraphie (Monro et Healg), une aphasie avec monoplégie du bras droit. Ces dernières formes témoignent d'une localisation du virus ourlien sur le cortex, tandis que les premières indiquent une localisation sur les noyaux des nerfs craniens.

La localisation peut encore se faire sur la moëlle : on connaît actuellement nombre de poliomyélites. Une tétraplégie flasque est rapportée dans les observations de Jeoffroy, Chavanis, Revillaud, Gallavardin, Herbert. Dopter a observé une paralysie du plexus brachial ; Lortat-Jacob et Hallez, une paralysie du plexus brachial avec symptômes d'irritation du faisceau pyramidal.

Toutes ces paralysies sont souvent transitoires, et peuvent rétrocéder ; elles peuvent aussi persister partiellement, comme dans la paralysie infantile, en laissant après elles des atrophies musculaires définitives. J'ai moi-même observé un cas où la méningo-encéphalite ourlienne, frappant le plexus brachial, a laissé une paralysie définitive, avec atrophie localisée aux muscles de l'éminence thénar.

La liste des cas où le système nerveux central est atteint, s'allonge chaque jour et Dopter a pu parler de « véritable encéphalite, ou de méningo-encéphalite ourlienne ». L'atteinte isolée, ou la participation de la moelle pourrait même faire dire aujourd'hui une *véritable névraxite*.

Retenons déjà ce fait considérable d'une localisation sur le système nerveux central aboutissant parfois, quand les noyaux des neurones périphériques sont atteints à une paralysie flasque définitive, avec atrophie musculaire.

Ces méningo-encéphalites furent regardées en général comme des complications de la parotidite.

Pourtant, Dopter déjà pressentant l'importance de la méningo-encéphalite pouvait écrire qu'elle « relève davantage d'une localisation du virus ourlien sur la méninge que d'une complication véritable. »

(1) DOPTER. — Soc. Méd. des Hôpitaux, 23 mars et 29 juillet 1904, 27 février 1905. Précis de Maladies infectieuses. Baillière, éditeur.

***

La justesse des vues de Dopter à ce sujet allait bientôt être rendue certaine. Quand l'encéphalo-méningite suit, ou accompagne la parotidite, on pouvait encore l'interpréter comme une complication, mais cette interprétation n'est plus soutenable quand l'encéphalo-méningite précède nettement la parotidite.

Cette étape dans la modification de la conception pathogénique des ourles a été virtuellement franchie le jour où fut publiée la première observation dans laquelle la méningite ou la méningo-encéphalite ouvrait la scène, et précédait la parotidite, elle-même secondaire. C'est à Hallé et Tixier (1) que l'on doit cette première observation publiée en 1910. Elle peut se résumer ainsi : début brutal ; syndrome méningé au complet, coma ; liquide céphalo-rachidien clair, avec réaction lymphocytaire (sans bailles de Koch !) ; quatre jours après le début, apparition de la parotide qui, deux jours plus tard, devint bilatérale. A ec quelques variantes, toutes les observations ultérieures sont calquées sur celle de Hallé et Tixier.

Nous en avons nous-même observé un cas pendant la guerre en 1915, cas que nous avons rapporté incidemment dans ce journal même (2).

Il s'agissait d'un jeune soldat envoyé en plein coma dans le service des méningites cérébro-spinales dont nous étions chargé. Le malade présentait le tableau d'une méningite type : Kernig, mydriase, coma, etc. La ponction lombaire, pratiquée immédiatement, fournit un liquide trouble, dans lequel l'examen ne révéla qu'une lymphocytose pure et amicrobienne (stérilité prouvée en outre par la culture sur gélose ascite).

Le lendemain apparaissait le gonflement d'une parotide, gonflement qui gagna le côté opposé deux jours plus tard, tandis que s'évanouissaient les symptômes méningés.

Weissenbach qui, avec Turquety et Durupt en 1927, puis avec G. Basch en 1929 avait publié deux cas de méningite ourlienne précédant la localisation parotidienne, a réuni récemment dans une étude très documentée (3) tous les cas de méningite ou de méningo-encéphalite ourlienne primitive actuellement publiés. On retrouve, dans certaines des observations citées, la participation du système nerveux central.

Weissenbach apporte surtout au débat un élément nouveau capital dont le poids est considérable pour la pathogénie que nous soutenons.

Même lorsque, en effet, l'encéphalo-méningite *précède* la parotidite, on pourrait discuter de la latence initiale de celle-ci : il n'en est plus de même si l'encéphalo-méningite existant seule, la parotidite patente fait complètement défaut.

Or, dans certains des cas rapportés par Weissenbach et ses collaborateurs, le fait est réalisé : la méningo-encéphalite se manifeste seule et la localisation parotidienne manque. Weissenbach propose de nommer ces cas : *méningites ourliennes autonomes.*

Mais un nouveau problème se pose. Comment prouver la nature ourlienne de telles méningo-encéphalites ?

Comment les distinguer des nombreuses encéphalo-méningites connues ou non-connues que l'on observe avec une si grande fréquence depuis quelques années ?

Sans doute, le meilleur critérium serait l'isolement du virus prélevé dans le liquide céphalo-rachidien. Mais cette recherche est encore prématurée dans son application pratique. Il n'a pas été cherché dans les cas cités par Weissenbach.

Mais l'observation clinique bien orientée vient combler cette lacune et fournir par une voie détournée la preuve cherchée.

Dans certains cas, la participation des glandes salivaires, qui n'est pas évidente, peut être soupçonnée par la constatation des points douloureux de Rilliet et Barthez, de la rougeur de l'orifice du canal de Sténon, comme dans l'une des observations de Wallgreen, rapportée par Weissenbach.

Dans d'autres cas, ces signes font défaut ou plutôt, ils ne sont pas signalés par l'auteur qui, n'ayant pas l'esprit attiré vers un tel diagnostic, en a négligé la recherche. Elle s'imposera pourtant, dans l'avenir, en présence de toute manifestation encéphalo-méningée insolite. Dans cette seconde catégorie de cas, même si les signes parotidiens atténués faisaient réellement défaut, les anamnestiques épidémiologiques sont venus dénoncer la nature ourlienne de ces méningites autonomes. Les faits se déroulent de la façon suivante : un enfant présente un syndrome méningé, parfois encéphalo-méningé, le diagnostic porté d'emblée est celui de méningite tuberculeuse ; pourtant le liquide céphalo-rachidien ne renferme pas de bacilles de Koch : l'enfant guérit.

L'enquête épidémiologique enseigne alors qu'une épidémie concomitante d'oreillons sévit dans la région et qu'un ami fréquentant le malade a eu sur ces entrefaites, des oreillons typiques, comme dans un autre cas de Walgreen, ou bien les frères et sœurs du malade présentent trois semaines plus tard les oreillons (observation de Marquio et Garbn), ou bien les frères et sœurs ont eu les oreillons dans les trois semaines qui ont précédé, (cas de Marquio). Dans l'observation de Schœrder, la méningite évolue complètement et, vingt jours après le début, lorsque l'enfant, après avoir été condamné, se lève, guéri, sa mère et ses deux frères sont atteints simultanément d'oreillons. Dans une troisième observation de Walgreen, un enfant, présentant le tableau de la méningite, entre à l'hôpital ; il guérit. On apprend alors que son frère cadet a été atteint simultanément d'un syndrome méningé au-décours duquel est apparue une parotidite du type ourlien, et que le frère aîné avait eu trois semaines auparavant, des oreillons réguliers.

Les commentaires judicieux de Weissenbach, à propos de ces cas, tous récents, fort bien étudiés, accompagnés des investigations modernes (analyse du liquide céphalo-rachidien) permettent de ne pas douter de la réalité de ces faits.

Weissenbach conclut d'ailleurs que l'atteinte du système nerveux est primitive, et que la réaction méningée n'en est que la conséquence.

Ainsi, au point de vue clinique, il est donc établi que l'encéphalo-méningite est le *premier stade*, la *première localisation* du virus ourlien sur l'organisme. Elle peut rester latente, révélée seulement par la ponction lombaire ; elle peut être fruste, se trahissant simplement par la céphalalgie et la bradycardie ; elle peut encore être d'emblée manifeste, intense et cliniquement certaine, suivie de parotidite, ou sans jamais s'accompagner de localisation visible (1), patente, sur les glandes salivaires : c'est la méningite autonome de Weissenbach. Elle peut enfin d'abord latente et fruste, mais certaine, s'accentuer et devenir tardivement prépondérante, simulant alors, après l'évolution de la parotidite intercurrente, une complication de celle-ci. Mais dans tous les cas, l'axe nerveux et par reflet la séreuse méningée paraît être le siège d'élection première du virus ourlien.

***

La conclusion précédente que la clinique permet de poser, va trouver sa confirmation par les faits acquis dans les domaines de la pathologie générale, de la bactériologie et de l'anatomie pathologique et par des considérations de prime abord fort lointaines, au moins en apparence, de l'infection ourlienne que nous sommes obligé de rappeler.

(1) Hallé et Tixier. — Un cas de méningite cérébro-spinale pré-ourlienne. Comptes-rendus du congrès de 1910 de l'Association française de pédiatrie, page 290.

(2) La méningite herpétique. *Progrès médical*, 5 décembre 1923 n° 49, p. 654.

(3) R.-J. Weissenbach, G. Basch et M. Basch. — La méningite et la méningo-encéphalite pré-ourlienne primitive. *Annales de médecine*, n° 1, p. 5. Tome XXV, 11 janvier 1930.

(1) Nous disons « localisation visible » à dessein car le peu de réaction constatée sur les glandes salivaires n'implique point que le virus n'ait point traversé celles-ci.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

Depuis 1898, avec Loeffler et Frosch, les recherches des bactériologistes nous ont appris à connaître des virus fort ténus, invisibles, traversant les filtres que l'on a appelé tout d'abord des virus filtrants, dont la vaccine, la variole, la fièvre aphteuse, la rage, pour ne parler que de ceux-ci, se réclament aujourd'hui.

Nous avons essayé en 1925 (1) d'isoler parmi ces virus filtrants, une catégorie de virus qui sont caractérisés non pas surtout par leur petitesse extrême et leur filtrabilité, mais par la nature de leur pouvoir pathogène. Guidé par la pathologie générale, nous pensons qu'un microbe est mieux caractérisé par la lésion anatomo-pathologique qu'il provoque que par les caractères botaniques, d'ailleurs imprécis, qu'il présente, ou les caractères physiques, telle que l'extrême petitesse qui est la condition de la filtrabilité.

On sait aujourd'hui que filtrabilité et invisibilité ne vont pas toujours de pair : certains virus, regardés d'abord comme « virus filtrants » avec tout le mystère et l'imprécis qui s'attachent à ce mot, tel par exemple le virus de la péri-pneumonie des bovidés, sont en réalité des microbes parfaitement visibles et même parfois d'assez grande taille, cultivables, sur les milieux usuels, et susceptibles de passer par un stade de petitesse qui leur permet dans certaines conditions de traverser le filtre à ce moment. Les spirochètes, même, présentent ainsi une phase de leur évolution cyclique, où ils sont invisibles et filtrants. Virus péri-pneumonique, spirochètes provoquent des types d'inflammation parfaitement connus.

Par contre, il est des virus filtrables, qui à ce dernier point de vue, se comportent tout différemment.

Sous le nom de *virus cytotropes*, nous avons proposé de grouper toute une catégorie de virus, caractérisés tout d'abord par ce fait négatif, qu'ils sont incapables de provoquer l'inflammation, au sens vrai du mot, c'est-à-dire la suppuration, l'afflux des polynucléaires ; par contre ils sont doués du pouvoir (*que n'ont pas les microbes de la suppuration,* les microbes visibles, coccis, bâtonnets, spirochètes, bacilles tuberculeux, etc), *de pénétrer dans le protoplasma* et peut être dans le noyau des cellules nobles vivantes, de s'en nourrir, et de les détruire par lyse, après les avoir gonflées.

Incapables en outre de végéter, de pousser sur les milieux de culture artificiels, ils sont par contre cultivables, *in vivo* dans les cultures de tissu vivant, comme Levaditi l'a montré, où ils retrouvent le protoplasma vivant qui permet leur parasitisme obligatoire. Ils sont invisibles en toute circonstance et traversent les filtres de porcelaine. Ils peuvent suivant la variété, attaquer les cellules de l'ectoderme, de l'endoderme, du mésoderme, les trois feuillets du blastoderme primitif.

Nous avons distingué plusieurs variétés de virus cytotropes suivant le tissu auquel chacune d'elles s'attaque. L'un de ces groupes, dont les maladies correspondantes ont déjà été réunies par Levaditi sous le nom d'ectodermoses neurotropes, comprend des virus qui se localisent sur les cellules du système nerveux central, quelle que soit la porte d'entrée. Le type en est le virus rabique, qui, inoculé en un point quelconque du revêtement cutané, gagne, sans provoquer de lésion réactionnelle au point d'inoculation, les cellules nerveuses centrales en empruntant la voie du cylindraxe des nerfs pour y parvenir, et là se développe en détruisant ces cellules.

Or le virus rabique, sans provoquer non plus de réactions des glandes salivaires, traverse cependant celles-ci puisqu'il est éliminé par la salive, chez le chien, tout au moins.

***

Ces faits étant rappelés, revenons au virus ourlien.

La première remarque qui s'impose, est un fait bien connu de tous : les oreillons ne suppurent pas. C'est là un fait bien particulier.

On connaît des parotidites suppurées, des orchites suppurées : la parotidite ourlienne ne suppure pas, et Hippocrate, partant de cette remarque capitale, a isolé les oreillons des autres parotidites inflammatoires. Les parotidites et les orchites suppurées sont le fait de gros microbes visibles, citons la parotidite à bacille d'Eberth, l'orchite gonococcique, l'orchite coli bacillaire. Déjà ce fait éveille l'idée que l'infection ourlienne n'est pas causée par un microbe visible, et qu'elle peut être provoquée par un virus cytotrope.

Les lésions anatomo-pathologiques des localisations ourliennes ont été peu étudiées, par suite de la rareté des autopsies. Pourtant, quelques cas de mort subite au cours des oreillons ont permis de faire des investigations rares mais précises.

Dopter et Repaci, Simonin, en ont pratiqué, Delater (1) à propos d'un cas analogues a pu histologiquement préciser les lésions des glandes salivaires. Elles consistent en un gonflement considérable des cellules glandulaires qui se colorent mal, sont remplies de vacuoles ; le gonflement est tel que la lumière de l'acinus a parfois disparu ; certains acini ont disparu c'est-à-dire que seuls la basale et le tissu interstie en indiquent la place : il y a eu lyse, destruction complète des cellules nobles. On retrouve des lésions analogues, mais peut être moins marquées, sur les cellules des canaux excréteurs, du canal de Sténon même. Le tissu interstitiel est distendu par de la sérosité claire, dans laquelle flottent de rares cellules mononucléées. Il n'y a ni polynucléaires, ni suppuration histologique. Cette belle observation de Delater vient nettement faire connaître l'atteinte primitive des cellules glandulaires, dans les oreillons, leur lyse partielle, constatations qui manquaient jusqu'à présent.

Les lésions testiculaires sont encore plus typiques, envisagées du point de vue que nous défendons. A la période aiguë, toutes les cellules de la glande, spermatogonies, spermatocytes, cellules de la glande interstitielle, sont en dégénérescence granuleuse, avec nécrose de coagulation.

On sait que ces lésions, peuvent aboutir à la disparition complète de tout le système glandulaire, — par lyse des cellules nobles — et à l'atrophie complète du testicule.

Dans la vaginale, à la période aiguë, il n'y a comme dans le tissu conjonctif de la trame du testicule, qu'un peu de sérosité claire avec des cellules mononucléées. Jamais on n'y trouve de polynucléaire, d'abcès microscopiques : il n'y a pas de suppuration, Sans avoir de grandes précisions histologiques sur les lésions des glandes lacrymales, mammaires, pancréatiques on peut dire en tout cas qu'il ne s'agit point non plus de lésions suppuratives. Les lésions encéphaliques sont peu connues, mais la réaction méningée, purement lymphocytaire témoigne d'un processus réactionnel analogue à celui que l'on trouve dans le liquide céphalo-rachidien de la génisse au cours du cow-pox cutané : il ne s'agit pas de méningite suppurée.

Ces considérations, conduisent par induction à faire penser sinon, à affirmer de prime abord, que le virus ourlien doit être un virus cytotrope, et ne *peut être qu'un virus cytotrope* ; plus, même, étant donné la précocité des symptômes encéphalo-méningés, qu'il ne *peut être qu'un virus cytotrope neurotrope.*

***

Les recherches bactériologiques faites au sujet du virus ourlien confirment pleinement cette hypothèse. On a trouvé beaucoup de variétés de microbes dans la salive des oreillards ; les observateurs qui les ont isolés, ont pensé autrefois que ces microbes, des germes visibles, pouvaient être les agents des oreillons. Charrin et Capitan, Olivier, Laveran et Catrin, Teissier et Esmein, en particulier, ont décrit des coccis qu'ils ont incriminés dans l'étiologie des ourles. Aucune confirmation de ces hypothèses n'a été possible. Il s'agit de simples saphynophytes, qui, par ailleurs, inoculés aux animaux d'expérience, provoquent chez ceux-ci des lésions suppurées, sans reproduire les oreillons. Le spiro-

(1) PHILIBERT. — Les virus cytotropes. *Annales de médecine,* t. XVI, n° 4, octobre 1924, p. 283-308.

(1) DELATER. — Les lésions histologiques des glandes salivaires dans les oreillons. *Annales de Médecine,* T. XI, p. 503 n° 6 1922.

chète incriminé récemment par Y. Kermorgant, sans qu'il soit d'ailleurs isolé en culture pure, ne mérite pas plus de créance, et paraît n'être qu'un saprophyte banal de la bouche.

Par contre, toute une série d'expériences démontrent la présence, dans la salive des oreillards, d'un virus invisible, filtrant, incultivable, reproduisant chez l'animal la parotidite non suppurée.

Dès 1908, Granata (1), le premier, pense que le virus ourlien est invisible ; il filtre sur bougie la salive parotidienne d'un oreillard, et inocule le filtrat dans la parotide d'un lapin : il détermine ainsi un gonflement sans suppuration de la glande. Gordon renouvelle l'expérience en choisissant le singe comme réactif d'inoculation.

La salive d'un enfant, recueillie en pleine période aiguë de la maladie, filtrée, est inoculée *dans les veines* d'un singe, et dans la cavité péritonéale d'un autre singe. Les deux animaux présentent une tuméfaction parotidienne, non suppurée. Par cette expérience Gordon prouve que le virus, présent dans la salive, invisible et filtrant, introduit dans le sang ou la cavité péritonéale, est éliminé par les glandes salivaires, où il produit au passage le gonflement de la glande.

Cette expérience, dans laquelle le virus n'est pas inoculé directement dans la parotide, qu'il atteint pourtant, vient donner pleine valeur à l'expérience de Granata.

Nicolle et Conseil, en 1913, font une expérience qui est intermédiaire aux deux précédentes. Ils ponctionnent la parotide d'un enfant atteint d'oreillons, et recueillent ainsi un liquide séro-sanguinolent, qui théoriquement doit renfermer le virus ourlien, non souillé des microbes saprophytiques de la bouche. Ils inoculent cette sérosité directement dans la parotide de jeunes macaques bonnets-chinois, et, après une incubation de 26 à 30 jours, comme chez l'homme, ils voient apparaître un gonflement typique quoique modéré, de la glande : ce gonflement évolue vers la guérison, sans suppuration.

Enfin, Mlle Martha Wollstein (2), en 1916 reprend la question de l'étiologie du virus ourlien, et fait une série d'expériences, absolument probantes, confirmant, en les complétant, les résultats acquis par ses devanciers, au sujet de la nature filtrante et invisible du virus. En s'adressant à divers animaux d'expérience, elle constate d'abord que l'animal sensible par excellence, réactif de choix pour l'étude du virus ourlien, est le jeune chat.

La salive virulente des oreillards est filtrée sur bougie Berkefeld ; le filtrat ne renferme pas de germes visibles ; il ne donne pas de culture sur les millieux usuels. Ce filtrat, inoculé dans la parotide du jeune chat, détermine, après une incubation de 6 jours, un gonflement manifeste, qui persiste 5 jours et se termine par la résolution, sans suppuration. Ce même filtrat, inoculé dans le testicule produit, après une incubation de même durée, 6 jours, une tuméfaction de cette glande ; l'orchite évolue en 14 jours, et se termine par résolution ; il n'y a pas de suppuration. En sacrifiant quelques animaux à la période d'état des lésions ainsi déterminées, Mlle Wollstein a pu étudier les lésions histologiques.

Elle trouve, tant dans le testicule que dans la parotide, le même gonflement, la même dégénérescence des cellules glandulaires que ceux constatés dans les lésions analogues des oreillons humains.

Mlle Wollstein inocule encore le même filtrat sous la dure-mère d'un chat, et détermine une méningite qui dure de 13 à 15 jours et se termine par la guérison.

Le liquide céphalo rachidien renferme de la globuline, et 20.000 leucocytes au mmc., dont 66 à 80 % de polynucléaires.

Ces résultats sont bien dus au virus ourlien, car les mêmes inoculations pratiquées avec de l'eau filtrée, du liquide d'ascite filtré, de la salive filtrée d'individus sains, ne déterminent aucune réaction.

D'autre part la maladie expérimentale peut être passée de chat en chat, avec la même physionomie. La salive filtrée d'un chat atteint de parotidite, le liquide céphalo-rachidien filtré de chat atteint de méningite, déterminent tant en inoculation similaire, qu'en inoculation croisée, parotidite, méningite ou orchite. Mlle Wollstein a pu faire ainsi huit passages de chat à chat.

Partant de l'homme, l'inoculation de la salive virulente au chat donne des résultats positifs constants quand elle est recueillie du premier au troisième jour de la maladie. Les résultats sont inconstants, quand elle est recueillie entre le 3e et le 6e jours. Ils sont toujours négatifs, après le 9e jour.

***

Ainsi, d'après toutes ces expériences on peut conclure que le virus ourlien est un *virus cytotrope* : il attaque et détruit électivement les cellules nobles (cellules des acini glandulaires, des glandes salivaires, cellules du testicule), et ne provoque pas la réaction inflammatoire suppurative ; il est invisible, incultivable, il traverse les filtres de porlaine. Inoculé dans le sang, il est éliminé par la salive (Gordon). Il est présent dans la salive du premier au troisième jour de la maladie, parfois jusqu'au sixième.

Il reste beaucoup de points à préciser par l'expérience, mais les observations cliniques viennent combler les lacunes, et l'on peut dire que le virus ourlien, cytotrope, se range parmi les virus à tendance neurotrope, et qu'il s'apparente au mieux au virus rabique.

Celui-ci, cytotrope et neurotrope, frappe d'emblée les cellules nerveuses des centres, et s'y localise, sans laisser de trace réactionnelle au point d'inoculation : la morsure initiale évolue et guérit comme une plaie banale. De ce point d'entrée, le virus gagne le centre en cheminant par le cylindraxe des neurones périphériques (Duboué).

Il est éliminé, *chez le chien*, par les glandes salivaires, qu'il traverse sans en provoquer le gonflement, mais il est présent dans la salive, la virulence de la bave de chien enragé en est un témoignage certain. On retrouve le virus, chez les animaux d'expérience, *dans le pancréas, dans le testicule.*

Est-il besoin de rappeler que ce sont là les localisations du virus ourlien ; mais celui-ci, en s'éliminant, produit la tuméfaction des glandes qu'il traverse : la parotidite, la pancréatite, l'orchite sont patentes. Il arrive aussi parfois que ce virus, comme le virus rabique, traverse la parotide sans en provoquer le gonflement visible, ainsi que le fait est réalisé dans la méningite ourlienne autonome de Weissenbach.

La porte d'entrée du virus ourlien n'est pas encore connue, chez l'homme, dans la contagion naturelle. Qu'il nous soit permis de formuler ici une hypothèse : la voie conjonctivale nous paraît devoir être incriminée ; elle représente la fenêtre ouverte aux gouttelettes de Pflügge, que le malade projette en parlant, en toussotant, gouttelettes salivaires, porteuses du virus comme l'expérimentation l'a montré ; bien qu'une conjonctivite ne marque point le début des oreillons, aucune raison majeure en s'oppose à considérer que la conjonctive, la cornée en soient réceptives pour le virus ourlien. On sait en effet que le virus rabique, inoculé sur la cornée, gagne les centres nerveux, sans déterminer de kératite, c'est-à-dire sans provoquer la moindre réaction au point d'inoculation. Il est logique de supposer qu'il peut en être de même pour le virus ourlien, si voisin par ailleurs du virus rabique.

***

Nous pouvons maintenant, faisant la synthèse de tous les faits rapportés, de tous les arguments discutés, conclure que l'infection ourlienne, due à un virus cytotrope neurotrope, comparable à celui de la rage, ayant pénétré l'organisme par une voie encore inconnue, mais qui peut être la conjonctive, gagne électivement les centres nerveux, provo-

(1) GRANATA. — Cagliare, sept. 1908.

(1) NICOLLE et CONSEIL. — Reproductions expérimentales des oreillons chez le singe. C. R. Soc. Biol., t. LXXV, p. 217, 26 juillet 1913.

(2) Martha WOLLSTEIN. — An experimental study of parotidis (Mucufs). *Journ. of. experm. med.* t. XXIII 1er mars 1916, p. 353, 3 pl.

LE SULFARSÉNOL | LE ZINC-SULFARSÉNOL

DU DOCTEUR LEHNHOFF WYLD

Produits adoptés par les Hôpitaux.

Traitement de choix des nourrissons des enfants, des femmes enceintes

Dans l'infection puerpérale du Post Partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 ctgr., ou dans les cas plus graves 18 ctgr (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la Blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 ctgr.), guérison en peu de jours (sans récidive).

Dans le Paludisme : Traitement par doses progressives de 6 à 42 centigrammes.

Dans la Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la langue). V. Profr Jeanneney, Congrès Médical de Madrid 1927.

Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL coura[nt] mais avec l'avantage d'être :

NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.

DOSES :	A	B	C	D	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	5 millig.	1 ctgr.	1 ctgr. 1/2	2 ctgr.	3 ctgr.	6 ctgr.	12 ctgr.	18 ctgr.	24 ctgr.	30 ctgr.	36 ctgr.	42 ctgr.	48 ctgr.	54 ctgr.	60 ctgr.	72 ctgr.	84 ctgr.	[illegible]

ARSÉNOS-SOLVANT

Pour injections intra-musculaires ou sous-cutanées d'arsénobenzènes — indolores —
(Sérum glucosé avec addition de gaïacol et de chloretone) — Présentation : Boîtes de 1 — 6 — 12 ampoules

CED-ROC

Le Ced-Roc remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité ; il ne provoque pas de maux d'estomac, ni de congestion des reins.

Dose : 10 à 12 capsules par jour.

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsinique, glycérophosphate et strychnin[e]

PARFAITEMENT STABLE ET INDOLORE :-: **INJECTIONS SOUS-CUTANÉ[ES]**

Médicament remarquable contre tous les états de faiblesse.

Indications : Anémies (simple, chlorose, anémie des jeunes filles, [des] convalescents), Endométrites, Retour d'âge, Neurasthénie, Chorée, Név[ral]gies chroniques, etc...

Présentation : Boîte de 6 et de 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE — Ch. DESGREZ *Docteur en Pharmac[ie]*
19-21 rue Van-Loo — Paris XVIe — Téléphone : Auteuil 26-62 — 04-30.

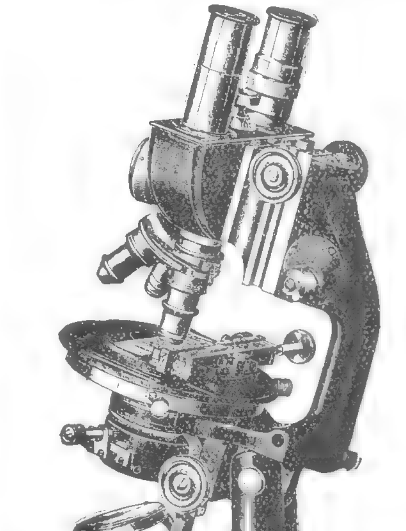
Sté des Etablissements KRAUSS

OPTIQUE FRANÇAISE :-: MECANIQUE DE PRÉCISION

18-20, rue de Naples, PARIS

Tél. Laborde 11 31

MICROSCOPES



BINOCULAIRES
MONO-STÉRÉO

Appareils de Microphotographie et de Microprojection

ULTRA - - MICROSCOPIE

MICROTOMES

NOUVEAUTÉ :

Platine Electrique

chauffante de précision

d'après Klein, pour températures de 30° à 350°

R. C. Seine 224.609 B

CATALOGUE R GRATIS



BERNARDON, 13 Rue Treilhard, PARIS (8e)

Catalogue et littérature franco sur demande

quant sur les méninges une réaction de voisinage, plus ou moins intense. Peu virulent, il ne détermine que des lésions peu profondes et transitoires. Plus actif, alors il provoque parfois, la destruction des cellules nerveuses des centres, qui commande des paralysies définitives observées parfois. Des centres nerveux, il est éliminé par les glandes salivaires, (peut-être en suivant la voie nerveuse centrifuge ?), provoquant ou non le gonflement, la destruction partielle de celles-ci, par le pancréas, passe dans le testicule, qu'il détruit souvent, dans le rein, etc.

Les oreillons doivent donc être envisagés aujourd'hui comme névraxite *primitive* à virus cytotrope et neurotrope, s'accompagnant de localisations secondaires sur les glandes salivaires, le pancréas et le testicule.

Il ne sera pas inutile de faire état de cette conception dans la thérapeutique. Celle-ci, si précaire dans l'infection ourlienne, pourrait bénéficier, en face de cas d'encéphalite ourlienne grave — il en fut de mortelles — des progrès réalisés dans le traitement des autres névraxites à virus cystotropes.

Avitaminose et intolérance médicamenteuse chez les syphilitiques

Par

E. SCHULMANN, Médecin des hôpitaux et G. SOLENTE, Médecin-assistant à l'hôpital Saint-Louis

L'intolérance médicamenteuse dans le traitement de la syphilis est un écueil redoutable qui, à chaque instant, se dresse devant le médecin qui veut juguler l'infection et songe au mythe d'une stérilisation hypothétique. Au point de vue social c'est en tout cas un des principaux obstacles à une prophylaxie méthodique et raisonnée.

Nous désirons tenter, à propos d'un cas clinique très intéressant, soulever un coin du voile : il s'agit du rôle possible des *vitamines* dans la tolérance de la cure anti-spécifique.

Une jeune femme de 26 ans Mme L..., vient demander conseil à l'hôpital Saint-Louis à notre ami et maître le regretté Lortat-Jacob pour une infection récente dont les signes objectifs consistent en un iritis et une kératite gauches caractéristiques avec réaction de Wassermann pleinement positive (Ho-Ho), mais sans traces de chancre ni d'éruptions cutanées. Elle est mise par l'un de nous au traitement mixte hydrargyro-arsenical et reçoit dans le même temps 21 injections de cyanure d'hydrargyre à la dose de 0 gr. 01 et 4 gr. 80 de novarsénobenzol (la dose de 0 gr. 75 est répétée quatre fois pour un sujet pesant environ 50 kilogr.).

Sous l'action des piqûres l'état de l'œil s'améliore, mais, par contre, quelques jours après la terminaison de la série, Mme L..., dont les gencives étaient irritées malgré toutes les précautions prises, est saisie d'une hémorragie gingivale très abondante, qui nécessite son admission d'urgence à l'hôpital, et nous inspire pendant vingt-quatre heures les plus vives inquiétudes. Nous mettons en jeu toutes les ressources de la médication anti-hémorragique et nous tirons d'affaire la malade, celle-ci sort du service quelques jours plus tard très anémiée, le teint blafard avec des gencives turgescentes et suintantes qui impliquent pour un temps prolongé l'arrêt de tout traitement : le mercure et le bismuth nous faisant craindre une reprise de la gingivite, l'arsenic une nouvelle hémorragie. A cette époque sont pratiquées les diverses recherches hématologiques courantes : numération, résistance globulaire, épreuve de Duke qui, fort malheureusement, ont été égarées.

Après plus d'un mois d'expectative nous tentons timidement l'action de l'iodure de potassium puis de cachets de calomel, les effets arrivent au bout d'une quinzaine de jours sous forme d'une métrorragie sérieuse dont notre patiente se relève à grand'peine.

Mme L... part trois ou quatre mois pour la campagne puis revient nous voir. Elle a, sur nos conseils, abandonné toute thérapeutique anti-spécifique, aussi ne sommes-nous nullement surpris de la réponse sérologique qui est très positive. Malgré les efforts prolongés du stomatologiste, que nous avons chargé de résoudre la situation, les gencives restent irritables, rouges, exulcérées par endroits.

En face de ce tableau clinique l'idée d'un trouble nutritif par carence nous vient à l'esprit et avec un espoir des plus problématique nous conseillons, en négligeant toute autre thérapeutique l'usage copieux de fruits crus. Notre avis est suivi ponctuellement, Mme L... ajoute à son menu quotidien trois ou quatre pommes et quatre ou cinq figues fraîches : les gencives, qui saignaient tout d'abord quand elle croquait des pommes, se raffermissent en quelques jours et peuvent résister à cette épreuve, la turgescence et la rougeur s'atténuent progressivement et au bout d'un mois la bouche est redevenue normale.

Nous nous souvenons alors que nous sommes en face d'une syphilis en évolution, nous essayons timidement la reprise du bismuth sous forme d'injections intramusculaires hebdomadaires de curalues (0 gr. 16), elles sont parfaitement tolérées de même que toutes les thérapeutiques ultérieures qui sont reprises sans incidents.

Ce n'est pas sans raison aucune que nous avons conseillé à notre malade l'absorption quotidienne de fruits crus, c'est-à-dire de produits riches en vitamine C. Frappé d'une part de l'état des gencives qui étaient œdématiées et ramollies avec une teinte bleue livide au niveau du collet des dents, de la présence de quelques bourgeons fongueux qui saignaient à la pression, d'autre part de la tendance hémorragique certaine des lésions, nous avons dans notre esprit fait un rapprochement avec le tableau clinique du scorbut. Il n'y avait cependant aucun autre symptôme de cette maladie, en particulier ni aspect de la peau ansérine, ni œdème périmalléolaire.

***

En apportant à titre documentaire cette singulière et heureuse observation nous tenons à faire remarquer que la vitamine C n'est pas la seule susceptible d'une action sur les altérations gingivo-alvéolaires. A titre d'indication nous voulons signaler deux travaux tout récents l'un expérimental, l'autre clinique, qui méritent attention.

Un physiologiste anglais Mellanby (1) a pu obtenir à volonté chez le chien une gingivite avec pyorrhée ou au contraire prévenir celle-ci par l'équilibration du régime alimentaire en vitamine A et D. L'insuffisance A amène une tuméfaction de l'épithélium et du chorion péridentaire, l'insuffisance en vitamine D une décalcification osseuse de la même région avec carie dentaire.

Il est de toute évidence que de telles altérations sont éminemment favorables à l'exagération des effets toxiques locaux du bismuth ou du mercure et aussi à la pullulation d'agents microbiens.

C'est dans le même ordre d'idées que David Galatz (2) rapporte à une avitaminose des lésions ulcéro-membraneuses bucco-gingivales causées par l'association fuso-spibillaire de Vincent. Il considère que cette symbiose trouve sur un terrain prédisposé par une alimentation défectueuse tout ce qu'il lui faut pour se développer sur des ulcérations à tendance plus ou moins nécrotique, sur des fausses membranes d'ordre avitaminosique, les fuso-bacilles et les spirilles interviennent secondairement.

(1) MELLANBY (MAY). — Periodontal disease in dogs experimental gingivites and pyorrhea. (*Proc of the roy Society med.*, XXIV, sept. 1930, p. 1503.)

(2) DAVID-GALATZ (J.). — Avitaminoses et lésions ulcéro-membraneuses bucco-pharyngées dans lesquelles on trouve le fuso-bacille de Vincent. (*La Presse médicale*, 20 juin 1931, p. 1921.)

Dans nombre d'ulcérations aiguës bucco-pharyngées avec origines diverses d'apparence, David Galatz a pu, sans faire aucun autre traitement qu'une modification de l'alimentation, obtenir des guérisons rapides et impressionnantes.

C'est la vitamine D qui agirait favorablement — bien qu'il ne semble pas y avoir de liens fréquents entre le rachitisme et les lésions ulcéro-membraneuses bucco-pharyngées — et l'auteur se propose de reprendre ce problème et de savoir quel est le degré de la calcémie chez de tels sujets.

Lorsqu'on fait l'examen bactériologique des stomatites mercurielles ou bismuthiques on trouve avec beaucoup d'autres hôtes plus ou moins pathogènes l'association fuso-spirillaire, il n'y a rien d'étonnant à imaginer que des carences latentes en certaines vitamines ne puissent favoriser ces manifestations secondaires d'intolérance médicamenteuse. Nous trouvons dans un bel article de Mouriquand (1), sur les dystrophies inapparentes, matière à justifier l'hypothèse que nous avançons. Le maître lyonnais montre l'existence de prédystrophies et de dystrophies inapparentes dépendant de la carence de chacune des vitamines classées et dont les troubles dissimulés peuvent se révéler cliniquement sous l'action de causes très diverses.

Il est d'ailleurs encore une autre cause de carence qu'il est possible d'invoquer : c'est la syphilis elle-même, qui peut fort bien contrarier l'effet de certaines vitamines et, par exemple, agir sur les antifixateurs du calcium par l'intermédiaire sans doute de certaines glandes telles que le foie et les glandes parathyroïdes, dont le fonctionnement est souvent altéré (2).

Peut-être même est-ce à cette déficience que l'on doit les effets de l'adrénaline, si heureusement proposée par notre maître Milian pour remédier à certains accidents du 914 ? L'adrénaline, au même titre que la vitamine D est un fixateur calcique énergique.

Nous ne voulons point insister sur ces faits qui nous ont paru mériter d'être rapportés, mais qui n'ont, nous ne nous le dissimulons pas, que valeur d'hypothèse et demandent évidemment confirmation.

***

Nous n'avons, jusqu'ici, en thérapeutique syphiligraphique eu l'attention attirée vers la diététique qu'en ce qui concerne les arsénobenzènes. Chacun sait qu'il est classique dans cette cure de proscrire sinon toute alimentation dans les heures qui précèdent et qui suivent les piqûres, tout au moins de la restreindre au minimum. Chacun de nous cependant connaît des clients, qui ne renoncent en rien à leur régime habituel sans en être pour cela incommodé le moins du monde.

Si nous envisageons le rôle possible de l'avitaminose dans certaines intolérances médicamenteuses, il faut conseiller aux patients l'absorption de fruits : on sait d'ailleurs que le bon sens populaire interroge bien souvent le praticien sur cet usage, suivant en cela plus fidèlement que nous les vieilles traditions médicales.

A notre avis il ne peut y avoir aucun inconvénient à prescrire systématiquement aux individus syphilitiques en traitement la prise deux ou trois fois par semaine sinon quotidiennement de jus d'orange, de citron, de raisin ou bien des cerises, poires ou pommes selon la saison.

Ce ne sont là, nous le répétons que des faits d'étude qui ne sont appuyés que sur quelques données physio-pathologiques et sur une observation clinique.

Souhaitons pour la prophylaxie sociale de voir disparaître, par une heureuse modification du terrain, ces malades intolérants aux différents traitements, grande misère pour le médecin désarmé, qui, passant de l'arsenic au mercure ou au bismuth a l'impression de tomber de Charybde en Scylla.

(1) Mouriquand (Georges). — Les dystrophies inapparentes. (*La Presse médicale*, 19 septembre 1931, p. 1373.)

(2) Mouriquand (G.), Leulier (A.), Bernheim (M.) et Mlle Weil. — Recherches sur les antifixateurs du calcium. (*La Presse médicale*, 27 mai 1931, p. 770.)

Nouvelle contribution à la question des rétentions placentaires

Par Mme le Dr Lucie LÉON-BORCÉA

Médecin-chef à la « Maternité » de Jassy

Nous relevons, dans la présente communication, un cas qui démontre que l'on peut effectuer le curettage, non seulement dans des cas d'hémorragies post-partum avec ou sans élévation de température, mais encore lorsque la température apparaît et que l'on soupçonne une rétention. Si nous ne trouvons pas d'autre cause évidente, nous pouvons admettre qu'il existe des restes post-partum qui déclenchent l'élévation de la température. La plupart des obstétriciens soutiennent que, tant qu'il existe de la température, non seulement le curettage n'est pas indiqué, mais encore qu'il faut se garder de toucher aux restes et qu'il faut même éviter la simple exploration utérine. Lorsque le traitement médical n'a pas donné les résultats attendus, ces obstétriciens ont plutôt recours à l'hystérectomie.

De notre côté, nous soutenons que, dans la plupart des cas, les infections sont dues aux rétentions placentaires. Aussitôt que ces restes sont évacués, la température s'abaisse. Ce fait nous encourage à effectuer le curettage, même en plein frisson, et lorsque le thermomètre accuse 40°, comme ce fut le cas exposé par nous dans une communication antérieure.

Le cas relaté par nous ci-après est encore éloquent d'un autre point de vue : bien que le médecin traitant ait pratiqué l'extraction manuelle du placenta et qu'il ait prétendu qu'il n'était demeuré aucun reste dans l'utérus, on a dû néanmoins faire un curettage ultérieur.

Nous pratiquons généralement le curettage au bout de six à huit jours après l'accouchement — très rarement plus tard — or, dans le cas qui nous occupe, on nous a amené la malade trois semaines après l'accouchement : aussi avons-nous décidé tout d'abord de la soumettre au traitement médical.

Toutefois — comme nous le relatons dans notre compte rendu — après avoir examiné la malade, nous lui trouvâmes un utérus, grand, non involué, mais libre et indolore ; les culs-de-sac étaient, eux aussi, libres et indolores ; nous nous sommes alors décidée à effectuer le curettage utérin. Aussitôt après curettage, l'état général s'est amélioré ; les frissons ont disparu, le pouls et la température sont revenus à la normale. La patiente est sortie de l'hôpital complètement guérie. Ayant eu l'occasion de la revoir, il y a quelques jours, nous avons eu la satisfaction de constater qu'elle était en parfait état de bonne santé.

Observation n° du registre : 971. — Liza Z..., âgée de vingt ans, est reçue à la « Maternité » le 13 octobre 1931, présentant des symptômes de septicémie puerpérale.

Antécédents personnels. — Elle a eu la rougeole dans son enfance ; elle a eu ses premières règles à l'âge de 14 ans ; ses menstrues revenaient régulièrement tous les 28 jours, elles n'étaient pas douloureuses et la quantité en était moyenne. Elle s'est mariée à 19 ans ; son époux jouit d'une bonne santé.

Historique de la maladie actuelle. — La première année de son mariage, elle a eu une grossesse gémellaire ; elle n'avait jamais été enceinte. Pendant le temps de sa grossesse, elle a eu des nausées. Le 23 septembre 1931, elle accouche à terme. Le travail s'est effectué aisément ; les deux enfants ont été expulsés spontanément, présentation de la tête (céphalique).

Le placenta étant adhérent, il a fallu une intervention manuelle ; on a constaté une légère hémorragie au cours de la délivrance.

Quatre jours après l'accouchement, l'accouchée commença à ressentir de légères douleurs dans la région hypogastrique pendant que sa température s'élève entre 38° et 39°. Les jours suivants, la température ne s'abaisse pas et l'accouchée, en l'es-

pace de 24 heures, est secouée par trois ou quatre frissons. Cet état s'est maintenu pendant trois semaines ; ce ne fut qu'au bout de ce laps de temps qu'on se décida à la conduire à l'hôpital. Pendant tout ce temps, on l'avait traitée à l'électrargol et à la cylotropine ; on avait aussi créé un abcès de fixation.

Lorsqu'elle arrive à la « Maternité », elle est dans un assez triste état : température, 37°8 ; pouls, 120 ; langue saburrale ; légère polypnée.

On la traite d'urgence à la septicémine, à la pyoformine, à l'huile camphrée, au collargol. On la soumet à un examen minutieux : le vagin ainsi que le col utérin sont propres. L'utérus est agrandi, mais il est libre et indolore à la palpitation ; il en est de même des culs-de-sac qui sont libres et indolores. Nous avons néanmoins soupçonné la présence de restes post-partum, lesquels provoquent tous les phénomènes ci dessus mentionnes. On lui a extrait du sang en vue de l'hémoculture ; celle-ci est est restée stérile.

On a enfin procédé au curettage et l'on a trouvé de nombreux restes placentaires, puis on a installé une mèche imbibée de teinture d'iode.

Après le curettage, la température s'abaisse à 37° et le pouls accuse 100 ; la respiration est normale, la langue n'est plus chargée ; l'état général de la malade est satisfaisant.

Au bout de quatre jours, on procède à l'ouverture de l'abcès de fixation : il en sort 150 à 200 grammes de pus. Le surlendemain (sixième jour) la température de la patiente s'élève à 38°, tandis que le pouls bat à 110 ; douleurs accentuées dans les grandes articulations des membres ainsi que dans la région inguinale droite, où l'on peut parfaitement palper les ganglions inguinaux. On lui donne du salicylate de soude et on lui applique du salicylate de méthyle. Les douleurs ont persisté pendant trois ou quatre jours après quoi la température est descendue à 37°, pouls 90 ; les douleurs ont disparu ; l'état général est satisfaisant. Ensuite, la température s'est abaissée à 36°, le pouls accusant 80 ; état général très bon. Cet état s'est maintenu jusqu'à la sortie de l'hôpital (12 novembre 1931) la patiente étant en parfaite santé.

Le Cancer et le Tabac

Considérations étiologiques

Par le Dr SCHACHTER (de Bucarest)

La discussion des relations entre le tabac et le cancer, a toujours suscité des réflexions, mais c'est surtout depuis la guerre que cette question est devenue de nouveau à l'ordre du jour, probablement à cause de l'augmentation de la consommation du tabac, elle-même expliquée par des raisons d'ordre social. Nous ne pouvons pas entrer dans la discussion détaillée de ces choses, et nous passons immédiatement au fond de la question.

Nos connaissances concernant la question dont il est parlé ici, sont basées sur les données expérimentales et sur les faits certains observés en clinique humaine. Passons donc en revue ces connaissances.

1) Données expérimentales

En 1910, Kaminer et Freund, ont montré que le sérum normal possède à l'état normal une substance qui a des propriétés carcinolitiques évidentes ; seulement cette substance disparaît après traitement du sérum avec de l'extrait de tabac. Ce fait pouvait avoir une importance énorme si l'on pouvait produire chez l'animal des cancers à volonté, en frictionnant la peau avec ces extraits. Mais malheureusement, la production expérimentale de cancers cutanés n'est pas encore résolue, définitivement. Le Prof. Roffo a le premier peut-être réussi à produire chez un lapin un cancer cutané, après avoir badigeonné cet animal pendant un temps assez long.

La recherche de Brosch (1900) qui a essayé de produire un cancer cutané en faisant des frictions avec un extrait de tabac, ne peut pas avoir une grande valeur, car les proliférations obtenues, n'étaient pas des cancers, mais des simples proliférations atypiques il est vrai, qui guérissaient dans la suite, sans avoir la tendance à l'expansion anarchique, caractéristique des cancers. Kaminer avait dit entre autres que nous ne devions voir dans le tabac qu'un facteur adjuvant et rien de plus. En effet, voilà ce qu'il dit dans l'article publié avec Freund : « es ist nur ein das Carcinom begünstigender Faktor, geschaffen worden. Die Entstehung des Carcinoms bedarf aber noch eines anderen Faktors wie dies die zitierte Untersuchung der Predilektionsstellen für Carcinom erwiesen haben ».

Les recherches de Stoeber et Schminke (1910) ressemblent à celles de Brosch, car ces auteurs ont aussi obtenu avec des extraits de tabac des proliférations épithéliales atypiques, et non des vrais cancers. Mais en reprenant en 1912 leurs recherches, ils ont pu obtenir cette fois avec des extraits de tabac (et non avec de la pyridine, comme dans les premières expériences) des cancers épithéliaux. Cette fois les auteurs concluent que seulement les substances liposolubles comme l'extrait de tabac, sont capables de produire les proliférations épithéliales, dont nous venons de parler.

Après la guerre, des auteurs ont repris cette question. En effet, Hoffman et ses collaborateurs, ont montré en 1923, que des badigeonnages avec un extrait pur sans nicotine, ne sont capables de produire que des proliférations sans importance qui guérissent après la cessation des badigeonnages. Les conclusions auxquelles aboutit Helwig dans ses recherches faites en 1928 sont en tout superposables à celles de Hoffmann et de ses collaborateurs. Citons le texte des conclusions : « Tobacco tar does not seem to contain any carcinoggenic factor capable of producing limitless growth of epithelium in mice. It causes extensive ulceration which heals promptly on removal of the irritant ». Helwig a vu que le mélange d'extrait de tabac avec de l'huile d'olive est capable de produire des formations atypiques mais cette prolifération est limitée, tendant spontanément à disparaître.

A côté des auteurs qui ont admis et incriminé le tabac et la nicotine dans l'étiologie des cancers ou de certains cancers, il y a des auteurs qui s'inscrivent en faux contre cette opinion. En effet, Vorlaender a montré dans une série de recherches d'ordre thérapeutique, que l'injection de petites doses de nicotine, avait une influence nulle ou même inhibitrice sur l'évolution du cancer, et de son extension. Dans certains cas il avait remarqué une régression ou même une disparition du cancer. Il est vrai que cet auteur n'attribue pas cet effet à la nicotine qu'il a injectée, mais à une influence du système végétatif.

Leickint attribue à Laserstein une vue similaire à celle de Vorlaender et ajoute que ce dernier auteur soutient son opinion basé qu'il est sur le fait que la nicotine serait une substance similaire à la vitamine A. Nous avons cherché et trouvé que cette référence attribuée à la nicotine est purement inventée. (Il nous arrive pour la seconde fois de voir que l'on indique des sources bibliographiques fantaisistes).

Avant de passer aux données cliniques, disons encore quelques mots sur la manière d'action du tabac ou des produits dérivés du tabac. Plusieurs facteurs irritants semblent intervenir en même temps. En effet, à côté des irritations mécaniques et caloriques il faut compter avec l'irritation produite par les substances chimiques contenues dans le tabac.

En ce qui concerne le facteur mécanique, il faut tenir compte de la pression produite par la pipe, puis vient le facteur chaleur, dont l'influence nocive a été mise en évidence par Lickint et d'autres. Nous y reviendrons plus tard. En ce qui concerne le facteur chimique les recherches ont montré des faits très intéressants. Loebisch, pense par exemple que, la créosote qui existe dans la fumée de tabac, explique l'action irritante du tabac. Seulement, l'existence de cette substance dans la fumée de tabac, n'est pas certaine. Pour Philipson, la nicotine est la substance qui donne le cancer, et c'est pour cette raison qu'il a créé le

terme de « Nikotinkrebs ». Stoeber et Wacker, incriminent la pyridine de la fumée de tabac comme facteur causal des cancers produits chez l'animal. Voilà comment Bergerhoff explique le mécanisme de l'action des substances. Il invoque le fait que le contact des substances irritantes avec les muqueuses rend ces dernières hyposensibles, et comme la sécrétion salivaire est aussi arrêtée, il y a de ce chef un arrêt de l'élimination des substances toxiques et irritantes, qui à la longue donneront du cancer. Ces substances peuvent alors agir plus facilement sur les muqueuses, car elles sont partiellement liposolubles.

Jankau admet le mécanisme suivant. La fumée de tabac abaisse beaucoup la sensibilité des tissus et ainsi est créé un terrain favorable pour l'éclosion du cancer ; sur ce terrain se développent facilement des micro-organismes. De cette façon est conciliée la théorie toxique et infectieuse.

II) Données cliniques

Les auteurs sont tous d'accord à reconnaître que la fréquence du cancer cutané, siégeant sur le doigt qui vient en contact avec le cigare, est non seulement rare, mais encore exceptionnel. Seulement des auteurs comme Cheatle et Bloch, admettent que la fumée peut favoriser le cancer cutané, et que chez les ouvriers des industries de tabac, le cancer de la peau est fréquent.

Si la littérature du cancer de la peau est pauvre, celle du cancer labial est au contraire très riche. En 1795, Sœmmering a montré pour la première fois que le tabac peut intervenir dans l'étiologie du cancer labial. Une série d'auteurs ont insisté depuis sur l'importance des rapports du néo et du tabac.

Un fait important et qui est de nature à expliquer les rapports qui existent entre tabac et cancer est la constatation que la fréquence du cancer de l'atteinte labiale touche plutôt les hommes et non les femmes. Janowski rapporte que de 170 cas de cancers labiaux, un dixième seulement concernait des femmes. La même constatation est faite par Steiner, Wœrner, Benze, Butler et Melzer, etc. Certains auteurs donnent des chiffres exprimant les proportions de l'atteinte des deux sexes ; on aurait ainsi pour un cancer féminin de 7-18 cancers chez l'homme. Font exception à cette règle seulement les femmes qui fument et qui par conséquent présentent des cancers dans les mêmes proportions que les hommes. Ainsi v. Haberer dit que dans la vallée de la Puster (Tyrol) où les femmes fument aussi (la pipe), le cancer féminin serait aussi et même plus fréquent que celui des hommes. Récemment, un auteur anglais J. Pettit, dit que les femmes colorées de l'Amérique, qui ont l'habitude de fumer, présentent à cause de la fumée de tabac quatre fois plus de cancers que les femmes blanches. « The colored women, many of whom are accustomed to smoking the clay pipe, show a proportion of 1 for 4 over the white women who are not subject to this type of chronic irritation ». L'auteur admet pour expliquer le mécanisme de ce cancer, l'explication de Couch, pour lequel l'anémie est causée par la pression de la pipe et aussi par l'action de la chaleur et l'irritation des substances chimiques. Il faut d'après l'auteur toujours chercher dans les antécédents des cancéreux des lèvres, des fissures labiales, de l'herpès, ou l'irritation par du tabac. « Cancer of the lip will usually give a history of a preexisting fissure, herpès or the irritation of the chronic smoker ».

Beaucoup d'auteurs ont pu démontrer que le cancer des lèvres peut siéger sur l'endroit même où la pipe est habituellement tenue dans la bouche. A ce propos, Hansemann, rapporte le cas d'un homme qui fut opéré d'un cancer siégeant à droite, au même endroit où il tenait sa pipe dans la bouche. Après l'opération l'homme continua à fumer mais en tenant sa pipe à gauche, où ne tarda pas à se former un deuxième cancer quelque temps après. Comme corollaire de ce que nous venons de dire, ajoutons que les régions qui ont pour ainsi dire renoncé à l'emploi de la pipe, voient le cancer labial diminuer (Kraft, Czerny).

Comme cause du cancer labial on a invoqué l'emploi de pipes courtes (Vulpian, Peter, plus récemment Melzer, v. Bruns). Hulke accuse les pipes en terre, car la succion décolle la muqueuse des lèvres et permet ainsi une irritation plus directe des substances sur les tissus des lèvres. En Hongrie, Rechnitz incrimine les pipes en bois qui permettent le passage du suc de tabac, suc qui va irriter les tissus. Une contre-épreuve est donnée par le fait que le remplacement ou l'emploi d'une pièce buccale en caoutchouc, rend le cancer plus rare (Jordan).

Une autre cause possible du cancer labial, est l'irritation par les produits chimiques (nicotine et autres substances comme le CO^2, CO, alcool méthylique, pyridine, etc.). Nous avons déjà insisté sur ce point au début de cet article, quand nous disions que Philipson avait accusé la nicotine de donner naissance au cancer. Le Prof. Roffo incrimine toutes les substances contenues dans le tabac, dans la réalisation du cancer.

L'influence du facteur thermique a été mise en évidence surtout par Lickint et Lehmeann. En effet, ce dernier auteur a montré que la température de la zone de feu est de 300 degrés pour les cigarettes et de 400 degrés pour les cigares. A 1 cm. vers la bouche, la température est encore de 35 et respectivement de 70 degrés. Lickint admet aussi que les lèvres et les muqueuses buccales pourraient être le siège de cancers à cause des dégustations de mets trop chauds (solides et liquides). V. Bruns et v. Bardeleben sont du même avis.

Il semble que l'on peut conclure de ce qui a été dit que, entre cancer et tabac il y a une relation qu'on ne peut pas nier, quoique on ne peut pas non plus soutenir que le tabac est la seule cause du cancer des lèvres. Le manque ou l'exclusion du tabac diminuerait de beaucoup le nombre de ces cancers.

Le cancer lingual est, de l'avis de beaucoup d'auteurs et de Lickint aussi, plus fréquent que le cancer labial. Il frappe avec la même prédilection l'homme, plutôt que la femme. La proportion se maintient aussi aux environs de 4-10 pour une femme. Aux examens faits on constate aussi que les porteurs de ces cancers sont des fumeurs (Bloodgood, Caird, Whitehead, Paunel, Schmidt, etc.). On a encore remarqué que le cancer siège du même côté de la langue où la pipe a été tenue. Dans un cas de Kirkes et Cooles un homme voit son cancer siégeant sous la langue, correspondant à l'endroit même où ce malade tenait sa pipe dans la bouche. Butlin rapporte un cas analogue. Disons que ce cancer se voit aussi chez les mangeurs de tabac (Rapok, Bottini, Ochsner). Il ne faut pas oublier le cancer lingual se développant chez les fumeurs porteurs de leucoplasie linguale ; dans ce cas la plaque de leucoplasie est traumatisée en quelque sorte par l'action irritante du tabac.

En ce qui concerne le cancer des muqueuses buccales, leur fréquence plus grande chez l'homme est des plus nettes. Heidrich rapporte sur 266 cas, 35 de femmes dont la grande majorité sont des fumeuses ou des mangeuses de tabac. La même chose est vraie pour le cancer du pharynx, palais buccal et le cancer à point de départ gingival. Il y a déjà longtemps que v. Esmarch (1874) racontait dans les *Verhandl. Deutsch. Ges. f. Chir.*, les faits suivants concernant le rôle du tabac dans le cancer. Dans les îles du Pacifique des jeunes gens qui veulent commencer à manger du tabac, se procurent des restes non brûlés ou à moitié brûlés des pipes, les posent dans la bouche et les mastiquent pendant des heures entières. L'auteur qui rapporte cette chose dit avoir souvent vu se développer des cancers au niveau même où ces gens déposaient les masses brûlées de restes de tabac, c'est-à-dire au niveau des grandes molaires. Prinzing, rapporte des choses semblables. « Auch des Krebs der Mundhoele, usw,, zeigt bei den Negerfrauen eine hoeere Ziffer, nach anderen rührt dieses davon her dass sie oft Tabak kauen ».

Les rapports du tabac avec les cancers du tube digestif entier, surtout en ce qui concerne les cancers œsophagien et stomacal, ne sont pas très clairement définis. Des auteurs comme Lickint, Prout, Percy, Roseheim, Crépin, Flei-

BIBLIOGRAPHIE

Les enfants tuberculeux, par le Dr J. TAILLENS. Un volume in-8° couronne de 208 pages. Prix : 25 francs Editions de l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris-VIe.

Après quelques développements consacrés à l'étude du rôle de l'hérédité et de la contagion dans la tuberculose, le Prof. Taillens entre dans le vif du sujet et traite successivement les symptômes et l'évolution de la tuberculose du nourrisson et de l'enfant plus âgé. Chacun des chapitres envisage séparément les tuberculoses généralisées et les tuberculoses localisées ; parmi ces dernières, les localisations principales sont décrites : poumons plèvre, péritoine, méninges, reins. Viennent ensuite les chapitres sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de la tuberculose infantile ; celui du diagnostic traite de la cutiréaction, de la radioscopie, de la radiographie et de la recherche du B. K. Chaque fois que, pour la clarté du sujet, la chose est possible, l'auteur énumère une série de propositions qui renferment l'essence même du sujet traité et en rendent la compréhension plus facile ; la procédure à suivre, si l'on peut ainsi dire, s'y trouve de cette façon exprimée en termes clairs et condensés.

Vient enfin le chapitre de la prophylaxie et de la prémunition avec le B. C. G. L'auteur, qui n'est pas partisan de cette dernière méthode, a donné à ce chapitre, vu son actualité, un développement spécial ; rapportant une longue série de recherehes expérimentales faites par nombre d'auteurs sur les animaux, critiquant les statistiques des promoteurs du B. C. G. et en montrant les points faibles, il arrive à conclure que, contrairement à ce que l'on écrit souvent, ce procédé de prémunition n'offre pas la sécurité et ne donne pas les résultats que prétendent ses partisans. Il n'y a nul doute que ce dernier chapitre, écrit avec l'esprit le plus objectif, sans aucun parti-pris, mais arrivant à des conclusions si différentes de celles qui sont en général publiées, ne soit lu avec un intérêt tout spécial et par la suite discuté.

Deux comédies inédites : Cœur de bronze, par TRISTAN BERNARD et **Une Leçon de Monsieur Fleurant**, par le Docteur RABIER-LABICHE, édités par les Laboratoires Cortial, 15, boulevard Pasteur, Paris.

Les Laboratoires Cortial ont été bien inspirés en éditant pour le médecin, deux comédies inédites dues, l'une à Tristan Bernard, l'autre à notre confrère Rabier-Labiche, dont les chroniques empreintes d'esprit et de bon sens sont si appréciées de tous. Ces comédies, fort charmantes, sont illustrées avec beaucoup de verve et de talent par le jeune artiste Henri de Renaucourt et cette édition de luxe est remarquablement éditée par M. Dacosta.

C'est tout d'abord « *Cœur de Bronze* » de Tristan Bernard où nous retrouvons la verve, l'esprit et l'ironie charmante de l'auteur du « *Petit Café* ». Il nous montre la détresse d'une malheureuse élève du Conservatoire, Sophie Grouillot, réduite à se placer comme femme de chambre ; tout est prétexte à citations pompeuses, à déclamations dramatiques !

Le service de femme de chambre est incompatible avec l'art dramatique ! Ses maîtres lui signifient son congé. Heureusement survient le Directeur du Casino, habitué de la maison, qui engage la soubrette qui, se retournant vers ses anciens patrons, leur crie : « Rodrigue, qui l'eut dit ! Chimène, qui l'eut cru ! ».

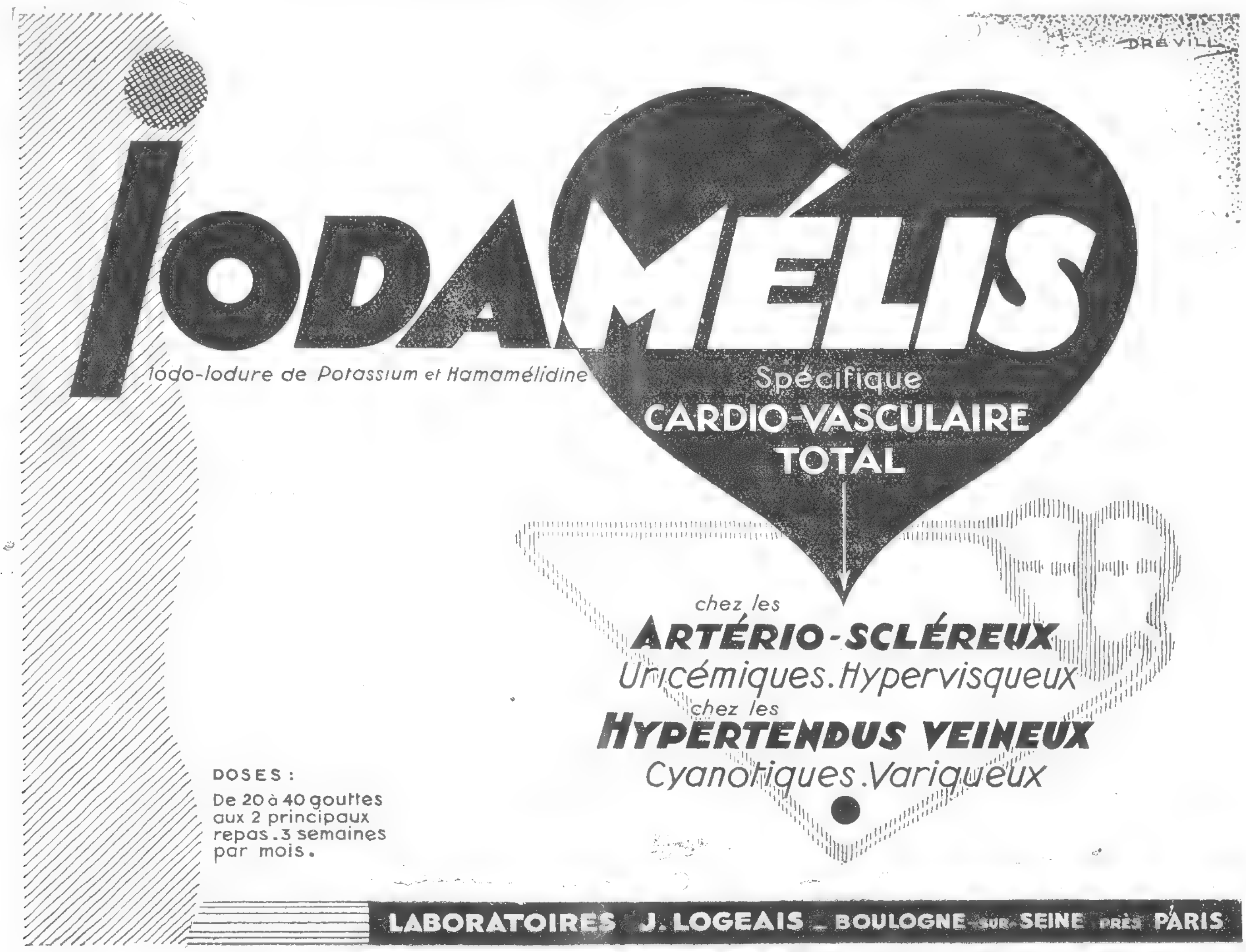
« *Une leçon de Monsieur Fleurant* » est, sur un agréable pastiche de notre grand Molière, du au talent nuancé et délicat du Docteur Rabier-Labiche. On ne saurait, sans la déflorer, conter cette leçon du maître barbier enseignant à son élève, non seulement l'art d'administrer le clystère, mais aussi la manière d'évoluer dans la clientèle recherchée des courtisans et de la haute noblesse du grand siècle. Tout y est, et pas un mot dur ou choquant ; tout y est dit en termes nuancés, en sous-entendus.

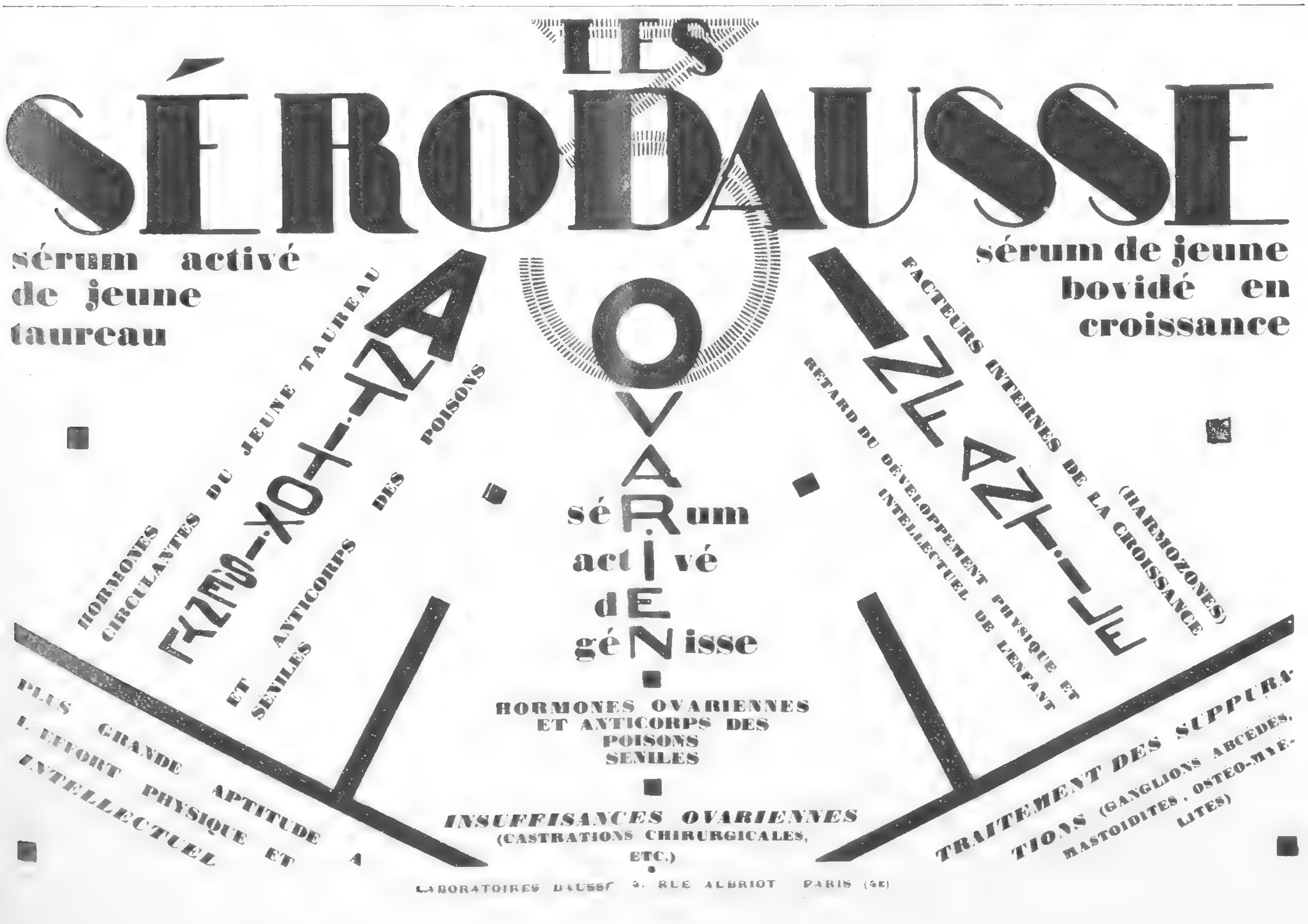
Et le XVIIIe siècle n'aurait pas renié le beau langage du Docteur Rabier-Labiche.

Il faut féliciter les Laboratoires Cortial de leur belle édition si intéressante et si luxueusement présentée.

Revue des cours et conférences. Paraît le 45 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : France, 60 fr. Boivin, édit. 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 25 janvier 1932 : A. Mattiez : L'Eglise de France en 1789 (I). Son organisation intérieure. — R. Guignard : Romanciers allemands contemporains (I) : Thomas Mann : Biographie et autobiographie. — E. Tonnelat : Lessing et Corneille, interprétation d'Aristote (II). — A. Forest : Figures et doctrines de philisophes au XIIIe siècle (III) : La philosophie dans l'ordre des Franciscains. — A. Puech : Esthétique et critique littéraire chez les Grecs (VI) : Aristote : la Poétique ; la Tragédie. — R. Bray : Chronologie du romantisme (1804-1830) (III) : Amitiés et groupes romantiques. — Paul Hazard : Variété : Une nouvelle collection de Textes français. — P. Servien : Variété : Les rythmes de timbres dans la poésie grecque.


IODAMÉLIS
Iodo-Iodure de Potassium et Hamamélidine
Spécifique
CARDIO-VASCULAIRE
TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques. Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques. Variqueux
DOSES :
De 20 à 40 gouttes aux 2 principaux repas. 3 semaines par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS — BOULOGNE-sur-SEINE près PARIS


LES
SÉRODAUSSE
sérum activé de jeune taureau
sérum de jeune bovidé en croissance
HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU ET ANTICORPS DES POISONS SENILES
sérum activé de génisse
HORMONES OVARIENNES ET ANTICORPS DES POISONS SENILES
FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE (HARMOZONES)
RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT
PLUS GRANDE APTITUDE A L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL
INSUFFISANCES OVARIENNES (CASTRATIONS CHIRURGICALES, ETC.)
TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS ABCÉDÉS, MASTOIDITES, OSTÉO-MYÉLITES)
LABORATOIRES DAUSSE 4, RUE AUBRIOT PARIS (4E)

ner, etc., sont favorables à l'idée que le tabac est capable de causer des cancers, car, disent-ils, le tabac peut donner des catarrhes de la muqueuse digestive et sur cette muqueuse irritée pourraient se développer plus tard des cancers après avoir donné naissance à des ulcérations plus ou moins sérieuses. Pour terminer avec le tube digestif disons encore un mot sur le cancer des annexes de ce tube, et spécialement, du foie. On a pensé à cet organe quand on a envisagé le problème du tabac, justement du fait que l'on connaît son rôle dans la fixation et désintoxication de certaines substances.

L'expérience classique de Lautenbach, qui injecte de la nicotine dans le sang artériel d'un animal qui succombe, mais qui reste en vie si l'on fait la même injection dans la mésentérique, démontre de façon irréfutable le rôle du foie en ce qui concerne la fixation de la nicotine. On peut admettre qu'à la longue, le foie se surmène et ne pouvant plus fixer le poison, il subira une atteinte grave, de la dégénérescence cirrhotique, et d'ici au cancer, il n'y aurait qu'un pas. La cirrhose expérimentale a déjà été produite par Guillain et Gy, en utilisant de la nicotine. Une forte présomption en faveur de la possibilité de l'origine tabagique du cancer du foie, serait pour ces auteurs la constatation que le cancer de cet organe est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Les rapports du tabac avec le cancer de l'appareil respiratoire, sont seulement en partie élucidés. En effet, le cancer du larynx est connu comme une néoformation pouvant fréquemment relever du tabac. Sa fréquence chez l'homme est très bien connue et la proportion de ce cancer est de 6 30 de cancers masculins pour un cas féminin. Il se voit aussi fréquemment chez des fumeurs. On incrimine aussi bien les cigares que le séjour dans une atmosphère de fumée, chose réalisée par certains métiers (cabarets, cafés, etc.). Voici ce que dit le Prof. Roffo à propos des relations du cancer laryngé et le tabac. « Les rapports entre tabac et cancer sont surtout étroits quand il s'agit de la localisation au niveau du larynx ». Dans son Institut le pourcentage augmente toujours chez l'homme et par contre la fréquence chez la femme est rare. Sur 7.000 cas trois femmes avaient des cancers du larynx et ces trois femmes fumaient passionnément.

Les rapports du tabac avec les cancers broncho-pulmonaires, sont très discutés maintenant. Seyfarth a vu sur 18 cas, 4 cas de néo-pulmonaire chez des ouvriers des industries du tabac. Langbein, sur 177 cas, 4 de néo chez des marchands de cigares. Borst parle du cancer pulmonaire des travailleurs en tabac, tandis que Jaeger et Kolb parlent d'une maladie professionnelle des ouvriers des industries de tabac. Expérimentalement, Mertens a réussi à produire un cancer bronchique chez une souris, en la faisant inhaler de la fumée de tabac. Ses autres souris n'ont présenté rien d'autre que des modifications de l'épithélium de revêtement des voies respiratoires. D'ici au cancer la voie ne semble pas trop longue pour Mertens. En tout cas il est le seul auteur à avoir réussi d'obtenir un cancer bronchique par voie expérimentale. Schlesinger, qui étudie la même question se montre sceptique, et il dit que la question de l'étiologie des cancers bronchiques, reste encore ouverte, que la théorie irritative n'est pas suffisante à elle seule pour expliquer tout. « Die Frage nach dre Etiologie der Bronchial (Lunge). Carcinomen bleibt nach mir ungeklärt. Die Reiztheorie als alleinige Ursache kann nicht befriedigen ; als auslesendes Moment ist sie nicht ganz als abzulehnen ». (Schlesinger).

Somme toute, voilà où nous en sommes aujourd'hui avec la question des rapports entre le tabac et le cancer. Quoique on ne puisse pas affirmer que le tabac est le seul agent des cancers là où nous l'avons vu être incriminé, nous pouvons dire qu'il est de l'avis de beaucoup, un facteur favorisant sans doute, le cancer se localisant sur les organes dont nous venons de faire l'énumération.

Au point de vue de l'hygiène et de la médecine préventive, il se dégage un fait bien net. Le médecin doit conseiller et savoir défendre de fumer tous les porteurs de cicatrices, leucoplasie buccale, ulcus stomacaux, laryngopathies, bronchites, catarrhes des voies respiratoires, etc. Ils devront éviter de rester dans des pièces où il y a de la fumée en abondance ; et enfin on les conseillera de ne pas goûter des liquides ou solides trop chauds. Il est à croire que l'observance stricte de ces mesures contribuera à rendre moins fréquent le nombre des cancers dus au tabac, et favorisera peut-être leur disparition.

BIBLIOGRAPHIE

HELWIG. — *J. amer. med. ass.*, 1928.
v. HANSEMANN. — *Z. für. Krebsf.*, vol. 17.
JORDAN. — *Z. für. Krebsf.*, vol. 19.
KAMINER et FREUND. — *Biochem. Z.*, 1920.
LICKINT. — *Z. für. Krebsf.*, 1930.
LIPSCHUTZ. — *D. mediz. Wochensch.*, 1929, n° 41.
MERTENS. — *Z. für. Krebsf.*, 1930, vol, 32.
OPITZ, VORLAENDER, JUNG. — *Münch. med. Woch.*, 1926.
PRINZING. — *Deutsche med. Woch.*, 1926.
PETTIT. — *Jour. amer. med. assoc*, 1923.
ROFFO. — *Z. für. Krebsf.*, 1931, vol. 33.
SEYFARTH. — *Deutsche med. Woch.*, 1924.

CHRONIQUE

A propos de l'abcès de fixation

L'article que j'ai écrit dans le *Progrès Médical* du 17 novembre 1931 m'a valu diverses communications que je crois utile de réproduire ici.

J'ai rencontré, l'autre jour, mon collègue Marcel METZGER, qui était interne de BONNAIRE alors que j'étais externe. BONNAIRE a été, sauf erreur, le premier accoucheur parisien à adopter la méthode de FOCHIER ; c'est de lui que METZGER et moi avons appris à la pratiquer. METZGER m'a témoigné qu'il était content de ma prose. Un autre de nos collègues étant survenu, nous avons interrompu la conversation, en sorte que METZGER n'a pu me préciser les motifs de son appprobation. Aussi je tiens à reproduire, ici, les quelques lignes qu'il a consacrées à ce procédé thérapeutique dans l'excellent livre *L'Accoucheur Moderne*, qui est si acheté par nos étudiants et qui représente, tout en étant très personnel, une excellente moyenne des opinions des accoucheurs parisiens.

« Faites, dit METZGER, un abcès de fixation précocement. Si la température monte avant le quatrième jour, faites-le aussitôt. Si elle s'élève le quatrième jour, attendez le soir du cinquième jour pour voir ; si la température s'est élevée plus haut que la veille, faites l'injection. Injectez deux centimètres cube d'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire de la face externe, partie moyenne, de la cuisse et appliquez au besoin un pansement humide chaud. Ne vous attendez pas à voir la température baisser les jours suivants (1) ; elle sera même plus élevée et ne s'abaissera que cinq ou six jours plus tard et, souvent, seulement quand vous inciserez l'abcès sur le point de s'ouvrir. Il est possible et, même probable, que la réaction thermique est due au traitement, mais ne cherche-t-on pas précisément, par ce moyen, à stimuler la défense de l'organisme ? Si l'abcès ne prend pas, le pronostic est réservé, mais c'est rare, s'il est fait à temps. Au besoin recommencez au bout de trois ou quatre jours : le second abcès prend et réveille le premier. En cas d'échec, un troisième a bien peu de chances de réussir : le cas est sans doute désespéré (infection suraiguë, pyohémie). »

(1) « C'est en grande partie parce qu'on ne fait pas confiance à cette méthode qu'elle échoue, note METZGER. On estime que la guérison n'est pas assez rapide et on fait autre chose : le traitement surajouté intempestif empêche la malade de guérir, car elle n'a pas les moyens pour faire les frais de se défendre contre une thérapeutique complexe. »

Georges AUDAIN, un très cher camarade d'internat, qui est maintenant chirurgien en chef de l'hôpital départementale de Rueil, m'a écrit une lettre dont il y a lieu de tenir le plus grand compte ; car AUDAIN a beaucoup étudié la question et est très affirmatif, beaucoup plus affirmatif que moi, sur le mode d'action de l'abcès de fixation.

« Je viens de lire dans *le Progrès Médical* ton intéressant article sur l'abcès de fixation. Cette question m'intéresse d autant plus que je m'en suis personnellement occupé et que le traitement des infections a fait le sujet de ma thèse..... Je suis, pour ma part, convaincu que, entre d'autres modes d'action possibles, l'abcès agit par leucogénèse. J'ai fait de très nombreuses numérations globulaires et ai, toujours ou presque, contaté une forte réaction leucocytaire. Mais, pour bien se rendre compte de l'effet leucogène d'un médicament, il faut procéder à cette numération toutes les deux heures ou, même, toutes les heures pendant un temps assez long. J'ai, ainsi, constaté, pour ces médicaments, créateurs de leucocytose, une phase initiale de leucopénie dont j'ignore la raison.

« J'emploie depuis de nombreuses années, maintenant, une préparation *z* (1) qui me donne des résultats excellents dans toutes les infections et, en particulier, dans les infections puerpérales, mais bien entendu à condition de l'employer aux doses voulues et suivant une technique précise. »

Un confrère de Marseille, le Dr Albert COTTE, ancien interne des hôpitaux m'a adressé la lettre suivante :

« J'ai lu avec intérêt votre article sur l'abcès de fixation dans le traitement de la fièvre puerpérale, *in Progrès Médical*, 17 novembre 1931.

« Or, à la première page, vous dites que, si l'abcès ne prend pas, on doit renouveler jusqu'à cinq ou six fois l'injection de térébenthine, et quand à la dernière fois l'abcès le plus récent prend, les autres se forment à leur tour. On risque, ainsi, sans doute, d'avoir une collection purulente énorme et épuisante pour la malade, dépassant de beaucoup ce que vous recherchez vous-même, quand surtout vous vous contenteriez peut-être d'un micro-abcès par injection d'un dixième de centimètre cube d'essence de térébenthine.

« Cette réflexion m'amène à vous communiquer une petite et récente observation avec l'idée qu'elle me suggère.

« Un de mes amis, accoucheur, opère une femme pour morcellement *in utéro* de l'enfant mort-né. Infection puerpérale, abcès de fixation à la cuisse, incision, sortie abondante de pus, puis complication pulmonaire pour laquelle il veut bien m'appeler. J'injecte une ampoule de *x* ( ) déjà employée, d'ailleurs, peu de jours auparavant ainsi que la *y* (2) Immédiatement, la suppuration me paraît augmenter au niveau de l'abcès de fixation ouvert, et je m'abstiens de recommencer, car l'état général de la malade n'était pas brillant. S'il est vrai qu'une injection de *x*... augmente la suppuration en cours, n'aurait elle pas aussi la propriété de favoriser et de hâter peut-être l afflux des leucocytes dans le voisinage de la térébenthine injectée ? N'y aurait-il donc pas là une méthode très simple de tirer des avantages plus sûrs du traitement de FOCHIER, et aussi d'éviter la répétition des injections térébenthinés quand le résultat désiré risque de se faire attendre ?

« N'ayant pas les moyens de faire des recherches bibliographiques, je me permets de vous envoyer ces quelques lignes en m'excusant auprès de vous si l'expérience a déjà prouvé que ma suggestion n'a pas de raison d'être. »

Le reproche que m'adresse M. A. COTTE de renouveler cinq à six fois les abcès est justifié et je me suis mal exprimé dans mon article du 19 novembre. Je suis d'avis de renouveler deux ou trois fois les injections de térébenthine et en les faisant au contact les unes des autres pour n'avoir qu'une seule collection à ouvrir. Telle est ma manière de faire. Mais, en écrivant mon article, j'ai pensé à un travail de GONNET où l'injection avait été renouvelée cinq fois et où, lorsque la dernière a pris, les autres prirent également en sens inverse de l'ancienneté des injections. J'ai cité cette observation intéressante comme élément d'appréciation de l'action de l'abcès et non comme conduite à tenir.

(1) Je désigne sous le signe *z* une spécialité bien connue à base de lithium.

(2) Spécialité bien connue : « pus aseptique obtenu par ponction de l'abcès térébenthiné du cheval en suspension dans une solution physiologique d'uroformine. »

(3) Autre spécialité « diformine iodobenzométhylée. »

Enfin, je reproduis une dernière lettre très intéressante qui m'a été adressée par un confrère de Soissons, le Dr VAILLANT.

« Je viens de lire votre article « de foi » à propos de l'abcès de fixation. En 1917, près de Verdun : fracas du coude, esquillectomie, après 10 cc. de sérum antitétanique. A huit jours de là, tétanos localisé au bras (40 crises et deux ou trois crises épileptiformes, par 24 heures : Breton, alcoolique). Abcès de térébenthine, ouvert au neuvième jour, neuf jours pendant lesquels rien n'a changé ; le neuvième jour et depuis, plus une crise d'épilepsie et disparition rapide des secousses locales.

« Cet abcès là m'a moi-même « fixé », et j'en use avec ferveur et discrétion.

« Il y a trois mois : rhumatismes généralisés avec 38°-40°, non améliorés après cinq semaines de thérapeutiques variées : à mon retour de vacances, deux centimètres cubes de térébenthine : le deuxième jour, les bras sortent tout seuls du lit et les mains font les marionnettes. Le neuvième jour, incision et le douzième jour, une seule séquelle temporo-maxillaire.

« Il y a quelques jours septicémie à température désordonnée, frissons multiples, rate, etc., à quinze kilomètres d'ici, le troisième jour de mes visites et soins, abcès et *y*... (1) journalière. Je n'ai pas pris le temps d'une hémoculture. Au troisième jour de l'abcès, la cause était gagnée. Mais l'abcès veut être précoce. Invoqué avec discernement, il accepte de guérir, mais refuse de miraculer : je suis son dévot. Mais, mon cher Maître, il y a pire : j'ai eu des résultats bien précieux et si nets... avec le cautère au pois d'iris : (atteintes tuberculeuses, rebelles multiples du cou que j'ai escamotées depuis dix ans, mais avec leurs cicatrices de suppuration effacées, et qui d'ailleurs à la moindre tendance cicatricielle de la suppuration thérapeutique, réapparaissent en deux ou trois jours ; un cas de paralysie générale guéri depuis trois ou quatre ans).

« Et je n'ai que trente ans d'exercice... Empirisme barbare ; mais qui sera un jour « orthodoxé » peut-être. »

Il y a trop longtemps que je lis et relis les Anciens pour ne pas être acquis à l'idée du cautère. Je n'ai pas encore osé. Mais je suis heureux de souligner l'initiative de notre confrère.

Henri VIGNES.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La prophylaxie du Cancer et le Corps médical

Certaines statistiques frappent par le nombre imposant des chiffres utilisés. Cependant, il suffit parfois de quelques faits isolés, mais éloquents, pour nous émouvoir, voire même pour nous remplir d'une angoisse indicible.

Une petite statistique peut agir à la manière d'un drame poignant, d'apparence exceptionnel, dont nous sommes non seulement témoins, mais, jusqu'à un certain point, acteurs. Dans ces cas, notre participation involontaire nous oblige à faire un retour sur nous-mêmes. Dominés par un sentiment d'inquiétude, nous éprouvons alors le besoin de procéder à une révision de nos conceptions essentielles.

Sans doute, en premier lieu, c'est le pessimisme qui envahit l'esprit critique, tourné vers un problème, troublant au plus haut degré, et qui pourtant ne doit pas nous alarmer outre mesure. Il faut, bien entendu, jeter un cri d'alarme, mais sans se décourager. Et, puisque nous parlons de la prophylaxie du cancer et du Corps médical, que ses représentants méditent sur certains documents, dans le but d'adopter une tactique, digne de leur tâche quotidienne et pour le plus grand profit de leur propre santé !

Les médecins diagnostiquent-ils précocement le cancer

(1) Voir ci-dessus.


VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
NATURELLE ET SÉLECTIONNÉE
Garantie active
et
riche en vitamines
(Facteur antirachitique
et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)
Enfants : 15 gouttes ou 1 et 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.
LABORATOIRES
DU Dr ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP
PARIS XIIe
Vivoléol
HÉMET. JEP. CARRÉ PARIS

de l'estomac sur eux-mêmes ? Voilà la question posée par un confrère américain, M. Alvarez (1), et dont la réponse mérite de retenir l'attention, pour toute une série de raisons. L'auteur a étudié l'histoire de 41 médecins, atteints de cancer de l'estomac et dont plus de la moité sont allés consulter, à la fameuse clinique Mayo, alors qu'ils étaient déjà inopérables.

Théoriquement, les médecins devraient être plus aptes que n'importe qui pour faire, sur eux-mêmes, un diagnostic précoce. Néanmoins, ils sont devenus victimes de la maladie, et en dépit des symptômes alarmants qui avaient fait leur apparition depuis longtemps. Bien souvent, rien n'avait attiré l'attention des malheureux praticiens munis d'un diplôme qui devait les mettre à l'abri de l'insouciance, bonne fille de l'ignorance.

***

Les raisons de la carence diagnostique envers soi-même, qu'il fallut payer très cher, sont multiples. *De mortuis aut nihil aut bene*, et nous ne voudrions pas accabler la mémoire d'hommes dévoués à la science médicale tombés sur le champ de bataille, à la suite d'une imprévoyance plus ou moins grave. La faute commise a été rachetée par la mort, et il n'est point besoin de chercher de circonstances atténuantes pour réhabiliter les pauvres confrères qui dorment, enfin, leur dernier sommeil.

L'indulgence, de rigueur envers les disparus, ne doit pas nous faire oublier le danger qui menace l'autorité du Corps médical, dans sa croisade de médecine préventive en général, et contre le cancer, en particulier. Si nous ne savons ou ne pouvons donner l'exemple, si la prophylaxie est un vain mot pour le médecin, comment inculquer la foi aux simples mortels qui attendent nos conseils, qui veulent les suivre et qui répètent avec nous le refrain devenu banal : guérir est bien, prévenir vaut mieux.

La statistique de M. Alvarez est un avertissement qui pourrait facilement devenir un acte d'accusation redoutable. Que l'on scrute les statistiques de mortalité touchant le Corps médical, que l'on aborde, avec toute l'ampleur voulue, le chapitre de la mort prématurée et des maladies évitables pour nous-mêmes, et l'on verra, avec un sentiment de honte, sinon de terreur, combien, entre notre théorie et notre pratique, l'abîme est grand. Il y a là pour les détracteurs, que l'on sait trop nombreux, de la profession médicale, une documentation précieuse dont ils savent s'emparer dans leurs attaques plus ou moins sournoises.

A notre époque, caractérisée par une pléthore médicale, l'action de la médecine préventive et sociale est considérée comme un moyen d'offrir un débouché nouveau aux praticiens qui végètent péniblement. Mais comment créer le courant d'opinion favorable, si les médecins eux-mêmes négligent d'appliquer des théories dont ils sont appelés à prôner les bienfaits ? Comment cultiver, dans l'esprit du public récalcitrant, la confiance indispensable si le promoteurs de l'apostolat trahissent si peu d'égards envers un dogme proclamé quasi-infaillible ? Comment rassurer les hésitants et les déséquilibrés, les peureux et tant d'autres méfiants si l'on n'a pas encore réglé les comptes soi-même, avec sa propre conscience tourmentée et tenaillée ?

***

La psychologie du médecin malade a déjà fourni l'occasion de beaucoup de railleries, mais peut-être sera-t-il utile d'aborder cette question sous un angle sérieux. Sans doute, il ne faut pas dramatiser la situation, mais il ne faut pas non plus négliger un domaine qui pourrait nous réserver des surprises ou tout au moins nous inspirer des conclusions d'un intérêt pratique.

(1) W.-C. Alvarez. — Les médecins diagnostiquent-ils précocement le cancer d'estomac sur eux-mêmes ? Etude de 41 cas. *The Journal of the American Medical Association* t. 97, n° 2, 1931.

De temps à autre, mais beaucoup trop rarement, la presse médicale donne, si l'on peut dire ainsi, des pages de pathologie auto-biographique. Ne faudrait-il pas multiplier ces essais, les systématiser et les coordonner, afin de permettre une étude d'ensemble, riche d'aperçus nouveaux au point de vue de la symptomatologie préventive.

On se gardera bien d'encombrer les périodiques par une prose banale qui ne présente aucun intérêt, à moins de vouloir tomber dans des mesquineries d'un narcissisme outrancier, mais l'on offrira une large hospitalité à ces confessions franches et douloureuses qui devront montrer l'éclosion et le développement d'un mal irréparable chez des personnes dont la tâche consiste précisément à faire du dépistage en temps utile. On appréciera mieux ainsi la valeur de certains signes prémonitoires, et on insistera, avec plus de vigueur, sur l'utilité d'une intervention thérapeutique précoce.

Malheureusement, dans certains cas, l'on verra qu'il est impossible de poser un diagnostic en temps utile. Soit que l'affection, devenue rapidement mortelle, se développe sans aucun trouble, soit que les troubles en question se présentent dans des conditions qui ne sont aucunement alarmantes, l'art médical, pourtant bien en éveil, n'est pour rien dans le dénouement tragique d'un drame atroce.

L'issue fatale, indépendante de la volonté du médecin dont la vigilance n'a, à aucun instant, fait défaut, servira de leçon aux propagandistes par trop zélés qui risquent de jeter un discrédit sur l'action préventive du médecin. Certes, ses moyens sont encore inutilisés et inexplorés, en majeure partie, mais malheureusement peut-être, plus souvent que voudra l'admettre l'amour-propre d'un spécialiste autorisé, on est obligé de s'incliner, avec un sentiment de résignation et d'impuissance, devant la maladie incurable dont il est impossible de reconnaître l'apparition menaçante et sans appel.

G. Ichok.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Pédiatrie

Il existe une forme silencieuse de la pneumonie infantile qui se caractérise essentiellement par l'absence des signes physiques classiques. Les signes généraux et fonctionnels sont présents. L'examen radioscopique montre fréquemment une ombre triangulaire, qui représente le signe capital de l'affection.

Le mutisme absolu est rare et ce qualificatif ne peut être employé que si les signes d'hépatisation (matité, souffle et râles) font défaut. Mais il existe des foyers à signes minimes, difficiles à reconnaître.

Les pneumonies silencieuses se divisent en trois types : les pneumonies silencieuses pendant toute leur durée, les pneumonies silencieuses pendant les premiers jours et les pneumonies paradoxales dans lesquelles l'examen clinique permet d'entendre des signes du côté opposé à celui où la radiologie localise le foyer qui est lui-même muet (pneumonie vraie au niveau de l'ombre, splénisation ou congestion du côté opposé.)

La pneumonie silencieuse est avant tout une pneumonie (surtout du sommet droit) observée chez le nourrisson ou l'enfant jeune.

Voici deux observations de pneumonie muette.

Observation I. — B... Paul, 11 mois, entre crèche Saint-Ferdinand le 24 décembre 1930, présentant depuis une huitaine de jours une température élevée à grandes oscillations. Mère tuberculeuse pulmonaire séparée de son enfant dès la naissance.

A l'entrée, bon état général, température à 40 degrés le soir et 37 degrés le matin. A la percussion, légère submatité en arrière dans les fosses

épineuses, s'étendant au fond de l'aisselle mais n'atteignant pas le creux sous-claviculaire. Il n'existe en aucun point du poumon de souffle ni de râles. Le murmure vésiculaire n'est pas diminué mais on perçoit au sommet droit en arrière, dans la zone submate, un retentissement du cri très net. A ce niveau la radioscopie et la radiographie montrent une ombre triangulaire intense à allure pneumonique. Evolution vers la guérison.

OBSERVATION II. — G. Suzanne, 6 ans, entre salle Sainte-Aline le 31 décembre 1930 pour syndrome méningé. Le début de l'affection s'est fait par une élévation de température et une altération de l'état général avec toux le 27 décembre. Puis des signes méningés nets avec céphalée et vomissements ont fait leur apparition.

A l'examen, prostration, raideur de la nuque et signe de Kernig manifeste, température à 40 degrés. Absolument rien à l'examen de l'appareil respiratoire. On pratique une ponction lombaire qui montre un liquide normal.

Les jours suivants, persistance de la fièvre qui tombe brusquement à 37 degrés le 2 janvier, en même temps que le syndrome méningé s'atténue. Devant cette chute de température on pratique un examen radioscopique qui montre un triangle typique du sommet droit.

Un examen respiratoire pratiqué immédiatement après la révélation radioscopique montre : en arrière dans la fosse sus-épineuse droite, submatité légère et discutable, pas de submatité en avant. Dans l'aisselle une percussion pratiquée à bout de doigt dans le fond de l'aisselle décèle une matité nette. Ni souffle ni râles. Retentissement marqué du son « hi » en avant sous la clavicule alors que le retentissement n'est pas net en arrière et dans l'aisselle.

Les jours suivants persistance de l'apyrexie et évolution vers la guérison.

Les erreurs de diagnostic sont de deux ordres. En premier lieu il faut éviter de qualifier de silencieuse une pneumonie dont les signes physiques ne paraissent absents que parce qu'ils ont été insuffisamment cherchés ; en second lieu il faut éviter de laisser passer une pneumonie devant une fièvre élevée persistante et inexpliquée.

Le pronostic est presque toujours favorable.

(G. Mouriquand et J. Savoye. La pneumonie silencieuse de l'enfant. *Journal de médecine de Lyon*, 5 novembre 1931).

Cancer

Dans l'épithélioma du sein il importe de préciser les indications et les contre-indications des interventions.

Il faut opérer tous les cancers au début, c'est-à-dire ceux qui n'ont envahi ni la peau, ni les plans aponévrotiques et musculaires profonds, ni les ganglions lymphatiques.

On peut opérer les cancers adhérents à la peau, aux muscles pectoraux et ceux qui ont déjà envahi les ganglions axillaires.

L'opération est formellement contre-indiquée en cas de généralisation viscérale ou osseuse, dans la mastite carcinomateuse des femmes jeunes et en particulier des nourrices, dans le squirrhe en cuirasse.

Il est des cas où l'opportunité de l'intervention est discutable, le squirrhe atrophique des vieilles femmes peut être respecté.

Les tumeurs bénignes (adénomes, adéno-fibrome, etc) sont toujours susceptibles de dégénérescence maligne ; aussi l'intervention chirurgicale s'impose-t-elle dans tous les cas.

(Binet. Des interventions chirurgicales dans les tumeurs du sein. *Revue médicale de l'Est*, 1 et 15 octobre 1931).

La thérapeutique du cancer du col de l'utérus constitue une question encore en pleine évolution ; la statistique suivante montre les résultats moyens sur lesquels on est en droit de compter.

1° Phase de début.

Dans ces dix dernières années 114 hystérectomies ont été pratiquées avec 5 morts ; sur les 109 autres cas, 33 ont été perdus de vue et 76 suivis plus de trois ans.

Ces 76 cas se décomposent ainsi : 29 décès, 3 récidives, 44 guérisons.

Pendant la même période 83 cancers ont été traités par la curiethérapie. Actuellement on compte, sur 66 cas suivis, 31 décès, 6 récidives et 29 guérisons.

Les cas *suivis* donnent donc 54 % de guérisons pour la chirurgie et 44 pour la curiethérapie.

A la période d'infiltration du paramètre, on a employé uniquement la curiethérapie.

Sur 172 malades, 90 ont été suivis avec les résultats que voici : 35 décès, 11 récidives, 15 guérisons depuis moins de trois ans et 29 guérisons depuis plus de trois ans.

Les cas tardifs ont été traités par la curiethérapie. Sur 227 malades 11 ont présenté de violents accidents de réaction ; sur les 216 traitées, 57 ont été perdues de vue. Le reste 159 se décompose ainsi : 136 récidives, 12 malades, non récidivées, mais traitées depuis moins de trois ans, et 11 malades, non récidivées plus de trois ans après le traitement, montrent qu'il ne faut pas perdre tout espoir.

Beaucoup de malades n'ont pu être suivies, ce qui enlève aux chiffres précédents une partie de leur valeur.

La chirurgie donne tout ce qu'elle peut, tandis que la curiethérapie n'a pas dit son dernier mot.

(Piquand et Chomet. Le traitement du cancer du col de l'utérus. *Centre médical*, octobre 1931).

Thérapeutique

La saturation aurique, véritable intoxication, dépend de la dose, tandis que l'intolérance dépend du sujet ; elle a des symptômes très particuliers, qui indiquent que l'heure est venue de suspendre les injections.

La réaction de l'organisme à la masse d'or accumulée se traduit par des signes cliniques et sanguins.

Les signes cliniques sont nombreux. Le malade n'a plus d'appétit, ne mange plus ; la langue est blanche et la digestion pénible. Ou bien c'est un sentiment de lassitude, de la courbature, de l'asthénie, de l'irritabilité, que compliquent des céphalées, des douleurs articulaires, quelquefois de la rachialgie. Ou bien encore la saturation maquille en violet, en lilas, les téguments du visage. La courbe thermique perd son équilibre, enfin le poids fléchit brusquement.

On constate alors un syndrome sanguin très particulier : élévation du nombre des globules blancs à 20.000 et polynucléose à 80 ou 85 %.

Les signes de saturation apparaissent assez brusquement, s'accentuent si l'on continue le traitement et cessent rapidement quand on arrête le traitement.

(F. Lebeuf, H. Mollard, P. Pavie. La phase de saturation dans la chrysothérapie. *Lyon médical*, 4 octobre 1931).

Médecine légale

Les barèmes d'invalidité, civils et militaires, sont inégaux et variables parfois du simple au triple ; en voici un exemple caractéristique :

Vous perdez un œil ; si vous êtes militaire vous aurez 65 % ; si vous êtes accidenté du travail ce sera 33 %, si vous n'êtes ni soldat ni ouvrier et que vous ayez eu la prévoyance et la sagesse de vous assurer à vos frais, le pourcentage tombe à 25.

Les *réflexions* de Pierre Mazel sur les barèmes sont pleins d'intérêt ; il cherche à nous démontrer comment le droit empêche l'appréciation identique et fixe un taux différent, suivant que la mutilation résulte d'un accident de rue, d'un accident du travail, d'une blessure à laquelle sont applicables les clauses d'une police d'assurance individuelle. « Ainsi est justifiée l'affirmation paradoxale en apparence, qu'un même dommage physique puisse légitimer l'attribution d'un pourcentage d'incapacité variable selon la loi ou le contrat dont les dispositions doivent être appliquées. »

Malgré son souci d'impartialité l'auteur ne peut s'empêcher de faire des réflexions amères et désabusées. Certains pourcentages sont « en désaccord avec la raison médicale avec le simple bon sens » ; il faut écarter les barèmes insuffisamment impartiaux, émanant de groupements intéressés ; la loi militaire consacre une pensée généreuse, mais insuffisamment réfléchie ; il est regrettable que la rente d'un blessé du travail diffère suivant que l'expert a dans sa bibliothèque le *Guide* d'Imbert ou le *Barème* de Mayet ; les compagnies fixent des pourcentages trop bas parce que l'assuré signe sans faire attention au barème.

L'auteur conclut en faveur du coefficient (moyen ou minimum) unique et du barème unique.

Le lecteur fera à son tour quelques réflexions et conclura que la médecine a tout à perdre à la fréquentation de la justice et, pour le moins, sa raison et son bon sens. Le médecin devrait fixer un chiffre, le même pour une même mutilation, quelle qu'en soit l'origine, quel que soit le mutilé ; aux juges ensuite de fixer le montant de l'indemnité, en appliquant les articles d'une législation à vrai dire archaïque. Chacun son métier, chacun ses responsabilités.

(P. Mazel. Réflexions à propos des barèmes. *Journal de médecine de Lyon*, 20 novembre 1931).


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou 1/2 cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS 9, Rue Castex, — PARIS (IVe)

Pathologie coloniale

Il existe un foyer de bilharziose à **Bou-Denib** ; la moyenne des infestations peut être évaluée à 55 %. La population militaire a été atteinte, dans certaines unités, à près de 80 %.

On a observé les formes classiques, les vésicules séminales ont été atteintes dans un tiers des cas, les complications ont été du domaine chirurgical (calculs) ou de la spécialité (cystite). Il existe un grand nombre de cas frustes.

Le traitement par l'émétine est inopérant ; l'émétique et la fouadine ont donné de bons résultats, sans empêcher toujours les récidives. Il est nécessaire de faire plusieurs traitements.

La prophylaxie se résume dans le dépistage, le traitement des malades et des porteurs, dans la destruction de l'hôte intermédiaire, dans la prohibition des bains et des lavages dans les points contaminés, dans la filtration de l'eau de boisson.

(G. E. Meidinger. La bilharziose dans la région de Bou-Denib. *Maroc médical*, 15 octobre 1931).

Aphorismes

La médecine n'est pas, heureusement pour elle et pour les humains, une science fixe. (J. Vergely, de Bordeaux).

Baser la valeur d'une méthode nouvelle sur l'insuccès fortuit d'une méthode classique me semble un peu imprudent. (R. Thouvenin, d'Angers).

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 janvier 1932

Rapport sur les travaux de l'hygiène de l'enfance. — *M. Lesage* présente son rapport annuel sur l'hygiène de l'enfance. Mais au lieu de lire ce travail bourré de chiffres de statistique de mortalité, il projette à l'écran 17 graphiques qui ont trait à la mortalité de l'enfant du premier âge en général, de l'enfant protégé, de l'enfant abandonné.

Il demande qu'une seule statistique soit employée, car, suivant la façon de faire, on obtient des résultats qui varient du simple au double.

La présence du virus de la maladie de Nicolas Favre dans les lésions d'un malade atteint d'ano-rectite ulcéro-végétante. — *MM. P. Ravaut, C. Levaditi, A. Lambling* et *René Cachera.* — Des travaux récents ont montré *indirectement* par l'intra-dermo-réaction de Frei, que le virus de la maladie de Nicolas-Favre paraît être la cause de certaines rectites ; mais la *preuve directe* de la présence de ce virus dans les lésions n'avait pas encore été faite.

Les auteurs donnent cette preuve en apportant les résultats positifs de l'inoculation des lésions rectales d'un malade au cobaye et au singe.

Ils montrent que le passage préalable par le cobaye paraît indispensable pour éliminer infection secondaire constante des lésions rectales. En prélevant les ganglions developpés chez le cobaye, il a été possible d'inoculer le virus ainsi purifié dans le cerveau du singe et de déterminer chez cet animal la méningo-encéphalite mortelle caractéristique du virus lymphogranulomateux.

En utilisant d'autre part le tissu ganglionnaire du cobaye comme antigène, des réactions intra-dermiques ayant la valeur de la réaction de Frei ont été produites chez des sujets atteints de lympho-granulomatose inguinale, et chez eux seulement.

Par ces faits, la présence du virus de la maladie de Nicolas-Favre dans un cas d'ano-rectite ulcéreuse et végétante paraît démontrée. La nature jusqu'alors discutée ou méconnue de certaines rectites est ainsi éclairée ; la possibilité de traitements médicaux analogues à ceux qui sont utilisés dans la maladie ganglionnaire de Nicolas-Favre, peut être envisagée pour ces rectites, et, vraisemblablement pour certains rétrécissements du rectum.

Les résultats éloignés de la gastrectomie dans le cancer de l'estomac (125 observations). — *M. Henri Hartmann.* — La possibilité de guérir chirurgicalement le cancer de l'estomac est bien établie. Mais dans quelle proportion peut-on obtenir ces guérisons. L'étude de 125 cas suivis de 1 an à 27 ans permet de répondre à cette question. Sur ces 125 cas 31 ont été suivis sans récidive pendant 1 à 27 ans, 80 sont morts de récidives presque tous au cours des deux premières années. 13 sont morts de 2 à 13 ans après la gastrectomie sans qu'on ait de renseignements précis sur la cause de la mort. Il est probable que quelques-unes de ces dernières morts sont dues à des récidives tardives.

Dans l'ensemble, on peut dire que 29 à 30 p. 100 des opérés sont restés guéris. Peut-on espérer mieux ? Oui quand les médecins feront le diagnostic du cancer de bonne heure et que les malades seront opérés immédiatement. L'étude des récidives montre que dans presque tous les cas il s'agit de récidives ganglionnaires ; il est donc nécessaire que l'opération, pour être curatrice, soit faite avant que le premier relai ganglionnaire soit passé, car au delà de lui la chirurgie ne peut rien.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 janvier 1932

Traitement de la syphilis primaire ou secondaire par la pyrétothérapie associée à la chimiothérapie. — *MM. Charles Richet* fils et *Francois Joly* ont étudié le traitement de la syphilis primaire ou secondaire par la pyrétothérapie associée à la chimiothérapie.

La fièvre était provoquée par les procédés classiques (amelcos, propidon, injection de lait, etc.), la chimiothérapie arsenicale ou bismuthique était faite à doses normales ou un peu inférieures. Avec quelques précautions, la méthode ne semble pas être dangereuse, les malades ont bien supporté cette série d'accès fébriles. Les auteurs ont étudié 24 malades : la guérison du chancre, de la roséole, des syphilides, la régression de l'adénopathie semblent plus rapides qu'avec les méthodes habituelles.

De ces vingt-quatre malades, quatre avec un Bordet-Wasserman partiellement positif, vingt avec un Bordet-Wassermann très positif, vingt-trois furent négativés au milieu ou à la fin de la première série.

Ces malades n'ont pas été traités depuis suffisamment longtemps pour que les auteurs puissent juger de l'évolution ultérieure. Cependant certains, mais non tous, qui n'ont reçu qu'une série thérapeutique (avec thermothérapie) sont revenus de deux à six mois après la fin de cette série, n'ayant plus aucun signe clinique humoral de syphilis.

La plupart de ceux qui après cette première série en ont subi une seconde, cette fois sans pyrétothérapie, ne présentaient plus de manifestations cliniques et biologiques de syphilis lors des derniers examens.

Le diagnostic et le traitement de la leishmaniose viscérale. A propos d'un cas de kala-azar méditerranéen de l'adulte suivi de guérison. — *MM. d'Œlsnitz* et *Liotard* (Nice) rapportent l'histoire détaillée d'un adulte de 36 ans, ayant vécu en différents lieux des côtes méditerranéennes, et depuis 1923 uniquement en France, qui présenta pendant plusieurs années des troubles digestifs généraux, mal expliqués, avec adjonction en 1927, d'un état anémique et d'une légère augmentation de volume du foie et de la rate.

Après une phase d'amélioration, l'état s'aggrava de nouveau en 1930 : une fièvre oscillante, une anémie modérée, une tendance progressive à l'augmentation de volume du foie et de la rate, furent les symptômes dominants constatés sans rémission pendant six mois environ. Durant ce temps, toutes les hypothèses diagnostiques y compris celle de tuberculose spléno-hépatique, sont tour à tour infirmées, et les traitements institués suivis d'insuccès.

En avril 1931, songeant à la possibilité d'un kala-azar, à évolution anormale, présomption partiellement confirmée par le laboratoire, on applique un traitement stibié d'épreuve, d'abord atténué puis plus énergique, qui provoque une guérison rapide et apparemment définitive du malade.

Comparant cette observation à l'histoire de nombreux cas infantiles et de deux cas encore inédits de kala-azar de l'adulte observés par l'un d'eux, les auteurs étudient les variations des différents éléments du syndrome clinique. Ils recherchent la

valeur respective des différentes épreuves de certitude et de présomption permettant d'établir le diagnostic de la maladie et parmi les dernières, ils font une étude critique de celles paraissant en rapport avec des modifications quantitatives ou qualificatives des albumines du sérum sanguin (formol-leucogélification ; réaction de Chopra ; Globulin Ring Test de Brahmachari, etc., etc.)

Enfin, ayant constaté chez le malade dont ils rapportent l'histoire un état de tartrostibiorésistance, il ont eu recours à l'uréa-stibamine, composé aromatique d'antimoine pentavalent découvert par Brahmachari et depuis longtemps utilisé aux Indes Anglaises, avec de multiples avantages. Ils soulignent l'action remarquablement énergique et rapide de ce produit, et discutent la pathogénie de quelques incidents, d'ailleurs bénins, survenus au cours de ce traitement, avant la guérison, apparemment définitive du malade.

Œdème aigu du poumon à forme hémoptoïque par collapsus aigu cardio-vasculaire avec hypotension. — *M. Ed. Doumer* (de Lille) apporte l'observation d un sujet de 19 ans qui présenta brusquement, après une angine d'allure banale, des signes de défaillance cardiaque aiguë avec hypotension que rien ne laissait prévoir. Le syndrome s'est compliqué d'une crise d'œdème pulmonaire à forme hémoptoïque caractérisée par une expectoration peu abondante et franchement sanglante. L'ouabaïne en injections intraveineuses donna rapidement les meilleurs résultats. Les signes de défaillance cardiaque se sont amendés en quelques jours.

Cette observation montre que l'œdème aigu du poumon, complication habituelle de la défaillance cardiaque des états hypertensifs, peut aussi se développer sur terrain d'hypotension. Elle vient à l'appui de la conception suivant laquelle le déterminisme de la crise d'œdème tient moins à l'influence mécanique de l'hypertension qui gagne le réseau vasculaire du poumon qu'à l'intervention prédominante d une excitation réflexe qui trouve son point de départ au niveau des parois du ventricule gauche, sensible à la distension, et qui retentit sur l'appareil vaso-moteur pulmonaire.

Mais l'influence mécanique de l'hypertension décide sans doute pour une large part de l'importance du processus de transudation séreuse et par conséquent de la gravité de la crise, car dans ce cas où l'hypertension n'était pas en cause le processus transsudatif est resté très discret, malgré d'importantes réactions vaso-motrices suffisamment indiquées par l'expectoration sanglante.

Œdème aigu du poumon compliquant un syndrome hydropigène d'origine thyroïdienne et cédant au traitement thyroïdien. Le rôle de l'insuffisance thyroïdienne. — *M. Ed. Doumer* (de Lille) a eu l'occasion d'assister à l'apparition de petites crises répétées d'œdème aigü du poumon chez un sujet portant d'abondants œdèmes périphériques du type des œdèmes rénaux, sans albuminurie. Le cœur était normal et les chiffres de tension normaux ; il n'est pas possible d'attribuer aux manifestations paroxystiques d'œdème pulmonaire leur déterminisme habituel. Elles disparurent ainsi que es œdèmes périphériques sous la seule influence du traitement thyroïdien, ce qui permet d'interpréter le tableau clinique comme un syndrome hydropigène d'origine thyroïdienne.

Dans une observation précédente, l'auteur a montré que l'œdème aigu du poumon peut être de cause purement neurotonique et simplement déterminé dans certains cas exceptionnels par un trouble purement fonctionnel des conditions de l'innervation vaso-motrice et de la perméabilité du réseau vasculaire du poumon ; des crises d'œdème pulmonaire qui se répétaient sans qu'on puisse incriminer la défaillance cardiaque, l'hypertension, ni l'existence de lésions d'aortite cédèrent à l'action neurotonique de la belladone, puis après une rechute, disparurent définitivement sous l'influence de l'extrait thyroïdien.

Jointe à ce fait, l'observation présente semble montrer par l'efficacité même du traitement thyroïdien qne l'insuffisance thyroïdienne peut conditionner cette perturbation neurotonique favorable à l'exsudation œdémateuse et peut être tenue pour le facteur déterminant essentiel de l'œdème aigu du poumon dans certains cas exceptiounels analogues à celui-ci.

Forme respiratoire ou asphyxique de la maladie de Heine-Medin ; étude anatomoclinique. — *MM. J. Lhermitte, Ph. Pagniez et Plichet.* — Un homme de 34 ans est pris brutalement de fatigue et de dyspnée qui nécessitent une hospitalisation immédiate. Les troubles respiratoires sont si impressionnants que l'on pratique immédiatement une injection d'ouabaïne et que l'on cherche la raison de la dyspnée dans un obstacle laryngé, du pneumothorax ou une défaillance cardiaque. Le lendemain apparaissent quelque symptômes importants : abolition des réflexes tendineux et cutanés, légère parésie du bras droit. Le malade succombe le lendemain de son entrée.

L'étude histologique montre l'existence de lésions typiques de la maladie de Heine-Médin localisées sur le bulbe et le mésodiencéphale. Les lésions inflammatoires vasculaires et extravasculaires s'accompagnent de modifications régressives très importantes de certains neurones bulbaires. Les lésions frappent avant tout les éléments de la calotte bulbo-protubérantielle et le locus niger. Fait important, la moelle, hormis le premier segment cervical, ne présente pas la moindre altération. Il s'agit donc d'une forme respiratoire ou asphyxique pure de la poliomyélite de Heine-Médin.

Plusieurs observations du même ordre ont déjà été rapportées et dans une étude récente M. Scott-Brown a dénoncé en Angleterre une épidémie frappant surtout les enfants mais, dans les faits rapportés par le neurologiste anglais on retrouve à côté de la dyspnée des perturbations motrices pharyngo-laryngées et faciales qui traduisent la localisation bulbaire.

Lhermitte et Pagniez partant de leurs constatations anatomiques se demandent quel est le mécanisme qui entre en jeu dans le trouble respiratoire qui aboutit à la mort. Incontestablement il ne s'agit pas d'une paralysie du nerf phrénique dont les centres sont normaux. On pourrait penser à une paralysie du pneumogastrique mais cette hypothèse est fragile en raison de l'absence de perturbations cardiaques. Il est beaucoup plus séduisant d'admettre, en se basant sur les travaux physiologiques récents, en particulier ceux de Finley et Papez, que la lésion intéresse ici les faisceaux de la calotte protubérantielle qui assurent les connexions entre les différents étages des centres respiratoires.

Bien qu'il n'existe pas dans le fait des auteurs une nécrose ou une dégénérescence qui permettent l'évolution suraiguë de la maladie, cette hypothèse se défend grâce au fait que les lésions inflammatoires frappent avec une électivité saisissante la région de la calotte où nous savons que cheminent les faisceaux qui président au jeu de la respiration.

Le tableau de la chorée aiguë masquant une méningite tuberculeuse. — *M. C. I. Urechia* (Cluj, Roumanie) relate l'observation d'un homme de 50 ans, chez lequel apparut le tableau d'une chorée aiguë infectieuse très caractérisée, avec si peu de phénomènes meningés que le diagnostic causal ne put être posé qu'à l'autopsie, dont il rapporte un protocole détaillé.

Un cas de silicose pulmonaire pure probable. — *M. Ch. Garin* (Lyon) relate l'observation d'un ouvrier mineur de 51 ans, atteint de silicose pulmonaire, à évolution clinique typique, avec images radiographiques caractéristiques. Les examens bactériologiques des crachats et leur inoculation au cobaye furent négatives. Sur les films radiographiques, on voit l'image d'un pneumothorax partiel du sommet droit, qui était d'ailleurs silencieux.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 16 janvier 1932

M. Parturier prend prétexte de l'érection, en Bolivie, d'un monument au médecin français Prosper Révérend, qui soigna Bolivar à la fin de sa vie, pour étudier les causes de la mort de celui-ci.

De nombreuses hypothèses ont été présentées en Amérique du Sud au cours des dernières années. Diego Carbonel les a résumées dans un travail. D'après les notes de Prosper Révérend, Bolivar aurait été soigné à l'aide de la quinine, nouvellement découverte. Il était certainement paludéen et la malaria avait créé chez lui des alternances d'anxiété et d'agitation, qui se traduisaient par des crises de désespoir. Mais il était aussi tuberculeux, et l'autopsie qui négligea l'état du foie et de la rate, montra des lésions bacillaires des poumons. L'application de vésicatoires à la nuque a fait penser à la possibilité de lésions méningées.

Enfin quelques-uns ont pensé qu'il serait mort d'intoxication par les cantharides.

M. Terson étudie ensuite l'iconographie de Fracastor et le traité « De contagionibus ». Raphaël Blanchard a épuisé la nomenclature des portraits de Fracastor. Le cabinet des

GARE D'AUTOCARS DE MÉGÈVE

Le bureau des autocars P.L.M. de Mégève, installé jusqu'ici au rez-de-chaussée de la Mairie, vient d'être transféré dans un pavillon récemment construit dans le style du pays, à l'entrée du bourg, côté Sallanches, sur la Route Nationale, et qui mérite réellement le nom de " gare d'autocars ".

Les nombreuses voitures automobiles desservant Mégève s'y arrêtent et peuvent y être garées dans le sous-sol.

Au rez-de-chaussée est installé, dans une élégante salle d'attente, un bureau de renseignements où il est possible de se procurer des billets directs et de louer des places comme à la gare de chemins de fer de Sallanches-Combloux, et une salle d'enregistrement et de livraison de bagages.

Estampes possède dix-huit de ces portraits. M. Terson en fait circuler quelques uns ainsi qu'une médaille représentant Fracastor. Le traité « De contagionibus » est une œuvre de l'âge mûr alors que le poème constituait une production de la jeunesse de l'auteur. Fracastor y expose sa conception des germes et ses premiers essais d'antisepsie. Il trempait ses lancettes dans l'onguent mercuriel avant de s'en servir.

M. Hérissay a retrouvé dans les archives de l'Eure des documents sur l'exercice illégal de la médecine, sous le consulat et l'empire. Les Empiriques sont nombreux dans toute la France au lendemain de la Révolution. Dans l'Eure leurs méfaits se multiplient. En Vendémiaire an VI, l'empoisonnement par l'arsenic, conseillé par un empirique, de deux jumeaux provoque un arrêt du Directoire départemental, qui interdit la vente des poisons. En l'an IX, le préfet de l'Eure fait dresser un état des sages-femmes, médecins et pharmaciens, autorisés à prescrire ou à vendre des drogues.

Trois épiciers de Bernay sont poursuivis pour tenir dans leurs boutiques du vitriol, du séné et de l'antimoine.

L'instruction est longue. Ils sont acquittés l'année suivante, malgré un violent réquisitoire. En Messidor an X, les médecins d'Evreux portent plainte contre le bourreau, devenu guérissseur et qui distribue des cartes de publicité. L'affaire n'a pas de suite. En Thermidor de la même année, les apothicaires de Breteuil interviennent auprès du ministre de l'Intérieur contre les épiciers. L'affaire est classée. A la même époque, Jacques-Philippe Gelin, se disant ancien chirurgien-major, vante dans un prospectus pittoresque une eau qui guérit tout et peut être appliquée intus et extra, des dragées de santé et un vulnéraire de sa composition.

Les médecins le poursuivent. L'enquête établit la fausseté de ses brevets et le préfet de l'Eure interdit la vente de ces panacées. En l'an XI, Chauvin, ancien militaire, ancien chevalier de Saint-Louis, pratique sans rémunération le traitement par les simples, qu'il dit avoir appris des médecins de l'armée, au cours de ses campagnes. Il est très aimé de ses compatriotes. Aucun témoin à charge ne peut être trouvé et *M. Hérissay* n'a découvert aucune trace des suites du procès.

Le premier qui fut condamné à cinq francs d'amende et trente-cinq francs de frais est un nommé Bellouin, charpentier à Bernay, qui empoisonna un vénérien avec un remède fabriqué par lui. De nombreux guérisseurs et rebouteux furent ensuite condamnés jusqu'à ce que les lois de Ventôse et de Germinal aient fixé les règles de l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Après la promulgation de ces lois en 1804, il n'y eut plus pendant quatre ans, que trois poursuites pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 janvier 1932

M. Georges Rosenthal présente le livre du **Docteur Dartigues**, intitulé « Para Chirurgie ». Il insiste sur l'avenir de la chirurgie esthétique et de la chirurgie endocrinienne par greffes qui reconstituera les organismes.

Travail des malades et des infirmes. — ***M. André Pecker*** présente un livre d'***Ichok*** sur « le travail des malades et des infirmes », qui, bien souvent, non seulement est possible, mais présente en lui-même une valeur thérapeutique. Ce livre fait aussi connaître les œuvres déjà existantes et les lois se rapportant à cette question.

La syphilis de l'infundibulum. — Pour ***M. Lhermitte***, la syphilis peut réaliser par ses localisations sur l'infundibulum une série de symptômes attribués autrefois à l'hypophyse. A côté du syndrome global caractérisé par la polyurie, l'adiposité, les perturbations sexuelles, la narcolepsie, il faut placer les syndromes dissociés dans lesquels une manifestation domine les autres. Chez l'enfant et l'adolescent, le syndrome adipogenital peut être l'expression de la syphilis infundibulaire.

Traitement des calculs de la vessie. — ***M. Georges Luys*** précise les divers modes de traitement en rapport avec leur volume, leur densité et leur forme.

Les *gros calculs* sont justiciables de la taille hypogastrique.

Les *calculs moyens* doivent être opérés par lithiotritie.

Pour les *petits calculs*, l'opération de choix est leur extraction par les voies naturelles, pratiquée sous la vue, avec le cystoscope à vision directe. P. PROST.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Un nouveau procédé d'anesthésie générale (Etude Clinique de Cent Anesthésies rectales par l'Avertine) G. PERRIN. Thèse, Paris 1931.

L'Avertine — couramment employée dans plusieurs pays, notamment en Allemagne — n'est connue en France que depuis les premières applications qui y furent faites par le prof. Gosset et par son élève Thalheimer. Depuis, d'assez nombreux travaux français ont été publiés et ont confirmé les bons résultats enregistrés ailleurs. La thèse de Perrin, qui porte sur cent narcoses à l'Avertine faites, pour la plupart, à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, est une intéressante contribution à l'application d'une méthode qui mérite d'être largement diffusée.

« Je n'aime pas opérer les gens qui ont peur.. » disait un chirurgien récemment disparu. L'Avertine permet de supprimer, de façon idéale, la peur de l'anesthésie si fréquente chez les opérés de tout âge ; mais elle a d'autres avantages. La narcose à l'Avertine, narcose absolument inoffensive en tant que narcose de base ou, si l'on veut, de narcose mixte, doit être complétée par l'administration d'un autre anesthésique : éther, chlorure d'éthyle, protoxyde d'azote. On peut aussi la combiner à l'anesthésie locale. Cette association permet de n'user que de quantités très minimes d'anesthésique complémentaire et, parfois même, de s'en passer pendant la plus grande partie de l'intervention. La toxicité de l'Avertine étant inférieure à celle de l'éther employé en inhalations, on conçoit l'intérêt que présente, en chirurgie générale, l'adjonction à l'Avertine de quelques bouffées d'éther réalisant une anesthésie complète d'environ deux heures, à laquelle succède une journée de quiétude parfaite pour l'opéré qui ne vomit pas, qui ne tousse pas, chez lequel les complications broncho-pulmonaires sont exceptionnelles, et qui se réveille sans avoir conservé le moindre souvenir de l'intervention qu'il vient de subir. Ce réveil euphorique est un épisode aussi bienfaisant et de même ordre que le début de l'anesthésie : l'Avertine, en effet, s'administre par voie rectale, ce qui permet de ménager les appréhensions du futur opéré et de supprimer de façon élégante le « traumatisme psychique » si redouté du malade, de son entourage, du médecin traitant et, bien entendu, aussi, du chirurgien.

On trouvera dans le récent travail de Perrin un exposé détaillé et pratique de ce nouveau et intéressant mode de narcose trop peu connu en France, et dont les applications dépassent d'ailleurs le domaine chirurgical. L. C.

Les avitaminoses et les carences frustes chez les enfants du premier âge. (*Concours médical*, 18 octobre 1931.)

Les avitaminoses frustes A, B, C, D, fréquentes chez l'enfant sont assez faciles à reconnaître si l'on se reporte aux tableaux cliniques dressés par Ribadeau-Dumas. Mais ces avitaminoses sont rarement simples. Elles se compliquent l'une l'autre, se chevauchent, compliquant ainsi le diagnostic. D'ailleurs, certaines carences de sels minéraux ou de sels aminés peuvent se surajouter aux avitaminoses pures. Le meilleur moyen de compenser les diverses insuffisances du régime du nourrisson paraît être d'y introduire des éléments végétaux tels que la carotte, l'épinard et la tomate, qui offrent l'avantage d'apporter à la fois vitamines, éléments azotés et minéraux, cellulose, etc. La difficulté réside dans la *préparation* de ces légumes. Crus, ils sont mal tolérés par le tube digestif de l'enfant. Cuits, ils ne conservent leurs qualités qu'autant qu'ils le sont dans des conditions appropriées. Il convient également, pour que le contenu des cellules végétales soit assimilé par les très jeunes enfants, que lesdites cellules soient désintégrées par un broyage très poussé.

C'est précisément un produit répondant à toutes les exigences précédentes que préparent les établissements Wander sous le nom de Veguva. Ce Veguva, dont la richesse en toutes vitamines a été établie par de nombreuses expériences biologiques, fournit en totalité les sels minéraux des légumes et une cellulose finement broyée qui agit d'une façon douce sur l'intestin, sans occasionner jamais de troubles digestifs. L'introduction du Veguva, dès le cinquième ou le sixième mois dans le régime des nourrissons bien portants, malades ou convalescents, les met à l'abri de toutes carences frustes, à condition toutefois de l'ajouter à la ration habituelle en quantité suffisante. On commencera par donner une mesure, soit 5 gr. par jour d'une même quantité, jusqu'à 25 gr. par jour, en suivant la susceptibilité propre de l'enfant. Le Veguva sera ajouté aux aliments, lait, bouillie ou purée, sans *cuisson*.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Albert Robin premier titulaire de la chaire de clinique thérapeutique médicale. — *Passage détaché de la leçon inaugurale de M. le Professeur Rathery* :

«. . . Albert Robin l'occupa le premier, et c'est le 8 mai 1906 qu'il faisait à l'hôpital Beaujon sa leçon inaugurale.

Né à Dijon le 20 septembre 1847, il succombait à l'âge de quatre-vingt-un ans, dans la propriété familiale où il s'était retiré, cachant à tous, sauf à quelques intimes, la maladie qui le minait depuis plusieurs années.

Peu de vies furent plus mouvementées et plus brillantes que celle d'Albert Robin. Fils d'un brasseur de Dijon qui voulait voir son fils reprendre l'industrie familiale, il quitta l'usine paternelle à dix-sept ans, poussé irrésistiblement vers la médecine. Son goût pour notre profession remontait à sa prime jeunesse et fut déterminé par un geste qui me fut raconté par son élève le Dr G. Baudouin et qui était autant à l'honneur du grand clinicien qui le faisait qu'à la sensibilité de l'enfant qu'il touchait si profondément.

Il était en Touraine, chez ses grands-parents, lorsqu'un des siens tomba dangereusement malade. Le médecin du pays demande en consultation Bretonneau ; pendant que ce dernier examine le malade, on réunit dans un sac de toile, en or, argent, bronze et papier les 1.000 francs des honoraires demandés ; la consultation terminée, Bretonneau enfouit le sac dans la poche de sa redingote et il va partir, lorsqu'un pauvre homme qui a appris la présence à Saint-Flovier de l'illustre médecin vient le supplier de s'arrêter à sa chaumière où sa femme succombe à la phtisie. Bretonneau s'y rend, escorté de toute la famille Robin.

Le cas est désespéré. Bretonneau recommande des viandes saignantes, des vins généreux. Mais soudain, regardant autour de lui, il remarque l'extrême misère du logis. Alors, sans que personne s'en aperçoive, sauf le petit Albert Robin qui s'est faufilé près de lui, il sort de sa poche le fameux sac et le glisse sous l'oreiller de la malade. Le geste de Bretonneau, contait plus tard Albert Robin, l'avait décidé à se faire médecin.

Il entre tout d'abord à Dijon comme modeste préparateur à la Faculté des sciences, puis il part pour Paris et travaille dans le laboratoire du baron Paul Thénard. Ces études chimiques ont marqué d'une empreinte profonde le jeune étudiant en médecine qui conserva toute sa vie un penchant très accusé pour les recherches de chimie biologique qui étaient alors dans l'enfance. C'est à l'aide des modestes ressources que lui procurent les maigres appointements de préparateur, qu'il prend ses premières inscriptions de médecine. En 1870, lorsque la guerre éclate, il est externe des hôpitaux. Dispensé comme fils de veuve il veut s'engager et on le refuse pour cause de myopie. Il part cependant pour l'Est avec le secret espoir de pouvoir être utile. Le 26 juillet, il est attaché en qualité d'aide-major de 3e classe à l'ambulance privée de Richard Mesnil qui ne tarde pas à tomber aux mains des Allemands. Sa vie devient alors une véritable épopée. Fait prisonnier le 14 août 1870, il est condamné à mort pour acte de rébellion et gracié par le grand-duc de Mecklembourg, désarmé par le sang-froid du jeune médecin. Il pénètre dans Verdun bloqué, et grâce à ses connaissances en chimie, s'occupe à la fabrication des explosifs. Sa tâche quotidienne terminée, il accompagne les sorties où, par les nuits sans lune, on tâche de surprendre les batteries ennemies et d'enclouer les pièces. Cité deux fois à l'ordre du jour de l'armée, il était à vingt-cinq ans décoré de la Légion d'honneur par le commandant de la place.

A la capitulation de Verdun, le 9 novembre, il s'évade, passe en Belgique et nous le retrouvons officier de cavalerie à l'armée de la Loire.

Pendant la Grande Guerre, nous avons vu maints exemples de semblables héroïsmes parmi les étudiants en médecine et les médecins, mais en 1870, le nombre des combattants était bien

Notez que les Spécialités du Laboratoire Freyssinge, normales et de vente légale, peuvent, comme telles, être prescrites et doivent être remboursées aux assurés sociaux.

(Cir. Min. 29 avril 1931).

moindre et la durée de l'épreuve fut plus courte. Aussi Robin avait-il acquis près de la génération médicale d'alors un véritable prestige dû à ses mois de guerre, et il conserva toute sa vie cette allure brillante d'officier de cavalerie qui convenait si parfaitement à son habitus extérieur.

La guerre terminée, après avoir hésité quelque peu à embrasser la carrière militaire, il vint à Paris retrouver sa place au laboratoire de Thénard et, en 1872, il était reçu premier à l'Internat.

Elève de Gosselin, de Gubler, de Parrot et de Jaccoud, son internat terminé, toujours porté vers les études de chimie, il travaille dans les laboratoires de Wurtz et d'Armand Gautier. Médecin des hôpitaux en 1881, agrégé en 1883 membre de l'Académie de médecine en 1887, il est nommé professeur de clinique thérapeutique en 1906 et plus tard grand officier de la Légion d'honneur.

Il ne m'est pas possible de m'étendre sur toute l'œuvre scientifique d'Albert Robin. Je ne voudrais rappeler ici que les travaux qui marquent d'une empreinte toute particulière sa vie médicale.

Il fut un des premiers à comprendre le rôle considérable qu'allaient jouer en médecine les recherches de chimie biologique, et en cela, il fut parmi nous, médecins, un véritable précurseur. Les études de chimie l'ont amené nécessairement aux recherches de thérapeutique. Directeur scientifique du *Bulletin de thérapeutique*, il publiait de nombreux travaux et était à la tête de maintes publications sur ce sujet ; les maladies de la nutrition et surtout les maladies de l'estomac retenaient plus particulièrement son attention.

Il aimait les longues formules et utilisait souvent des substances peu connues. Son étonnante mémoire lui permettait de les prescrire et nos étudiants en thérapeutique éprouveraient quelque effroi, je crois, à devoir se les rappeler.

Il fut également un précurseur en ce qui concerne la tuberculose, car il créait à Beaujon, avec Jacques Siegfried, un dispensaire antituberculeux bien modeste, mais qui devait être dans son esprit le modèle de nombreux autres organes du même type.

Son nom restera enfin toujours attaché à celui de l'hydrologie et de la climatologie. Il fut un ardent défenseur de cette science alors si délaissée et comprit l'importance des stations hydrominérales et climatiques françaises qui constituent pour notre pays une richesse inégalée.

Il fut là encore et toujours un précurseur et rendit à l'hydrologie et à la climatologie françaises des services qu'on ne saurait jamais oublier. A l'heure actuelle, l'hydrologie a conquis droit de cité ; toutes nos Facultés sont dotées de chaires où l'enseignement méthodique est donné et l'Institut d'hydrologie, grâce à l'énergique impulsion de Moureu, a été créé, destiné à la recherche scientifique.

Thérapeute et hydrologiste, tels sont certainement les plus beaux fleurons de la couronne scientifique d'Albert Robin.

Excellent clinicien, il fut un des consultants de Paris les plus brillants et les plus occupés. Mais ses études médicales ne suffisaient pas à occuper l'activité débordante d'Albert Robin. Très lié avec Gordon Benett, il écrivit dans le *New York Herald* de nombreux articles. Sous le nom de Montgenault, il y donnait des chroniques non seulement médicales, mais littéraires, et il rédigeait sous le titre de « Coups de lorgnette » des notes sur la vie parisienne.

Médecin, littérateur, il était encore industriel. Il s'occupait activement d'une entreprise de constructions mécaniques aux portes de Paris, et je me souviens qu'au temps de mon internat, mon ami F.-X. Gouraud, si tôt disparu, alors interne de Robin, me racontait les visites journalières de son patron à son usine.

De haute taille, d'une irréprochable élégance, A. Robin avec son lorgnon correctement posé sur le nez et relié au cou par un mince cordon, apparaissait au premier abord assez distant et d'une froideur un peu hautaine. Ses amis et ses élèves avaient cependant pour lui une admiration déférente et affectueuse et vantaient sa grande bonté et son extrême dévouement.

Il était dans le monde brillant causeur et conteur charmant, et on se représente ce que dut être pour ce vieillard qui avait connu au cours de sa vie tous les succès, cette déchéance progressive causée par l'implacable maladie. Il eut la consolation pourtant de voir ses amis et ses élèves fidèles, à leur maître, l'entourer de leur affectueuse sollicitude.

A Albert Robin succédait en 1921, le professeur H. Vaquez. »

Le laboratoire contre les rats à Paris. — *M. J. de la Cerisaie, dans* « La Nature » (*15 décembre* 1931, 5 *fig.*) *expose au grand pubic comment fonctionne à Paris, le laboratoire contre les rats, dirigé par le Dr Neveu.*

Avec l'aide et sous l'autorité de l'administration préfectorale, MM. Bordas, Tanon et Neveu organisèrent à Paris, le *Laboratoire des Rats*. Pénétrons donc, écrit M. J. de la Cerisaie, dans le

poste de secours désaffecté et transformé, sis sur le bas port du quai de la Conférence où il se trouve installé. Le Dr Neveu dirige le service et ses trois collaborateurs ont à leur disposition tout le bagage cynégétique indispensable pour capturer les rongeurs ainsi que les divers appareils et instruments nécessaires pour les tuer en vue d'examens bactériologiques ultérieurs. Un des agents du laboratoire va, chaque jour, poser les pièges en divers endroits.

Une camionnette automobile emporte les nasses qu'un des aides du Dr Neveu va tendre, soit au milieu du taudis d'un chiffonnier de Saint-Ouen, soit dans la cave d'une vieille maison parisienne, soit dans les sous-sols d'une épicerie de la banlieue. Chaque matin, le même véhicule rapporte le « gibier » pris pendant la nuit précédente. A son arrivée, au poste du quai de la Conférence, le piégeur dépose les nasses dans une courette, située au rez-de-chaussée du bâtiment. Puis il prend successivement chacune d'elles qu'il plonge dans un caisson étanche en tôle galvanisée, après l'avoir entourée d'un sac de toile. Ensuite l'homme enflamme des mèches soufrées qu'il dispose dans la boîte dont il remet le couvercle. Au bout d'une heure environ les rats sont asphyxiés et les puces qui les parasitaient ont abandonné le corps de leurs hôtes pour sauter sur les parois du sac de toile où on les recueillera ultérieurement aux fins d'études. Un manipulateur retire alors leurs cadavres qu'il jette dans un bac plein d'eau avant de les étendre, un à un, sur un plateau, pour les autopsier, dans une salle voisine, sise également au rez-de-chaussée.

Le laboratoire des rats, indépendamment de la chasse et de l'autopsie des rongeurs, dresse des statistiques, distribue de la pâte phosphorée et donne des conseils de protection aux propriétaires des immeubles infestés.

En France, 1530 cas de poliomyélite et 23.700 cas de diphtérie déclarés en 1930. — « Au total, en France, 1.530 cas de poliomyélite furent déclarés en 1930, chiffre très important et encore au-dessous de la réalité car les statistiques sont incomplètes. Pour le troisième trimestre seul, 1.041 cas ont été signalés. Cette recrudescence à cette période de l'année fut générale dans le monde entier, puisqu'on l'observe aussi bien avec netteté aux Etats-Unis et dans les pays voisins de la France. »

. . . .

« La diphtérie est en recrudescence en France en 1930. C'est un fait évident et les chiffres sont là pour le démontrer : 20.400 *cas déclarés en France en* 1929 et 23.700 *en* 1930.

Cette statistique doit être très voisine de la réalité, car si un certain nombre d angines banales ont été nommées diphtériques en l'absence de tout contrôle bactériologique, inversement des angines réellement diphtériques ont été méconnues, ou n'ont pas été déclarées.

Le taux de la mortalité s'est également légèrement élevé. »

(Extrait du rapport sur les épidémies de 1930 présenté par M. E. Lesné à l'Académie de Médecine, 24 novembre 1931.)

Trop de débits de boissons. — « J'ai l'occasion de parcourir fréquemment la partie de la rue Saint-Jacques qui va de l'église Saint-Jacques-du-Haut-Pas au boulevard de Port-Royal. Dans la partie comprise entre la rue des Feuillantines et la grille du Val-de-Grâce, soit sur une distance de 150 mètres à peine, on ne compte pas moins de dix débits et il en existe autant dans la partie qui s'étend du Val-de-Grâce au boulevard.

Allez dans les quartiers populeux du vieux Paris, vous retrouverez la même proportion. Qui oserait prétendre qu'une pareille abondance de débits répond à des besoins de la population ?

La vraie raison, c'est que la plupart d'entre eux sont créés par des industriels désireux de s'enrichir par n'importe quel moyen. Cherchant à mettre à profit le proverbe qui dit « que l'occasion fait le larron », ils multiplient pour l'ouvrier, les occasions de boire sans soif et de dépenser ainsi un argent qui serait plus utilement employé aux besoins de sa famille. »

(M. Sieur. Vœu concernant la réglementation de la vente de l'alcool. *Académie de médecine,* 24 novembre 1931.)

Un mot nouveau : la « parvianalyse ». — « . . . Le terme de parvianalyse que nous avons adopté préférablement à celui de semi-microanalyse comme plus élégant et de sens étymologique plus précis, veut désigner l'analyse bio-chimique effectuée sur de faibles quantités de produits : liquide biologique et réactifs. Il comporte encore, dans notre esprit, l'idée d'une réduction au minimum du temps nécessaire à l'analyse ainsi que des complications de l'appareillage et des manipulations. Autant dire que la parvianalyse représente à nos yeux une certaine rationalisation du travail de laboratoire, telle qu'on peut la pratiquer dans les petites organisations à personnel réduit . . . »

(P. Mounier. Parvianalyse clinique des urines et autres liquides de l'organisme. Technique, sémiologie, interprétation. 1 vol. Maloine, édit., 1931.)

COTE D'AZUR PULLMAN-EXPRESS

Le confortable train de luxe « Côte d'Azur Pullman-Express » circule depuis le 18 décembre dernier. Il a lieu tous les jours pendant l'hiver et permet d'aller de Paris vers la Côte d'Azur avec le maximum de rapidité et le minimum de fatigue dans d'excellentes voitures Pullman de la Compagnie Internationale des Wagons-Lits.

Départ de Paris : 9 h. ; de Lyon-Perrache : 15 h. 13.

Arrivée à Marseille-Saint-Charles : 19 h. 39 ; Toulon : 20 h. 44 ; Saint-Raphaël : 21 h. 58 ; Cannes : 22 h. 29 ; Nice : 23 h. ; Menton : 23 h. 45.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264.

Fondé en 1873. — N° 5 LE NUMÉRO : 50 Centimes 30 JANVIER 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

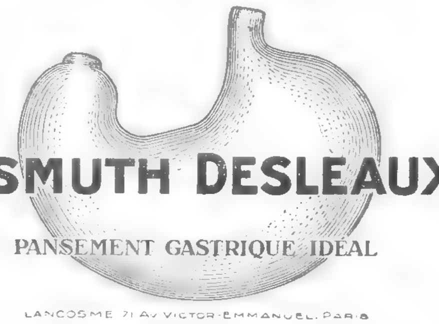
ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 · R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE



NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — Les médecins, chirurgiens, oto-rhino-laryngologistes et ophtalmologistes des hôpitaux sont pendant l'année 1932, affectés aux services suivants :

I. MÉDECINE. — A. *Service des remplacements* : 1° Hôpitaux généraux : MM. les Docteurs Garcin, Mouquin, Paraf, Pichon, Weismann ; 2° Hôpitaux d'enfants : MM. les Docteurs Costé, Levesque.

B. *Service des consultations, a)* MM. les Docteurs Gutmann, à l'Hôtel-Dieu ; Boulin, à l'hôpital de la Pitié ; Mme Bertrand-Fontaine, à l'hôpital de la Charité ; Jacquelin, à l'hôpital Saint-Antoine ; Hagueneau, à l'hôpital Necker ; Debray, à l'hôpital Cochin ; Decourt, à l'hôpital Beaujon ; Hamburger, à l'hôpital Lariboisière ; Schulmann, à l'hôpital Tenon ; Célice, à l'hôpital Laënnec ; Ravina, à l'hôpital Broussais ; Carrié, à l'hôpital Boucicaut ; Janet, à l'hôpital Trousseau ; Marquézy, à l'hôpital Bretonneau ; Turpin, à l'hôpital Hérold ; Péron, à l'hôpital Ambroise-Paré.

b) M. le Docteur Lambling, candidat bi-admissible au concours de médecin des hôpitaux assurera la consultation de l'hôpital Bichat.

II. CHIRURGIENS. — A. *Service des remplacements* : MM. les docteurs Bergeret, Monod (Robert).

B. *Service des consultations* : *a)* MM. les Docteurs Métivet, à l'hôpital de la Pitié ; Girode, à l'hôpital de la Charité ; Braine, à l'hôpital Saint-Antoine ; Rouhier, à l'hôpital Necker ; Quénu, à l'hôpital Cochin ; Leibovici, à l'hôpital Beaujon ; Bernard, à l'hôpital Lariboisière ; René Bloch, à l'hôpital Saint-Louis ; Thalheimer, à l'hôpital Ambroise-Paré.

b) Les candidats bi-admissibles au concours de chirurgien des hôpitaux, dont les noms suivent, assureront les consultations ci-dessous désignées : MM. les Docteurs Fèvre, la consultation de l'hôpital Tenon ; Reinhold, la consultation de l'hôpital Bichat.

III. OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES. — B. *Service des consultations* : *a)* MM. les Docteurs Ramadier, à l'hôpital de la Pitié ; Bloch, à l'hôpital Bretonneau ; Bouchet, à l'hôpital Ambroise-Paré ; Chatellier, à l'hôpital Claude-Bernard ; Leroux, à l'hôpital Cochin ; Aubin, à l'hospice de Brévannes et au Sanatorium de Champrosay ; Aubry, à l'annexe de l'hôpital Bichat.

b) La consultation de l'hôpital Hérold sera assurée à titre provisoire par M. le Docteur Aubry, jusqu'à l'issue du concours d'oto-rhino-laryngologiste ouvert le 29 janvier 1932.

IV. OPHTALMOLOGISTES. — A. *Service des remplacements* : M. le Docteur Hartmann.

B. *Service des consultations* : MM. les Docteurs Cerise, à l'hôpital de la Pitié ; Velter, à l'hôpital Saint-Antoine ; Bourdier, à l'annexe de l'hôpital Bichat ; Bollack, à l'hôpital Cochin ; Monbrun à l'hôpital Ambroise-Paré ; Prélat, à l'hôpital Trousseau ; Lagrange, à l'hospice de Bicêtre.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 26 janvier. — Mlle VERSINI. Etude du traitement par voie haute dans les insertions vicieuses du placenta. — M. TELLIER. Un aventurier médical au XVIIe siècle, Nicolas de Bligny. — M. VIGNERON D'HENCQUEVILLE. Traitement des grands syndromes d'excitation nerveuse par les nouveaux alcaloïdes hypotoxiques de Polonowski.

27 janvier. — M. PECHTHOLD. La névrite ischémique des membres inférieurs. — M. BERGENSTEIN. Essai de pathogénie de l'ulcère de l'estomac, déductions thérapeutiques. — M. LÉOM. Contribution à l'étude du mal de mer.

28 janvier. — M. HOROWITZ. Etude thérapeutique et pathogénique des crises gastriques du tabès. — Mlle LANDOWSKI. L'état du sang dans la diphtérie. — Mlle LÉVY. Les convulsions essentielles du nourrisson et leur pronostic.

27 janvier. — Thèses vétérinaires. — M. LOUET. Résidus de féculerie dans l'alimentation du porc. — M. CUVELLIER. Alimentation du renard argenté.

29 janvier. — Thèses vétérinaires. — M. COLLE. Castration de la jeune truie. — M. CROIZE. Influence de l'électrolyse sur les solutions de diastases.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — Réserve. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général du Roselle.

JUSTICE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Declaux (de Nantes).

Hôpitaux de Nîmes. — Un concours pour quatre places d'interne en médecine et en chirurgie aura lieu le 4 mars 1932, à l'hôpital Ruffi, 12, rue de Montpellier, à Nîmes, Les inscriptions seront reçues jusqu'au 24 février 1932 inclus, dernier délai.

Croisière de la « Revue générale des sciences » dans le monde polaire (Norvège, Spitzberg et Banquise). — Expédition touristique se rapprochant le plus du Pôle du 28 juillet au 21 août 1932, à bord du luxueux paquebot-Yacht *Prince Olav*. Conférencier : M. Georges Parmentier, chargé de mission du Gouvernement, lauréat de la Société de géographie.

ITINÉRAIRE. — Paris-Edimbourg, via Dunkerque-Tilbury. Embarquement le 29 juillet sur le *Prince Olav* à Edinbourg. En route sur Bergen puis sur Trondheim (excursion en automobile aux cataractes de Lerfossen). On passera ensuite le cercle Polaire et on atteindra le glacier Svartissen, Tromsö, le Spitzberg (visite de King's bay, Cross bay, Magdalene bay, Green Hazbour, Sassen bay, Temple bay). En poussant vers le Nord, la Banquise sera longée d'assez près avant de redescendre sur le Spitzberg et ensuite sur le Cap Nord. Escales à Hammerfest, Lyngseidet (excursion chez les Lapons). Navigation à travers les îles Lofoten. Escales à Svolvaer, à Nes (excursion en auto au lac de glace de Djupvanshytten). Après avoir escalé à Bergen et à Edimbourg et visité ces villes, retour à Boulogne le 21 août et départ pour Paris.

INSCRIPTIONS ET PAIEMENTS. — Au secrétariat de l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi.

La Compagnie des Chemins de fer P. L. M. signale au public que son Agenda artistique et littéraire ne sera pas édité en 1932.

Téléphone : Littré 14-61. (Demander à cette adresse notice détaillée).

N. B. — Le *Prince Olav* ne comportant qu'un nombre restreint de cabines, il est impossible aux organisateurs de garantir des places aux personnes qui tarderaient à retenir leur cabine après la parution de cette note.

Dispensaires de l'Aube. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires départementaux d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de l'Aube.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français, âgés de 28 ans au moins et de 50 ans au plus, à la date de l'arrêté préfectoral portant ouverture de ce concours (14 janvier 1932), avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Toutefois, la limite d'âge est reportée à 55 ans pour les médecins en fonctions depuis 5 ans au moins à la date de l'ouverture du concours, dans un sanatorium ou dans un dispensaire.

En cas de nomination le candidat prend l'engagement : *a*) de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer uniquement à ses fonctions et de ne prétendre à aucune fonction ou mandat public ; *b*) de rester en fonctions dans le département de l'Aube pendant une durée minimum de trois ans ; *c*) en cas de démission ou de nomination à un autre poste, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le département de l'Aube pendant trois mois au minimum ; *d*) en cas de cessation de ses fonctions, pour quelque motif que ce soit, de ne pas s'installer comme médecin praticien, dans le département de l'Aube, avant un délai de cinq ans.

Pour les candidats âgés de 50 à 55 ans, certificat attestant qu'ils sont en fonctions depuis 5 ans au moins, dans un sanatorium ou dans un dispensaire.

Pour être admis à prendre part au concours sur titres, les candidats devront être agréés par le Comité national de défense contre la tuberculose.

Le traitement annuel attaché à la fonction de médecin spécialisé des dispensaires départementaux est fixé à : stagiaire : 38.000 francs ; après un an de fonctions, 5e classe, 39.000 francs ; après deux ans de fonctions, 4e classe : 40.000 francs ; après quatre ans de fonctions, 3e classe : 42.000 francs ; après six ans de fonctions, 2e classe : 44.000 francs ; après huit ans de fonctions, 1re classe, 46.000 francs.

Le médecin pourra, sur sa demande, être admis à participer à la Caisse départementale des retraites.

A ce traitement s'ajoutent : 1° Une indemnité de résidence et, le cas échéant, une indemnité pour charges de famille, égales aux indemnités de même nature servies au personnel de la Préfecture ; 2° une indemnité forfaitaire annuelle de 3.500 francs pour frais de déplacement.

La demande des postulants, rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture de l'Aube (2e division), avant le 16 février 1932.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel Paris (6e).

6e Bal de la médecine française. — Le lundi -gras, 8 février 1932, à 22 heures, Maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor, Paris 5e ; à 22 h. 30 : Soirée artistique. Au programme : *Actualités médicales-Revue*, composée et interprétée par des membres du Corps médical. Dolorès de Silvera, de l'Opéra-Comique ; Souleïma, danseuse-étoile des Théâtres nationaux de l'Opéra et de l'Odéon, et son Ecole de Danse.

A minuit 30 : Souper sous la direction du Docteur Edouard de Pomiane, de l'Institut Pasteur.

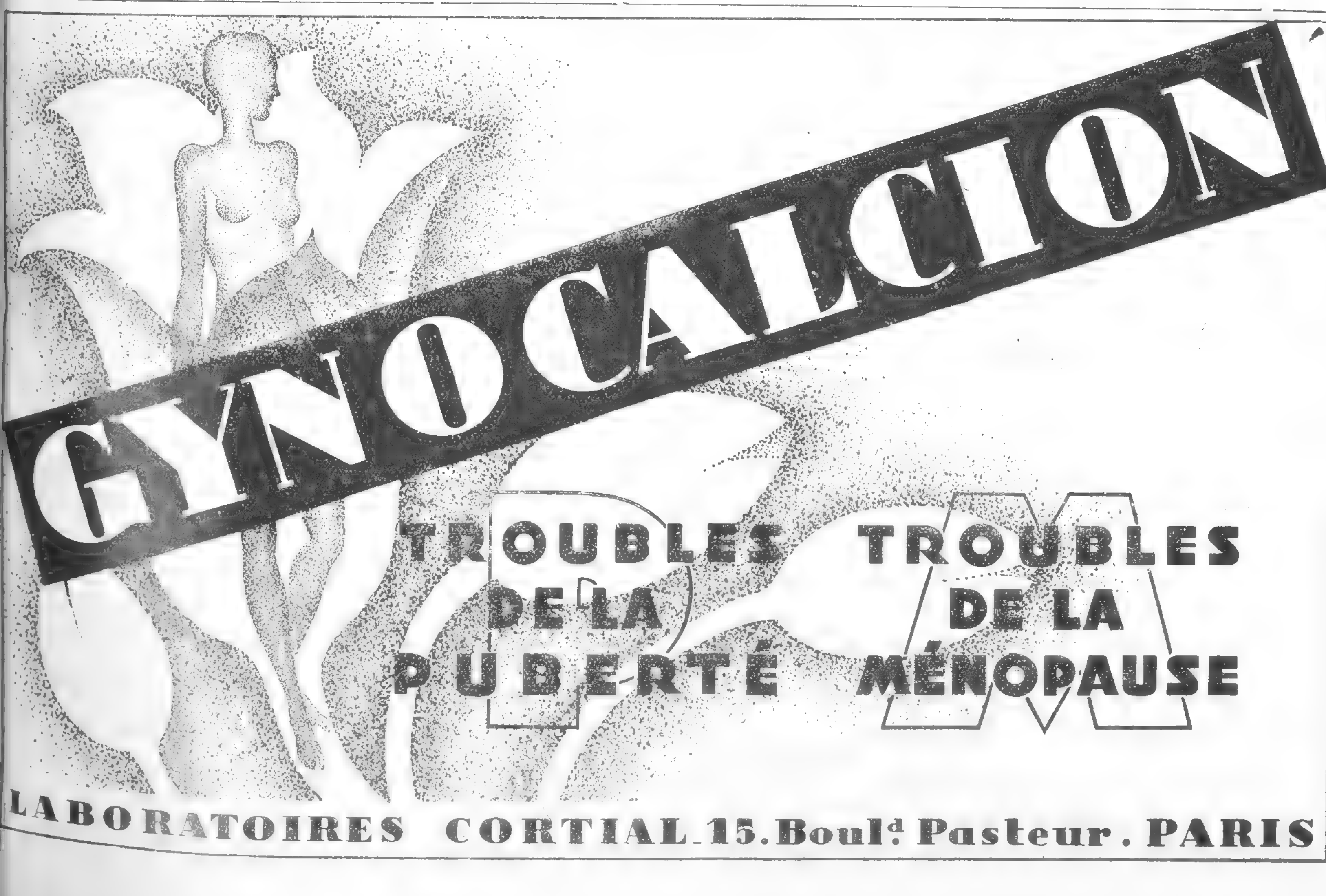
S'inscrire chez Mme Henri Labbé, 52, avenue de Saxe, 15e. Tél. Ségur : 89-16. (Prix du souper : 40 francs).

PRIX DES CARTES : bal et soirée artistique, 70 francs ; bal seulement, 50 francs. Etudiants : bal et soirée artistique, 40 francs ; bal seulement, 25 francs. 500 cartes à 30 francs, bal et soirée artistique, seront réservées aux étudiants en médecine et délivrées au siège de l'Association générale des étudiants (section de médecine), rue de la Bûcherie.

Syndicat des médecins de la Seine. — *Avis aux médecins.* — La loi française réservant aux seuls docteurs en médecine ayant dûment déposé leur diplôme d'Etat le droit de soigner les malades a été faite, nul ne doit l'oublier, pour protéger la santé publique. C'est au nom de la santé publique que nous devons en réclamer le respect, et d'abord l'observer nous-mêmes.

Or, l'Office qui fonctionne au Syndicat des médecins de la


Contre
la DOULEUR
Trichloroéthanoluréthane-
diméthylaminophénazone
infaillible et inoffensif
pour supprimer et prévenir les
états douloureux de toute étiologie
Tubes de 10 comprimés à 0 gr. 50
Conditionnement d'origine
COMPRAL
COMPRAL
COMPRAL
BAYER
C'EST UN PRODUIT
» Bayer - Meister Lucius «
CONCESSIONNAIRES EXCLUSIFS POUR LA FRANCE:
IGEPHARMA 47 bis, Avenue Hoche, PARIS (VIII•)


GYNOCALCION
TROUBLES
DE LA
PUBERTÉ
TROUBLES
DE LA
MÉNOPAUSE
LABORATOIRES CORTIAL. 15. Boul^d Pasteur. PARIS

Seine pour la répression de l'exercice illégal a maintes fois constaté et souvent avec preuves fournies par la Caisse interdépartementale d'assurances sociales (nous l'en remercions sincèrement) que certains médecins adressent à des infirmiers ou masseurs , les malades ayant besoin de soins curatifs électro-thérapiques, tels que air chaud, haute fréquence et même rayons ultra-violets.

Cela n'est pas admissible.

Est-il besoin de rappeler que, dans la pratique des accidents du travail, des traitements de ce genre, assez délicats pour figurer à la rubrique des spécialistes, ne sont autorisés qu'après accord entre médecin traitant et médecin contrôleur, qu'ils sont plus « honorés » qu'une consultation ?

Les médecins ne disposant pas du temps ou des appareils nécessaires doivent dès lors de toute évidence adresser leurs malades (assurés ou clients ordinaires) à des confrères et non à des infirmiers ou masseurs. Les renvoyer à des infirmiers ou masseurs pour des soins tels qu'électrothérapie, piqûres intra-musculaires et surtout intra-veineuses, n'est pas seulement déprécier moralement et matériellement un acte médical, et donc contrevenir aux règles de la déontologie, c'est aussi accepter une lourde responsabilité en enfreignant la loi sur l'exercice de notre profession qui nous réserve l'acte médical et spécifie bien qu'il ne peut être exécuté par une autre personne que dans un cas d'urgence, ou en notre présence et sous notre responsabilité.

Ces remarques s'adressent plus particulièrement à quelques directeurs ou médecins de cliniques et de dispensaires, qui peuvent sciemment ou inconsciemment se faire les complices de l'exercice illégal.

Nécrologie. — Dr Gilbert Lasserre, ancien chef des travaux d'histoire naturelle à la faculté de médecine de Bordeaux. — Dr Léon Louis, médecin de l'assistance à Azrou (Maroc). — Dr Sanyas, de Saint-Martin-en-Coailleux (Loire), décédé à Sanary (Var). — Fernand Debat, étudiant en médecine, fils du Dr François Debat.

« Je ne suis pas loin de considérer l'huile de cade comme un spécifique du cheveu ; il y a peu de chevelures même saines qui ne bénéficieraient de son action. » (Sabouraud. Diagnostic et traitement des affections du cuir chevelu.)

BIBLIOGRAPHIE

Le rire et la scène française, par Félix Gaiffe, professeur à la Faculté des lettres de Paris. Un vol. in-16 jésus de 296 pages 18 frs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris, 6e. Bibliothèque de la Revue des cours et conférences.

« Dis-moi de quoi tu ris, et je te dirai qui tu es». Cet aphorisme domine tout l'ouvrage ; et comme il s'applique aux collectivités aussi bien qu'aux individus, c'est toute l'évolution de la société française dont l'auteur cherche à saisir le reflet dans l'histoire de notre théâtre comique : les moyens employés pour faire rire le public assemblé sont étroitement liés à l'état des mœurs, des croyances, à la sensibilité, aux préjugés et aux modes d'une époque.

On comprend donc aisément quel caractère de nouveauté présente le nouvel ouvrage de M. Félix Gaiffe, et comment il ne fait pas double emploi avec les études d'ensemble ou de détail déjà publiées sur l'histoire de la comédie en France. Appuyé sur des lectures extraordinairement étendues et sur une longue et quotidienne expérience des choses du théâtre, l'érudit professeur trace ici les grandes lignes d'une synthèse dont la direction générale est tout à fait nouvelle : du *Jeu d'Adam* jusqu'aux dernières productions de M. Jules Romains et de M. Marcel Pagnol, c'est toujours dans ses rapports avec la psychologie du public qu'il étudie l'évolution de notre théâtre comique : il suffit de lire un chapitre comme celui qui s'intitule *Molière ou le génie captif* pour se convaincre qu'une telle orientation renouvelle les thèmes les plus rebattus.

L'auteur n'a pas prétendu, en moins de trois cents pages, épuiser la matière d'un tel sujet : dans l'ensemble, il se borne à indiquer les résultats généraux de son enquête, en ouvrant la voie à d'autres érudits qui, dans cet ordre de recherches, trouveront de quoi réunir une ample moisson de détails inédits. Sur plusieurs points pourtant, l'étude est poussée plus avant : sur le rôle des différentes scènes parisiennes dans le déclin et la renaissance de la gaîté, sur les rapports du comique avec l'esprit révolutionnaire, sur le goût du public français pour le mélange du tragique et du comique, des chapitres très circonstanciés conduiront le lecteur à des conclusions souvent inattendues et l'aideront à faire justice de certaines généralités inexactes, que les manuels se transmettent sans contrôle.

Ecrit dans un style agréable et vivant, émaillé d'anecdotes et de citations piquantes et peu connues, cet ouvrage, qui révèle de la psychologie collective autant que de l'histoire littéraire, est complété par deux index qui en rendent la consultation extrêmement facile.

TRAVAUX ORIGINAUX

Evolution du tissu testiculaire après la greffe ou la ligature du canal déférent

Par **Ed. RETTERER**
Docteur ès sciences naturelles
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris

M. H. Velu (1) vient de résumer les résultats généraux auxquels il est arrivé en ce qui concerne le sort des tissus testiculaires greffés ou privés de leur canal excréteur.

Ses conclusions sont très nettes : quelles que soient les conditions expérimentales, le tissu testiculaire meurt. Ce sont d'abord les cellules de la lignée séminale qui se nécrosent. Les tissus transplantés sont simplement réhabités par les cellules migratrices de l'hôte destinées à les résorber. La prétendue greffe testiculaire n'est qu'une insertion, une implantation, tout comme la greffe osseuse, tendineuse, nerveuse, etc.

Ces conclusions sont catégoriques. Il nous faut examiner les données sur lesquelles reposent ces déductions. Je prends les exemples mêmes choisis par M. H. Velu.

I. Tissu osseux

Un lambeau de périoste transporté dans un autre territoire organique continue *pendant un certain temps* à faire de l'os.

Ce n'est pas là le fait des cellules migratrices ou d'un souvenir ancestral ; il en est de même d'un métacarpien qu'on enlève à un jeune lapin et qu'on introduit tout entier sous la peau du dos ; le métacarpien grossit un peu, puis son volume diminue et l'os greffé se résorbe. L'explication de ces phénomènes évolutifs est très simple : le périoste transplanté continu pendant un certain temps à faire de l'os, mais l'excitation fonctionnelle faisant défaut, le périoste ne tarde pas à cesser tout travail ossificateur pendant que le tissu osseux transplanté se résorbe. L'expérience suivante confirme cette interprétation : après avoir évidé un métacarpien ou un métatarsien, on voit le périoste continuer à faire de l'os qui persiste parce que dans ce milieu naturel il subit l'excitation mécanique qui incite les éléments du périoste à se transformer en tissu osseux.

II. Glandules parathyroïdiennes

L'exemple de la glande thyroïde invoquée par M. H. Velu n'est pas moins démonstratif. Vers la fin du XIXe siècle, Cristiani a greffé des glandules parathyroïdiennes. Quelque temps après la greffe, il apparaît un point central nécrosé dans le greffon ; mais la réparation s'y produit ensuite et les glandes parathyroïdiennes conservent leur structure normale pendant deux ans chez le rat, et pendant cinq ans chez le chat.

On sait que l'extirpation des glandules parathyroïdiennes détermine la tétanie. Biedl (2) montra que, sur le chien et le chat, l'implantation de glandules parathyroïdiennes dans la rate prévient tout symptôme de tétanie, après l'extirpation de tout l'appareil thyroïdien. L'ablation de la rate lui permit de constater que les greffons parathyroïdiens avaient conservé leur structure normale pendant quatre mois, mais après la régression ultérieure des greffons elle fut suivie d'un accès de tétanie mortel.

La greffe de glandules parathyroïdiennes empruntées à un autre animal de la même espèce, empêche également tout symptôme tétanique.

D'autres expérimentateurs dont on trouvera l'indication bibliographique dans Biedl ont amplement confirmé ces résultats. Walbaum (1903), greffa à des lapins des glandules parathyroïdiennes dans la séreuse stomacale : absence de tétanie pendant cinq ou neuf mois et les greffons présentèrent au bout de ce laps de temps une structure normale.

Halsted (1908) n'implante qu'un seul corpuscule parathyroïdien qui suffit pour préserver de tout trouble tétanique. A la suite de l'extirpation faite plusieurs mois après, de tout l'appareil thyroïdien et parathyroïdien, les animaux finissent par périr de tétanie, en même temps qu'on constate la dégénérescence du greffon.

Leischner (1911) a obtenu sur le rat des résultats semblables après avoir greffé les glandules parathyroïdiennes dans les muscles abdominaux.

Concluons. — L'os greffé régresse et se résorbe par manque d'excitation fonctionnelle ; les greffons parathyroïdiens survivent et fonctionnent pendant des mois, puis se nécrosent ou plutôt se transforment en tissu conjonctif.

III. Testicules

Avant de passer à l'examen des faits, notons le procédé peu scientifique que M. H. Velu emploie pour mettre le lecteur au courant de la réalité. Dans ses premiers travaux il se contente de citer les noms et les opinions des auteurs sans mentionner l'indication de leurs publications. Dans la *Presse Médicale* il se borne à énumérer les travaux de ceux qui pensent comme lui ; mais il passe sous silence les recherches de ceux qui sont d'un avis contraire.

Il me semble que ce n'est pas, en ce qui me concerne, le lieu et la place de donner la liste des nombreuses recherches que j'ai publiées depuis plus de dix ans sur ce sujet. Je renvoie à l'index bibliographique de mes travaux qui se trouve dans mon livre intitulé « Evolution du testicule et du pancréas», 1928, p. 86 à 88.

Pour interpréter les images que l'on observe sur le testicule greffé ou privé de son canal excréteur, il est indispensable de connaître les modifications et les transformations que subit le tissu épithélial quand il évolue en tissu conjonctif. J'ai passé un demi-siècle à étudier l'histogenèse des amygdales, des follicules clos, etc., qui prennent naissance aux dépens des végétations épithéliales. J'ai expérimenté en décollant l'épiderme d'avec le derme, en pratiquant des incisions obliques sur la cornée du cobaye.

On sait depuis H. V. Wyss, Nees et Rouvier que dans ces conditions, l'épithélium qui borde les bords de la lèvre de la plaie, se multiplie et produit des bourgeons épithéliaux qui pénètrent dans la solution de continuité.

Ces histologistes les ont décrits sous le nom de *cicatrice provisoire*. En suivant l'évolution de ces bourgeons épithéliaux, j'ai constaté qu'ils se transforment en amas de protoplasma commun, homogène, semé de noyaux (syncytium nucléé) qui ne tardent pas à donner naissance au tissu conjonctif adulte.

Ces amas syncytiaux ont été vus, de longue date, mais en raison de leurs caractères morphologiques, tous les observateurs les ont pris pour des *globules blancs*, des *cellules embryonnaires* ou *migratrices* qui seraient venus pour opposer une barrière à l'envahissement du tissu conjonctif par l'épithélium.

Dans les expériences faites par S. Voronoff, j'ai trouvé des images absolument identiques. Pour citer quelques exemples (1) je renvoie à la fig. 2 (*loc. cit.* p. 340) qui

(1) *La Presse Médicale*, 14 octobre 1931, p. 1496.
(2) *Innere Sekretion*, 2e partie, page 110.

(1) Voir Retterer. De l'évolution des greffes testiculaires. *Journa d'Urologie*, p. 338 et suivantes, 1930.

montre la coupe d'un testicule de jeune bouc où les assises épithéliales des tubes séminipares se sont transformées en amas formés par un syncytium homogène. Après douze mois de greffe (fig. 3, 4, 5 et 6), les amas clairs ont diminué de volume et leurs noyaux ont pris une forme ovalaire ou allongée comme ceux du jeune tissu conjonctif.

Ce qui prouve la réalité de cette évolution et la justesse de mon interprétation, c'est que Sechi qui a expérimenté sur le lapin et dont j'ai reproduit un dessin (*loc. cit.* p. 359 fig. 7) a obtenu des images identiques sur ce dernier animal après trois mois de greffe. Il est vrai que Sechi les prend pour du tissu épithélial *dégénéré*.

C'est la même explication qu'adoptent J. Rollet et Condamin : les cellules épithéliales périssent dans les greffons du rat et irritent les cellules conjonctives du stroma interséminipare qui pénètrent dans les tubes et se substituent aux cellules épithéliales. En analysant leur mémoire et en interprétant leurs dessins, j'ai montré (*loc. cit.* 1930 p. 347) que ceux-ci donnent un démenti à leurs assertions : dans le texte ils parlent d'un *pseudo-syncytium*, qui sur leurs figures répond à mon syncytium, résultant de la transformation de l'épithélium séminipare en tissu conjonctif jeune.

J'ai relaté (*loc. cit.* 1930 p. 260) les observations de Cevolotto de Ribbert et de Leo Lœb : le premier a vu les cellules épithéliales se multiplier dans les tubes séminipares après la greffe ; le second y a décrit des cellules indifférentes, c'est-à-dire les noyaux épars dans le syncytium homogène qui succède à l'épithélium. Enfin le troisième parle d'une masse hyaline (hyalin material) ayant des caractères mésenchymateux.

Pour les classiques, jamais une cellule épithéliale d'un organe adulte ne serait capable de devenir élément conjonctif ; les histologistes actuels sont tous fixistes et cuviéristes. Il est vrai que les pathologistes commencent à changer d'avis et nombreux sont ceux qui admettent aujourd'hui la transformation de la cellule épithéliale en élément conjonctif.

H. Velu m'oppose les résultats négatifs d'Aron ; cependant cet expérimentateur a obtenu un résultat positif sur un cobaye adulte castré, bilatéralement auquel il avait greffé un testicule de cobaye âgé de deux jours : 36 jours après l'opération, le greffon avait doublé de volume. Aron explique ce fait en admettant que les cellules de Sertoli étaient en bonne vitalité, tandis que la lignée séminale avait disparu et que les cellules interstitielles avaient augmenté en quantité considérable. Jamais observateur n'a vu une cellule interstitielle se multiplier par voie mitosique ; par conséquent le tissu intestitiel n'a pu augmenter que par transformation des cellules épithéliales en tissu conjonctif. En tout cas la greffe testiculaire n'aboutit pas constamment à la nécrose, comme le veulent Rollet et M. H. Velu.

Tous les expérimentateurs qui ont pratiqué l'examen histologique ont constaté que le greffon survit durant plusieurs mois, mais voyant dans les tubes séminipares un tissu différent du revêtement épithélial, ils ont conclu à la nécrose de ce dernier.

Pour expliquer sa présence dans les tubes séminipares, ils admettent la prolifération du tissu conjonctif interséminipare et sa migration dans la lumière de ces tubes.

Les éléments du greffon sont et restent vivants ; mais placés dans d'autres conditions de milieu et de nutrition, ils se comportent comme toute matière vivante : ils modifient leur forme et leur structure, c'est-à-dire qu'ils se transforment. L'expérimentation prouve de plus que tant qu'il persiste des restes épithéliaux et du jeune tissu syncytial, issu des cellules épithéliales, le greffon exerce une action générale sur l'organisme tout comme les greffons parathyroïdiens.

Pour M. H. Vélu, le testicule évoluerait de la même façon après écrasement du cordon qu'après avoir été greffé.

Les expériences de S. Voronoff, prouvent que la résection du canal déférent entraîne dans le testicule une transformation plus lente des cellules épithéliales en tissu conjonctif que celle qu'on provoque par la greffe.

Ce résultat ne saurait surprendre, si l'on songe qu'un fragment testiculaire greffé est privé, au moins momentanément, de ses vaisseaux sanguins et de ses nerfs et placé dans un milieu différent, tandis que la section, l'écrasement ou la résection du canal déférent n'atteint ou ne ralentit que l'évolution normale de la lignée séminale.

Pour justifier cette proposition, nous nous bornons à décrire un testicule de chien dont le canal déférent a été réséqué depuis deux ans. Dans la *portion périphérique* des lobes, les tubes séminipares ont encore un diamètre de 140 à 200 μ, c'est-à-dire égal à celui du chien normal. Les cellules épithéliales y sont disposées en assises multiples autour d'un canal central à faible lumière. Les cellules épithéliales sont mal délimitées, c'est-à-dire qu'elles forment un syncytium (cytoplasma commun à nombreux noyaux). Le tissu conjonctif forme entre les tubes des tractus conjonctifs épais de 0 mm. 01 à 0 mm. 02

Dans la *portion centrale* des lobules, les tubes séminipares sont entourés d'une membrane propre accolée à celle des tubes voisins.

Ces tubes non seulement sont semblables à ceux d'un chien normal, mais un certain nombre d'entre eux contiennent des spermatides et des faisceaux de têtes de spermatozoïdes (1).

Enfin, la portion périphérique des lobules possède des tubes dont l'épithélium s'est transformé en tissu conjonctif (cellules étoilées à prolongements ramifiés et anastomotiques).

Pendant un an, ce chien avait des érections normales en présence d'une chienne en chaleur. La deuxième année, les érections diminuèrent d'intensité et de nombre.

IV. Méthode et critique

Tous ceux qui ont expérimenté ont vu que le tissu greffé (os, glandules parathyroïdiennes, testicule) continue à survivre *un certain temps* et qu'il fonctionne comme dans les conditions physiologiques. Mais le greffon placé dans d'autres circonstances se modifie et se transforme : l'épithélium glandulaire en particulier, évolue en tissu conjonctif.

Ceux qui se bornent à constater la disparition du revêtement épithélial et qui expliquent leurs résultats expérimentaux à la lumière des vieux cahiers de notes prises aux cours de leurs études scolaires, concluent à la nécrose ou à la dégénérescence des cellules épithéliales et à la substitution des cellules migratrices.

Jamais on n'a réussi à édifier un tissu ou organe nouveau à l'aide des prétendues cellules embryonnaires, migratrices ou globules blancs qui ne sont que de vieilles cellules en voie de dépérissement ou de mortification.

Qu'ils proviennent des éléments épithéliaux ou du tissu conjonctif, ils naissent et deviennent libres par fonte de leur protoplasma périphérique et continuent ensuite la même évolution régressive. La théorie des *cellules embryonnaires* chez l'adulte est un mythe. Dans les greffons parathyroïdiens et testiculaires, ce sont les cellules épithéliales en voie d'évolution ou de transformation conjonctive qui donnent naissance à ce tissu regardé à tort comme embryonnaire. Bien plus on assimile ce dernier, au point de vue évolutif et protoplasmique au tissu épithélial. C'est là une erreur profonde : jamais un tissu conjonctif qui n'est que le deuxième stade évolutif du protoplasma, ne retourne à l'état épithélial, tandis que l'épithélium est capable de se transformer en tissu conjonctif. Qu'on me per-

(1) Nous avons observé le même fait dans un greffon testiculaire emprunté à un jeune bouc en état de pré-spermatogenèse : après un an de greffe, certains tubes séminipares montraient des spermatides et des têtes de spermatozoïdes.

mette une comparaison banale : un jeune homme peut devenir un vieillard, mais jamais on n'a vu un vieillard retourner à l'état de jeune homme. Aussi M. H. Velu méconnaît-il toutes les lois évolutives, quand il écrit (*loc. cit* p. 1496) : « *Les tissus transplantés sont simplement réhabités par les cellules migratrices de l'hôte destinées à les résorber* ». Les cellules migratrices, qui ne sont que des éléments vieillis, remplaceraient les cellules épithéliales ou éléments jeunes. L'étude des tissus observés dans les conditions physiologiques prouve le contraire ; les cellules épithéliales placées dans d'autres circonstances se transformant en éléments conjonctifs.

Autre point : la greffe d'un fragment de tissu emprunté à un autre individu de la même espèce prend-elle ?

Elle réussit comme nous l'avons vu, pour les glandes parathyroïdiennes.

Pour ce qui est du testicule, M. H. Velus en doute ; c'est-à-dire qu'un greffon testiculaire emprunté à un singe ne prendrait point chez l'homme.

A l'appui de son dire, il invoque *l'adaptation* et les *différentielles* de Léo Loeb et de Eugène Gley. L'expérimentation a prouvé la vitalité de ces greffes.

S. Voronoff et plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris ont réussi grâce à la greffe de testicules de chimpanzé à améliorer l'état général de personnes débilitées physiquement et moralement : les forces musculaires se relèvent ; l'aptitude au travail devient plus grande. La mémoire qui était paresseuse devient plus vive et la puissance intellectuelle augmente.

Enfin les fonctions génitales se réveillent et les malades se félicitent de leur nouvelle vigueur.

Je ne crois pas qu'on puisse attribuer ces effets thérapeutiques qui durent un ou deux ans à la résorption d'hormones contenues dans le greffon lors de la transplantation.

Tels sont les faits qui dominent toutes les vues théoriques ou métaphysiques et qui sont confirmés par l'expérimentation pratiquée sur les animaux, de sorte qu'il est impossible de les mettre sur le compte de la suggestion. Dès que je vois les hommes de science recourir au grec et au latin pour expliquer les faits, je me méfie de leurs explications : à les entendre débiter des mots creux et vides de sens, ils paraissent profonds ; mais en réalité, ils cachent leur ignorance sous un tas de termes barbares.

Dans toute greffe de membrane tégumentaire ou de glande, la survie de l'épithélium ou du tissu conjonctif dans lequel celui-ci se transforme est prépondérante dans la pratique chirurgicale, car, continuant à exercer des échanges avec les autres organes de l'économie, ils influencent les phénomènes évolutifs de celle-ci. Ce point capital a été confirmé par Kucera (1) qui, vérifiant, les données de S. Voronoff a conclu pour ce qui concerne l'influence que la greffe testiculaire exerce sur le développement et la croissance de la laine : « Pour ce qui est de la croissance de la laine, cette influence est d'autant plus marquée que l'animal est plus âgé. »

Conclusion générale

Il y a correspondance entre les glandes génitales et les autres organes : la barbe au menton et la vigueur du mâle apparaissent avec la production de la liqueur séminale. La femelle du rossignol ne chante plus dès qu'elle couve et, vers la fin de juin le mâle se tait aussi. Si l'on enlève les testicules au taureau, la terreur des fermes, on en fait un animal doux et inoffensif qu'un enfant peut conduire comme un mouton.

Un caricaturiste a résumé l'ensemble de ces faits dans le tableau suivant : un taureau s'approche d'un bœuf qui paissait à côté d'une génisse et lui dit : « Elle est bien, celle-là ». « Je m'en f... iche, répond le bœuf. »

(1) Voir Retterer. *Journal d'Urologie* p. 561 1931.

Les anciens expliquaient ces manifestations en admettant que la liqueur séminale qui formait les hommes, leur donnait en même temps la barbe au menton, ainsi que la vigueur masculine, de même qu'elle modifiait le cerveau des oiseaux et incitait le coq et le rossignol à chanter.

La femelle élaborait de même, à leurs yeux, une liqueur ou une semence qui produisait un effet analogue.

L'expérimentation montra plus tard que les choses se passent différemment : les éléments qui constituent les glandes génitales produisent, d'une part, la liqueur séminale du mâle et l'œuf de la femelle, et d'autre part, les principes qui modifient l'organisme.

Si l'on enlève à un jeune coq, qui n'a pas encore de sperme, les deux testicules, sa crête, ses barbillons, ses oreillons resteront rudimentaires comme chez la poule. Ce chapon ne chantera plus et ne se battra pas avec les autres coqs. Après avoir châtré un coq adulte, on le verra peu à peu prendre les caractères physiques et psychiques du chapon que nous venons de décrire. Qu'on transplante ensuite dans la cavité péritonéale de ces chapons un testicule de coq adulte, on déterminera chez eux la réapparition du chant et du caractère agressif, en même temps que la crête et les barbillons reprendront un développement aussi notable que chez le coq entier.

La greffe testiculaire pratiquée sur les mammifères aura des suites semblables, comme nous l'avons décrit plus haut : le greffon d'un bouc sur un bouc castré, celui d'un bélier sur un bélier castré ou un testicule de chimpanzé, greffé à un homme débilité, évolueront en un an ou deux ans, en un nodule fibreux, mais durant tout le temps de cette transformation, on observera sur le porte-greffe un renouveau d'énergie physique et psychique.

Quelles sont les parties ou quels sont les éléments du testicule qui président à cette rénovation ? Par l'étude microscopique de greffons datant de plusieurs jours, de quelques semaines ou de plusieurs mois, on acquiert la preuve que dans le nouveau milieu où ils sont transportés, leurs éléments constitutifs continuent à vivre ; mais, en raison du changement de circonstances, l'épithélium des tubes séminipares cesse d'édifier des spermatozoïdes et se borne à évoluer en tissu conjonctif. Cependant tout le temps que dure cette évolution, c'est-à-dire cette transformation, l'épithélium fait des échanges avec le sang et y verse des principes qui agissent sur les autres tissus de l'organisme. C'est là ce qui explique l'influence que le greffon testiculaire exerce sur le porte-greffe.

Pareille influence bienfaisante n'a qu'une durée limitée, c'est-à-dire qui finira dès qu'il n'existera plus de cellules épithéliales en voie de transformation conjonctive.

Une fois que le greffon aura évolué en un nodule fibreux, il ne sera plus qu'une masse inerte au point de vue de son action générale sur l'organisme.

L'amygdalectomie totale. — « ... Chaque jour l'amygdalectomie totale gagne du terrain et ses résultats ont aujourd'hui conquis la majeure partie des jeunes spécialistes. Ainsi, nous touchons peut-être à la liquidation d'un problème posé depuis l'antiquité. En France, il est encore des centres de résistance et non des moins réputés. Nous le regrettons d'autant plus qu'une des premières techniques visant à l'ablation totale de l'amygdale, d'où découlent beaucoup de procédés étrangers, est partie d'Orléans, nous avons nommé *la méthode de Vacher.* » (Portmann et Jean Lapouge (de Nice). L'amygdalectomie totale. *Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales*, n° 20.)

Une hormone placentaire, que Collip a extrait par l'action de l'acide sulfosalycilique (*Canadian médical Ass. Journ.*-juin 1930, p. 181) est active *per os*, n'est pas modifiée par la pepsine, ni par la trypsine. Elle n'agit nettement qu'en cas d'insuffisance ou d'absence de l'ovaire. Collip croit que la substance active est élaborée par le placenta et, non pas, stockée par lui après origine hypophysaire.

H. V.

Quelques exemples de traitement par le Bactériophage

Par

Edouard PEYRE et **M. BRAUNBERGER**

Chef de laboratoire
à la Faculté de Médecine.

Si récente qu'en soit la découverte de d'Hérelle, cette méthode thérapeutique n'en est plus à ses débuts, puisque nombreuses sont les applications réalisées tant dans les infections locales : furoncles, abcès, ostéomyélite, etc., que dans les infections générales ou même les grandes épidémies.

Voici quelques exemples où tous les autres traitements biologiques ou chimiques ayant échoué, le bactériophage fut employé en dernier ressort.

A. Furonculose

1° *Mme Gra...* souffre depuis six mois d'une série de furoncles à différentes localisations : nuque, mains, sein.

Dans un abcès du sein, le pus prélevé présente une réaction leucocytaire polynucléée franche. Les germes très nombreux sont des staphylocoques blancs retrouvés en culture pure aux ensemencements et contre lesquels un bactériophage est préparé. Une seule injection intra-musculaire à la fesse et quelques gouttes d'une seconde ampoule dans chaque furoncle suffit à provoquer une guérison sans récidive.

2° *Mr. Lar...* est atteint de furonculose depuis plusieurs mois ; ce sont tantôt de gros abcès profonds, tantôt de petits éléments disséminés, certains même ne représentant que la forme banale des dermites pustuleuses.

Le pus recueilli contient de nombreux polynucléaires.

La flore microbienne est constituée de cocci assez polymorphes qui ont présenté une résistance à l'action bactériophagique et pour lesquels plusieurs passages furent nécessaires à l'adaptation du bactériophage.

Ce bactériophage enfin obtenu est employé localement dans les pustules ou dans les furoncles, aucun nouvel élément n'est réapparu depuis.

3° *Mme Cos...* Il s'agit de furoncles multiples qui se propagent depuis deux ans chez une femme obèse. Le pus recueilli dans un des abcès est constitué de polynucléaires et de débris cellulaires. Les germes, très nombreux, sont des staphylocoques immédiatement sensibles à l'action du bactériophage et dont quelques gouttes instillées dans chaque furoncle amenèrent la résorption et la cicatrisation si rapide que la malade elle-même qualifia de « merveilleux succès ».

B. Infections trachéo-bronchiques

1° *Mlle Rob...*, 10 ans, souffre d'une bronchite catarrhale dont la chronicité laissait penser à une tendance bacillaire. Les crachats muqueux contiennent des cellules de desquamation broncho-pharyngées mais non alvéolaires.

La flore microbienne est constituée de cocci très nombreux, souvent en diplodes genre entérocoque et contre lesquels un bactériophage est préparé.

L'application se fait en deux modes :

D'abord par instillations nasales matin et soir, et ensuite par une seule injection intra-musculaire.

En huit jours la guérison est *obtenue et demeure.*

2° *Mme Gab...* Voici un exemple où la thérapeutique bactériophagique semblant déterminer une rémission, n'a pas apporté la guérison.

Il s'agissait d'une trachéo-bronchite avec température élevée datant de plusieurs mois. Les crachats muco-purulents contiennent des leucocytes mono et polynucléaires.

Les germes très nombreux sont des entérocoques et quelques pneumocoques, la recherche du bacille de Koch étant négative tant à l'examen direct qu'après l'homogénéisation.

Un bactériophage est préparé contre les souches d'entérocoques et mélangé à des milieux vaccinés vis-à-vis du pneumocoque.

L'injection intramusculaire et l'instillation intra-trachéale semblent amener une amélioration pour la fièvre et la suppuration pendant trois semaines environ, puis la température réapparaît.

Un traitement par bronchoscopie (Docteur Soulas) améliore momentanément la malade. Une deuxième rechute fait tenter une phrénectomie (Docteur Monod) mais l'état demeure toujours grave.

Il semble s'agir là d'un cas complexe où les germes rencontrés ne sont peut-être que des témoins ou des microbes de sortie et non des agents pathogènes.

C. Cystites colibacillaires

Voici enfin deux cas de cystites colibacillaires utilement traités par le bactériophage :

1° *Mme De...* depuis deux ans souffre de cystite colibacillaire.

Les urines recueillies sont troubles et dans le dépôt de centrifugation se trouvent des leucocytes surtout polynucléés, des cellules de desquamation vésicales et uréthrales.

La flore microbienne est contituée presque uniquement de colibacilles, contre lesquels un bactériophage est facilement préparé.

Après contrôle de l'alcalinité des urines au moyen du bromo-thymol qui vire précisément à un pH nécessaire au bon emploi du bactériophage, le traitement est entrepris.

Grâce à une injection intra-musculaire et à des instillations intra-vésicales, la guérison fut complète et définitive.

2° *Mlle Ma...* est atteinte de cystite sans fièvre. Ses urines acides donnent un dépôt de centrifugation constitué de débris inorganisés sans réaction leucocytaire franche.

Les germes sont nombreux et se répartissent en petits bacilles courts (Friedlander) et en entérocoques.

De nombreux passages furent nécessaires pour adapter le bactériophage à l'action bactériolytique.

Ce bactériophage fut employé par ingestions seulement, après la vérification de l'alcalinité des urines, et ce traitement par la bouche a suffi à déterminer une amélioration qui se maintient selon les derniers renseignements donnés par la malade elle-même.

***

Voici brièvement résumées quelques observations qui confirment l'intérêt de ces traitements par le bactériophage.

Si cette méthode semble à peu près au point en ce qui concerne les grandes épidémies comme la dysenterie ou le choléra où la mortalité s'abaisse grâce à lui dans des proportions inespérées ; contre les infections à staphylocoques ou à colibacilles plus torpides et plus longues, les résultats ne sont pas toujours aussi brillants et nous verrons pour terminer quelques-unes des causes de l'inactivité du bactériophage et les moyens d'y remédier : tout d'abord la virulence des différentes races de bactériophages où peut-être la résistance des microbes de même espèce sont variables alors qu'il est utile de n'employer dans ces traitements que des races au maximum de puissance pour ne pas les vouer à un échec.

Un autre danger est la sensibilité du bactériophage aux modifications physico-chimiques des milieux qui

le contiennent : c'est pourquoi il faut prendre soin de vérifier l'alcalinité des urines qui doit être supérieure au pH 7,4 ; le bactériophage est généralement cultivé dans les milieux alcalins et n'agit pas dans les milieux acides. Si les urines sont acides, il conviendra de faire précéder l'application du bactériophage d'un traitement bicarbonaté (trois fois par jour une cuillerée à café de bicarbonate de soude et deux ou trois jours suffisent généralement pour obtenir l'alcalinité désirable).

Enfin il est encore un écueil dont il faut tenir compte : ce sont les propriétés antiphages de l'organisme qui peuvent s'opposer en certains cas à l'activité du bactériophage.

L'expérience a montré qu'il suffisait de pratiquer l'auto-hémothérapie pour contre-balancer l'action empêchante de l'organisme traité. Aussi Raiga qui a étudié particulièrement l'action de ces « antiphages » considère-t-il l'auto-hémothérapie comme un auxiliaire indispensable dans ces derniers cas.

Et ainsi bien appliqué le bactériophage devient très souvent un agent thérapeutique de beaucoup supérieur à ce qui a pu être préconisé jusqu'ici avec cette qualité en plus de ne faire courir *aucun* risque au malade.

VARIÉTÉS

Paludisme, Anophéliase... ou ?

Critique lexicologique

Par le Dr R. PEPIN de Montbazon

Après lecture de la communication récente de M. le professeur J.-L. Cardamatis à l'Académie de médecine, sur la *définition du paludisme selon les théories anciennes et nouvelles* dont un extrait a été donné dans le n° du *Progrès médical* du 14 novembre 1931 (pp. 1980-1982), il paraît nécessaire, au nom des règles de la terminologie médicale et de la simple logique, qu'une voix, au moins, s'élève contre la conclusion lexicographique de cette communication.

L'auteur, en effet, après un historique philologiquement documenté et l'énumération de plusieurs formes verbales, purement hypothétiques (Ἑλειογενὴς πυρετός ; Ἑλονοδία ; Ἀνωφελίαω ; Ανωφελίασις), formes qui n'ont jamais appartenu au vocabulaire classique, en arrive à conclure qu'il faut abandonner les diverses dénominations attribuées jusqu'ici à l'infestation par le parasite de Laveran, appelé aujourd'hui *plasmodium malariæ*. Il propose donc de rayer du vocabulaire nosologique les substantifs *malaria, paludisme, impaludisme*, les adjectifs *malarique, paludéen, palustre, impaludé*, ces mots ne traduisant plus aucune idée exacte, et de les remplacer par le terme *anophéliase*, parce que, dit-il : 1° il répond mieux au sujet en discussion ; 2° parce qu'il concorde entièrement avec les termes scientifiques universellement attribués à d'autres maladies parasitaires, telles que : helminthiase, ankylostomiase, myase ... »

Or, examinons ce qu'exprime le mot *anophéliase*. Etant donné l'emploi très particulier au langage médical de la terminaison *(i)ase* (transcription du suffixe grec σις ajouté à des thèmes verbaux en αω : λιθίαω, avoir la pierre, λιθίασις, le fait d'avoir la pierre ; ἑλμινθίαω, avoir des vers, ἑλμινθίασις, l'état de celui qui a des vers), *iase*, devenu véritable suffixe médical, se trouve caractériser des noms d'affections parasitaires dont l'agent morbifique est désigné par le premier élément de composition. Ce premier élément se doit donc d'individualiser *non l'agent de transmission* de la maladie, mais le parasite lui-même, ainsi que le font les formes régulières ankylostomiase, lambliase, dracuntiase, etc.

En raison de cet emploi consacré par l'usage et respecté dans la composition des néologismes médicaux, *anophéliase* ne signifie pas autre chose que : *envahissement de l'organisme par des anophèles*, acception absurde et qui défigure de façon assez comique le sens qu'a voulu lui donner son créateur, puisque ce n'est pas l'anophèle qui pénètre notre sang, mais le microorganisme qu'il véhicule et nous injecte.

A l'accepter sans méfiance, on risquerait de voir le mot *anophéliase* susciter, d'ici peu, des imitateurs de ce type fautif de composition et d'entendre appeler *zoonoses* les maladies transmises par les animaux, *phytonoses* celles que communiquent les plantes. Ne serions nous-même pas menacés de voir classer un jour le kyste hydatique et la rage, présents de nos amis les chiens, dans le groupe des *cynases*, la maladie du sommeil dans celui des *myases* (genre *glossiniase*), tandis que le typhus deviendrait une *phtiriase* !

Inextricable imbroglio qui, si l'on n'y met ordre, risquerait de rendre à jamais indéchiffrable pour nos successeurs, notre vocabulaire médical déjà si anarchique.

Quoique correct au point de vue strictement étymologique (à condition toutefois, d'accepter la dégradation du sens primitif d'ἀνωφελής, *inutile*, jusqu'à celui de *moustique*), le mot *anophéliase* doit être exclu de la terminologie médicale, parce que, véritable violation morale des lois de la composition, il constitue, selon la forte expression de Littré « un vice pour la rectitude et un malaise pour la pensée ».

Que l'on souhaite remplacer *paludisme* par un terme plus précisément étiologique, l'intention est défendable quoique cela ne semble pas une nécessité. Du fait que maintes appellations anciennes ne répondent plus parfaitement aux notions contemporaines, les devons nous sacrifier sans pitié ? Prenant prétexte de leur archaïsme, songerait on à immoler sur l'autel du Néologisme de vieux mots comme *tabès* parce qu'il n'exprime littéralement que la consomption, *syphilis* qui n'est qu'une création poétique, *rachitisme* que les données anatomo-cliniques ont détourné du sens primitif que lui attribua Glisson, *furoncle* et *furonculose* dont la sémantique est demeurée obscure, *anthrax, lupus, variole, zona* et tant d'autres dont l'énumération constituerait une *Somme* historique des doctrines médicales.

Véritable trésor héréditaire dont nous avons la garde, combien doivent être pieusement conservés de ces vieux mots qui, bien que ne s'adaptant plus exactement aux conceptions modernes, ne prêtent néanmoins à aucune confusion et sont entendus de tous. Ne font-ils pas partie du patrimoine scientifique que nous ont transmis nos devanciers, gardant encore en eux une part des idées et des doctrines dont ils ont si longtemps marqué la pensée des hommes. Car, ainsi que l'a si justement souligné Littré dans la Préface de son Dictionnaire, « on a beau se renfermer aussi étroitement qu'on voudra dans le présent, il n'en est pas moins certain que la masse des mots et des formes provient du passé, est perpétuée par la tradition et fait partie du domaine de l'histoire ».

L'influence des saisons sur l'intoxication par le plomb. — M. Brunon Nowakowski (VIe Congrès int. des accidents et m. du travail) ayant examiné 427 ouvriers imprimeurs a constaté un plus grand nombre d'intoxications par le plomb pendant la saison froide. L'auteur émet l'hypothèse que la réaction biologique du corps humain par rapport à l'intoxication saturnine changerait au cours des saisons chaudes et froides.

Traitement de l'anémie pernicieuse par l'estomac de porc. — Wilkinson, de Manchester (*British Médical Journal*, n° 3654) a traité 108 cas d'anémie pernicieuse par la poudre d'estomac de porc desséchée, à la dose de 25 grammes par jour. Les résultats de cette thérapeutique ont été bien supérieurs à ceux que l'on obtient avec le foie.

W. insiste sur l'importance qu'il y a de ne pas mêler la poudre d'estomac à des aliments chauds.

CHRONIQUE

Douleurs sacro-lombaires chez la femme

Quand une femme à « mal aux reins », il convient, d'abord, de préciser le siège anatomique de la douleur : colonne vertébrale, racines, nerfs, muscles, reins et uretères, articulation sacro-iliaque, nerf sciatique, etc.

Par ailleurs, il convient de se rappeler que, souvent, ces lésions sont symptomatiques d'une lésion pelvienne et, assez souvent, d'une rétro-position utérine.

L'interprétation de ces douleurs d'origine gynécologique esr difficile. S'agit-il d'une projection douloureuse ou d'une tiradiation ? S'agit-il d'un tiraillement sur un ligament ? — sur le ligament utéro-sacré infiltré et rétracté ?

Pour A. Müller, il faudrait invoquer une contracture des muscles dorsaux lombaires.

D'après Sturmdorf de New-York, (*Surgery, Gyn. and Obst.* août 1931, p. 209), la « douleur de reins » due aux affections gynécologiques relève d'un spasme musculaire lombo-sacré absolument comme il existe des spasmes musculaires pariétaux en cas de lésions inflammatoires des organes profonds. Ce spasme empêche les viscères pelviens enflammés de supporter le poids des autres viscères abdominaux en inclinant le bassin : l'articulation sacro-iliaque étant peu mobile, l'effort du muscle doit être considérable.

Ubermüth (*Zentralbl. für Gyn.*, 23 août 1930, p. 2122), fait jouer un rôle important aux zones de dégénérescence qui sont fréquentes dans les disques intervertébraux au cours de la troisième décade de la vie. Il en résulte une moindre élasticité du rachis et une inégale répartition des pressions, d'où contractures. Certains facteurs tels que grossesse, travail, maladies gynécologiques nécessitant une immobilisation de la région, favorisent l'apparition des douleurs chez la femme.

Pour P. Rullé (de Leningrad), les douleurs sacro-lombaires ne sont pas une conséquence des troubles gynécologiques, du moins dans le plus grand nombre des cas. (*Gynéc. et Obst.*, 1928, t. XVIII, 425). En palpant la région lombaire de ces femmes, on trouve, dans les muscles ou dans le tissu cellulaire, des nodosités douloureuses. Ces nodosités sont neuf fois sur dix d'origine goutteuse, uratique et une fois sur dix d'origine thyroïdienne. Beaucoup de ces femmes sont stériles tout en n'ayant que des lésions gynécologiques discrètes ou nulles. S'il y a contracture des muscles, c'est une contracture qui vise à immobiliser un muscle douloureux en soi. L'emploi de sels de lithium serait le meilleur remède dans ces cas.

A. Marmeaux.

Traitement du psoriasis par l'extrait des squames psoriasiques. — M. V. Michailovitch, de Belgrade (2e Congrès de l'Union des dermatologistes slaves. Belgrade, juin 1931) a traité 21 psoriasis avec un extrait de squames psoriasiques, extrait préparé d'après la méthode du professeur G. Yoannovitch (digestion peptique et tryptique en présence du chloroforme). Les injections ne produisent aucune réaction, ni locale ni générale. Les efflorescences sont peu à peu remplacées par des plaques de leucodermie. Amélioration considérable et résultat encore meilleur lorsque l'extrait est préparé avec les squames du malade.

La toxicité de l'aluminium — L'absorption de petites quantités d'aluminum qui peut résulter de l'usage de couverts de table faits avec ce métal, en présence de certains aliments, a été incriminée comme pouvant donner lieu à des troubles pathologiques. Dans une note à l'Académie des sciences, MM. G. Bertrand et Serbersen concluent après avoir étudié la toxicité de l'aluminium par rapport à celle, connue, d'autres corps, que cette toxicité est très minime, inférieure à celle du nickel et du fer. (*Le Mouvement sanitaire.*)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Circulation

Les oscillations des parois artérielles dépendent de l'énergie de la contraction cardiaque, du calibre de l'artère et de l'élasticité de sa paroi ; l'examen de leurs variations d'amplitude est désigné sous le nom d'oscillométrie, méthode qui doit céder la place à l'oscillographie, la prise d'un graphique permettant une étude plus précise et plus détaillée.

L'oscillographie est en outre le seul procédé qui nous permette de connaître la pression moyenne avec l'exactitude indispensable à toute recherche scientifique.

Les auteurs appuient leurs affirmations sur une statistique de 50 cas et annoncent la présentation prochaine d'un appareil oscillographique actuellement en construction.

(Tulio Martini et Alfredo Dossola. Oscilometria y oscilografia. Estudio comparativo. Presion media (*Semana medica*, 29 octobre 1931.)

Tuberculose

La vitesse de sédimentation des tuberculeux est généralement supérieure à la normale ; elle peut être utilisée comme moyen de diagnostic clinique.

Elle est d'une réelle utilité pour apprécier l'activité des lésions ; les chiffres des processus exsudatifs sont nettement supérieurs à ceux des processus productifs. L'amélioration d'un malade, soumis à un traitement quelconque, marche parallèlement avec la diminution du chiffre de la réaction de Fahræns.

L'expérimentation a porté sur 107 tuberculeux et 25 non-tuberculeux atteints de processus pathologiques divers.

Les non-tuberculeux ont présenté une vitesse de sédimentation moyenne de 5,5 avec un maximum de 20 dans un cas de bronchite chronique et un minimum de 1 dans une sténose mitrale.

Les 107 tuberculeux ont une vitesse moyenne de 31,3, ce qui représente une différence considérable avec la précedente.

Ces 107 tuberculeux ont été divisés en quatre groupes : infection manifeste, formes productives, formes exsudatives, tuberculose fibro caséeuse commune.

1er groupe : 13 malades, chiffre moyen 12,1, maximum 25, minimum 4.

2e groupe : 48 malades, chiffre moyen 10,5, maximum 33, minimum 4.

3e groupe : 12 malades, chiffre moyen 8?, maximum 120, minimum 35.

4e groupe : 34 malades, chiffre moyen 50, maximum 120, minimum 12.

(Antonio Crespo Alvarez et Alfonso Franco. La reaccion de sedimentation de hematies en la tuberculosis pulmonar. *Revista Ibero-Americana de Ciencias medicas,* août 1931.)

Pédiatrie

Les dyspepsies aiguës du nourrisson avec diarrhée légère ont été observées à la Pouponnière de Lausanne de 1924 à 1930 : elles méritent d'être prise en sérieuse considération, car elles influencent la croissance et peuvent mener à l'athrepsie.

Quand elles n'altèrent pas l'état général d'emblée, elles sont traitées avec succès par une méthode simple : une diète hydrique de courte durée (de 6 à 9 heures), puis une réalimentation progressive à l'aide d un produit contenant toutes les matières premières nécessaires à une alimentation complète (lait condensé non sucré additionné de nutromalt). Il suffit en somme : 1° de supprimer toute décomposition bactérienne de l'aliment ingéré ; 2° de le rendre moins fermentescible en substituant au sucre ordinaire le nutromalt. La suppression totale du lait, la suppression des graisses, l'usage du babeurre ou du lait albumineux sont, dans ces cas, superflus.

Il est de toute importance de ne pas sous-alimenter le nourrisson atteint de dyspepsie aiguë et d'arriver en peu de jours (de 3 à 7 au plus) à lui donner sa ration d'entretien (60 calories par kilo), puis sa ration calorique normale.

Les résultats obtenus sont très bons. La mortalité par affections digestives n'a été que de 1,2 % et les enfants décédés



AGENCE DE PARIS : 5, rue Dante (5e)

BIBLIOGRAPHIE

Hépatites et cirrhoses, par Guy ALBOT. Préface du Professeur G. ROUSSY. Un volume de 248 pages avec 56 figures, 34 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage définit la place nosographique de chaque variété d'inflammation hépatique, aiguë ou chronique (cirrhose) en s'étayant à la fois sur les données de l'anatomie pathologique et de la clinique.

L'auteur étudie successivement les hépatites toxi-infectieuses et les hépatites de la stase biliaire au point de vue de leur pathogénèse, de leur morphogénèse, de leurs variétés anatomo-cliniques et fonctionnelles et chaque fois suivant la même méthode : tout d'abord il envisage la reproduction expérimentale de ces hépatites ; cependant on n'obtient avec cette méthode que des altérations initiales ; là où l'expérimentation s'arrête, la pathologie humaine continue ; l'auteur réunit les aspects expérimentaux et les aspects nécropsiques grâce à de nombreuses biopsies du foie prélevée à différents moments de l'évolution de ces affections. Toutes ces lésions sont étudiées avec les techniques histologiques les plus finies — *graisses, glycogène, mitochondries* dont l'iconographie donne un grand nombre d'exemples.

L'ouvrage se termine sur un chapitre de synthèse anatomo-clinique dans lequel sont successivement développés la classification anatomo-clinique des hépatites et des cirrhoses, les syndromes anatomo-cliniques au cours des maladies du foie, c'est-à-dire les grands symptômes et leur expression anatomique, et enfin les rapports qu'on peut entrevoir entre les processus lésionnels et les explorations fonctionnelles.

Leçons cliniques sur les maladies du sang et des organes hématopoïétiques, par Ch. ACHARD. Un volume de 270 pages avec 13 figures et une planche hors texte en couleurs, 34 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'intérêt de ces cliniques des maladies du sang est d'autant plus grand que de nombreux travaux ont paru au cours des dernières années sur les différentes affections traitées dans ce livre et que les opinions émises sur la pathogénie de ces diverses maladies sont diverses et discutées. L'importance de l'observation clinique est donc ici considérable.

Dans les trois premiers chapitres on trouvera une étude des maladies hémorragiques : hémophilie, purpura, puis une étude de l'anémie pernicieuse, maladie considérée naguère comme à peu près incurable et dont la thérapeutique s'est considérablement améliorée.

Les leucémies sont l'objet d'une étude importante, elles consistent essentiellement en des syndromes hématologiques qui se distinguent entre eux par la nature des modifications leucocytaires. Un chapitre est consacré aux angines hypogranulocytaires dans lesquelles l'examen du sang révèle une forme hématologique très spéciale et différente de ce qu'on observe dans les états infectieux : une leuconémie avec une diminution de polynucléaires. Enfin deux leçons sont consacrées à la granulomatose maligne dont le diagnostic est difficile et dont le symptôme le plus apparent est caractérisé par des adénopathies multiples.

Données actuelles sur l'hormone testiculaire. *Modes d'obtention et caractérisation*, par L. CUNY et D. QUIVY. Un volume de 76 pages, 16 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'importance physiologique de la fonction endocrine du testicule est depuis longtemps manifeste. Bien qu'ayant fourni l'un des premiers exemples de sécrétion interne, la sécrétion du testicule est restée moins bien connue, quant aux propriétés de son principe actif, que certaines autres, moins anciennement explorées, telles que les sécrétions de la thyroïde, des surrénales, du pancréas et même de l'ovaire. Il faut sans doute en chercher la raison dans l'imprécision des résultats obtenus au début de son étude et dans les déceptions qu'avait données, après un engouement excessif, l'opothérapie orchitique, telle que l'avait inaugurée Brown Séquard.

La netteté des acquisitions, d'ordre physiologique et chimique, qu'a faites de bonne heure l'endocrinologie dans d'autres domaines, y attira et retint un grand nombre de chercheurs ; des hormones bien caractérisées s'y découvrirent, des méthodes variée d'expérimentation s'y élaborèrent.

L'étude de la sécrétion testiculaire bénéficie aujourd'hui de l'expérience acquise. On s'en rend compte à la lecture des travaux récents demeurés jusqu'ici épars dans des publications étrangères.

Les auteurs de ce petit livre, après avoir poursuivi une enquête comparative sur ces travaux récents et sur les données qui en sont découlées donnent une mise au point très documentée de cette question qui leur est devenue familière.

La maladie de Hodgkin. Lymphogranulomatose maligne, par Paul CHEVALLIER et Jean BERNARD. Un volume de 294 pages avec 69 figures, 75 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La maladie de Hodgkin est aujourd'hui très fréquente. C'est la plus fréquente de beaucoup des maladies caractérisées par une éruption de grosses adénopathies dans les différents territoires ganglionnaires.

D'une remarquable diversité sont les nombreuses formes anatomo-cliniques sous lesquelles elles se présente. Les problèmes qu'elle soulève ne se posent pas seulement en hématologie et en pathologie générale, mais aussi en dermatologie, en neurologie, comme en phtisiologie et à propos du cancer. On conçoit l'intérêt toujours grandissant de l'étude de cette maladie et la richesse de la littérature médicale qu'elle suscita en ces dernières années. En France aucun travail d'ensemble ne lui avait été consacré jusqu'à ce jour. Le livre de MM. Paul Chevallier et Jean Bernard est écrit dans une langue ferme et claire, il est conçu dans un esprit essentiellement critique, émaillé de faits et d'observations personnelles, c'est un ouvrage indispensable à tous ceux qui poursuivent l'étude de la lymphogranulomatose.

Les notions établies sont classées, soumises à un contrôle rigoureux, les problèmes cliniques et thérapeutiques sont envisagés sous un angle original.

Ce livre sera nécessaire aussi bien au chercheur qui essaie de découvrir les causes de la maladie, qu'au praticien qu'inquiètent surtout le diagnostic et le traitement.

Douze années de direction thermale à Luchon, par le Dr MOLINÉRY. Editions du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris.

Après avoir pratiqué la médecine thermale à Barèges où, pendant la guerre, le Secrétariat du Service de santé l'attacha à l'hôpital militaire, l'auteur fut appelé, par la ville de Luchon, à créer une direction qui permit à M. Molinéry de réaliser ses conceptions personnelles : 1° instruction théorique et pratique du personnel baigneur, afin de faire de ce personnel le collaborateur averti du médecin traitant ; 2° entreprendre toutes recherches scientifiques qui permettront au médecin traitant de préciser encore les indications thérapeutiques, d'apporter des améliorations ou des modifications aux services thermaux et de réaliser, enfin, une véritable « clinique thermale ».

C'est ainsi que M. Molinéry a pu réaliser — et Dieu sait avec quelles difficultés — la création du Radio-vaporarium-sulfuré, avec les concours des professeurs Bardet, Léon Bertrand et Lepape. Les milliers de visiteurs qui, au cours de ces deux dernières années, ont visité ces magnifiques galeries thermales, radio-actives et sulfurées, creusées au sein de la montagne et les centaines de médecins qui ont également voulu se rendre compte, savent que le *Vaporarium de Luchon* constitue actuellement avec son ensemble radio-actif, thermal et sulfuré, un ensemble qu'aucune ville thermale ne peut offrir aux malades.

M. Molinéry esquisse l'œuvre d'un médecin directeur au sein de sa station, en dehors de sa station. Histoire de la médecine, études cliniques, biologiques, physico-chimiques sont nécessaires. Aussi, M. Molinéry préconise-t-il la création, *dans toutes les stations*, d'un laboratoire fonctionnant en accord avec les Instituts d'hydrologie, les Chaires d'hydrologie de nos Facultés, et parallèlement, avec les formations thermales comme les hôpitaux thermaux, les colonies thermales et climatiques, enfin les camps thermaux, instaurés en 1931, par le ministre de la Santé publique.

Les urétrites chroniques. Diagnostic et traitement, par R. DOSSOT et PALAZZOLI. Préface du Professeur LEGUEU. Un volume de 344 pages, 50 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'urétrite chronique, écrivent les auteurs de ce livre, est aussi fréquente qu'elle est mal connue et mal traitée.

Leur but est de fournir au médecin et au spécialiste un guide pratique à la fois et sûr, documenté et judicieux pour les diriger au milieu des obscurités de la maladie et leur donner les indications précises d'une thérapeutique rationnelle. Ils y trouveront toutes les notions utiles au diagnostic et au traitement de cette maladie ; ils y verront apparaître nettement l'indication exacte correspondant à chaque cas particulier et y gagneront en précision pour leur thérapeutique.

Avant tout, il faut bien connaître la nature des lésions que l'urètre et ses glandes peuvent présenter, savoir exactement quelles altérations anatomiques sont provoquées par l'infection.

On apprendra ensuite à dépister ces lésions. Un examen méthodique et rigoureux est indispensable pour établir un diagnostic exact. L'expression « urétrite chronique » n'est pas un diagnostic, pas plus que le mot cystite. On doit en rechercher la cause, en préciser la nature, le siège.

Ce n'est qu'alors qu'on pourra aborder le problème thérapeutique. Il est nécessaire de savoir comment agissent les médicaments, ce qu'on est en droit d'attendre d'eux pour les utiliser à bon escient dans les différentes variétés de l'affection.

avaient été admis en pleine athrepsie ou ont succombé à une épidémie de dysenterie.

(Catherine Kousmine. Contribution à l'étude des états dyspeptiques aigus chez le nourrisson. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 octobre 1931.)

Psychiatrie

Une étude statistique des hallucinations a été faite à l'Hôpital psychopathique de Boston avec 1.009 cas de folie maniaque dépressive, 1408 cas de schizophrénie et 496 cas de paralysie générale.

Le type le plus commun d'hallucination dans la folie maniaque dépressive est l'auditif, que l'on rencontre chez 16 % des hommes et 18 % des femmes ; la proportion est la même dans la paralysie générale ; par contre, dans la schizophrénie on arrive aux chiffres de 50 % chez les hommes et de 56 % chez les femmes.

Les hallucinations visuelles sont les plus fréquentes après les auditives. Psychose maniaque dépressive : 7 % (hommes) et 11 % (femmes) ; schizophrénie : 18 et 24 % ; paralysie générale : 6 et 18 %.

Les hallucinations tactiles, olfactives, gustatives sont rares : moins de 1 % dans la folie maniaque dépressive et dans la paralysie générale ; 3 % (hommes) et 4 % (femmes) dans la schizophrénie.

(Karl M. Bowman et Alice F. Raymond. A statistical study of hallucinations in the manic-depressive psychoses. *American Journal of Psychiatry*, septembre 1931.)

Le terme de psychose traumatique s'applique exclusivement aux psychoses engendrées par l'action du traumatisme ; il ne comprend donc pas les troubles divers (psychose, psychonévrose, névrose) qui relèvent de l'action émotionnelle qui accompagne le traumatisme.

Cette psychose ainsi limitée comprend quatre groupes cliniques : trois psychoses commotionnelles (psychose amnésique, états psychiques crépusculaires, neurasthénie traumatique) et une psychose contusionnelle.

Le syndrome amnésique, décrit par Korsakoff, se caractérise par la perte absolue de la capacité de fixation ; le malade se souvient de tout ce qui a succédé au traumatisme et a oublié toute son existence antérieure.

Les états oniriques ou crépusculaires sont représentés par des sujets qui rêvent éveillés ; ils correspondent cliniquement au somnambulisme, avec cette différence qu'ils sont dus non pas à une constitution hystérique mais à une hyperactivité des centres mésencéphaliques déclenchée par le traumatisme.

Ces deux syndromes, amnésique et crépusculaire, succèdent sans transition à l'état commotionnel ; le troisième syndrome, la neurasthénie traumatique ou syndrome de Friedmann, apparaît tardivement dans la majorité des cas.

La psychose contusionnelle se caractérise par des troubles locaux nerveux bien marqués et par des poussées psychiques aiguës.

L'auteur attache une grande importance aux troubles post-traumatiques de la personnalité.

(E. Mira. Psicosis traumatica. *Ars Medica*, août 1931.)

Petite chirurgie

La réduction des fractures du fémur doit être précoce, car elle évite les déchirures cutanées secondaires, les compressions nerveuses et vasculaires ; elle doit être aussi complète d'emblée.

La réduction extemporanée convient aux fractures vues sans retard, faciles à corriger, avec grand déplacement latéral ou rotation prononcée sur l'axe.

La réduction lente, toujours préférable, se réalise par l'extension continue, qui remet les os en place à la condition que la traction soit correctement appliquée. C'est une méthode délicate, difficile, exigeant une surveillance constante et de fréquentes retouches.

Quand la réduction échoue pour une cause quelconque (longueur du chevauchement, désorientation axiale des fragments, interposition d'un fragment intermédiaire ou d'un muscle, etc.), il faut recourir très vite à l'intervention.

L'immobilisation dans le plâtre est un excellent moyen de contention ; mais un seul appareil plâtré n'est généralement pas suffisant et il devra être enlevé et remplacé aussi souvent qu'il sera nécessaire.

(Paul Garneau. Traitement des fractures du fémur. *Bulletin médical de Québec*, août 1931).

Pathologie exotique

Le traitement standard de la malaria, recommandé par le « Comité national de la malaria », consiste dans l'administration de 0 gr. 65 de sulfate de quinine trois fois par jour, tant qu'il y a des signes cliniques, puis de 0 gr. 65 chaque nuit pendant une période de deux mois au minimum.

L'opinion actuelle est plus en faveur du traitement du malade que de la maladie ; mais la malaria est d'une classe spéciale ; elle possède un remède spécifique et les différences d'application sont minimes.

Les avantages du traitement standard sont l'efficacité (90 % de succès), le bas prix, la facilité d'administration, la simplicité du dosage et la sécurité.

Les désavantages consistent dans le fait que peu de personnes sont susceptibles de s'astreindre à un traitement régulier, si simple soit-il, et dans les cas assez rares d'idiosyncrasie.

(Jas M. Adams. The standard treatment of malaria. *New Orleans medical and Surgical Journal*, novembre 1931.)

A l'intérieur de la Somalie, la malaria constitue la cause la plus fréquente d'insalubrité. La population indigène en est affectée dans une proportion très élevée ; comme les moyens de défense sont réduits, il en résulte un affaiblissement de l'organisme, qui le rend particulièrement vulnérable aux autres maladies. Si l'on ajoute que la syphilis est à peu près aussi répandue que la malaria, surtout sous la forme héréditaire, on envisagera de belles combinaisons psychiques et nerveuses.

Les formes chimiques sont extrêmement nombreuses ; l'aspect de la malaria tropicale est protéiforme et varie d'individu à individu. Les difficultés sont encore plus grandes dans les formes associées. Les maladies exotiques, la susceptibilité organique de la race blanche, la prédisposition des indigènes aux affections respiratoires et intestinales sont responsables de manifestations cliniques, dont les traits sont altérés au point de les rendre méconnaissables. Le diagnostic devient un véritable dédale, dans lequel le médecin ne peut s'engager sans un bon guide mental.

Deux observations montrent les erreurs de diagnostic commises quand on ne pense pas à la malaria ou quand on l'élimine trop vite ; deux formes étaient considérées, l'une comme du rhumatisme, l'autre comme de l'intoxication gastro-intestinale.

(Gelonesi. La malaria del Benadir. *Annali di Medicina navale e coloniale*, septembre-octobre 1931).

La position géographique et le climat d'Alexandrie créent un milieu favorable pour l'étude des affections intestinales. Les recherches bactériologiques et parasitologiques faites, de juin 1930 à mars 1931, à l'Hôpital italien, ont donné les résultats suivants :

97 réactions sérologiques ont donné 69 agglutinations qui se décomposent ainsi : B. typhosus 27, B. paratyphosus A 2, B. paratyphosus B 11, B. columbensis 2, B. morgani 1, B. dysenteriæ 8, B. paradysenteriæ Hiss-Russel 1, B. meta-dysentericus 7, B. ceylonensis B 8, B. madampensis 1, Vibriothrix zeylanica 1.

Sur 101 examens bactériologiques des selles, 38 donnèrent des résultats intéressants et permirent d'isoler 47 types : B. typhosus 5, B. paratyphosus B 2, B. asiaticus 7, B. morgani 2, B. dysenteriæ 7, B. paradysenteriæ Flexner 1, B. paradysenteriæ Hiss-Russel 3, B. ceylonensis A 1, B. ceylonensis B 7, B. madampensis 3, B. metadysentericus 5, B. enteroïdes 1, V. zeylanica 8.

(Mario Peruzzi. Sull'etiologia delle Febbri enteroïdi, Dissenteriæ e Diarree di Alessandria d'Egitto. *Annali di medicina navale e coloniale*, septembre-octobre 1931.)

Thérapeutique

Le bismuth a une valeur thérapeutique inférieure à celle de l'arsenic et supérieure à celle du mercure ; certains auteurs le considèrent comme plus actif que les arsenicaux pentavalents. La bismuthothérapie mérite d'être mise en valeur : voici un schéma moderne de traitement de la syphilis :

Traitement d'attaque : 1° Cure arséno-bismuthique, de 6 à 8 gr. de néosalvarsan intraveineux, deux injections de bismuth insoluble par semaine ; 2° Cure mercurielle, de 0,40 à 0 gr. 60 de cyanure intraveineux ; 3° Cure de néosalvarsan, de 5 à 7 gr. ; 4° Cure de bismuth insoluble ; 5° Cure de néosalvarsan, de 5 à 6 gr.

Traitement de consolidation. Alterner les cures de bismuth soluble et insoluble à raison d'une par trimestre.

Traitement de sécurité. Pendant une période de deux à cinq ans, faire chaque semestre une cure de bismuth à élimination lente.

(E. R. Gavina Alvarado. Bismutoterapia de la sifilis. *Semana medica,* 29 octobre 1931.)

Varia

Les progrès thérapeutiques accomplis par la neurologie et par la médecine interne ont rejailli aussi sur la psychiatrie et ont contribué à améliorer la réputation, si j'ose dire, de cette sœur un peu piquée que le public est trop enclin à regarder de travers (Henri Flournoy, de Genève).

Les brumes, qui enveloppaient le psychisme de mystère, se dissipent peu à peu : l'on entrevoit des domaines nouveaux dont l'exploration promet d'être féconde : l'affectivité et les complexes ont décelé leur importance parfois fondamentale dans la genèse des psychoses ; dans les clairs de lune de l'inconscient, toute une vie mentale intense s'agite, qui restera pour sa plus grande part toujours ignorée du sujet : le Noos et la Psyché ne sont plus ces mots que leur inaccessibilité rendait magiques (Ch. Fontaine-Vincent, de Bruxelles).

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 janvier 1932

Recherches sur les chromogènes indoxyliques dans la sueur de l'homme. — *M. Ch. Hervieux.* — La peau apparaît bien comme étant un émonctoire pour les substances aromatiques issues de la putréfaction intestinale, au même titre que le rein.

Cependant cette élimination est beaucoup plus restreinte que celle qui a lieu par l'urine. Déjà, pour les substances minérales, Favre avait montré que le rapport des sulfates sudoraux aux sulfates urinaires était de 1 à 38 ; Kast, de son côté, avait montré qu'il était de 1 à 44. Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que les chromogènes issus de l'indol intestinal se trouvent dans la sueur dans des proportions de même ordre et qu'ils apparaissent ainsi très dilués dans cette dernière excrétion.

Lyse biliaire des pneumocoques. Transmission à des souches normalement non solubles. Application du diagnostic différentiel du pneumocoque. — *MM. E. Wollman* et *M. Aberbuch.* — Il suffit d'ajouter à une suspension de pneumocoques non lysables par la bile, un peu de pneumocoque lysable, ainsi qu'un peu de bile, pour obtenir la lyse de la souche normalement non lysable.

Ce phénomène de transmission de la lyse de germes lysables (staphylocoque vivant, pneumocoque sensible à l'action de la bile), à des germes qui, par eux-mêmes, ne le sont pas (staphylocoques et pneumocoques morts, pneumocoques dits non lysables), mérite pleinement le nom de *lyse,* ou *autolyse transmissible.*

Dans le cas du pneumocoque, ce phénomène paraît devoir rendre des services dans le diagnostic différentiel de ce germe et du streptocoque. En effet, dans quelques cas où les auteurs avaient mis en présence du mélange bile-pneumocoque lysable, parallèlement, des pneumocoques non lysables et des streptocoques. *S. Viridans, S. longus*), la lyse se transmettait aux seuls pneumocoques, les streptocoques restant insensibles.

Une dermatomycose causée par une levure nouvelle du genre Saccharomyces : « Saccharomyces Sternoni » n. sp. — *MM. A.* et *R. Sartory, F. Sternon* et *J. Meyer.* — D'après ses caractères microscopiques, culturaux, biologiques et biochimiques ce parasite rentre, selon la classification de Guilliermond, dans le groupe des *Thallosporées,* famille des *Saccharomycétées,* genre *Saccharomyces Meyen.* Les auteurs proposent pour cette levure le nom de *Saccharomyces Sternoni n. sp.*

L'ulcère pseudo membraneux du Paraguay. — *MM. G. Delamare, C. Gatti* et *D. Bruyn* rapportent trois observations qui sont de nature à établir l'existence, au Paraguay, d'un ulcère pseudo-membraneux arrondi, du type morphologique et bactériologique de l'ulcère dit tropical.

Propriétés virulicides du sérum de sujets atteints de la maladie de Nicolas et Favre. — *MM. C. Levaditi, P. Ravaut* et *P. Lépine* continuent leurs recherches sur la maladie de Nicolas et Favre du point de vue des propriétés virulicides du sérum de sujets atteints de cette maladie. Les auteurs concluent de leurs expériences que chez les sujets atteints de lymphogranulomatose inguinale, le sérum contient des principes virulicides spécifiques capables de neutraliser *in vitro,* le virus lymphogranulomateux. Ces principes semblent apparaître dans le sang peu après le début de l'infection apparente chez l'homme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 janvier 1932

Hippocratisme digital et polypose intestinale. — *MM. R. Bensaude, P. Hillemand* et *P. Augier* rapportent trois observations d'hippocratisme digital survenu chez des malades atteints de polypose intestinale en l'absence de toute affection pulmonaire ou cardio-vasculaire.

Ils insistent sur la fréquence relative de ce symptôme qui ne semble pas encore avoir été signalé dans cette maladie, non plus que dans les autres affections intestinales. Le cas de Teleky que l'on serait tenté de rapprocher de ces observations concerne en réalité une ostéopathie hypertrophiante pneumique.

M. Troisier rappelle que ces opérations digitales peuvent avoir un caractère héréditaire.

M. Bensaude répond que dans le cas qu'il présente, il n'y avait pas d'hypocratisme digital dans la famille du malade ; d'autre part, ce malade a pu être suivi pendant de très longues années, et la déformation des doigts n'est apparue que très tardivement.

Polypose colique avec hippocratisme des doigts. — *MM. Brûlé* et *J. A. Lièvre.* — L'hippocratisme des doigts décrit par MM. Bensaude, Hillemand et Augier, au cours de la polypose intestinale, nous a permis de soupçonner d'emblé cette affection chez un homme jeune, cachectique, qui était venu consulter pour une diarrhée durant depuis 10 ans et que l'on soignait pour péritonite tuberculeuse. La déformation des doigts était très accentuée. Le toucher rectal, la rectoscopie confirmèrent le diagnostic de polypose et la radiographie, pratiquée selon la technique proposée par M. Bensaude et Marchand, montrait des images caractéristiques de polypes dans toute l'étendue du gros intestin.

La biopsie de plusieurs polypes rectaux ne décela pas la dégénérescence maligne. La maladie étant souvent héréditaire, il est intéressant de signaler que la mère du malade était morte de cancer du rectum.

Eruption herpétique accompagnant régulièrement les crises gastriques du tabès. — *MM. Laignel-Lavastine et Boquien* rapportent le cas d'une tabétique de 31 ans, qui eut de 1928 à 1931, quatre crises gastriques d'une durée de dix jours environ chacune et qui furent régulièrement accompagnées d'une éruption herpétique péri-buccale débutant généralement le sixième jour.

A ce signe, la malade reconnaît que la fin de la crise est proche.

Cette coïncidence est à rapprocher de l'opinion soutenue par Levaditi que la localisation ectodermique des virus neurotropes que sont l'herpès et le zona est conditionnée par une chute momentanée du « tonus immunotrophique » des métamères du système nerveux. Le point de départ du réflexe serait gastrique. La localisation péri-buccale tiendrait au fait que le virus herpétique est un hôte normal de la bouche.

D'ailleurs d'autres facteurs doivent entrer en jeu. En tout cas, le lien, qui unit ici l'herpès aux perturbations trophiques et humorales créées par la crise gastrique du tabès semble assez étroit pour être retenu.

Diabète insipide et trouble glyco-régulateur. — *MM. Marcel Labbé* et *Gilbert Dreyfus,* ayant pratiqué chez six sujets atteints de diabète insipide, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée au glucose, ont pu déceler trois fois un trouble marqué



A tous les âges

de la vie humaine — depuis la première enfance avec son alimentation restreinte, en passant par l'âge adulte avec l'irrégularité de ses habitudes, jusqu'à la vieillesse avec le fléchissement de sa force musculaire et son atonie intestinale, la constipation s'observe chez tous les hommes sans distinction d'état ou de classe.

Le remède ne consiste pas à administrer des cathartiques violents dont les effets sont douteux, mais à aider le côlon à récupérer son activité normale.

LORAGA

La première émulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar

agit d'une façon sûre, douce, non irritante sur les organes. Il lubrifie l'intestin, ramollit les fèces accumulées et réveille la contraction péristaltique.

MM. les Médecins qui en feront la demande recevront gracieusement un échantillonnage suffisant de ce produit, pour leurs essais cliniques.

LABORATOIRES SUBSTANTIA

GUILLEMOTEAU & CIE, PHARMACIEN

13, RUE PAGÈS, à SURESNES (Seine)



LE LORAGA **est la première Emulsion** d'huile de paraffine et d'agar-agar employée ; elle possède les avantages suivants ; homogénéité et stabilité parfaites ; goût agréable malgré l'absence de tout arôme artificiel ; absence de sucre, d'alcalis et d'alcool ; pas de contre-indications ; pas de suintements ; pas de coliques ni de douleurs intestinales ; pas de nausées ni de troubles gastriques ; pas d'accoutumance.

et deux fois un trouble discret du métabolisme hydro-carboné.

Ce trouble glyco-régulateur ne saurait être mis sur le compte d'une insuffisance sécrétoire du lobe hypophysaire postérieur, car à l'inverse de la polyurie, il est aggravé par les injectious de rétro-pituitrine.

Son existence plaide en faveur d'une altération organique ou fonctionnelle des noyaux infundibulo-tubériens.

Les réactions cutanées biologiques dans les états d'intolérance. — ***MM. A. Sézary*** et ***G. Mauric*** après avoir reconnu la diversite des types et l'inconstance des réactions cutanées (cuti-réactions, intradermo-réactions, épidermo-réactions, épreuve de Prausnitz-Kustner) ont établi une classification des modalités de ces réactions, basée sur leur aspect, la durée de leur incubation, leur évolution.

Ils distinguent d'abord trois types principaux de réactions :

Type 1 : la lésion est une papule d'urticaire qui débute aussitôt après l'inoculation cutanée, ne dure que quelques heures, et reproduit presque indéfiniment chez le malade. Le procédé d'exploration de choix est la cuti-réaction. L'epreuve de Prausnitz-Kustner est généralement positive. Ce type s'observe dans le rhume des foins, dans certains cas d'asthme, d'urticaire, de maladie de Quincke, d'eczéma. Il parait dû à la présence de l'anticorps dans le sang circulant, et peut être assimilé à une réaction anaphylactique.

Type 2 : la lésion est une papule inflammatoire qui débute un à quatre jours après l'inoculation, dure plusieurs jours ou même quelques semaines. Elle s'atténue ou ne se reproduit plus après désensibilisation du malade. La méthode de choix est ici l'intradermo-réaction (cuti-réaction parfois insuffisamment sensible, épidermo-réaction négative). Prausnitz-Kustner négatif. Ce type s'observe dans la tuberculose, le chancre mou, la gonococcie, la lympho-granulomatose. Il semble caractériser les états d'allergie et relever d'une sensibilisation du derme ou du tissu réticulo-endothélial.

Type 3 : la lésion est érythémato-vésiculeuse ou érythémato-squameuse. Après une intradermo-réaction, elle débute comme dans le type 2 ou plus tardivement et dure plusieurs semaines. L'épidermo-réaction donne une réponse plus rapide et plus constante, en particulier au décours des manifestations cliniques paroxystiques ou l'intradermo demeure passagèrement sans réponse . P. K. négatif. Ce type s'observe dans les trichophytides et levurides, dans les dermites artificielles, les érythrodermies vésiculo-œdémateuses arsenicales. Il semble caractériser les sensibilisations purement épidermiques.

Deux de ces types peuvent s'associer. Les auteurs ont même pu réaliser expérimentalement l'association des types 1 et 2 qui caractérise en clinique le strophulus.

Dans certains cas enfin, toutes les épreuves cutanées demeurent négatives : anergie cutanée post-rubéolique à la tuberculine, anergie après désensibilisation par vaccinothérapie antichancrelleuse, anergie passagère après les poussées paroxystiques (érythrodermies vésiculo-œdémateuses), anergie de l'adulte après un état d'allergie dans l'enfance, enfin anergie cutanée dans les états d'intolérance limitée à un viscère profond

Les auteurs recommandent dans tous les états d'intolérance d'utiliser successivement la cuti-réaction, l'intradermo-réaction, l'épidermo réaction, sauf dans certains cas de sursensibilité du type I où l'intradermo-réaction peut être dangereuse. Les résultats leur paraissent plus intéressants pour l'étude pathogénique des affections par intolérance que pour le diagnostic.

Cécité corticale d'origine complexe. Effets de l'acétylcholine. — ***MM. Laignel Lavastine, Bailliart*** et ***Boquien*** rapportent l'observation anatomo-clinique d'une femme de 64 ans qui fut prise brusquement de cécité par double hémianopsie à la suite d'une syncope par hémorragie gastrique liée à un cancer de l'estomac. Une transfusion sanguine de 300 cc. ne modifie pas la cécité.

Au contraire, aussitôt après une injection de 0 gr. 20 d'acétylcholine, la malade accuse une réapparition partielle de la vue. L'acuité visuelle est très réduite avec persistance d'hemianopsie droite. Les lésions retiniennes se limitent à des petits foyers blancs péripapillaires. La pression oculaire veineuse est de 18, l'artérielle maxima de 80, la minima de 25-30, donc sensiblement normales pour une pression humérale de 13-8.

A l'autopsie, outre un cancer encéphaloïde de la grande courbure de l'estomac, on trouve un ramollissement des deux cunei, plus marqué à droite. Le tronc de l'artère cérébrale postérieure droite est nettement thrombosé.

L'intérêt de ce cas est surtout dans l'amélioration de la vision déterminée par l'acetylcholine qui agit sur l'élément spasmodique surajouté aux lésions artérielles d'origine syphilitique.

Nouvelle présentation au bout d'une année d'une malade atteinte de carcinose miliaire. — ***M. H. Dufour*** présente de nouveau, au bout d'un an, une malade de son service qui est en traitement depuis 27 mois pour une carcinose miliaire consécutive à un cancer du sein opéré, récidivé six mois après dans l'autre sein. La malade présente une diffusion de noyaux carcinomateux d'une abondance extraordinaire répartis sur toute la surface de la peau y compris la tête et ayant envahi les ganglions axillaires et inguinaux.

Les nodules sont en nombre plus considérable qu'il y a un an, la malade est amaigrie.

Il y a un an et demi elle présentait de l'ascite qu'on était obligé de ponctionner sept fois en cinq mois.

Pendant l'année 1931, deux ponctions furent seulement nécessaires. Evidemment cette malade ne s'achemine pas vers la guérison, mais elle offre une résistance inaccoutumée à une forme maligne de la maladie cancéreuse.

Le traitement suivi pendant 27 mois a consisté dans une injection quotidienne de pyoformine plus deux grammes de chlorure de magnésium.

Le but de la médication est d'apporter à l'organisme des éléments de défense fournis par le pus : et cette conception découle d'observations cliniques dans lesquelles l'existence d'une suppuration semble avoir été utile à la défense de cet organisme contre le cancer.

Le métabolisme du phosphore dans la pathologie.— ***MM. M. Labbé Maxymilien Fabrykant.*** — Jusqu'ici le phosphore minéral a été presque le seul étudié systématiquement au cours des maladies, surtout du rachitisme et le phosphore minéral est celui qui varie le plus facilement sous des influences physiologiques. Il était donc important de doser toutes les variétés du phosphore dans le sang. C'est ce que permet de faire la technique de Javillier et Fabrykant.

Avec cette méthode, on obtient à l'état normal les moyennes suivantes : phosphore total : 358 milligrammes pour 1.000 grammes de sang; phosphore lipidique : 115 mgr. ; phosphore organique non lipidique, 206 mgr. ; phosphore minéral, 36 mgr. ; phosphore nucléo-protéidique, 26 mgr.

Dans les maladies l'équilibre phosphore du sang est troublé.

Dans les cirrhoses du foie, il y a un abaissement des phosphores minéral et lipidique. Il en est de même dans le cancer du foie ; cela ne tient d'ailleurs pas à l'action du cancer, car dans un cas de cancer extra-hépatique, on a trouvé un abaissement du phosphore organique non lipidique. Ces chiffres peuvent être modifiés par l'association de la maladie du foie avec un ictère ou avec une maladie des reins. Dans l'ictère catarrhal, il y a augmentation des phosphores organique et lipidique. Dans les maladies des reins, au cours des néphrites chroniques on admet en général une augmentation du phosphore minéral ; dans une néphrose lipoïdique, les auteurs ont trouvé une augmentation de toutes les fractions du phosphore sanguin.

Dans les anémies et les leucémies aiguës, il y a abaissement du phosphore lipidique et organique non lipidique ; le phosphore minéral reste normal.

Dans les leucémies chroniques il y a augmentation des phosphores lipidique et organique et en particulier du phosphore nucléinique,

Dans les maladies des os, on voit : au cours de l'ostéopathie fibro-périodique de Recklinghausen et de l'ostéomalacie, un abaissement du phosphore minéral et du phosphore organique non lipidique. Dans la maladie de Pajet, le taux du phosphore sanguin reste normal.

Dans les rhumatismes chroniques, il y a augmentation du phosphore organique non lipidique et du phosphore minéral.

Dans le diabète sans dénutrition le taux du phosphore sanguin reste généralement normal.

Dans le diabète avec dénutrition azotée, il y a généralement augmentation du phosphore lipidique et organique.

Ainsi, chaque maladie paraît avoir sa formule phosphorée sanguine caractéristique.

A propos de l'étiologie zonateuse de la varicelle. — ***M. Armand-Delille.***

Un cas d'hypoglycémie spontanée avec amélioration persistante. — ***MM. Marcel Labbé, M. Brûlé*** et ***Lenègre.*** — Un jeune homme, depuis longtemps fatigué, et surtout dans la matinée, présentait, depuis quatre mois, des pertes de connaissance survenant au début du repas de midi, dont les premières bouchées étaient immédiatement vomies.

L'apparition des crises après un jeûne relativement prolongé (car ce malade ne mangeait pas au réveil), le fait que les accidents avaient parfois été évités par l'ingestion de sucre, nous firent, sous cette symptomatologie assez fruste, soupçonner l'existence d'une hypoglycémie. L'hypothèse fut vérifiée et la glycémie était anormalement basse, à 0 gr. 44 et même 0 gr. 39 par litre alors que les accidents avaient disparu.

Sous l'influence du repos et d'une administration riche en hydrate de carbone, la glycémie se rapprocha de la normale et, en un mois, le malade pouvait reprendre son travail qu'il peut continuer depuis un an.

Il serait cependant téméraire de parler de guérison. Pour transitoires qu'aient été les accidents, ce cas semble cependant rentrer dans le cadre des hypoglycémies liées à l'hyperfonctionnement du pancréas endocrine, à l'hyperinsulinisme. On peut sonçonner soit un adénome, soit une hyperplasie diffuse du pancréas qui pourront provoquer de nouveaux accidents, après une rémission plus ou moins prolongée.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 8 janvier 1932

Greffe ostéo-périostique pour mal de Pott fistulisé. Guérison. — *M. A Treves* rapporte l'observation d'un jeune homme de 21 ans qui, atteint d'un mal de Pott dorsal depuis l'âge de 8 ans, présentait une pistule de la région dorsal persistant malgré 3 ans d'immobilisation et d'héliothérapie (de 18 à 21 ans) et dont la fistule s'est fermée 3 mois après la greffe. La guérison complète se maintient depuis 2 ans bien que le malade mène une existence très active. Le rôle ostéotropique du greffon dont Massart a rapporté, à la Société dans la dernière séance, un cas indiscutable, paraît ici certain.

Urétrographie dans un cas de rétrécissement serré de l'urètre avec fistule périnéale. — *MM. Jack Mock* et *René Gambier* communiquent cette observation dont ils présentent les urétrographies. Celles-ci montrèrent toute la configaration interne de rétrécissement ; elles permirent de repérer le point de départ de la fistule au niveau de l'urètre prostatique. Enfin, grâce à l'injection de lipodol faite pour l'urétrographie, le cathétérisme par une bougie filiforme fut rendue possible et ainsi l'urétrotomie interne put être pratiquée.

Deux cas de luxation sous-astragalienne du calcanéum. — *M. Judet* communique ces deux observations. Dans le premier cas, — homme de 54 ans —, le calcanéum s'était luxé en dehors de l'astragale en entrainant le cuboïde et le scaphoïde. Quoique vue seulement sept jours après l'accident, la luxation put être réduite après allongement souscutané à deux étages du tendon d'achille, abaissement du calcanéum et torsion du pied en varus. Dans le deuxième cas, — homme adulte —, le calcanéum s'était luxé en dedans de l'astragale ; luxation concomitante astragolo-scaphoïdienne. Au quatrième jour la luxation put être réduite par manœuvres externes après ténotomie du tendon d'Achille. Dans les deux cas l'immobilisation plâtrée pendant trois semaines, puis marche. Résultat parfait.

Iléus paralytique compliquant l'aérocolie. — *M. Thevenard* en communique deux observations. Quelle pathogénie invoquer ? Hystérie ou trouble réflexe de l'innervation des tuniques de l'intestin par action de leur distension sur les plexus de Meissner et d'Aerubach. Le diagnostic, le plus souvent facile, peut hésiter dans certains cas atypiques d'occlusion. Au moindre doute, l'indication opératoire devient formelle.

M. Léo pense que l'helminthiase peut être la cause de ces accidents.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1932

Déformation de la tête fémorale consécutive à un traumatisme chirurgical de la hanche. — *M. Mathieu* rapporte ce cas d'épiphysiolyse survenu après infraction dans un cas de coxa vara.

Ostéosynthèse. — *M. Grégoire* rapporte un travail de *M. Bœwer* (de Namur) sur un nouveau matériel de prothèse externe permettant la mobilisation rapide du membre fracturé.

M. Desplas a traité deux fractures de jambe avec cet appareil avec un plein succès.

M. Alglave insiste sur la fréquence de l'ostéite au niveau des broches des fixateurs externes.

M. Sorrel craint que n'apparaisse tardivement de l'ostéite raréfiante.

Tuberculose du coude. — *M. Sorrel* analyse un travail de *M. Adam Gruca* (de Lwow) qui traite l'arthrite tuberculeuse du coude par la résection suivie d'arthroplastie immédiate.

M. Lenormant estime que ces interventions ne méritent pas le nom d'arthroplastie.

Blessure de la veine sous-clavière par une fracture de la clavicule. — *M. Mocquot* rapporte cette observation de *M. Matry* (de Fontainebleau). L'auteur, après esquillectomie et ligature latérale de la plaie veineuse fit l'ostéosynthèse au fil de bronze.

Fracture de Monteggia. — *M. Bréchot* estime que la réduction de la fracture cubitale est le plus souvent suffisante pour réduire la luxation.

M. Fredet résume la discussion et insiste sur le fait que la fracture n'est réductible que lorsque la tête radiale est revenue en place.

M. Alglave défend la voie d'abord trans-olécranienne.

Rachianesthésie. — *M. Desplas* rappelle l'importance de l'hypotension et de la syncope au cours de la rachianesthésie. Pour remédier à ces accidents, il utilise l'éphédrine, associée à l'adrénaline et à la caféine.

M. Leveuf précise le mode d'action de l'éphédrine, administrée *per os* ou par injection. Il insiste sur le fait que l'éphédrine supprime les vomissements.

M. Picot utilise simplement une injection de caféine avant la rachianesthésie.

M. Basset utilise l'éphédrine et la morphine pré-opératoire ; il insiste sur la pathogénie complexe des accidents.

M. Rouhier insiste sur la nécessité de pratiquer avec lenteur les changements de position des malades.

Cancer du rectum. — *M. Alglave* présente un malade traité par anus définitif et curiethérapie.

MM. Schwartz et *Proust* estiment que la curiethérapie doit être réservé aux seuls cas inopérables.

M. Gernez discute les indications opposées de la curiethérapie et de la radiothérapie.

G. MENEGAUX.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Tuberculose et choline (J.-M. SACAZE, *Concours médical*, 29 mars 1931.)

L'auteur a utilisé la Choline « Roche » et il a constaté qu'au bout d'une série d'injections d'un centimètre cube faite tous les deux jours, on notait le retour de la température à la normale, le relèvement rapide de l'état général, la reprise de l'appétit et du sommeil et une augmentation rapide du poids. Cette médication est d'une innocuité absolue, d'après tous les cliniciens qui l'ont expérimentée, et elle présente une action favorable dans tous les cas de tuberculose quels que soient la forme et le degré de la maladie. Certes, il ne faut pas compter, avec cette médication, guérir des lésions avancées, et il faut bien savoir que les malades bénéficieront d'autant plus du traitement qu'il sera appliqué plus tôt, c'est-à-dire dans les pré-tuberculoses, l'asthénie, l'amaigrissement, les adénopathies trachéo-bronchiques, etc., et même on s'en trouvera bien dans toutes les tuberculoses osseuses, uro-génitales et cutanées. La choline, étant atoxique, peut aussi bien être employée chez les adultes que chez les vieillards et les enfants. Les injections sont indolores et admirablement supportées.

Que vaut le nouvel anesthésique chirurgical : la percaïne? (Dr Raymond IMBERT. *Rev. médicale de France et des Colonies*, n° 7, juillet 1931.)

La percaïne, dont le nom rappelle par sa désinence les anesthésiques utilisés depuis quelques années, en est cependant chimiquement très différente. C'est le chlorhydrate d'une amino-

amide éthérifiée (diétyl-éthylène-diamide de l'acide butyl-oxycinchoninique), se séparant nettement de la cocaïne, de la novocaïne et de leurs dérivés.

L'étude que l'auteur en a faite est tout à la fois expérimentale et clinique. Expérimentalement, chez l'animal comme chez l'homme, la percaïne se révèle d'une puissance anesthésique énorme, si bien que des résultats égaux sont obtenus, au moyen du bouton anesthésique, avec des solutions à 1/200 de novocaïne et 1/4000 de percaïne, titre vingt fois plus faible ; limite de toxicité pratique fort loin par conséquent des doses usuelles.

Cliniquement, la percaïne utilisée en infiltration, en rachi ou par contact, donne des anesthésies d'une durée beaucoup plus longue que les autres anesthésiques, gros avantage pour le chirurgien, qui a tout le temps d'opérer, et pour le malade qui ne souffre pas pendant les heures qui suivent l'opération. Cette action prolongée de l'insensibilisation à la percaïne a été particulièrement mise en lumière chez un sujet opéré d'une hernie inguinale double, d'un côté avec la percaïne, de l'autre avec la novocaïne.

Il convient, en général, d'ajouter une petite quantité d'adrénaline aux solutions de percaïne, qui sont vaso-dilatatrices : un cent millième suffit. Aucun hématome ni aucun autre accident ou incident opératoire ou post-opératoire n'a été noté par l'auteur.

Considérations pratiques sur la rachianesthésie à la percaïne. (Dr G. Luquet. *Journal médical français*, n° 4, d'avril 1931.)

La rachianesthésie à la percaïne, qui peut être effectuée suivant deux méthodes, celle des solutions concentrées à 5 pour mille (Quarella), dont on injecte de 1 à 2 cc., ou celle des solutions diluées à 1/1500 (Jones), dont on injecte de 10 à 20 cc., présente, dit l'auteur, de très grands avantages.

Ceux-ci peuvent être ainsi résumés : anesthésie de longue durée, non choquante, absolument complète, avec un silence abdominal et une résolution musculaire insoupçonnés jusqu'alors, calme opératoire tel que le chirurgien peut aborder facilement un organe profond par la ligne médiane, les voies biliaires par exemple, que les anses intestinales restent plaquées au fond de l'abdomen, laissant ainsi tout son libre jeu à l'opérateur.

Les accidents ou plutôt les incidents au cours de la rachipercaïnique sont rares. L'orage anesthésique fait presque toujours défaut. Il est utile, cependant, d'injecter au malade de la scopo-morphine et 3 centigr. d'éphédrine pour lutter contre l'ischémie bulbaire et stimuler le centre respiratoire.

Les suites de la rachipercaïnique sont simples. Pas de rétention d'urine, ni de paralysies sru tous les cas observés par l'auteur (116) ; céphalées moins fréquentes qu'avec les autres anesthésiques.

CORRESPONDANCE

Le monstre d'Aubervilliers de 1429 était un xiphopage

Le monstre double d'Aubervillers, de 1429, dont mon excellent ami Wickersheimer a rapporté des observations, sinon inédites, du moins inconnues des tératologistes spécialisés, était en réalité un *xiphopage* ayant vécu 3 jours.

Il aurait pu être opéré, comme je l'ai démontré dès 1902, dans la *Revue de Chirurgie* (1902, p. 540)..

Jusqu'à présent il n'était connu du monde savant que par la citation de Sauval, qui n'est que de 1733 (*Hist. et rech. des Antiq. de Par.*, 1733, t. II, p. 560-65). Plus d'un million de Parisiens allèrent le soir au lieu de sa naissance, a dit cet auteur.

Il faut donc remercier le savant bibliothécaire de Strasbourg d'avoir publié les observations originales qu'il a retrouvées et qu'il a sauvées (*Prog. méd.*, 1931, p. 2099).

Je ne veux pas — ce n'est pas le lieu — refaire l'histoire de ce xiphopage femelle ; mais je me permets de faire remarquer que le chiffre cité (40 mille mille, soit 40 millions) par le manuscrit (n° 2043) est évidemment exagéré. Sauval ne parle ici que d'un million de visiteurs : ce qui est suffisant déjà !

J'ajoute que Clément de Fauquenberge dans sa rédaction parle d'un fait analogue, dit de Castelnaudary et que, jusqu'à présent, ce cas est complètement inconnu des tératologistes.

Aussi ne l'ai-je pas cité en 1902, à côté de celui de 1429 rapporté par Sauval. Il serait utile de rechercher cette observation, car le monstre vécut 8 mois.

Pour être juste, je dois déclarer que Is. Geoffroy Saint-Hilaire, dans son Traité (t. III, p. 181), a écrit, en parlant du monstre de Sauval : « non seulement tous les traités de tératologie, mais aussi *toules les chroniques du temps* (c'est-à-dire du XVe siècle), ont mentionné ce monstre que 10.000 Parisiens allèrent voir. Plusieurs chroniques fixent la durée de sa vie à trois jours. »

Ces 10.000 Parisiens, à supposer qu'on les multiplie par mille comme dans le manuscrit 2043, donneraient plus que le million de Sauval ! C'est beaucoup.

Il est bien difficile d'écrire l'histoire comme on voit, et surtout celle des monstres doubles ! On vient de le constater une fois de plus.

Dr Marcel Baudouin.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

H. de Brun (1855-1931). — *Extrait de l'éloge prononcé par M. Ravaut à l'Académie de Médecine* (S. du 15 décembre 1931).

Hippolyte de Brun naquit en 1855 à Orlanc dans le Puy-de-Dôme. Il fit ses études au lycée de Saint-Etienne dans la même classe que Bard (de Lyon), Troussaint, le médecin inspecteur général de l'Armée, et Guinard qui devait périr si tragiquement dans son service de l'Hôtel-Dieu. Il commence sa médecine à Clermont-Ferrand et deux ans après il vient à Paris : il y est nommé externe des hôpitaux, puis interne en 1879. Après avoir passé quelque temps dans les services de Th. Anger et de Péan, il fait son éducation médicale auprès de Legroux, Lasègue et surtout Jaccoud, dont il fut le chef de clinique. Il commençait à se préparer au concours des hôpitaux lorsqu'en 1885, à l'instigation de Jaccoud, il accepte la chaire de pathologie interne et de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Beyrouth. Deux ans auparavant Jules Ferry et Gambetta avaient fait voter les crédits permettant de fonder et de subventionner cette école, créée par les Jésuites au moment même où ils venaient de voir disparaître leurs établissements de France. C'est en répondant aux critiques qui lui furent faites à ce sujet que Gambetta lança la phrase restée célèbre et toujours vraie : « L'anticléricalisme n'est pas un article d'exportation. »

Sans appréhender les difficultés que cette situation permettait de prévoir, fort de sa jeunesse et de son talent, de Brun, comprenant déjà toute l'importance de la mission à laquelle il allait vouer son existence, partit sans hésitation pour Beyrouth. Il devait y connaître le succès complet. Composée au début de 4 professeurs et 11 étudiants, cette Ecole est transformée en 1888 en Faculté. En 1914, elle groupe autour d'elle 350 élèves appartenant à toutes les races : Libanais, Syriens, Egyptiens, Palestiniens, Arméniens, Turcs, Persans, Grecs, Bulgares, Macédoniens. Quelle œuvre magnifique et féconde accomplit de Brun en façonnant ces jeunes cerveaux, en leur inculquant, avec nos conceptions médicales, l'amour de notre pays ! Aussi notre Compagnie ne fit-elle que rendre justice à son mérite et à ses services éminents lorsqu'elle le nomma en 1895 membre correspondant et en 1911 Associé national.

. . . .

Malgré les conditions souvent défavorables dans lesquelles il travailla, sans aides, obligé de prendre lui-même ses observations, sans laboratoire, de Brun laisse une œuvre scientifique des plus intéressantes. Il a donné les premières descriptions de la *dengue* et cette maladie n'a pris figure qu'à la suite de ses travaux sur sa clinique et son épidémiologie. En 1914, il la sépare nettement de la fièvre à Papatacci, notion qui ne devait être admise que dix ans plus tard.

En matière de *paludisme*, il a décrit le pneumo-paludisme du sommet, l'amnésie et le tremblement paludéens, l'infantilisme palustre ; il a proposé pour son traitement le sulfate de cinchonine qu'il plaça sur le même plan que la quinine. Enfin, pendant quarante-cinq ans, il a pu étudier des formes très spéciales de paludisme viscéral ; il se proposait de les exposer un jour, mais sa dernière maladie l'empêcha de publier ces précieux documents.

En 1911, il décrit un des premiers *la peste pulmonaire* dont le nom seul était connu.

Citons enfin des travaux sur certaines formes chroniques des abcès du foie, sur l'aïnhum dont il a fait une entité morbide distincte.

Si de Brun a relativement peu écrit, c'est qu'il a surtout donné son temps à l'enseignement qui lui avait valu dans tout le Proche-Orient une renommée considérable. Aussi ses élèves conservent-ils de lui un véritable culte ; répandus de la Syrie à l'Egypte, de la Perse à la Grèce, ils ont pu, grâce à l'éducation qu'ils avaient reçue de de Brun et de la Faculté française de

Beyrouth, acquérir des situations de premier plan dans leurs pays d'origine, y occuper des postes médicaux des plus importants et perpétuer ainsi l'œuvre civilisatrice de leur Maître.

Pendant la guerre, la Faculté fut fermée, mais, la paix revenue, avec une nouvelle ardeur, de Brun rejoignait son poste et aidait au relèvement de sa chère Faculté. Il ne l'abandonna qu'en 1930, lorsque sentant ses forces décliner il dut se retirer à Saint-Brieuc, chez son fils aîné, où il mourut d'hémorragie cérébrale dans sa soixante-seizième année ..... »

Albert Mayor (1853-1931). — « .... A Genève, la clinique et surtout la thérapeutique furent les principaux objets de son activité scientifique. Le premier, il donna, en 1913, une description de la sigmoïdite et de la périsigmoïdite fort mal connues avant lui, description qu'il compléta dans un travail plus étendu paru en 1917.

Les recherches thérapeutiques de Mayor portèrent sur la morphine et ses dérivés, codéine, dionine, héroïne, peronine, dont il fit l'étude expérimentale et comparative ; sur l'apomorphine, l'apocodéine, l'apodionine ; sur le chloral et certains de ses succédanés dont il étudia l'action cardio-vasculaire ; sur les anesthésiques généraux ; sur le cacodylate et le vanadate de soude. Il apporta des vues nouvelles relativement à l'administration de la digitale dont il préconisa l'usage à petites doses régulièrement administrées à titre préventif de l'insuffisance cardiaque.

Enfin, il collabora au *Traité de Médecine* de Bouchard et Brissaud dans lequel il écrivit le chapitre concernant la thrombose et l'embolie ; il rédigea également, dans la *Bibliothèque de thérapeutique*, un article sur la médication circulatoire et fut, au Congrès de Lyon de 1914, l'auteur de l'un des rapports sur les diurétiques.

Dans tous ses travaux, Mayor se montra observateur sagace autant que clinicien avisé.

Quant à l'homme, ses amis, ses collègues, ses élèves, tous ceux qui purent l'approcher, sont unanimes pour louer l'aménité de son caractère, le charme de ses relations, sa simplicité et surtout sa grande bonté.

Albert Mayor a tenu une place importante dans la vie médicale de Genève pendant près d'un demi-siècle. Avec d'Espine, Jacques Reverdin, Picot, Révillod, pour ne citer que les plus récemment disparus, il faisait partie de cette phalange de médecins genevois, élèves de notre Faculté, anciens internes de nos hôpitaux, imprégnés de notre culture, qui ont propagé dans leur ville les méthodes et les disciplines françaises, et qui se sont montrés, en maintes circonstances, les amis fidèles et dévoués de notre pays..... »

Il était petit-fils et fils de médecin. Son grand-père, François Mayor, médecin et naturaliste genevois, découvrit les bruits du cœur du fœtus ; son père, Isaac Mayor, chirurgien et naturaliste de valeur, était professeur de physiologie à l'Université de Genève. (Extrait de l'éloge prononcé par M. Le Noir, à l'Académie de Médecine. Séance du 1er décembre 1931.)

Pour le maintien de la médecine canadienne française dans les traditions et les principes de formation de la médecine française. — *Extrait d'une communication de M. Sergent à l'Académie de Médecine (S. du 15 décembre 1931) : troisième mission d'enseignement clinique au Canada français* :

« ..... *Du point de vue français*, je n'hésite pas à répéter que nous devons faire le plus persévérant effort pour entretenir et rendre toujours plus intimes nos relations avec nos « cousins » canadiens-français. La propagande doit être intensifiée, élargie, étendue, pour maintenir le prestige de notre passé. N'oublions pas que la frontière qui sépare le Canada des Etats-Unis est factice et que l'américanisme est plus menaçant pour des voisins immédiats que pour ceux qui sont encore « de l'autre côté » de l'Océan !

Loin de moi la pensée de méconnaître la valeur de bon nombre de travaux américains, ni encore moins, de la plupart des travailleurs américains. Mais, ayant rendu cet hommage au mérite incontesté, j'ai bien le droit de dire et de soutenir que le danger de l'américanisme est la substitution de méthodes rapidement imaginées aux traditions solidement établies sur les bases d'une longue expérience. Le nombre et la vitesse ne sauraient prévaloir sur la qualité et la réserve prudente. N'oublions pas les préceptes de Laënnec et souvenons-nous que l'observation n'a de valeur que si elle est « maintes et maintes fois répétée ». Préférons dix observations suivies de bout en bout par le même clinicien sagace à cinq cents observations récoltées dans un fichier central par un compilateur qui n'a suivi lui-même aucune d'elles.

Les vieilles races sont comme les chênes séculaires : transplantées sur un sol neuf, elles voient leur sève s'épanouir en pousses nouvelles et florissantes ; une greffe, une bouture ne vaudront jamais une transplantation !

Puissent les vieilles races lutter vigoureusement pour maintenir intacte leur sève ancestrale !

Telles sont les idées que j'ai développées là-bas au cours de nombreux entretiens et dans des toasts improvisés, mais préalablement concertés ; tel celui que j'ai porté au déjeuner offert par la Faculté de Montréal, sous la présidence de Mgr. Piette, l'éminent recteur de l'Université, et de mon cher ami le doyen de Lotbinière Harwood ; tel celui que j'ai porté au dîner offert par le Comité France-Amérique de Québec, sous la présidence de mon excellent ami le professeur Arthur Vallée ; tel celui que j'ai porté au déjeuner auquel me convièrent à Montréal « les Anciens d'Europe ».

C'est de là que sont nées les suggestions dont il me reste à parler : maintenir la médecine canadienne-française dans les traditions et les principes de formation de la médecine française ; opposer au flot montant de l'américanisme une barrière constituée par un bloc canadien sous la forme d'une étroite union scientifique médicale entre les Universités canadiennes-françaises de Québec et de Montréal et l'Université anglaise Mc Gill..... »

Plaidoyer pour l'institution d'une agrégation d'hydrologie. — *Le* « Journal des Débats »(1) *vient de publier quatre articles en faveur de l'institution d'une agrégation d'hydrologie* :

L'institution de l'agrégation d'hydrologie et de climatologie médicales est requise par de hauts intérêts. Nous l'avons dit, Il y faut insister. Le bon sens commande de donner son couronnement à l'enseignement enfin créé dans toutes nos Facultés, d'une thérapeutique qui est bien loin encore d'avoir révélé tous ses secrets. Sans l'agrégation, comment donner aux professeurs titulaires actuels, les personnalités compétentes qui doivent hériter de leur tâche ? Sans elle, le recrutement serait mal assuré, et l'œuvre si péniblement accomplie serait bientôt tout entière à reprendre. Mais il faut s'attendre à l'opposition de certaines habitudes, de certains calculs. C'est en vain, cependant, qu'on essaierait, quelques grands mots aidant, de donner un peu de ton à des prétextes sans valeur.

Il faudra bien aller au bout de ce qui, organisé depuis dix ans à peine, a déjà pris une si grande importance et a rendu tant de services. Les voix qu'alors on écouta n'avaient pas eu tort d'annoncer ces progrès et ces bienfaits. Elles ne sont pas disposées à se taire, quand il s'agit de consacrer les résultats acquis. Or, ce sont des voix autorisées, qui sont les interprètes nés, les truchements légitimes et avisés des intérêts en cause. Si l'on veut, et on le doit, entendre *les instances de la compétence*, elles ne sont pas ailleurs.

Qui donc demande qu'aux diverses sections de l'agrégation des Facultés de médecine, soit ajoutée une section d'hydrologie et de climatologie médicales ? Ce n'est pas seulement le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France qui en formula le vœu, en décembre 1926, adoptant les conclusions motivées du récent congrès international d'hydrologie et de climatologie de Lyon. La Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France s'y est maintes fois intéressée aussi. La Commission consultative de l'Office national du Tourisme l'a contresigné. Le Conseil d'administration de l'Office national du tourisme s'est empressé de l'appuyer. Le Comité climatique et thermal du Touring-Club de France a fait de même.

Les sociétés d'hydrologie ont souscrit de leur côté à cette revendication, dont les professeurs d'hydrologie de nos Facultés n'ont laissé passer aucune occasion de montrer combien elle est fondée. Les titulaires des chaires créées depuis 1922 ont dû situer leur enseignement. La personnalité de celui-ci vaut d'être affirmée et armée sur la position acquise. C'est l'affaire d'une suite de maîtres réellement attachés à la thérapeutique en cause et qui lui demeurent fidèles. Cela ne se peut pas sans l'agrégation. Or, il y a, pour celle-ci, une ample matière scientifique. Voilà pourquoi la Commission d'enseignement hydro-climatique du ministère de l'instruction publique s'est prononcée à son tour dans le même sens que tant de comités et de congrès.

Pourquoi tarder ? Un fléchissement de la situation réalisée ne pourrait que déconcerter maîtres et élèves. Une carrière est ouverte, qui, pour donner tous ses fruits, doit recevoir toute son ampleur. Des vocations se dessinent, qu'il n'y a aucun profit à

(1) Voir *Journal des Débats* : « Les Chaires d'hydrologie, 27 novembre 1931 ; « l'Agrégation d'hydrologie », 17 décembre 1931 ; « Sur l'enseignement de l'hydrologie », 31 décembre 1931, 9 janvier 1932.

décourager. On ne demande rien que de très naturel et légitime. C'est un sujet d'étonnement que l'obligation où l'on est d'insister.

Une stigmatisée bretonne au XVIIe siècle. — *On lit dans les* Nouvelles littéraires (9 *janvier* 1931) :

Alors que certains milieux d'Allemagne s'enthousiasment pour une stigmatisée, il est piquant de noter que Mersenne faisait demander à Descartes, par l'intermédiaire de Huyghens, des renseignements sur une stigmatisée de Saint-Pol-de-Léon en Bretagne. Et Descartes répondait en 1640 avec beaucoup de scepticisme : « La fille dont il vous a écrit n'est autre chose qu'une imitatrice de celle de Meurs qui feignait ne manger point et d'une autre des quartiers de Cologne qui portait sur son corps les marques de toutes les plaies de Jésus-Christ : car on dit que celle-ci qui est à Saint-Pol-de-Léon en Basse-Bretagne n'a point mangé depuis cinq ans et qu'elle ressent tous les jours les douleurs des martyrs dont on célèbre les fêtes, de quoi on voit les marques sur elle, en sorte qu'au jour de Saint-Etienne sa chair paraît toute meurtrie de coups de pierre : au jour de Saint-Laurent, elle semble être grillée, au jour de Saint-Denis, on voit un cercle rouge autour de son col, comme si sa tête avait été coupée et ainsi du reste. On en dit encore plusieurs autres extravagances mais je crois que celles-ci suffisent pour vous obliger à n'en rien croire ».

Natalité et intelligence. — *Sous ce titre M. Edouard Julia vient de publier dans la* Revue politique et parlementaire (10 *décembre* 1931), *un article dont voici les conclusions* :

Le sang comme l'or croît par le crédit. Les peuples ou les individus se développent dans la mesure où ils ont confiance dans l'avenir, quand ils ont cessé de s'abandonner sans prévoyance aux commandements naturels dont les retours de la destinée redressent les excès. Cette confiance peut être purement vitale et instinctive ou, au contraire, critique et raisonnée. Dans le premier cas, soit par conviction religieuse, soit par entraînement patriotique, une sorte d'impérialisme de la natalité s'empare des esprits et les porte à croire que la lutte pour la vie n'a d'autre signe de victoire que l'augmentation du troupeau, quelque déchet qu'il ait à subir en cours de route : en se livrant à la Providence ou en courant soi-même sa chance, il faut « croître et multiplier ». Dans le second cas, la natalité est policée, ordonnée, réglée par les ressources dont disposent les peuples ; ces ressources étant convoitées avec un appétit tel que la limitation du nombre de ceux qui se les partagent apparaît comme le moyen le plus court de se les assurer. Du moins en est-il ainsi dans un état social basé sur la concurrence. La natalité est fonction de la capacité du travail qui, elle-même, est subordonnée au rendement que l'homme prétend en attendre. Il est possible que de nouvelles sociétés réussissent à s'imposer qui, abaissant le niveau de l'existence par une égalisation forcée, poussent au pullulement sans effort par une résignation que provoque la misère. De toutes manières, qualité et quantité des races se compensent et sont pesées dans une balance dont les oscillations semblent tenir à un hasard harmonieux, plutôt qu'à notre volonté réfléchie. La prévoyance de la raison est aussi incertaine dans ce domaine que dans tous les autres, mais si infime soit-elle, elle existe et élargit son action.

Louis Odier, introducteur de la vaccination en France en 1800. — *Dans le numéro de* La Science médicale pratique (15 *décembre* 1931) *consacré à la Faculté de médecine de Genève, M. E. Bujard, doyen de cette faculté, en trace l'histoire à grands traits et rappelle que Louis Odier fut l'introducteur de la vaccination en France en* 1800.

« ..... Après le départ de Th. Tronchin, la chaire de médecine resta de nouveau vacante de longues années.

En 1789, Louis Odier, secrétaire de la nouvelle Société de Médecine fondée en 1775, posa sa candidature ; mais elle échoua après un préavis défavorable de la « Faculté », — c'est-à-dire du corps des praticiens, — consultée à ce sujet.

Le XVIIIe siècle se termina par l'Annexion de Genève à la France, le 15 avril 1798 ; l'Académie de Calvin sera quelques années après incorporée à l'Académie impériale.

En 1799, l'instauration à Genève, par le Directoire, d'un Jury



LE VIN DE VIAL

au QUINA, VIANDE, LACTO-PHOSPHATE de CHAUX

est un aliment physiologique complet

Les principes actifs et bien connus de ces trois produits, rigoureusement dosés et parfaitement assimilables, se trouvent heureusement réunis dans sa formule pour obtenir un maximum d'effet. C'est pour cela qu'il est un reconstituant des plus énergiques dans les cas de DÉNUTRITION et de DIMINUTION DES PHOSPHATES CALCAIRES. Très agréable au goût, il est facilement accepté par les enfants, les femmes, les vieillards et toutes personnes délicates. Il est indispensable aux affaiblis, surmenés débiles, opérés et convalescents.

Laboratoire H. VIAL, 36, Place Bellecour, à LYON

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue George-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent y obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou de 3e classes.



LABORATOIRE

32, Rue de Vouillé et 1, Boulevard Chauvelot, PARIS (XVe)

***Tél.*: Ségur 21-32 -:- *Adresse télégr.* : Lipovaccins-Paris**

LIPOVACCINS

Vaccin antityphique et antiparatyphique A et B

Lipo-Vaccin T A B

Vaccin antigonococcique " Lipogon "

Vaccin anti-staphylo-strepto " pyocyanique "

Lipo-Vaccin antipyogène

Lipo-Vaccin anti-entéro-colibacillaire

Lipo-Vaccin anti-grippal

(Pneumo-Pfeiffer pyocyanique)

Lipo-tuberculine

Solution huileuse de tuberculine au 1/10, 1/5, 1/2, 1 milligramme par (centimètre cube)

VACCINS

hypo-toxiques

en suspension huileuse

utilisés dans l'Armée, la Marine et les Hôpitaux

Dans ces vaccins, les microbes, en suspension dans l'huile, sont pour ainsi dire « embaumés », et conservent durant plusieurs mois (de 18 mois à 2 ans) leur pouvoir antigénique. L'absorption des lipo-vaccins par l'organisme est beaucoup plus lente qu celle des hydro-vaccins ; ce qui permet d'injecter des quantités de microbes trois ou quatre fois plus grandes.

Les Lipo-vaccins ne causent pas les chocs vaccinaux très graves qui ont été signalés dans l'emploi des vaccins en suspension aqueuse dont les corps microbiens lysés provoquent l'intoxication brutale de l'organisme.

d'instruction (19 nivôse, an VII) eut cette conséquence : le rétablissement de la chaire de médecine.

Louis Odier était l'auteur d'un mémoire sur l'instruction à Genève, destiné à permettre l'application éventuelle de la loi du 3 brumaire, an IV, aux écoles genevoises. Il fut désigné par le Directoire comme membre du Jury d'instruction, avec le titre de professeur de médecine, à l'instigation de Félix Desportes ci-devant commissaire du gouvernement à Genève. Les autorités genevoises ne purent que confirmer cette désignation et la Société académique, héritière de l'ancien Sénat, décida la création d'une chaire honoraire de médecine pour Louis Odier. Cette décision, ratifiée le 26 mars 1799 (6 germinal, an VIII), ne fit que rendre officiel un enseignement que Louis Odier donnait déjà de façon privée depuis plusieurs années.

Louis Odier fut l'introducteur de la vaccination en France en 1800 (1), *dix ans avant l'initiative prise par la ville de Boulogne et le Préfet de la Meurthe ; ce fut lui qui lança le terme de « vaccine », qui lui avait été suggéré par son ami De Roches, professeur de théologie.* Il est l'auteur d'un Manuel de médecine pratique (1803) fort apprécié à l'époque et il devint membre de l'Institut en 1810.

L'activité de Louis Odier ne se borna pas à cela. Il tendit tous ses efforts à obtenir la création d'un enseignement complet de la médecine. En 1802, il obtint un premier résultat avec l'établissement de deux chaires honoraires nouvelles à l'Académie, soit une chaire d'anatomie dont fut chargé Louis Jurine, qui donnait des leçons privées d'anatomie depuis 1775, et une chaire de chimie pharmaceutique qui fut confiée à Gaspard de la Rive. Ces deux chaires nouvelles réunies à la sienne constituèrent une Ecole secondaire de médecine ..... ».

Louis Odier mourut en 1817.

Jurisprudence. — *Accident du travail. Brûlure par chaux. Justice de paix d'Haubourdin, 25 septembre 1931.* — *A le caractère d'un accident du travail au sens de la loi de 1898 la brûlure lente de la peau nue en contact avec une substance caustique.*

Attendu que Logier, manœuvre au service de la Société des Agglomérés Delcourt, a été, le 12 juin 1931, au cours de son travail, brûlé par de la chaux qu'il manipulait. Que le certificat médical délivré par le Dr Ledan, de Lomme, porte : face interne des deux pieds et surtout du pied gauche, nombreuses plaies profondes et arrondies, dimensions allant de un centimètre carré à la grandeur d'une pièce de un franc, résultant d'une destruction de la peau par la projection d'une substance caustique ;

Attendu que la Société des Agglomérés Delcourt soutient qu'il ne s'agit pas d'un accident de travail parce que les brûlures de Logier ne proviennent pas d'une action violente et soudaine d'une cause extérieure ;

Attendu qu'il n'est pas contesté que Logier a été blessé au cours de son travail par l'action extérieure et directe du produit qu'il manipulait ;

Que l'action n'a pas été violente, il est vrai, mais qu'elle est survenue pendant le travail et a occasionné une incapacité partielle de travail ;

Attendu que c'est à bon droit que Logier réclame l'application de la loi du 9 avril 1898 ;

Que l'incapacité de travail de Logier a duré vingt-six jours ;

Que le montant de son salaire journalier de 45 francs n'est pas contesté, et qu'il a droit à une indemnité journalière de 22 fr. 50 centimes ;

(1) Dans un mémoire remis à l'Institut et intitulé : Avis aux pères et mères de famille.

Que le montant des demi-salaires qui lui sont dus s'élèvent à 585 fr. ;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens ;

Par ces motifs, nous, juge de paix,

Statuant contradictoirement et en dernier ressort,

Condamnons la Société des Agglomérés Delcourt à payer à Logier la somme de 585 fr. pour demi-salaires du 12 juin au 7 juillet 1931 ;

La condamnons en tous les frais et dépens.

M. Moitier, juge de paix. (*Le Quotidien Juridique.*)

Magnétisme et exercice illégal de la médecine. — « Le terme « traitement » dont s'est servi le législateur du 30 novembre 1892, comprend par définition l'ensemble des moyens hygiéniques, diététiques et thérapeutiques, grâce auxquels on combat un état morbide, a une portée générale et s'applique à tous les procédés employés à l'égard des malades pour les soulager ou pour les guérir.

Notamment, il est de jurisprudence paraissant aujourd'hui définitivement fixée que la pratique du magnétisme constitue à elle seule un traitement, puisqu'elle peut produire sur certains sujets des réactions indéniables, et que, spécialement, le fait de se livrer sur des malades à des passes magnétiques, même par-dessus leurs vêtements, et de leur fournir ou de leur conseiller l'emploi d'eau ou d'ouate magnétique, suffit à caractériser le délit, sans qu'il y ait à rechercher si la guérison s'en est ou non suivie, ni si le magnétiseur a opéré gratuitement, ou s'il a réclamé ou accepté une rétribution. »

(Note publiée par *Le Quotidien Juridique* (15 décembre 1931) à propos d'un jugement du Tr. corr. de Nantes, 23 décembre 1930, condamnant deux magnétiseurs pour exercice illegal de la médecine.)

L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques — 14.190. — M. Delorme demande à M. le Ministre du budget si les spécialités vétérinaires ne contenant pas de substances des tableaux A. B. C., et pour lesquelles, il est fait de la publicité doivent acquitter l'impôt des spécialités pharmaceutiques au moyen des vignettes spéciales. (*Question du 24 novembre* 1931.)

Réponse. — L'administration estime que la question doit être résolue par l'affirmative si, sous une forme quelconque des qualités curatives ou préventives sont attribuées aux préparations. (*J. O.*, 24 décembre 1931.)

Vers une organisation nouvelle de la médecine légale en France. — *Les temps sont proches, dit M. le professeur Etienne Martin, où des médecins légistes spécialisés assureront seuls les services de la justice en France.*

« ... La loi sur l'exercice de la médecine impose aux médecins d'être les collaborateurs en cas d'urgence du Procureur de la République et du Juge d'instruction. Il faudrait donc que tous les médecins fussent capables de résoudre les questions médico-légales dans les constats de justice criminelle. Jusqu'à présent, l'enseignement de la médecine légale est donc obligatoire pour tous les médecins, à cause de cette disposition légale résultant des nécessités du service dela justice. A mon avis, le caractère obligatoire de cet enseignement n'est que momentané. Il existe des spécialités médicales de plus en plus nombreuses qui interdisent à ceux qui les pratiquent l'exercice, même à titre exceptionnel, de la médecine judiciaire, tels sont les chirurgiens, les accoucheurs, les oculistes, etc. Les médecins

L'hiver de la Côte d'Azur, c'est un autre Printemps !

Les trains du P. L. M., " les trains du soleil " comme on les appelle, nombreux, rapides, confortables, mettent ce printemps en quelques heures à la portée de tous. Le prix du voyage est singulièrement réduit si l'on use des cartes donnant droit à la délivrance de billets à demi-tarif valables un mois qui, pour un trajet aller et retour de 2.000 km. procurent une économie de 20 % en 1re classe, de 14 % en 2e et 3e classes, économie qui atteint 30 % en 1re et 26 % en 2e et 3e si le trajet est de 3.000 kilomètres.

qui pourront accepter les réquisitions de la justice sont donc rares. L'instrumentation et les installations pour pratiquer convenablement les constatationsjudiciaires ne peuvent être, réunies que dans des Instituts régionaux, d'où l'obligation où se trouveront les magistrats de faire transporter dans ces instituts les cadavres, comme ils font transporter actuellement les pièces à conviction : armes, portes, planchers, lits, sur lesquelles ils désirent faire rechercher des taches suspectes.

On ne peut plus objecter actuellement les difficultés ou les frais inhérents aux transports, la sécurité de la justice réclame impérieusement que les constatations qui servent de base à toute une instruction, soient faites dans des conditions où l'erreur devienne presque impossible. On déplace un adavre à 100 kilomètres en l'espace de deux heures. Les photographies et les plans des lieux, établis par les services de police, permettent au médecin d'étudier dans d'excellentes conditions la position du cadavre et la disposition des taches de sang, toutes particularités dont il peut être fait état pour un diagnostic médico-légal. Je crois donc que les temps sont proches où une organisation nouvelle de la médecine légale en France sera envisagée afin d'arriver à un fonctionnement meilleur des services de police et de l'instruction judiciaire, ou l'article 23 de la loisur l'exercice de la médecine sera abrogé, ou des médecins légistes spécialisés assureront seuls le service de la justice, ou des Instituts régionaux, comme le nôtre, serviront de centre de recherches et de constatations. Ce système est déjà en vigueur dans différents pays où le Code pénal a été révisé suivant les données récentes de la criminologie et de la médecine légale. »

(*J. de médecine de Lyon*, 20 novembre 1931.)

Consultations externes des hôpitaux et enseignement clinique. — M. le Professeur J. VANVERTS. *La réforme de l'enseignement médical* (L'Informateur médical, 3 janvier 1932.)

« .... Ce n'est pas à l'amphithéâtre des cours que la clinique doit être enseignée, c'est dans les salles de malades et dans les consultations externes. Il faut préférer à la solennité des leçons magistrales la simplicité des entretiens au lit du malade. Plus modestes, ceux-ci flattent moins l'amour-propre du professeur ; mais ils sont plus fructueux pour l'élève.....

Les consultations externes des hôpitaux ouent dansl'enseignement clinique un rôle important. Elles permettent à l'étudiant de faire l'apprentissage du rôle qu'il aura plus tard à remplir vis-à-vis des malades qui se présenteront dans son cabinet. Ces consultations fonctionnent trop souvent dans des conditions défectueuses. Tantôt elles sont faites rapidement et sont surtout destinées à recruter des malades pour les salles d'hôpitaux ; tantôt elles sont confiées à des internes, à d s externes parfois même à des stagiaires. Le chef de service et ses principaux assistants, retenus par le service des salles de malades, n'ont pas le temps de s'en occuper.

Pour se rendre compte de l'aide que peut apporter à l'enseignement la consultation externe, il suffit de constater ce qui se passe dans celle où celui qui la dirige et qui est dûment qualifié en assure le fonctionnement avec régularité et utilise les ressources précieuses que lui fournissent les nombreux consultants pour instruire les élèves. Ceux-ci, se rendant compte de l'intérêt qu'ils trouvent à la fréquentation d'une consultation ainsi organisée, y assistent en grand nombre.

L'enseignement dans les consultations externes doit être soigneusement organisé si l'on veut qu'il soit fructueux et suivi. Les professeurs de clinique générale — médicale ou chirurgicale, — trop occupés dans leurs services, sont dans l'impossibilité de s'en charger. Il faut donc le confier à d'autres membres du Corps enseignant. Je rappellerai à ce sujet que dans certains hôpitaux — à Paris par exemple — la séparation des services de consultation externe de médecine et de chirurgie et des services de malades et de blessés a été effectuée il y a de nombreuses années et qu'elle a donné d'heureux résultats. N'y aurait-il pas lieu de mettre à la tête de ces consultations, les professeurs actuellement chargés de l'enseignement théorique de la pathologie ? A leur défaut, les agrégés seraient désignés pour remplir ce rôle important.

La diversité des barèmes civils et militaires — *La réparation du dommage corporel est régie par des principes différents selon les lois (civiles ou militaires) qui l'assurent. Œuvre de l'homme, les barèmes sont comme lui, ondoyants et divers, dit le Dr Pierre Mazel dans un article consacré à ce sujet* (J. de médecine de Lyon, 20 novembre 1931.)

Pour une même mutilation, les pourcentages d'invalidité fournis par ces divers barèmes, civils et militaires, sont inégaux, variables parfois du simple au double ou au triple. Il est aisé de le montrer par quelques exemples qui pourraient être multipliés :

Perte d'un œil :

Accident du travail (taux moyen, d'après SACHET) : 33 % ;
Assurance individuelle (taux habituel) : 25 % ;
Barème militaire, par équivalence (5e classe, n° 20 ; échelle de gravité de 1887) : 66 % ;

Perte du pouce :

Accident du travail (IMBERT) : 30 % à droite ; 25 % à gauche ;
Assurance individuelle : 20 % à droite ; 15 % à gauche ;
Barème militaire, par équivalence (6e classe, n° 64 ; échelle de gravité de 1887) : 60 %.

Perte de l'annulaire et de l'auriculaire :

Accident du travail (IMBERT) : 20 % à droite ; 15 % à gauche
Assurance individuelle : 15 % à droite ; 12 % à gauche ;
Barème militaire, par équivalence (6e classe, n° 65 ; échelle de gravité de 1887) : 60 %.

Perte d'un membre supérieur (amputation du bras) :

Accident du travail (IMBERT) : 75 % à droite ; 65 % à gauche ;
Assurance individuelle : 60 % à droite ; 50 % à gauche ;
Barême militaire (décret d'avril 1931): 90 %.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 420.

FONDÉ EN 1873. — N° 6 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 6 FÉVRIER 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris.— *Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.* (Admissibilité.) — Epreuve écrite. 19 janvier 1932 :1° Anatomie du muscle droit intense et physiologie de la convergence. — 2° Séméiologie des paralysies de l'accommodation.

— Séance du 23 janvier 1932. — Dévoilement de l'anonymat :

MM.	Epreuve théorique	Epreuve clinique	Total
Favory	27	20	47
Hudelo	26	19	45
Renard	26	18	44
Blum	24	19	43
Veil	25	17	42
Parfoury	23	18	41

Sont déclarés admissibles aux épreuves de nomination : MM. Favory, Hudelo, Renard.

— Séance du 26 janvier 1932. — Médecine opératoire : MM. Favory, 19 ; Hudelo, 18 ; Renard, 18.

— Classement des candidats à la suite des épreuves de nomination. — MM. 1. Favory, 84 points, nommé ; 2. Hudelo, 82 ; 3. Renard, 81.

— *Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.* — Séance du vendredi 29 janvier : Epreuve écrite anonyme. — Anatomie macroscopique dusinus frontal. Thrombo-phlébite du sinus caverneux.

— *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Jury, (tiré le 26 janvier 1932.) — Juges : MM. Roux-Berger, Okinczyc, Brocq, Métivet, Auvray, Grégoire, Chifoliau.

Censeurs : MM. Boppe, Wilmoth, Thalheimer, Braine.

Lecteurs : MM. Bloch René, Petit-Dutaillis, Michon, Ameline, Bernard, Welti, De Gaudart d'Allaines, Madier.

— *Concours de médecin de l'Assistance à domicile* (ouvert pour huit places). — Classement des huit premiers candidats : MM. 1. Barreau, 54 ; 2. Lambert, 53 ; 3. Schoengrun, 49 ; 4. Mme Gorecki, 49 ; 5. Mlle Bastien, 47 ; 6. Laurent, 44 ; 7. Poissor, 42 ; 8. Mlle Carnoy, 42.

— *Concours de radiologiste des hôpitaux.* — Samedi 23 janvier : Epreuve pratique. — Electrologie : Mettre en place, prêt à fonctionner sur un secteur continu, un brûleur de lampe à vapeur de mercure.

Avec une lampe complète mise à la disposition du candidat faire le simulacre d'une application de bain général d'ultra-violet sur un sujet atteint de lymphatisme. (Le sujet ne sera pas déshabillé). Allumer une fois le brûleur et l'éteindre sur la lampe complète.

MM. Devois, 11 ; Stulhl, 6 ; Nadal, 14 ; Surmont, 11.

Classement des candidats déclarés admissibles : MM. Nadal, 65 ; Devois, 64 ; Surmont, 64 ; Stuhl, 51.

— *Jury du concours d'électro-radiologiste, des hôpitaux.* — MM. Belot, Haret, Delherm, Lobligeois, Laubry, Baumgartner, Cadenat.

— *Service de santé.* — Dans sa séance du 27 janvier 1932, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a adopté un projet de règlement présenté par le directeur général de l'Administration et comportant les dispositions suivantes :

1° Les épreuves écrites anonymes du concours de l'internat en médecine s'ouvriront au cours de la première quinzaine du mois d'octobre. Cette réforme aura effet dès 1932. Les épreuves orales pourront dès lors commencer au début du mois de janvier suivant.

2° Le concours de l'externat des hôpitaux sera ouvert au cours de la première quinzaine du mois de décembre.

3° Le concours de l'internat en pharmacie (à partir de 1933) s'ouvrira dans le courant du mois d'avril.

4° L'entrée en fonctions des élèves est fixée à partir de l'année 1933 au 15 avril pour les internes en médecine ; 1er mai pour les externes ; 15 octobre pour les internes en pharmacie.

Faculté de médecine de Paris.— *Thèses.*— 1er février.— M. Galimard. Etude pathogénique des hypertensions artérielles. — M. Carpuat. Essai critique sur la pathologie de l'angine de poitrine.— M. Nedelkoff. Etude des septicopyohémies staphylococciques à évolution prolongée.

2 février. — M. Nguyen Van Dé. L'importance de l'équilibre binoculaire dans le choix des verres. — M. Niebo Maximilien. Le traitement des épitaxis par la diathermie.

3 février. — M. Kagan Aron. La torsion et le rétrécissement du cordon ombilical comme cause de mort du fœtus pendant la gestation.— Mme Jeanne Henry. Fractures diaphysaires ouvertes de la jambe. — M. Lecuit. Torsion du grand épiploon intra-abdominale, pure.

4 février. — M. Rottenberg. Syndromes démentiels de l'encéphalite épidémique. — M. Schneieser. Paralysie générale aiguë. — Mlle Basch. Concrétions calcaires des sclérodermies.

6 février. — M. Huant. Système neuro-végétatif et radiations ultra-violettes. — M. Szejdel. Histoire de la peste en Roumanie.

9 février (Thèses vétérinaires). — M. Hayek. Le dromadaire. Ses affections cutanées. — M. Letort. Anesthésie du chat par le tribrométhanol (avertuex).

3 février.— M. Devin. Entérite paratuberculeuse chez les bovidés. — M. Flachat. Foire concours des veaux reproducteurs charollais de la Pacaudière (Loire).

Facultés de médecine. — Agrégation. — Liste des candidats admis aux épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) :

Histologie. — Académie de Toulouse : M. Calvet, 17 + 13 = 30.

Histoire naturelle médicale et parasitologie. — Néant.

Bactériologie. — Académie de Paris : MM. Lépine et Rivalier, 19 + 18 = 37.

Académie de Strasbourg : MM. Tempé et Melnotte, 19 + 18 = 37.

Anatomie pathologique. — Académie de Paris : MM. Delarue, 18 + 18 = 36 ; Mosinger, 16 + 16 = 32.

Physiologie. — Académie de Lille : M. Bizard, 17 + 15 = 32.

Chimie.— Académie de Paris. M. Le Gac : 14 + 16 = 30.

Physique. — Académie d'Aix-Marseille : M. Dubouloz, 15 + 15 = 30.

Académie de Lyon : M. Ponthus, 17 + 17 = 34.

Académie de Montpellier : M. Castagné, 16 + 14 = 30.

Académie de Strasbourg : Mlle Achard, 19 + 17 = 36.

Fabrication de produits comestibles activés. — Les lipoïdes non saponifiables du corps gras sont séparés. Le produit vitaminé et activé est hautement antirachitique. L'illustre professeur Steenbock, inventeur du procédé (brevet 606.984) reste à la disposition des fabricants français pour une licence. Ecrire à MM. Maulvault, 25, rue Richelieu, Paris.

Ophtalmologie. — Académie de Montpellier : MM. Dejean, 17 + 19 = 36 ; Viallefont, 18 + 15 = 33.
Académie de Strasbourg : M. Nordmann, 17 + 17 = 34.
Oto-rhino-laryngologie. — Académie de Lyon : M. Mayoux, 15 + 15 = 30.
Académie de Nancy : M. Aubriot, 17 + 16 = 33.
Obstétrique — Académie de Paris. M. Digonnet, 17 + 15 = 32.
Académie de Lyon : M. Brochier, 15 + 15 = 30.
Académie de Toulouse : M. Estienny, 18 + 18 = 36.
Histoire naturelle pharmaceutique. — Académie de Lyon : M. Revol, 17 + 18 = 35.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — Académie de Lille : M. Lespagnol, 18 + 17 = 35.

— Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté a proposé à l'unanimité, pour la pérennisation, M. le professeur agrégé Jeanneney.

— Montpellier. — M. Lapeyre, professeur sans chaire, agrégé de chirurgie près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de clinique gynécologique à cette Faculté (chaire vacante : dernier titulaire, M. Riche).

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Instruction publique. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Surmont, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

Au grade de chevalier. — M. le Docteur Jeannin, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Assistants des hôpitaux de Paris. — Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés pour un an ou prorogés pour une nouvelle année dans leurs fonctions d'assistants des chefs de service de médecine ou de chirurgie dénommés ci-dessous :

Hôtel-Dieu. — *Services de médecine* : M. Bourgeois, assistant de M. Sainton ; M. Lenormand, assistant de M. Halbron ; M. Azerad, assistant de M. Baudouin ; M. Azoulay, assistant de M. Stevenin.
Services de chirurgie : MM. Bloch et Senèque, chirurgiens des hôpitaux, assistants de M. Cunéo.

Pitié. — *Services de médecine* : M. Georges, assistant de M. Laignel-Lavastine ; M. Lemaire, assistant de M. Loeper ; M. Lévy, assistant de M. Aubertin ; M. Thiébaut, assistant de M. Vincent.
Services de chirurgie : M. Wilmoth, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Lenormant ; M. Oberlin, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Fredet ; M. Desplas, chirurgien des hôpitaux, asssistant de M. Chovrier.

Charité. — *Services de médecine* : M. Wallich, assistant de M. Abrami ; M. de Sèze, assistant de M. Tixier ; M. Olivier, assistant de M. Fiessinger.

Saint-Antoine. — *Services de médecine* : M. Chêne, assistant de M. P. Ramond ; M. Plichet, assistant de M. Pagniez ; M. Chevalley, assistant de M. Faure-Beaulieu ; M. Maximin, assistant de M. Chabrol.
Services de chirurgie : M. Brocq, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Lejars.

Necker. — *Services de médecine* : M. Renard, assistant de M. Brouardel ; M. Bith, assistant de M. Villaret.
Service de chirurgie : M. Fey, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Legueu.

Cochin. — *Services de chirurgie* : M. Leveuf, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Delbet ; M. Bayle, assistant de M. Che-

vassu ; M. Huet, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Mathieu.

BEAUJON. — *Services de médecine* : M. de Brun du Bois Noir, assistant de M. Harvier ; M. Cattan, assistant de M. Troisier ; M. Deron, assistant de M. Faroy.

Services de chirurgie : M. Ameline, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Basset ; M. Boppe, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Okinczyc.

LARIBOISIÈRE. — *Services de médecine* : M. Nicaud, médecin des hôpitaux, assistant de M. Garnier ; M. Bascouret, assistant de M. Clerc ; M. Roberti, assistant de M. Herscher ; M. Hirschberg, assistant de M. Rivet.

TENON. — *Services de médecine.* —M. Isch-Wall, assistant de M. Weil ; M. Blondel, assistant de M. Lian ; M. Hillemand, assistant de M. Brûlé ; M. Servel, assistant de M. Laroche ; M. Ollivier assistant de M. May.

Services de chirurgie : M. de Gaudart d'Allaines, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Roux-Berger ; M. Moulonguet, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Gorrez ; M. Michon, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Grégoire .

LAENNEC. — *Services de médecine* : M. Guérin, assistant de M. Jousset ; M. Vialard, assistant de M. Louis Ramond ; M. Even, assistant de M. René Bénard.

Service de chirurgie : M. Houdard et M. Maurer, chirurgien des hôpitaux, assistants de M. Proust.

BICHAT. — *Services de médecine* : M. Laporte, assistant de M. Lemierre ; M. Worms, assistant de M. Boidin ; M. Albot, assistant de M. Chiray ; M. Delafontaine, sassistant de M. Vallery-Radot ; M. Escalier assistant de M. Flandin.

Service de Chirurgie : M. Monod, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Mocquot.

BROUSSAIS. — *Service de médecine* : M. Routier, assistant de M. Laubry.

Service de chirurgie : M. Welti, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Mondor.

BOUCICAUT. — *Service de médecine* : M. Morlaas, assistant de M. Trémolières.

Service de chirurgie : M. Soupault, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Labey.

VAUGIRARD : M. Gatellier, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Duval.

AMBROISE-PARÉ. — *Service de médecine* : M. Chabanier, assistant de M. Monier-Vinard ; M. Florand, assistant de M. Huber.

BASTION 29. — *Service de médecine* : M. Ducas, assistant de M. Hutinel.

SAINT-LOUIS. — *Services de médecine* : M. Pollet, assistant de M. Duvoir ; M. Cayla, assistant de M. Babonneix.

Services de chirurgie : M. Pascal, assistant de M. Gouverneur ; M. Buquet, assistant de M. Martin.

ENFANTS-MALADES. — *Services de médecine* : M. Cambessédès, assistant de M. Apert ; Mlle Vogt, assistante de M. Weill-Hallé.

Service de chirurgie : M. Huc, assistant de M. Ombrédanne.

BRETONNEAU. — *Services de médecine* : M. Prieur, assistant de M. Guillomot ; M. Isaac-Georges, assistant de M. Grenet.

TROUSSEAU. — *Service de médecine* : M. Lièvre, assistant de M. Lesné.

Service de chirurgie : M. Oberthur, assistant de M. Sorrel.

HÉROLD. — *Services de médecine* : M. Lestoquoy, assistant de M. Armand-Delille ; Mlle Papaioannou, assistante de M. Milhit.

ENFANTS-ASSISTÉS. — *Service de médecine* : M. Lelong, médecin des hôpitaux, assistant de M. Lereboullet.

Service de chirurgie : M. Plessier, assistant de M. Veau.

BICÊTRE. — *Service de médecine* : M. Thomas, assistant de M. de Gennes.

SALPÊTRIÈRE. — *Service de médecine* : M. Mathieu, assistant de M. Ribadeau-Dumas ; M. Christophe, assistant deM. Crouzon.

Service de chirurgie : MM. Petit-Dutaillis et Charrier, chirurgiens des hôpitaux, assistants de M. Gosset.

IVRY. — *Service de médecine* : M. Oury, assistant de M. Cain.

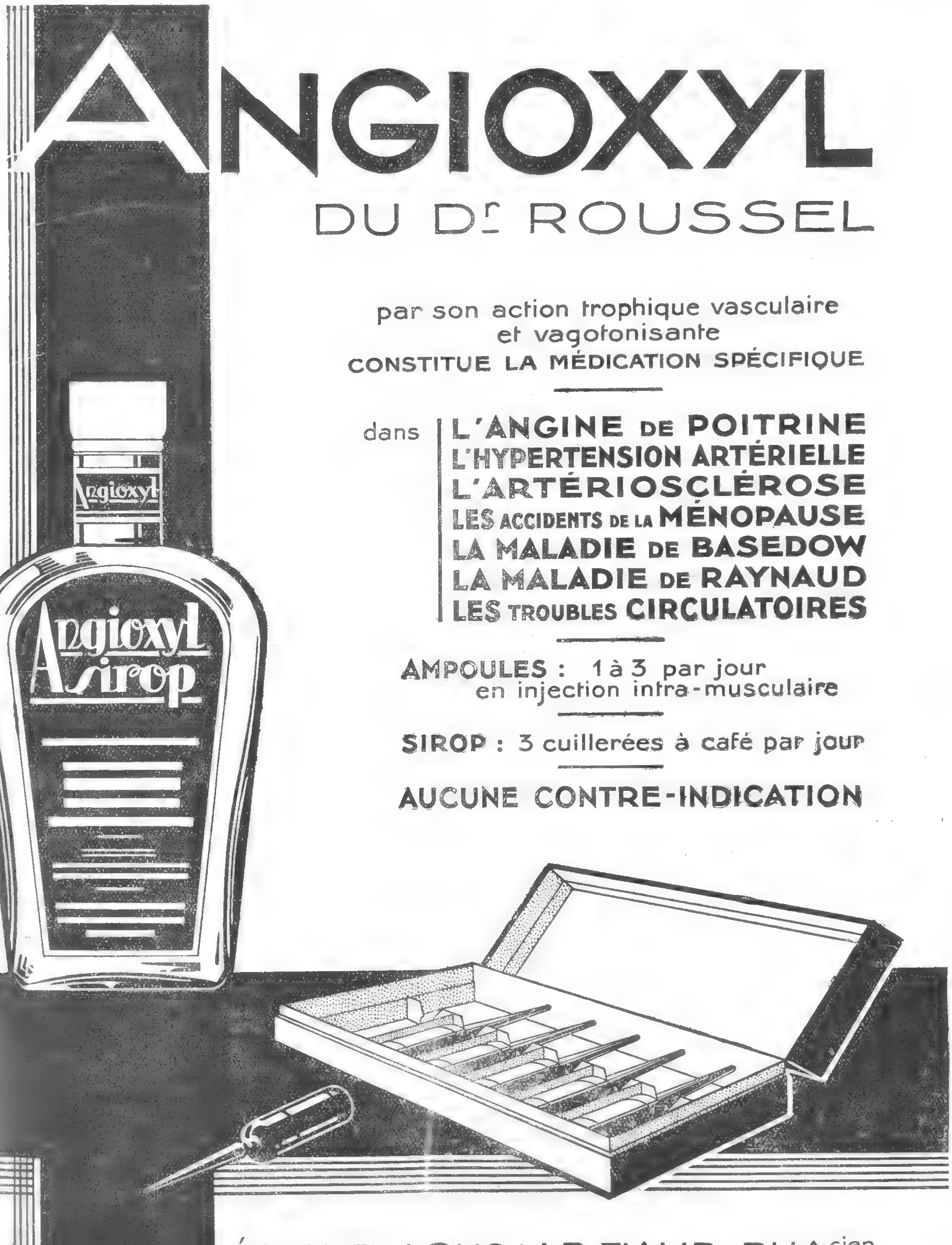
MÉNAGES. — *Service de chirurgie* : M. Madier, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Lardennois.

Ces assistants pourront être réinvestis, sur proposition du chef de service intéressé pour des périodes successives d'une année.

Ils continueront à recevoir ou recevront une indemnité annuelle de 5.400 francs sur les crédits inscrits au sous-chapitre VII art. 1er du budget.

Le présent arrêté aura son effet à compter du jour de l'entrée en fonctions des intéressés.

Un « Gala de la médecine » au profit des étudiants. — L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, reconnue d'utilité publique, organise au profit de sa caisse de secours un « Gala de la médecine parisienne », auquel les personnalités suivantes viennent d'accorder leur patronage : MM. Léon Bérard, garde des Sceaux, membre d'honneur de l'A. C.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

E. M. ; Mario Roustan, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts ; Camille Blaisot, ministre de la Santé publique ; François Latour, président du Conseil municipal ; S. Charléty, recteur de l'Académie de Paris ; V. Balthazard, doyen de la Faculté de Médecine ; le Docteur Siredey, délégué de l'Académie de médecine ; le Docteur Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique ; le Médecin général Rouvillois, directeur de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce ; le Docteur Dibos, président de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Le gala aura lieu au Lido des Champs-Elysées le 15 mars prochain à partir de 21 heures et comprendra un dîner dansant avec attractions inédites, un défilé de mannequins (Les élégances de la maladie), un sketch (Radio-Consultation), etc. Le prix de la carte est de 150 francs (service compris). Le nombre des places étant limité, il est prudent de retenir les places le plus tôt possible : 8 *bis*, rue de l'Arrivée (XVe), Littré 72-02.

Société française d'ophtalmologie. — Elle célèbrera cette année le 50e anniversaire de sa fondation. A cette occasion le congrès annuel sera exceptionnellement reporté au mois de juillet. Il commencera le 18 juillet pour se terminer le 21 juillet.

Des réceptions et un banquet seront organisés. Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général, le Dr René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris-VIIe.

Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.). — *Séance du Conseil d'administration du* 26 *janvier*. — Le président donne lecture d'une lettre du Docteur Smithies (de Chicago) nous annonçant qu'un comité américain composé d'un grand nombre de sommités médicales s'est constitué pour patronner les cours de perfectionnement faits à Paris en anglais. Etant donné la crise actuelle, il pense que cette année, il y aurait lieu de ne pas faire de cours, mais de recevoir dans les hôpitaux et les laboratoires les Américains qui désireraient venir à Paris. Il est décidé qu'une lettre sera adressée au Docteur Smithies, lui exprimant le sentiment général, qui est de faire un accueil cordial à ses compatriotes, leur ouvrant nos différents services.

M. Rivière communique une lettre du Docteur Norman Titus annonçant l'arrivée à Paris, en août prochain, d'un groupe de physiothérapeutes.

M. Hartmann annonce que le Professeur Cortes Llado (de Séville) est actuellement à Paris avec 25 de ses élèves ; l'A. D. R. M. a organisé pour eux un programme de visites et doit les présenter à M. le Doyen qui les recevra et leur fera visiter la Faculté.

Lecture d'une lettre du ministère des Affaires étrangères avisant d'une place de médecin-chirurgien à Addis-Ababa. On demande que ce médecin soit marié à une femme médecin (pour les conditions s'adresser à l'A. D. R. M.).

M. Hartmann adresse, au nom du Conseil, ses félicitations à M. le Docteur Noir pour sa nomination dans la Légion d'honneur

Réélection de l'ancien bureau pour 1932.

Election de nouveaux membres : Docteur Eisendrath (de Chicago), Docteur Ivanissevich (de Buenos-Aires).

Distinctions honorifiques. — Le Dr Paul Sollier, secrétaire du Comité scientifique franco-hollandais, vient d'être nommé commandeur de l'Ordre national Orange-Nassau.

Concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie vacantes au 1er juin 1932 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 7 mars 1932, à 10 heures du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital.

MM. les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du mardi 2 février au samedi 20 février 1932 inclusivement.

Association d'études sexologiques (A.E.S.). — L'Association d'études sexologiques (A. E. S) fondée par M. Justin Godart, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène, et le Docteur Toulouse médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, a tenu à l'Hôtel de Ville une réunion groupant les membres de son Conseil d'administration et les présidents des Commissions scientifiques, médicales, sociologiques et de propagande.

Après avoir précisé les buts multiples de la Société, le Docteur Toulouse montra la nécessité de créer un Centre sexologique comprenant un dispensaire pour consultations avec infirmerie d'observation, des laboratoires constituant un centre de recherches scientifiques et un organisme de vulgarisation.

A la demande de MM. les Professeur Basch, Champy, Henri


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

Piéron, Brindeau, Sicard de Plauzoles, Chanoine, Labourt, Pasteur Wautier d'Aygallier, des questions furent choisies pour être mises immédiatement à l'étude :

1° Le problème médical du contrôle de la natalité ; 2° La prostitution (règlementation, abolitionnisme, liberté, prohibitionnisme) ; 3° La continence et l'hygiène individuelle ; 4° La différenciation sexuelle (Rôle des facteurs biologiques et de l'éducation dans l'activité sociale et professionnelle des individus).

Au cours d'une autre réunion tenue à la Faculté de médecine sous la présidence du Professeur Achard et groupant les présidents des Commissions scientifiques et médicales, on a examiné la création d'une Société sexologique à caractère strictement scientifique, sur le type des autres sociétés savantes et indépendante de l'Association. C'est en effet à la coordination des recherches que l'on doit demander une base rationnelle du programme sexologique, qui comprend les diverses formes de l'activité sociale individuelle et tend d'abord à relever la valeur biologique de notre race.

En l'honneur du Prof. Delamare. — Le retour en France de notre compatriote, le Professeur Gabriel Delamare, de Buenos-Ayres, après cinq ans d'absence, a donné lieu à une brillante manifestation d'affectueuse et sincère sympathie pour l'homme et le savant. Voici quelques extraits du *Diaro* du 9 novembre et du 2 décembre 1931.

« Le Doyen de la Faculté de Médecine, Carlos Galli, a remis au Professeur Delamare une médaille d'or et un album de ses élèves du Paraguay . . .

« Le Professeur Delamare rentre en France après avoir occupé pendant cinq ans la chaire de Clinique médicale de notre Faculté . . . De cette Clinique sortirent la plupart des thèses présentées dans les cinq dernières années et les nombreux travaux scientifiques qui furent publiés en Argentine et surtout en France.

« Le Conseil supérieur de l'Université a, dans sa séance du 30 novembre, décerné à l'unanimité le titre de Professeur honoraire de la Faculté nationale des sciences médicales au Professeur Gabriel Delamare.

« Le Professeur Delamare a occupé, avec une compétence indiscutable, pendant cinq années, la chaire de Clinique médicale ; pendant ce temps il n'a pas manqué un seul jour de s'acquitter de ses fonctions. La pleine conscience de sa délicate mission universitaire a eu une action féconde sur les jeunes générations de la Faculté des sciences médicales.

« L'hommage, décerné par l'autorité universitaire, traduit la reconnaissance de la nation pour les qualités d'une vie exemplaire ».

La valeur de cet hommage sera particulièrement ressentie en France, que tant de liens rattachent à ses sœurs latines d'Amérique et nous est fort agréable car le Professeur Delamare est non seulement un de nos collègues les plus sympathiques, mais un ancien et fidèle collaborateur du *Progrès Médical*.

Nécrologie. — Dr Barbusse, de Saint-Laurent-d'Aigouze. — Dr Elie Bes de Caylus (Tarn-et-Garonne). — Dr Boyer, ancien agrégé de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon, décédé à Nice. — Dr Breillot, de Sourdeval (Manche), décédé dans sa 75 e année. — Dr Camino, de Hendaye (Basses-Pyrénées), étranglé par son fils. — Dr Charmeil, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lille, ancien professeur de clinique dermatologique, décédé dans sa 71e année. — Dr O. Germain, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin de l'hôpital Ménélik II à Addis-Ababa (Ethiopie). — Dr Etienne Josserand, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon. — Dr Joseph Lafontaine, de Bordeaux. — Dr Lagardere, décédé à Neuilly-sur-Seine. — Dr Edmond Lauriat, de Paris. — Dr Albert Monnie, de Souprosse (Landes). — Dr Pierre Nicolleau, des Sables d'Olonne (Vendée), décédé à l'âge de 34 ans. — Dr Alexandre Peyre, de Bordeaux. — Dr A. H. Reddon, de Paris, 87, boulevard Saint-Michel. — Dr Albert Vignon, de Ville-en-Tardenois (Marne). — Bruneau, étudiant en médecine à Nancy, fils du Dr Bruneau, de Pont-à-Mousson. — Dr Antonio Vidal, de Buenos-Aires, décédé subitement à Paris. — Dr Dryepondt, fondateur de la Société belge d'études coloniales, membre de l'Institut international colonial. — Lieutenant-général médecin Melis, inspecteur général honoraire des services de santé de l'armée belge, décédé à Schaerbeek. Il avait pris en 1914, la direction du service de santé de l'armée belge. — Dr Wilfrid Deronne, de Montreal, professeur de médecine légale et de toxicologie décédé à l'âge de 54 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Praticien devant les Spécialités

(Neuro-psychiatrie, dermatologie, radiologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie)

Par **J. LAFONT** (Clermont-Ferrand)

La médecine générale est si simple que chacun peut se targuer de l'apprendre et si complexe que personne n'ose se vanter de la connaître. Les spécialités sont, au contraire, beaucoup plus rébarbatives pour le praticien, car elles s'entourent de mystère, d'appareillage compliqué et de vocabulaire hermétique ; la lecture d'un simple article de spécialité nécessite pour le moins l'emploi d'un dictionnaire médical ; ce n'est déjà pas si mal, encore qu'il suffise d'avoir mis sur pied une traduction plus ou moins fidèle pour comprendre qu'on n'a rien compris ; par contre le spécialiste estime qu'il n'ignore rien d'une médecine générale, qu'il n'a jamais eu l'occasion d'exercer ; il ne consent à ignorer que les autres spécialités.

La tendance actuelle à la spécialisation est profondément fâcheuse, car elle divise en tranches arbitraires un organisme, qui, comme le signifie ce mot, est disposé en substance organisée, présente la texture propre à la vie et possède par conséquent une unité, une synthèse, une coopération aussi bien statiques que dynamiques. Aucun organe n'est isolé, il est tributaire des autres organes comme il les tient sous sa dépendance ; tous sont solidaires par nécessité et aussi par le fait que leur fonctionnement dépend de causes extrinsèques : circulation et innervation. Ce qui est vrai à l'état de santé l'est encore plus en cas de maladie. Les symptômes propres à un organe lésé disparaissent et sont noyés au milieu des symptômes dus aux troubles causés aux autres organes par le mauvais fonctionnement du premier ou par la même cause pathologique que celle qui l'a détraqué. Extraire de la médecine, ériger en spécialité l'étude de l'œil, de l'oreille ou de la peau permet de mieux en connaître les lésions isolées, localisées, spéciales, mais n'enseigne rien sur les affections dues à un trouble général, localisées par hasard et qui n'ont de spécial que cette localisation. C'est ainsi par exemple qu'une conjonctivite relève beaucoup plus de l'ophtalmologie qu'une kératite parenchymateuse et qu'une gale appartient au dermatologiste tandis que l'eczéma n'est la plupart du temps que l'extériorisation d'une intoxication générale. Cependant un illogisme étrange et parallèle incite le praticien à prescrire un collyre ou une frotte et le spécialiste à prendre parti dans le conflit de l'arsenic et du bismuth ou à s'engager délibérément dans le maquis des glandes endocrines et du système neuro-végétatif.

Si la spécialité possède un champ d'investigation limité, la médecine générale n'a rien de général que le nom, puisqu'elle se désintéresse volontairement des organes importants annexés par les spécialistes, et elle n'est après tout qu'une spécialité élargie, avec ses faiblesses et ses insuffisances d'appréciation clinique et d'application pratique.

La collaboration régulière et intelligente du médecin et du spécialiste arrive à corriger les inconvénients de cette situation ; chacun traite l'état général ou local, en se basant tant sur ses constatations que sur celles du collègue avec lequel il se tient en lésion constante.

Ce correctif ne doit pas empêcher le praticien de connaître les spécialités dans leurs rapports avec la médecine générale ; les notions acquises lui permettront d'asseoir un diagnostic ou de diriger le traitement ; dans bien des cas il dépistera l'affection spéciale, qu'il est amené, par la force des choses, à étudier le premier, c'est-à-dire avant le spécialiste.

Quelle est l'attitude du praticien en face d'un cas de spécialité ? Hésitante avant tout, car il ignore surtout la technique de l'examen et ne sait pas par quel bout commencer. Il a quelquefois tout ce qu'il faut pour faire le diagnostic, mais il l'ignore. Rien ne remplace la pratique, c'est certain ; la pratique n'est rien à son tour, si elle n'est pas appuyée sur des qualités de méthode, de logique et de bon sens.

Le danger de la scission de la médecine générale et des spécialités, qui favorise et multiplie les erreurs de diagnostic et de traitement, n'a pas été sans frapper beaucoup de bons esprits, et nombreuses sont les études qui ont été consacrées à la mise en valeur des principes fondamentaux et des éléments essentiels des différentes spécialités, et à la nécessité de leur diffusion et de leur application. Fait curieux, ce sont surtout les spécialistes qui se sont occupés de ces questions. Leurs études, qui ont une valeur réelle et une portée considérable, représentent une tentative de vulgarisation des spécialités, ce qui est bien ; elles posent aussi des problèmes de pathologie générale, ce qui est mieux. Nous en citerons quelques-unes particulièrement suggestives, ainsi que les observations propres à les illustrer.

***

La neurologie et la psychiatrie sont mal connues du praticien, qu'en éloignent surtout la limitation du temps à consacrer à l'examen et l'absence à peu près complète de toute thérapeutique ; cependant elles présentent, en dehors de leur intérêt spéculatif, une grande importance dans la pratique ; la neuro-psychiatrie, dirons-nous, car il ne doit pas y avoir de cloison étanche entre ces deux formes d'études de l'esprit, tient une place chaque jour plus considérable avec l'accroissement des névroses et des psychoses, dû sans aucun doute au bouleversement causé par la guerre mondiale, aux catastrophes financières et, plus encore peut-être, à la complexité et à l'instabilité des conditions économiques, à la trépidation de la vie courante, à l'agitation des individus, c'est-à-dire aux progrès de la civilisation. « Chaque individu soi-disant normal est un névrosé en puissance », a dit Dean H. Duncan, de Shreveport ; c'est exact et ce sera de plus en plus exact. Thomas W. Salmon, de l'Université de Columbia, signale l'importance sociale de la multiplication du nombre des aliénés et s'étonne que les noms et les caractéristiques des formes les plus communes, qui sont si fréquentes et si faciles à rencontrer, paraissent moins connus des médecins que ceux des affections tropicales ou exotiques rares, dont ils n'auront jamais l'occasion de voir un seul cas pendant toute leur carrière. En dehors de ces considérations, on tend à admettre de plus en plus, avec H.-R. Unsworth, de New-Orleans, qu'il y a une base organique pour toutes les névroses, ce qui donna au praticien un rôle important à jouer dans l'établissement d'un diagnostic épineux, qui commandera la décision thérapeutique et l'avenir du patient.

Parmi les études récentes, publiées par les neuro-psychiatres, qui sont régulièrement de bons psychologues, il en est une de particulièrement bien réussie, c'est celle de Louis Casamajor, de New-York ; il commence par nous dépeindre rapidement les sujets qui viennent à la consultation.

En réalité on va consulter le médecin non pas pour ce qu'on a, mais pour ce qu'on croit avoir. Parmi ces clients il y a beaucoup de nerveux qui viennent pour être assurés que tout va bien et, quand on leur dit que tout va bien, ils ne le croient pas.

Un autre groupe important ce sont les malades amenés par leurs parents et leurs amis ; ils représentent un groupe plus étendu au point de vue neurologique. En premier lieu il y a les maladies nerveuses organiques, les maladies chroniques progressives, comme l'amyotrophie progressive, le début des scléroses multiples, la paralysie agitante et ainsi de suite chez des individus qui ne reconnaitront pas qu'ils sont malades.

Ensuite il y a les mentaux qui ne peuvent pas réaliser qu'ils sont malades, les vieux qui font de la paralysie générale ou des psychoses séniles, les jeunes qui font de la démence précoce ou de la folie circulaire. C'est un groupe très important. Généralement ils ne viennent pas d'eux-mêmes pour des raisons faciles à comprendre et le diagnostic ne peut être établi que si l'on est décidé à procéder à un examen complet.

Puis, chez les enfants, vous allez trouver un beau pourcentage d'anormaux, qui se comportent mal en classe ou à la récréation et ainsi de suite.

La valeur de l'examen neurologique est bien condensée dans la formule suivante :

Rappelez-vous qu'un examen neurologique n'est pas un moyen de diagnostic. C'est une simple exploration de la physiologie du système nerveux. On diagnostique la localisation des lésions par l'examen neurologique, non la maladie elle-même. Naturellement vous tirez le diagnostic beaucoup plus de l'histoire du malade.

Louis Casamajor insiste particulièrement sur l'examen psychiatrique fait par le praticien, dans lequel il voit « l'hygiéniste mental de l'avenir » et ses considérations sont empreintes d'originalité sans cesser d'être inspirées par le bon sens.

Au point de vue mental vous ne pouvez pas faire un examen psychiatrique dans un examen courant. C'est trop pour lui. Tout ce que vous pouvez faire c'est d'avoir quelques aperçus qui vous aideront à explorer le cas plus tard ; si vous avez le temps, faites revenir le sujet pour un examen mental sérieux. Il est important de découvrir le point de vue de l'individu sur lui-même, parce que, souvenez-vous en, l'homme vient à vous ou il vous a été envoyé et il a son idée sur lui-même. Cela est très important du point de vue psychiatrique. Posez la question : « Pourquoi venez-vous ? De quoi s'agit-il à votre avis ? » Vous trouverez souvent, parmi les malades qui viennent se faire examiner, un élément d'anxiété. Anxiété signifie crainte réelle et rien de plus. Tous les médecins connaissent les symptômes de l'anxiété ; les symptômes de crainte et les névroses anxieuses, les tremblements, les palpitations et le reste du tableau sont le lot de chaque jour et ne recevront pas un grand développement de ma part.

L'examen psychiatrique marche de pair avec l'autre en tenant les yeux ouverts, en regardant et en voyant ce que l'on peut. Il n'est pas nécessaire de faire plus que d'observer du coin de l'œil. En premier lieu étudiez le côté émotionnel et cela peut être apprécié beaucoup par l'attitude de l'individu vis-à-vis de l'examen. L'anxieux nous surveille comme un faucon, se couche avec une colonne vertébrale si raide qu'on peut placer une demi-douzaine de livres en dessous et donne en général les signes évidents d'une tension, qui signifie anxiété. Le paralytique général, le psychique, le dément précoce sont indifférents à tout. Ils paraissent hébétés et stupides. Vous ne pouvez pas arriver à les « sortir » d'eux-mêmes quoi que vous fassiez. Ils ne prennent d'intérêt à rien. Il est important de noter si s'est un manque de réaction. Cela a un rapport avec le pronostic et annonce probablement un trouble mental ou de la démence précoce. Dans l'étude du développement on demande combien de temps le patient est allé à l'école, combien de fois il a changé de travail. On peut juger de l'intelligence par cela. Très souvent les malades vous disent que leur mémoire s'appauvrit. C'est une chose importante parce que le défaut de mémoire est quelque chose de très sérieux. Cela devrait aller si le sujet dit qu'il perd la mémoire. Posez-lui la question : « Qu'est-ce que vous oubliez ? » S'il peut se rappeler les choses qu'il oublie, ce n'est pas un défaut de mémoire, mais un défaut d'attention. Il y a des années que Freud attira l'attention sur le fait que nous nous rappelons toujours avec plus d'exactitude et surveillons beaucoup plus les enveloppes qui renferment des chèques que celles qui contiennent des lettres. C'est ainsi que l'attention est un élément très important de la mémoire.

Vous ne chercherez pas à tirer, de votre examen ou de votre malade, des renseignements sur les manifestations psychiques, les hallucinations et les illusions. Vous les obtiendrez des parents. De telles questions ne doivent pas s'introduire dans les examens.

Que l'on se trompe sur la nature exacte des troubles psychiques, cela est de pratique courante, même chez les spécialistes ; les conséquences en sont généralement légères, mais il n'en est pas de même quand on méconnaît un état démentiel existant ; si la situation est difficile pour le médecin, elle ne se dénoue pas toujours d'une façon particulièrement heureuse pour les aliénés.

Observation I (Isham Kimbell, d'Alexandria, Etats-Unis). Nombreux sont ceux d'entre nous qui ont fait des expériences malheureuses avec ce genre d'individus. Il y a quelques jours j'ai vu un sujet qui avait été chroniquement malade depuis des années. Ce patient a été un peu partout et a vu de nombreux médecins. Il a reçu de nombreux avis. Une revue de son passé montrait qu'il avait été opéré pour calculs biliaires, troubles vésiculaires, que son appendice et d'autres choses avaient été enlevés, et alors il avait encore été opéré pour enlever les adhérences ; quelques-uns des symptômes étaient sans aucun doute déterminés par des troubles organiques, mais à ce moment je vis que le malade était un psychique actif et de toute évidence un schizophrénique.

Si le patient avait été envoyé à un psychiatre capable plus tôt dans sa maladie, il est probable qu'il aurait pu reconnaître ces symptômes psychiques, que l'on pensait avoir une base organique.

Les épisodes psychiques larvés se rencontrent fréquemment et, non moins fréquemment, ils passent inaperçus ; leur importance n'est pas négligeable. Tom A. Williams, de Miami Beach (Floride) montre la nécessité d'y penser et l'influence décisive d'un bon examen et d'un diagnostic exact.

Observation II (Tom A. Williams, de Miami Beach). — *Tics pris pour de la chorée et de la faiblesse.*

Une petite fille de 9 ans, supposée atteinte de chorée, resta quelques semaines dans une clinique et prit de l'arsenic. Grâce aux exercices exécutés sous la direction de l'infirmière, les mouvements anormaux cessèrent. Toutefois la fillette fut considérée comme trop faible pour retourner à l'école.

De retour chez elle au Maryland, elle eut de l'insomnie toutes les fois qu'elle essaya d'étudier ou de lire le soir. Quelques mois après je la vis et trouvai que les mouvements n'avaient pas été choréiques, mais étaient la traduction d'idées de scrupule. Une d'elles était que son haleine était nuisible aux autres personnes, parce que c'était une excrétion. Elle compensait le trouble probable par des mouvements des lèvres, qui symbolisait le baiser de santé.

Marcher sur des choses vivantes est cruel. Les arbres sont vivants, aussi devait-elle éviter de blesser le parquet en bois en le touchant avec les mains. L'insomnie était causée par l'anxiété de la mère, transmise à sa fille.

Le mécanisme de ces troubles fut expliqué à l'enfant aussi bien qu'aux parents. L'absence d'érotisme en résultait clairement ; on insista sur le mal causé par l'isolement des autres enfants et on conseilla de renvoyer immédiatement la fillette à l'école.

Le praticien, qui laisse passer sans remords les démences silencieuses les plus caractéristiques, n'hésite pas à tomber dans un excès contraire en se laissant suggestionner, impressionner, affoler par les états crépusculaires aussi bruyants qu'insignifiants, qui traduisent simplement une crise organique. Sans insister nous signalerons le


GRANULÉ
FLUOBYL
FLUIDIFIANT
ET EXCITANT
DE LA
SÉCRÉTION
BILIAIRE
LACTOSÉRUM
CITRATE DE MAGNÉSIE
PEPTONE
Lab. LICARDY - 38, Bd Bourdon Neuilly


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)


Vivoléol
VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
SPÉCIALE
VIVOLEOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
SPÉCIALE
LABORATOIRES DU
VIVOLEOL
HUILE DE FOIE DE MORUE NATURELLE, SÉLECTIONNÉE
Garantie active et riche en Vitamines
(Facteur anti-rachitique et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)
Rachitisme
Troubles de la croissance
États de dénutrition
Convalescences.
Enfants : 15 gouttes à 1 ou 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour
LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)
HEMET JEP CARRÉ PARIS


TOUTES LES APPLICATIONS DU CHLORURE DE CALCIUM
CALCIONAL
ION CALCIUM STABILISÉ
deux Formes
HÉMOSTATIQUE
TONIQUE
RECALCIFIANT
ANTITOXIQUE
ANTICLASIQUE
DIURÉTIQUE
CALCIONAL
CALCIONAL
CALCIONAL
COMPRIMÉS SANS GOÛT
CALCIO
ONAL
CALCIO
AMPOULES INDOLORES
Laboratoires Chevretin - Lematte
L. LEMATTE & G. BOINOT
Docteurs en Pharmacie
52, Rue La Bruyère - Paris (IXe)

grand intérêt qu'il y a à reconnaître le syndrome confusionnel, qui empiète sur le domaine de la médecine générale à la faveur des infections, des intoxications, d'une simple hyperthermie. Le diagnostic est d'autant plus important à poser que c'est à peu près le seul trouble mental qui guérisse et qui naturellement guérisse seul.

Observation III (personnelle).

En 1910 une jeune femme fait une infection puerpérale légère et présente de la fièvre et du délire. Le médecin traitant attache peu d'importance à la fièvre et beaucoup au délire ; il propose le transfert dans une maison de santé pour aliénés. La famille, à laquelle cet internement déguisé répugne, nous demande en consultation. Nous constatons de la désorientation dans le temps et dans l'espace et un délire de rêve, brodé sur la trame de la vie courante. Il s'agit simplement de confusion mentale, relevant de l'infection locale et destinée à disparaître avec elle. Nous portons un pronostic favorable sur les troubles psychiques, qui suivront le sort de l'infection puerpérale. Guérison physique. Guérison psychique maintenue depuis vingt ans.

Il suffit, à vrai dire, d'un mince bagage psychiatrique, pour devenir capable de résoudre une question de cet ordre ; ce n'est pas plus difficile que de reconnaître un ivrogne dans la rue.

En dehors des cas plus ou moins épineux du domaine de la psychiatrie pure, il y a des affections, relevant autant de la médecine générale que de la neurologie et de la psychiatrie, qui prêtent à des erreurs de diagnostic et à de grosses erreurs : Tom A. Williams nous donne à ce propos des conseils très judicieux, suivis d'un exemple caractéristique.

Quand un individu susceptible a été soumis à un froid glacial, il peut souffrir des muscles et des articulations. Suivant la localisation, on appelle lumbago, névralgie intercostale ou brachiale, le symptôme neurologique sans lésions anatomiques... Autrefois on invoquait la diathèse urique comme explication. Nos ancêtres parlaient de goutte et les cliniciens français sont encore engoués du terme d'arthritisme, qui envoya cuire ou baigner aux stations thermales des milliers de personnes. C'est devenu la mode en Amérique de se moquer de cette sorte d'interprétation et d'expliquer la névralgie par l'effet à distance d'un foyer pyogénique de l'organisme. Des milliers de malades ont été soumis à la torture inutile des extractions dentaires, des amygdalectomies, des interventions abdominales ou pelviennes, dans la vaine recherche d'un foyer infectieux imaginaire...

Les partisans de l'interprétation métabolique des troubles sont trop prompts à lui attribuer chaque douleur et ils pensent trop rarement au système nerveux. Ils tombent dans le danger de ne pas considérer que la sciatique peut signifier inflammation radiculaire, qui conduira au tabes dorsal, et qu'une douleur sourde dans le thorax ou le bras ne doit pas être traitée par le massage et les applications chaudes et froides quand elle est un signe de tabes incipiens.

Plus dangereux encore sont les localistes ! Pour eux une douleur rectale appelle des recherches simplement coprologiques ; une diplopie réclame des verres prismatiques ; des vomissements demandent la laparotomie exploratrice après l'échec des analyses chimiques ou des tests destinés à révéler le trouble ; la douleur vésicale nécessite la sonde ; pour les quintes de toux la gorge doit être peinturlurée.

La réaction de Wassermann dans le sang n'est qu'une complication ; car, si elle est négative, elle tend à renforcer l'insistance sur un traitement local.

Hé bien tous les symptômes qui précèdent sont ceux du tabes dorsal et 40 % de ces cas ont un Wassermann négatif. Au début il peut n'y avoir ni perte du réflexe patellaire ni modification des pupilles ; il n'y a qu'une minute d'examen du système nerveux ou qu'une analyse du liquide céphalo-rachidien qui permette le diagnostic. Même quand les signes neurologiques sont évidents, les erreurs restent possibles. Je cite un exemple :

Observation IV (Tom A. Williams, de Miami Beach).

Une institutrice de West Virginia souffrait depuis des années de douleurs et d'engourdissement dans les jambes. Les douleurs étaient qualifiées de rhumatismales. Elle fut envoyée à différentes stations et traitée pour « rhumatismes ».

Quand elle me consulta il était évident que les réflexes profonds étaient nuls partout, que les pupilles ne réagissaient plus à la lumière, que la sensibilité des membres inférieurs était sérieusement touchée et qu'il y avait de l'incoordination. Le diagnostic fut tabes dorsal.

Le traitement spécifique lui a permis de retrouver poids et forces. Elle travaille actuellement d'une manière plus satisfaisante qu'il y a cinq ans.

* * *

La dermatologie est « enchaînée » à la médecine générale, comme l'a dit Nicolas V. Greco, de la Plata ; elle paraît cependant sans intérêt pour le praticien, qui manque rarement l'occasion d'affirmer son incompétence, en quoi il a à la fois raison et tort, raison s'il est en présence d'une lésion spéciale à la peau et réclamant des connaissances spéciales, tort si la dermatose n'est que le reflet d'une affection générale, qu'il s'agit avant tout de dépister.

Les notions dermatologiques les plus simples sont susceptibles d'intéresser et de guider le praticien, en le mettant sur la voie de la maladie causale, en lui traçant les grandes lignes d'un plan thérapeutique destiné à combattre cette maladie, et, par une conséquence directe, la dermatose qui en est la projection périphérique ; la clinique ne doit négliger aucun des symptômes cutanés élémentaires, révélateurs des maladies internes ; leur énumération est suffisamment suggestive : prurit des obèses, des goutteux, des diabétiques, des hépatiques, des rénaux, des paralytiques généraux, — érythème des désordres digestifs, hépatiques et rénaux, des troubles utéro-ovariens, de la dysendocrinie, du diabète, de l'uricémie, — urticaire des insuffisances rénale et surtout hépatique, de la sensibilisation anaphylactique, de la leucémie, de l'échinococcose, — purpura rhumatoïde ou symptomatique des grandes infections, — eczéma de cause interne, manifestation anaphylactique d'une méiopragie des glandes endocrines ou d'une dystonie du système neuro-végétatif, tous appartiennent à l'interniste autant qu'au dermatologiste.

Une observation de J. Gaté, de Lyon, montre bien l'importance d'un symptôme, dont l'origine avait échappé au praticien.

Observation V (J. Gaté, de Lyon).

Il y a un an environ j'étais consulté par une femme d'une cinquantaine d'années, habitant une ville voisine. Elle venait me demander conseil pour des lésions vulvaires qui remontaient à plusieurs mois et pour lesquelles elle avait suivi sans aucun succès d'ailleurs sur l'avis de son médecin traitant de multiples traitements locaux. Il s'agissait d'une femme grasse, pleine de santé, au moins en apparence, au teint fleuri et qui présentait une dermite eczématiforme rouge, suintante, horriblement prurigineuse et douloureuse de la vulve, des plis génitaux-cruraux, de la face interne des cuisses, et même de la région périanale. Je cherchai vainement la collerette épidermique de macération desquamative. Je pensai alors au diabète et interrogeai la malade. La polyphagie, la polydypsie, la polyurie étaient certaines et la liqueur de Fehling me montra dans les urines une glycosurie nette. D'ailleurs, une analyse quantitative de sucre montra, quelques jours après, une glycosurie de 200 grammes par jour. Un régime sévère, une cure insulinienne et des lavages locaux bicarbonatés vinrent rapidement à bout des lésions locales en même temps que la malade maigrissait pour son plus grand bien, qu'elle devenait plus alerte et plus forte et que sa glycosurie tombait à 8 grammes. Dans ce cas il est bien permis de dire que c'est la vulvite qui fit soupçonner et diagnostiquer un diabète méconnu, dont la malade ignorait totalement l'existence et qui aurait pu amener chez elle des complications autrement fâcheuses qu'une simple vulvite.

La syphilis, par son polymorphisme, simule les maladies les plus diverses ; il suffit en général d'y penser ; quelquefois il ne suffit même pas d'y penser.

OBSERVATION VI (J. Gaté, de Lyon).

Il y a quelques mois un malade venait personnellement me consulter pour des lésions cutanées discrètes, mais persistantes du thorax. Il s'agissait d'éléments papulo-tuberculeux, infiltrés, de couleur cuivrée, en arabesques, en festons, dont certains s'ulcéraient et suppuraient pour guérir en fin de compte et céder la place à des éléments plus jeunes. Ce malade avait pensé à vrai dire à la syphilis, mais ne se rappelant rien dans son passé qui pût être imputé à cette infection, il avait repoussé cette idée ; plusieurs médecins consultés par lui avaient abondé dans son sens et ces accidents duraient depuis plusieurs mois. Il était évident cliniquement qu'il s'agissait de syphilis ; d'ailleurs l'efficacité remarquable du traitement bismuthique fit rapidement la preuve de ce diagnostic. Or, ce malade se plaignait depuis plusieurs mois d'une légère dyspnée nocturne ; il était pâle et accusait par moment des douleurs rétro-sternales, d'ailleurs vagues. Un examen plus complet montra une aortite certaine, améliorée depuis par le traitement. Cet exemple montre non seulement l'importance considérable du diagnostic d'une lésion cutanée pour la guérison de cet accident lui-même, mais aussi les indications précieuses que le clinicien peut en retirer pour expliquer les signes généraux surajoutés et les rapporter à leur véritable cause.

***

La radiologie est une spécialité mieux connue et appréciée du praticien à qui elle donne des informations rapides et précises ; elle a facilité l'exercice de la médecine en évitant les examens répétés, les mises en observation prolongées et la perte de temps qui en résulte ; elle est utile dans les affections pulmonaires, indispensable dans la pathologie du tube digestif, irremplaçable dans les lésions osseuses ; elle présente l'inconvénient de diminuer ou de supprimer l'effort de recherche et de se substituer à l'investigation clinique, favorisant ainsi la paresse d'esprit ; c'est peu de chose à côté des services qu'elle rend et qui voudrait aujourd'hui exercer la médecine sans l'appui des rayons X se sentirait diminué dans ses moyens et limité dans ses possibilités d'action.

Si au début le praticien s'est méfié de la radiographie, il s'en est ensuite engoué au point de devenir lui-même radiographe ; la fabrication en série d'appareils bon marché n'a pas peu contribué à faciliter cette transformation. Or, tandis qu'un amateur, armé d'un simple kodak, ne songerait guère à s'installer photographe professionnel, sachant bien qu'il n'en possède ni le matériel, ni la technique, ni le talent, certains médecins n'ont pas hésité à franchir le fossé qui les séparait du voisin et, avec l'ardeur qui caractérise les néophytes des cultes modernes (auto, T. S. F.), à radiographier à tort et à travers, avec les résultats que l'on imagine ; cette douce manie n'est pas toujours inoffensive et nous avons été témoin d'une aventure radiologique qui faillit tourner au désastre.

OBSERVATION VII (personnelle).

Mlle G. C., 29 ans, a souffert en 1922 de douleurs dans le genou droit ; le premier médecin consulté a porté, sur la foi d'une radiographie, le diagnostic d'arthrite bacillaire, qui a été confirmé par onze autres médecins ou chirurgiens ; le traitement a consisté en une immobilisation intermittente dans des appareils plâtrés. Après trois ans d'insuccès et devant la persistance des douleurs, un dernier chirurgien conseille une intervention sanglante, en laissant prévoir toutefois un raccourcissement important ; la malade, ayant refusé l'opération, est abandonnée à son sort jusqu'à ce qu'elle se soit résignée au sacrifice indispensable.

Appelé à notre tour en 1925, nous nous trouvons en présence d'une jeune fille pâle et amaigrie. Nous procédons à l'examen : le dernier plâtre, une simple gouttière qui flotterait si elle n'était maintenue par des bandes, se retire facilement. Le genou a un mauvais aspect : gros, déformé, globuleux ; il présente surtout des lésions synoviales ; l'articulation ne paraît pas ankylosée, mais les mouvements sont si douloureux que nous préférons différer la recherche de leur amplitude.

Malgré douze opinions concordantes nous ne pouvons admettre la tuberculose ; une lésion de cette nature aurait évolué depuis trois ans et causé des dégâts plus considérables. Il reste à élucider la question de la radiographie ; le cliché, faible et flou, montre tout ce qu'on veut ; il a été tiré par un médecin, devenu radiographe grâce à un petit appareil, qui faisait ce qu'il pouvait, mais qui ne pouvait pas grand'chose.

Nous sommes fixé. Il ne s'agit pas de tuberculose, mais de rhumatisme. Nous supprimons les engins d'immobilisation et prescrivons des douches d'air chaud, des bains de soleil et... la marche.

Une bonne radiographie ne révèle pas de lésions osseuses.

Trois semaines après la malade fait sa première sortie, trois mois après elle marche sans canne, un an après elle danse.

La conclusion c'est que chacun doit faire son métier et qu'on ne s'improvise pas radiographe ; la majorité des praticiens est d'ailleurs de cet avis ; mais ce n'est pas suffisant ; cette attitude purement négative n'assure pas la bonne collaboration indispensable dans la pratique.

« Il est nécessaire que le médecin possède un certain degré de culture radiographique », dit Navarro Canovas et cela est particulièrement important dans la pratique courante.

Le médecin évitera de solliciter du radiologiste ce que ce dernier ne peut lui donner ; ainsi, par exemple, il ne demandera pas une radiographie de la cinquième vertèbre lombaire en projection transversale ; il est facile de se rendre compte que cet os se trouvant sur le même plan transversal que les os iliaques, leur projection sur cette vertèbre ne lui permettra pas d'apparaître sur le cliché.

Le praticien préparera, facilitera, tout au moins fixera la tâche du radiographe. Il n'enverra point son malade sans diagnostic clinique, certain ou probable ; il ne manquera pas de spécifier l'organe à radiographier ni le genre de lésion à découvrir. Trop souvent il n'en est point ainsi.

Ces conditions à peu près remplies, le radiologiste sera d'un appui certain pour le médecin. Dans quelques cas déterminés il a l'autorité et les éléments suffisants pour poser le diagnostic radiologique ; c'est ce diagnostic radiologique qui figure dans les atlas et les traités de radiographie. Dans la majorité des cas il n'en est pas ainsi ; le radiologiste pose un diagnostic de localisation et non de nature ; il est amené à interpréter le cliché en indiquant les images qui sont anormales et qui constituent des éléments de diagnostic, exactement comme on le ferait pour une analyse histologique ou hématologique. La question de l'interprétation de la radiographie par son auteur est importante, car il y a peu de praticiens qui sachent lire une radiographie ; cette interprétation doit rester sobre, préciser les points acquis, signaler les hypothèses, s'abstenir de conclure. Trop de radiographes ont l'habitude et le tort de se couvrir contre le risque de l'apparition ultérieure à l'écran d'une lésion aujourd'hui non décelable et de dégager leur responsabilité par l'élaboration d'un protocole qui n'affirme ni ne nie, accepte toutes les hypothèses sans en rejeter aucune et laisse le médecin dans l'indécision, en le privant des éléments de diagnostic qui lui étaient légitimement dus.

***

« Plus notre pratique est longue, plus nous sommes convaincus que personne ne vit réduit à lui-même et que nous dépendons les uns des autres à tour de rôle. Le pédiatre et l'oculiste sont constamment coude à coude », a dit James H. Andrew, de Brooklyn ; ce qui est vrai pour le pédiatre l'est encore plus pour le médecin ; mais ce n'est pas suffisant ; ce dernier doit s'appuyer sur des

notions d'ophtalmologie solides, savoir ce qui est de la conjonctivite et surtout ce qui n'en est pas, diagnostiquer ou simplement soupçonner les kératites et les iritis pour les adresser ou spécialiste, se méfier de la prescription à contre-temps des myotiques et des mydriatiques et surtout bien connaître les complications oculaires des maladies générales, complications qui sont nombreuses et différentes comme mécanisme : directes, si elles sont provoquées par l'infection ou l'intoxication ; indirectes, quand elles dépendent du mauvais fonctionnement d'un organe lésé ; ou surajoutées, produites par un agent d'infection locale profinant de l'infection générale. Parfois même la complication oculaire et le symptôme révélateur de l'affection générale : rétinite albuminurique, hémorragie de l'artériosclérose, névrite optique des méningites. « Fréquemment, dit Thomas H. Johnson, de New-York, les hommes d'affaires à forte tension viennent faire examiner leur vue ; ils ont une hémorragie rétinienne et ne comprennent pas que leur santé générale est en jeu. Il est difficile de les convaincre qu'ils ne vont ni bien ni fort. »

Si le praticien laisse échapper l'occasion de reconnaître une maladie générale par les troubles oculaires, le spécialiste parvient à rétablir l'équilibre en posant le diagnostic local et général ; il n'en résulte aucun inconvénient pour le malade. Il y a des cas où l'oculiste fait le diagnostic local et charge le médecin de découvrir la maladie générale causale. Les trois mots fatidiques, syphilis, tuberculose, rhumatisme, apparaissent alors d'une façon peu réjouissante et, s'il est relativement facile — et encore — d'affirmer ou d'exclure la syphilis, il n'en est pas de même pour la tuberculose et surtout pour le rhumatisme. Il est vrai que les idées évoluent, qu'il y a peu de tuberculoses oculaires et que les modernes rayent le rhumatisme des traités d'ophtalmologie ; voici ce qu'écrit A. Poulard à ce sujet :

Par suite d'une déplorable habitude, les ophtalmologistes passés attribuaient et la majorité des ophtalmologistes présents attribuent encore au « rhumatisme » un grand nombre, un bien trop grand nombre d'affections oculaires.

Cela tient... à ce que l'on met sur le compte du rhumatisme toutes les affections auxquelles on ne trouve pas une autre cause évidente. Les oculistes, qui ne prennent pas soin de rechercher les causes d'une affection oculaire, et ceux qui, les ayant recherchées, ne les trouvent pas, les appellent : « du rhumatisme ». Le mot rhumatisme, en ophtalmologie, masque, presque toujours, ou notre ignorance, ou un défaut de l'examen de nos malades. Mieux vaudrait une étiquette blanche sur les affections dont nous n'avons pas pu déterminer les causes.

L'exemple suivant montre l'importance des connaissances ophtalmologiques les plus rudimentaires.

Observation VIII (personnelle).

M. R. H., 30 ans, se présente à notre consultation, le 2 mars 1926 ; la lumière atténuée d'une après-midi d'hiver le gêne et il arbore d'impressionnantes lunettes noires. Nous ne laissons pas échapper une si belle occasion de faire à distance un diagnostic de kératite, car c'est une affection qui détermine une photophobie intense ; nous disons kératite sans plus, car il y a kératite et kératite.

C'est une kératite phlycténulaire, à poussées successives, dont le reflux laisse des taches blanchâtres, opaques.

Les efforts conjugués des oculistes et des médecins ont échoué jusque-là contre une syphilis inexistante ou un rhumatisme problématique.

Nous savons que cette affection est de nature tuberculeuse pour Ferran, de Barcelone.

Nous entreprenons — sous toutes réserves — un traitement chimiothérapique antibacillaire. La poussée en cours rétrocède, les taches s'éclaircissent, la stabilisation se maintient depuis cinq ans.

Si de tels cas sont rares, il en est d'autres beaucoup plus fréquents comme ceux où la céphalée est le seul symptôme d'une affection oculaire. Velhagen montre que le diagnostic, facile dans les maladies générales (rénales, vasculaires) avec troubles secondaires oculaires et dans les inflammations oculaires aiguës (kératite, iritis), devient singulièrement épineux quand la céphalée est légère et relève d'une affection oculaire difficilement appréciable (glaucome inflammatoire, glaucome simple, vices de réfraction).

***

L'oto-rhino-laryngologie est utile au praticien ; Westley M. Hunt, de New-York, a montré tout le parti qu'il en pouvait tirer.

L'examen de l'oreille externe se borne à constater la présence de tumeurs, de kystes, de déformations ou de quelques affections cutanées : eczéma, lupus, érysipèle.

Dans le conduit nous observons souvent la présence de cérumen. Nous voyons l'eczéma, sec ou humide, et la furonculose, et nous rappelons que souvent l'eczéma précède la furonculose. Nous noterons s'il y a un écoulement séreux ou purulent et s'il est aigu ou chronique.

Nous devons être capables de juger si le tympan est enflammé, crevé ou rétracté, s'il y a ou non des perforations. Les perforations sont intéressantes en nous aidant à faire un diagnostic et il y a intérêt à en donner avis au malade, particulièrement pour la natation.

L'ouïe peut être éprouvée par la montre, mais je pense que vous trouverez que le chuchotement à 20 pieds de distance est plus exact. Le résultat s'exprime en une fraction qui a 20 comme dénominateur et le nombre de pieds, où le chuchotement est entendu comme numérateur. Si vous êtes habitué au diapason, vous pouvez faire un diagnostic différentiel entre la surdité due à un trouble de transmission et la surdité due à un trouble de perception. Il faut faire l'épreuve du nystagmus. Le nystagmus latéral indique souvent un trouble de l'appareil vestibulaire.

Nous examinerons la capacité respiratoire du nez. Peut-être le mieux est-il d'appuyer le pouce sur la narine et de faire aspirer et expirer de l'autre côté. Après quelques essais chez plusieurs malades on arrive facilement à estimer la capacité respiratoire.

L'examen au speculum montre si les cornets sont irrégulièrement développés et s'il y a des polypes. La cloison sera observée.

Un examen complet passe en revue les amygdales, le pharynx, le larynx, les ganglions cervicaux et les sinus. Monte F. Meyer, de New Orleans, insiste sur l'infection focale, son point de départ (amygdales, sinus) et ses manifestations : myocardite, endocardite, arthrite, rhumatisme aigu, troubles oculaires, asthme, bronchite, troubles gastro-intestinaux, pyélite, etc.

Observation IX (Vals Fuchs, de New Orleans).

Il y a quelques mois, une femme d'un certain âge me fut adressée par un chirurgien parce qu'elle avait perdu régulièrement du poids depuis quelques années et qu'elle avait des crises de nausées et de vomissements. Suivant son expression elle ne pouvait rien garder dans son estomac. L'examen montra une infection du sinus maxillaire ; l'opération suivit et aussitôt les symptômes disparurent et les troubles gastriques cessèrent. C'était un cas typique de troubles gastriques par déglutition de pus.

Si l'examen du spécialiste est forcément local, son diagnostic, bien que limité à une lésion, est susceptible d'orienter le diagnostic général. Nous allons donner deux observations, qui sont presque calquées l'une sur l'autre et dont on tira pourtant des conclusions diamétralement opposées ; elles sont espacées de trente ans et rien ne montre mieux que ce qui change ce ne sont pas les faits mais leur interprétation. Vers 1900 le médecin s'intéressait à la laryngologie, sans y attacher d'ailleurs beaucoup plus d'importance qu'à une expérience de physique et

sans cesser un instant de croire à la priorité absolue de la clinique ; en 1930 la spécialité est sérieusement organisée et l'on ne croit plus à une auscultation, dont la radiologie a étalé les défaillances. Le rapprochement de ces deux observations nous paraît caractéristique de l'évolution des idées pendant cette période.

1900

Observation X (G. Huguet, de Saint-Pourçain).

Un jour, un de mes camarades s'étant plaint d'un très vague mal de gorge, le Professeur du Cazal, pour nous faire une démonstration pratique de ce qu'était le laryngoscope, l'examina et lui déclara qu'il était curieux de constater qu'il avait des aryténoïdes de tuberculeux ; l'ayant examiné plus complètement au point de vue sommets, etc., il conclut que malgré tout il n'y avait rien de suspect ; mais, quinze jours après, notre camarade était pris d'une splendide hémoptysie et, un mois après, il avait succombé à une granulie. Le miroir avait donc eu raison et notre bon maître du Cazal eût mieux fait de se fier à son œil qu'à son oreille.

1930

Observation XI (R. Scott Stevenson, de Londres).

G. B..., un homme jeune, de 31 ans, me consulte parce qu'il est très enroué et qu'il a une conférence à faire. L'interrogatoire établit qu'il est enroué depuis cinq mois. Son médecin me dit que la gorge est « nerveuse » et qu'il traite le système nerveux ; le thorax a été examiné par quatre médecins, car il n'était pas satisfait des poumons, mais tous ont affirmé qu'il n'y avait rien. Le malade ne toussait pas, il pensait avoir perdu un peu de poids. L'expectoration avait été examinée, résultat négatif. Un coup d'œil au larynx révéla l'état suivant : infiltration tuberculeuse des aryténoïdes et ulcération de la corde vocale gauche. Une pulvérisation de cocaïne permit au malade de faire sa conférence et il prit ses dispositions pour entrer au sanatorium.

Dans certains cas difficiles le médecin s'adresse au spécialiste pour lui demander de rechercher une lésion locale, dont l'importance paraît secondaire et dont la présence permet de confirmer le diagnostic.

Observation XII (Croizier, de Saint-Etienne).

Ce malade, envoyé dans mon service comme atteint de tuberculose pulmonaire, présente en même temps une laryngite.

Dès mon premier examen, je fus frappé par l'importance de la matité dans la moitié supérieure de l'hémithorax gauche... Cette matité impressionnante, par sa localisation insolite au lobe supérieur ne pouvait moins faire que d'attirer l'attention ; les autres signes d'auscultation montrèrent qu'il existe là un bloc dense massif, et d'ores et déjà le diagnostic était à moitié fait.

Il n'est pas commun, en effet, d'observer l'existence de pareils blocs au cours d'une évolution tuberculeuse ; on n'en voit guère que dans la tuberculose des mineurs... Or, ce malade est justement un mineur, et la question pouvait donc se poser chez lui d'une forme d'évolution de ce genre. Mais, avant même le renseignement de l'analyse bactériologique, il était déjà possible de recueillir un argument écartant l'hypothèse de tuberculose, c'était l'état du côté opposé.

On ne voit jamais, en effet, à cette période de la maladie et lorsqu'il existe des blocs anthracosiques compacts, de tuberculose qui soit unilatérale ; or, le poumon droit de ce malade est cliniquement normal ; même après un examen minutieux, il me fut impossible de relever une anomalie vraiment importante et révélatrice d'une infiltration profonde.

L'examen radiologique n'apporta pas en soi d'éléments nouveau, car il vint simplement confirmer à son tour les données de la clinique... Cette confirmation de mon examen était tellement nette que ma conviction personnelle fut dès ce moment établie, et en raisonnant par analogie avec des cas de ce genre dont j'ai déjà rencontré un certain nombre, j'eus la certitude d'être en présence d'un cas de néoplasme pulmonaire ; il ne fallait plus qu'en demander confirmation au reste de l'enquête que je poursuis pas à pas.

Et d'abord l'examen bactériologique ; l'analyse de l'expectoration du malade, qui est purulente, est entièrement négative...

J'avais... bien mieux à faire qu'à attendre des semaines le résultat d'une inoculation ; mon malade, ai-je dit au début, avait une laryngite ; il était évident que cette localisation, si elle existait vraiment, relevait de la même étiologie que l'affection de la poitrine, et un coup d'œil sur le larynx devait donc définitivement nous fixer. Mais au fond était-ce bien, en fait, une laryngite ? La dysphonie, que le sujet présente depuis ces derniers mois et qui, fait d'importance capitale, ne s'est pas accusée progressivement mais est apparue tout d'un coup, était-elle due à une laryngite véritable, à des ulcérations sur les cordes ou bien n'était-elle pas plutôt due à une paralysie laryngée par compression récurrentielle ? Et, dans l'espèce, un néoplasme du lobe supérieur gauche pouvait aisément rendre compte du mécanisme de cette paralysie.

Le malade fut donc montré au Docteur Moreau, que je priai de me dire s'il n'existait pas une paralysie de la corde vocale gauche. Dans l'hypothèse du cancer cette paralysie était nécessaire, il fallait qu'elle existât et que par ailleurs le larynx se révélât indemne de toute lésion inflammatoire ; or, le résultat de l'examen du spécialiste fut bien exactement ce que je viens de dire et ce que j'attendais, fournissant ainsi l'argument décisif de cette discussion.

***

La stomatologie est une spécialité encore plus dédaignée que les autres par les médecins ; dans bien des cas il suffit cependant de faire ouvrir la bouche au patient pour obtenir des renseignements pleins d'intérêt.

Armand Rosenthal, de Nancy, a montré les relations étroites qui unissent l'art dentaire à la médecine et l'importance des signes buccaux dans les maladies générales : stomatite de l'urémie et du diabète, aphtes de la dyspepsie, localisation muqueuse de la syphilis, stomatites toxiques (mercurielle, bismuthique), etc.

La cause est entendue et nous n'insisterons plus que sur deux points : les accidents de la dent de sagesse dont la gravité doit être bien connue et l'infection focale, qui prête aux erreurs de diagnostic les plus grossières et les plus invraisemblables.

Voici une observation d'accidents de la dent de sagesse, dont la guérison sans intervention chirurgicale dépendit uniquement d'un diagnostic précoce et d'une collaboration immédiate du médecin et du stomatologiste.

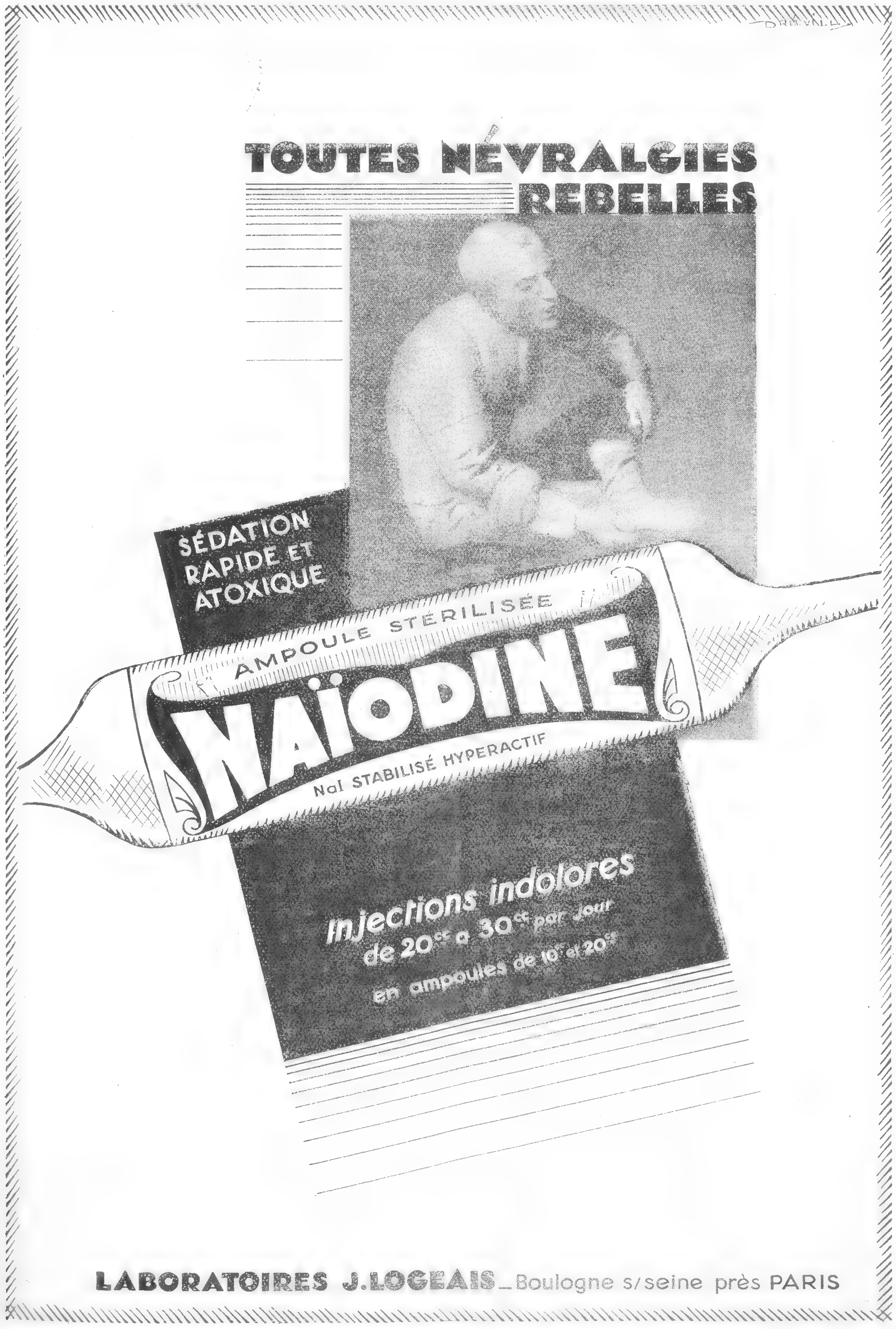
Observation XIII (personnelle).

Une étudiante anglaise, de 20 ans, nous consulte pour une poussée fébrile et une douleur au cou ; elle croit avoir la grippe. A l'examen nous trouvons un ganglion légèrement tuméfié et sensible, au-dessous de l'angle gauche de la mâchoire. Nous l'interrogeons sur l'état de ses dents ; elles sont intactes ; un dentiste anglais les a examinées, il y a peu de temps. Les dentistes anglais connaissent bien leur métier, mais nous préférons voir par nous-même. Dentition en bon état, irritation légère de la gencive au niveau de la dent de sagesse inférieure gauche, elle-même sensible à la percussion. Nous conseillons l'extraction immédiate, qui est pratiquée le jour même par le stomatologiste, sous anesthésie régionale, sans incident.

Le lendemain la température est élevée, le cou gonflé et douloureux, il y a un gros empâtement et tous les signes d'un phlegmon sous-angulo-maxillaire. Nous pratiquons une injection de vaccin antipyogène et appelons un chirurgien en consultation : il confirme le diagnostic, considère une intervention comme inévitable, mais juge préférable d'attendre que le pus se forme et se collecte pour éviter les dégâts considérables qu'entraînerait une opération immédiate ; on fait du vaccin matin et soir.

A partir du quatrième jour l'infection paraît enrayée, l'inflammation locale disparaît et tout rentre rapidement dans l'ordre, sans suppuration, sans intervention.

L'infection focale se présente sous des apparences diverses (pulpite, dévitalisation, gingivite, pyorrhée alvéolaire, abcès apiculaire, fistule gingivo-dentaire) et donne lieu à des manifestations morbides, aiguës ou chroniques, proches ou éloignées, soit par propogation directe ou par continuité (sinusite maxillaire, abcès nasal, thrombo-phlébite des veines de la face, abcès périamygdalien, otalgie, abcès cervical, phlegmon de l'orbite, neuro-rétinite), soit par pyophagie (affections gastriques, duodénales, vésicu-


TOUTES NÉVRALGIES
REBELLES
SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE
AMPOULE STÉRILISÉE
NAÏODINE
NaI STABILISÉ HYPERACTIF
Injections indolores
de 20cc a 30cc par Jour
en ampoules de 10cc et 20cc
LABORATOIRES J. LOGEAIS _ Boulogne s/seine près PARIS

laires), soit par invasion sanguine ou lymphatique (fièvre, rhumatisme aigu ou chronique, affections cardio-vasculaires, hypertension, diabète, goutte, affections des voies urinaires, affections nerveuses et mentales). Ces affections sont assez nombreuses pour retenir l'attention ; l'association et la combinaison de plusieurs d'entre elles nous pose des problèmes insolubles sans la notion indispensable de l'infection focale.

OBSERVATION XIV (Mariano R. Castex de Buenos-Ayres).

A.B..., homme de 55 ans, diabète bénin et hypertension ; en 1925 glomérulite aiguë, rebelle aux traitements et qui guérit par l'amydalectomie, faite par Segura à notre demande, après contrôle de la septicité.

Rien de nouveau pendant trois ans et demi. En 1929 apparaissent : 1° une albuminurie progressive (jusqu'à 1,20 gr. ‰) ; 2° une hypertension artérielle progressive, permanente et ne cédant à aucun traitement (27-15 au Pachon) ; 3° une glycosurie de 40 à 50 gr. par 24 heures, rebelle au régime et exigeant de 50 à 60 unités d'insuline par jour ; 4° une azotémie permanente et irréductible (0,70 — 1 gr. ‰), 5° des accès fréquents, surtout nocturnes, d'asthme cardiaque qui exigent de fortes doses de digitale ; 6° de graves troubles du complexe ventriculaire à l'électrocardiographie, qui impliquent la mort en moins de deux ans ; 7° et enfin une neuro-rétinite hémorragique, dont le caractère de l'intensité constituent un péril grave et immédiat pour la vue.

Devant la complexité du tableau clinique, la marche progressive des troubles, l'échec des médications, l'absence de résultats de l'examen physique et biologique, on attribue l'origine de cette grave situation morbide à la présence de plombages et de couronnes dentaires. La radiographie révèle la présence de nombreux foyers apiculaires et paradentaires septiques. Alejandro Cabanne entreprend immédiatement le traitement qui consiste à éliminer d'urgence tous les foyers septiques dentaires. On obtient une amélioration appréciable : disparition de l'asthme, de l'azotémie, de l'albuminurie, de la glycosurie, des signes électrocardiographiques et de la neurorétinite hémorragique.

Il ne faut naturellement rien exagérer ; à voir de l'infection focale partout, comme aux Etats-Unis, on risque de faire plus d'édentés que de guéris ; voici ce qu'écrivait à ce sujet une vieille dame américaine, victime d'une théorie médicale tombée dans le domaine public : « En décembre 1925 je fus prise d'un rhumatisme dans l'épaule gauche. Après avoir essayé quelques remèdes simples sans soulagement, j'allai chez le dentiste, pensant que le trouble pouvait venir des dents. Un examen aux rayons X montra un mauvais état de pyorrhée et toutes mes dents furent arrachées. Mon espoir s'en accrut au point que j'espérais voir le rhumatisme s'envoler sur les ailes de l'aurore ; mais non pas du tout ! »

***

Le praticien, qui connaît les éléments des spécialités, trouvera à s'employer efficacement dans les cas compliqués, où s'impose la collaboration de spécialistes de spécialités différentes ; car il ne suffit pas qu'une affection paraisse relever d'une spécialité pour qu'elle en dépende effectivement ; le médecin aura pour tâche essentielle d'aiguiller le malade ; les difficultés ne sont pas légères comme on le verra dans les trois observations suivantes :

La première est de Tom A. Williams dont nous avons vu plus haut la diatribe contre les « localistes « ; on ne saurait lui donner tort si l'on en juge pas ce qui suit :

OBSERVATION XV (Tom A. Williams, de Miami Beach).

Un homme d'affaires de Washington fut, pendant mon séjour au front français, envoyé à une fameuse clinique. Là il fut vu par un ophtalmologiste, un neurologiste, un psychiatre, un interniste et un sérologiste ; toutes sortes d'examens furent faits, rien d'objectif n'étant trouvé. Il ne pouvait ouvrir les yeux. Il craignait de perdre la vue. Il était si terrorisé par ses visites à différents docteurs et hôpitaux qu'il ne pouvait faire sortir cette pensée de sa tête. La phobie, dont dépendait réellement la chose entière, fut renforcée par une direction peu judicieuse, qui n'était pas basée sur la connaissance de la cause.

La genèse fut interprétée comme suit : la conjonctive a été irritée par une longue randonnée sur des routes poussiéreuses en automobile sous le soleil d'été... La protection des yeux par abaissement des paupières fut la conséquence. A la manière des tics cette réponse physiologique devint éventuellement une habitude psychologique. Le sujet se serait débarrassé de cette habitude comme il avait fait précédemment pour d'autres tics, mais, en conséquence des opinions médicales répétées exprimées devant lui pendant six semaines par les hommes distingués d'une fameuse clinique, à l'habitude s'ajoutèrent la phobie de l'incapacité d'ouvrir les yeux et la crainte de perdre la vue et avec elle sa profession. Il fut guéri en quatre entretiens.

Cette combinaison ophtalmo neurologique n'est pas plus extraordinaire que l'association dermato-psychiatrique suivante :

OBSERVATION XVI (J. Gaté, G. Bosonnet et P. Michel, de Lyon).

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, adressée à notre consultation par le « Refuge Saint-Michel », maison religieuse où elle est placée. Souriante, paraissant prendre plaisir à cette exhibition, cette jeune fille nous montre des plaies localisées aux jambes et aux avant-bras. Les bras, les cuisses, le thorax, le visage sont indemnes. Ces plaies sont constituées par des exulcérations très superficielles, ayant à peine entraîné le derme...

Cette curieuse affection remonte... à plusieurs années et se caractérise par des poussées séparées par de longues périodes de rémission. Interrogée par nous, cette jeune fille nous raconte qu'elle a présenté ces lésions alors qu'elle était encore chez ses parents, puis dans une pension de famille où elle fut placée comme domestique, enfin dans la maison religieuse où elle se trouve actuellement. Il semble bien, par ailleurs, que les manifestations cutanées ont chaque fois coïncidé avec le désir plus ou moins précis qu'avait à ce moment la malade de changer de milieu. En tout cas, cette jeune fille a été montrée à plusieurs médecins. On a successivement prescrit l'huile de foie de morue, le grand air, la montagne. Il ne semble pas qu'on ait jamais découvert la supercherie.

Celle-ci s'imposa de suite à notre esprit, pour de multiples raisons : localisation des lésions en des points facilement accessibles pour la malade, aspect objectif des accidents cutanés qui n'éveillait aucun diagnostic dermatologique satisfaisant, expression satisfaite de la malade. Notre interrogatoire ne fit que confirmer notre impression... Depuis... cette jeune fille... a avoué...

Un examen psychiatrique fait par le Dr Christy n'a pu déceler autre chose qu'un certain degré de débilité mentale.

Enfin une affection spéciale peut revêtir une forme mono-symptomatique assez vague pour provoquer l'intervention d'une série de spécialistes ; le cas énigmatique de sinusite frontale que nous avons eu l'occasion d'observer en est un exemple caractéristique ; Kobrak a bien insisté sur la nécessité d'une collaboration étroite entre le rhinologiste et le radiographe en pareil cas ; mais cette collaboration a été plus étendue, plus complexe et plus vaine qu'on n'aurait osé l'espérer, elle s'est traduite finalement par l'échec des spécialistes successifs, quelquefois même dans leur propre spécialité ; la seule ressource qui restait était d'attendre du temps et du hasard la révélation du diagnostic, ce qui a bien fini par arriver.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Mlle M. R., 20 ans, domestique, a des céphalées fréquentes et violentes sur lesquelles la thérapeutique n'a aucune action.

Nous l'adressons en 1922 à un neurologiste qui pose le diagnostic de tumeur cérébrale. L'examen ophtalmoscopique ne révèle pas de compression de la papille. Une ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien normal, à pression normale ; le Wassermann est négatif ; il en est de même pour le sang.

La malade consulte en 1923 un médecin de son pays, qui diagnostique de l'anémie et conseille un séjour à la campagne, qui ne donne d'ailleurs aucun résultat : elle retourne à la ville et se

place chez le directeur d'un garage ; la céphalée disparaît complètement.

Six mois après, en 1924, M. R... change de place ; les accès reparaissent ; nous faisons examiner la vue par un oculiste qui conclut : insuffisance de convergence qui entraîne une diplopie très manifeste dans la chambre noire et surtout accusée pour la vision de près. Une ténotomie des droits externes donne une amélioration de quinze jours, mais laisse une diplopie fort gênante.

Après cet échec nous adressons la malade à un oto-rhino-laryngologiste, qui pratique une résection sous-muqueuse de la cloison ; la céphalée disparaît de nouveau, mais pour trois semaines seulement.

Un an s'écoule, un an de céphalée presque continue.

Au cours d'une crise particulièrement violente en 1925, nous parvenons à localiser au diapason le maximum de douleur au niveau des sinus frontaux.

L'oto-rhino-laryngologiste confirme le diagnostic de sinusite frontale et dégage les sinus par voie nasale, complétant ainsi la première intervention ; la céphalée disparaît.

Une rechute survient six mois après ; nous l'enrayons immédiatement par une injection de vaccin polymicrobien.

La rémission émigmatique s'explique par le fait que la malade avait l'occasion de pénétrer dans le garage plusieurs fois par jour et d'y respirer des vapeurs d'essence qui dégageaient les fosses nasales et les sinus ; les deux améliorations résultaient de la décongestion locale par hémorragie.

***

Les considérations et les observations précédentes émanent à peu près toutes de spécialistes, qu'inquiète à juste titre la scission, de jour en jour plus prononcée entre la médecine et les spécialités ; elles portent essentiellement sur des points de détail et, bien que leur exposition, leur rapprochement et leur comparaison soient féconds en enseignements, elles ne nous donnent pas une vue d'ensemble du problème dont nous cherchons la solution ; cette vue d'ensemble, il convenait, à notre avis, de la demander à un médecin 100 %, rompu à l'exercice de son art, entraîné au maniement des idées générales et exempt de toute déformation professionnelle ; nous nous sommes adressé à G. Huguet, de Saint-Pourçain-sur-Sioule, qui, sans idée préconçue ni parti pris, a su dominer la question en la traitant par le seul appel au bon sens ; il est inutile de le présenter davantage ; il le fera beaucoup mieux lui-même en prenant la parole :

J'ai réfléchi pendant quelques jours au titre « le praticien devant les spécialités » et j'ai eu bien du mal à arriver à cadrer le sujet. Entendons-nous : l'idée est parfaitement claire, mais on peut la prendre sous un très grand nombre d'aspects et, ce qui vient d'abord à l'esprit, c'est la constatation de l'état actuel, savoir en fait la cloison étanche séparant la médecine générale des spécialités.

Les conclusions doivent donc tendre forcément à ouvrir des portes dans cette cloison et pousser le médecin de médecine générale à hasarder quelques pas dans le domaine défendu.

Il est certain que, trop souvent, nous les praticiens, nous considérons comme un obstacle infranchissable la nécessité trop fréquente, où nous nous trouvons, de formuler un diagnostic dans lequel interviennent des notions spécialisées même élémentaires. Nous nous adressons alors aux spécialistes proprement dits qui, pour une grosse majorité, nous regardent du haut de leur tour d'ivoire et nous donnent des résultats d'examen, que nous n'arrivons pas à faire cadrer avec les constatations établies par notre gros bon sens du métier.

A vrai dire, les choses sont normales comme cela ; celui qui ne voit que le détail finit par perdre la notion de la perspective et l'immense majorité des spécialistes étant devenue orfèvre se conduit comme M. Josse et nous n'y pouvons rien.

D'autre part, les praticiens, ne voyant que de grosses choses, dont les phases de l'évolution leur échappent souvent, finissent par perdre la notion du détail et deviennent à la longue, qu'ils le veuillent ou non, de véritables bric-à-brac de la médecine.

Il est bien certain qu'il serait infiniment préférable que le praticien fût à lui-même son propre spécialiste. L'idée n'est pas nouvelle, tous nos traités nous montrent, nous disent et nous redisent que théoriquement la spécialité n'existe pas, que la médecine est une et indivisible ; dans la réalité il n'en est pas ainsi et il nous faut le déplorer.

Moi-même tout le premier, malgré que je m'intéresse volontiers à tout ce qui touche la médecine, il m'arrive bien fréquemment de me trouver en difficulté pour n'avoir pas, sur certains sujets, une culture suffisamment complète ; je ne parle pas d'une culture spécialisée même de loin, mais simplement d'idées générales concernant cette culture.

On rapporte des observations de tabes méconnu, de tics pris pour de la chorée, d'aliénés victimes de la chirurgie ; eh bien, toutes ces erreurs-là, non seulement je les conçois, mais je me juge incapable de les éviter ; je m'en console du reste assez aisément en pensant que la spécialisation excessive comporte des inconvénients et je me rappelle une petite histoire du service Faisans, qui doit dater de 1905 : à la salle d'autopsie de l'Hôtel-Dieu étaient réunis les services Faisans, Brissaud et de Lapersonne pour trois autopsies de trois morts des trois services ; le service de Lapersonne partait sur le diagnostic tumeur de l'orbite, Brissaud sur tabes incipiens, Faisans (diagnostic de Brissaud) phlébite du sinus latéral droit. Je n'oublierai jamais le rire terriblement ironique de Faisans lorsque les trois calottes craniennes enlevées à coup de marteau nous révélèrent trois méningites tuberculeuses.

Il n'en reste pas moins que si la spécialité trop exclusive fait bien souvent commettre des sottises, elle est dans bien des cas indispensable pour arriver à fixer certains faits qui sans elle seraient parfaitement incompréhensibles.

Prenons par exemple l'observation suivante que j'ai suivie moi-même et où le diagnostic étiologique a permis d'établir une thérapeutique efficace.

Observation XVIII (G. Huguet, de Saint-Pourçain).

Un de mes malades, ayant habituellement ce qu'il appelait ses migraines (migraines occipitales) que rien ne calmait, se mit un beau jour, sans autre raison apparente que quelques contrariétés commerciales, à uriner sept ou huit litres par jour ; soif inextinguible, langue rôtie noire, tube digestif paresseux, irritabilité extrême, instabilité physique et intellectuelle. L'analyse d'urine ne me donna aucune indication ; je posai le diagnostic de diabète insipide, je lui fis prendre du pancréas et, deux jours après, tout allait mieux. Un peu plus tard, cinq ou six jours, pas plus, malgré qu'il eût continué son traitement, les symptômes généraux se représentèrent avec en moins la polyurie et la soif ; le tube digestif ayant spécialement attiré mon attention, je fis faire une radiographie de tout le tractus et l'emmenai en consultation auprès d'un confrère de Vichy qui en fit un vésiculaire : saison à Vichy et tout s'arrangea..... pendant quinze jours, et de nouveau même symptomatologie avec cette fois-ci prédominance des troubles nerveux. Je pensai alors à une spéficité possible et le montrai à un confrère spécialisé qui lui fit faire une douzaine d'intra-veineuses de cyanure de mercure. De nouveau les choses parurent s'arranger lorsque, sans raison apparente, les troubles se montrèrent de plus en plus violents. Je pus à ce moment l'envoyer à Paris où il vit Clovis Vincent qui reprit le diagnostic de diabète insipide d'origine hypophysaire ; une radiographie de la base du crâne montra une selle turcique déformée confirmant ses prévisions ; comme traitement il eut à priser de la poudre d'hypophyse et moins de quarante-huit heures après l'ensemble des gros symptômes avait disparu et le malade se déclarait guéri ; guéri est trop dire, car, lorsqu'il reste un mois sans priser d'hypophyse, les choses recommencent.

Dans toute cette affaire il est bien évident que mon gros bon sens de praticien m'a fait faire d'abord un diagnostic symptomatique exact ; mais j'ai cherché l'étiologie et j'ai nettement passé à côté, et cela simplement parce que mon éducation médicale ne m'a pas orienté l'esprit sur une étiologie dont je connaissais l'existence mais uniquement par les livres.

A mon avis il ne suffit pas de constater un fait, mais il faut en tirer la moelle ; c'est entendu, il y a très peu de médecins de médecine générale, qui ont des notions de spécialités ; il est non moins entendu qu'il y faudrait remédier ; mais comment ? Et cela c'est un point de vue qu'il me semble impossible de passer sous silence.

Au fond c'est la question des études médicales qui se pose. Déjà il y a vingt-cinq ans, lorsque j'étais à la Faculté on avait rendu obligatoires les stages spécialisés, qui, si je m'en souviens bien étaient au nombre de trois, l'un obligatoire, obstétrique, les deux autres à choisir dans : dermatologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, neurologie, psychiatrie, j'en oublie sans doute. Mais, ce dont je me souviens parfaitement, c'est que ces stages étaient totalement illusoires ; en obstétrique on regar-

dait travailler la sage-femme de service : en dermatologie les cas embarrassants étaient tranchés par le garçon de laboratoire ; en oto rhino-laryngologie on arrivait péniblement au bout de six mois à distinguer correctement un miroir d'un spéculum et chacun voudra bien convenir que nous lancer dans la pratique courante avec un aussi mince bagage était une douce folie.

Actuellement je crois que les stages sont mieux organisés, que les stagiaires n'y sont pas regardés comme parfaitement indésirables, mais j'ai bien peur malgré cela que l'on ne cherche pas suffisamment à leur mettre dans la tête que leur éducation spécialisée n'est qu'une partie, non pas accessoire mais adjuvante, de leur éducation générale.

Bien sincèrement ne croyez-vous pas que 99 fois sur 100 le spécialiste de la gorge ne voit qu'amydales ou végétations ? Dans le nez trouve-t-on autre chose que des déviations de la cloison ou des éperons ? Dans l'un ou l'autre cas l'on coupe ou l'on rabote et l'on s'en tient là.

Un ophtalmologiste met des gouttes dans les yeux, mesure un défaut de réfraction par la skiaskopie, ce après quoi, comme un vulgaire opticien, il sort sa boîte de verres et procède par tâtonnements. Dans une oreille que voit-on ? des choses aussi peu importantes, à moins que l'on ne veuille se considérer comme très fort en spécialité pour avoir prévu une mastoïdite. Un dermatologiste ne semble pour nous, profanes, que cracher grec ou latin ; sa thérapeutique est simple : nitrate d'argent, huile de cade et oxyde de zinc ; et il ne paraît pas se douter un instant qu'un régime est quelquefois beaucoup plus indiqué qu'une pommade.

Quant aux manières de fondre des radiologues, on voudra bien reconnaître avec moi qu'à part un certain nombre de cas, où manifestement le cliché est tellement net que l'indication saute aux yeux, leurs rapports sont en général des rapports passe-partout, où l'on retrouve obligatoirement le liquide résiduel, l'hyperkynésie gastrique, le bulbe en as de cœur, l'angle hépato-colique en canons de fusil et le côlon transverse ptosé au niveau de la ligne bisiliaque.

J'ai prononcé là beaucoup plus un réquisitoire contre la spécialisation qu'une plaidoirie en sa faveur ; j'ai voulu simplement en noter les excès, excès provenant uniquement de l'esprit particulariste de ceux qui la pratiquent. Malgré cela, il m'est arrivé, et bien souvent, d'utiliser les toutes petites connaissances spécialisées que je peux avoir avec profit pour mes malades. J'ai eu l'occasion d'obtenir un succès thérapeutique très brillant (pour le malade) en rattachant une névralgie ophtalmique à une sinusite frontale ; j'ai eu la chance d'améliorer des asthmes dits essentiels en leur faisant cautériser les cornets et j'ai même guéri des surdités en me doutant qu'elles venaient d'un bouchon de cérumen ; j'ai vu des iritis et, là, où le spécialiste, négligeant le traumatisme léger qui était à l'origine, parlait de spécificité ou de rhumatisme, j'ai obtenu des succès avec de simples soins locaux.

Je m'aperçois que, dans tout ce qui précède, j'ai plutôt traité du spécialiste que de la spécialite ; je n'arrive pas à formuler exactement ce qui est au fond de ma pensée ; mais, en continuant, il est très probable que mon idée sortira.

A tout prendre il me semble que je n'ai pas encore pu m'élever au-dessus de la spécialité, telle que l'ont faites les spécialistes, pour arriver enfin à une conception plus générale de ce que nous pensons qu'elle devrait être. Au fond que demandons-nous à la spécialité ? Un diagnostic local. Nous, praticiens, nous devons dans beaucoup de cas rattacher ce diagnostic local à un diagnostic général et, pour prendre un exemple concret, je citerai le cas de l'appendice qui étant malade pour son propre compte, relèvera du chirurgien, mais, qui étant malade au titre partie de l'intestin, ne relèvera du chirurgien que pour parer à l'accident brutal, le praticien devant savoir, en ce cas-là, que les symptômes entéro-colitiques n'auront pas été emportés avec l'opération.

Je crois avoir trouvé enfin non pas une formule définitive, mais une explication de cette méconnaissance générale de l'importance de la spécialité. Notre instruction médicale devrait être en fait basée sur une solide étude de la pathologie générale, pathologie nous ouvrant la compréhension de la médecine générale que nous pratiquons tous les jours. Une fois en possession de ce sérieux bagage, nous devrions être instruits dans les détails supplémentaires concernant l'influence exercée par telle ou telle affection sur tel ou tel organe, qui semble au premier abord très éloigné de la bataille. Par la suite, en clientèle, nous pourrions plus aisément remonter d'un symptôme dit de spécialité vers l'affection générale qui est à son origine ; un exemple : combien de fois a-t-on mis des lunettes à des enfants que leur inattention en classe faisait croire atteints d'un vice de réfraction, alors que ces enfants étaient tout simplement des sous-migraineux ? Il suffit en semblable cas d'avoir eu l'occasion de constater le fait pour y repenser dans des circonstances analogues.

Au fond, ce qu'il faut voir dans la spécialité c'est le prolongement normal de la médecine générale ; la spécialité n'est en réalité qu'un cas particulier, habituellement négligé, d'affection plus complète, plus générale. On pourrait dire d'une autre manière que le défaut de connaissance de la spécialité est tout simplement le résultat d'une paresse intellectuelle au cours des études.

De tout ce qui précède que conclure sinon que je n'arrive pas en réfléchissant, à trouver, entre médecine générale et spécialité, l'opposition de fait qui existe entre les mots.

***

Nous avons recueilli et reproduit quelques opinions originales et sensées sur la position du praticien devant les spécialités ; malgré les différences de détail à peu près impossibles à éviter, elle s'accordent assez bien pour établir que ce problème pratique n'est qu'un des aspects d'une question plus générale et plus élevée : les rapports de la médecine et des spécialités, telles qu'elles sont ou plus exactement telles qu'elles nous apparaissent dans leurs représentants, puisque nous ne voyons guère les choses qu'à travers les hommes, avec les déformations qui en résultent.

Quelque éloignés qu'ils soient les uns des autres par les carrières qu'ils ont suivies, les auteurs précédents n'en restent pas moins unis par une formation scientifique commune, qui les oblige à affirmer la nécessité d'une union étroite des diverses branches de la médecine suivant deux modalités imposées par les circonstances : Le spécialiste doit connaître la médecine générale. Le praticien doit être spécialiste un peu et en tout. Naturellement la fusion de ces deux formules en une seule (il n'y a ni spécialistes ni praticiens, il n'y a que des **médecins**), serait préférable mais illusoire en raison de la complexité et de la longueur des études modernes. Or, dans l'impossibilité de réunir en un seul les deux types médicaux actuels, faut-il en conclure que tout est pour le mieux et que praticiens et spécialistes doivent continuer sinon à diverger, du moins à suivre des voies parallèles ?

Nous ne le croyons pas, mais nous pensons que toutes les tentatives faites pour y remédier n'ont pas assez tenu compte des réalités. Il est facile d'apprendre, difficile d'exercer. Le fossé, qui sépare la théorie de la pratique dans les spécialités, se creuse et s'élargit jusqu'à former un abîme quand on aborde la médecine générale. On peut dire sans exagération qu'il y a de bons spécialistes mais qu'il n'y a pas de bons médecins ; le meilleur praticien ne l'est que par comparaison et la tâche qui lui est imposée chaque jour, exigerait, pour être accomplie correctement, la mémoire de Pic de la Mirandole, le don d'observation de J.-H. Fabre et l'imagination de Sherlock Holmes.

Encore se demandera-t-on s'il y a vraiment de bons spécialistes ? Tant qu'il suffit de voir et de faire un diagnostic d'un coup d'œil, ils triomphent aisément ; dès qu'il s'agit de regarder, de chercher, de deviner, de déduire, d'interpréter, de comprendre, c'est là besogne de praticien, lente, terne et ingrate, pour laquelle ils ne montrent ni enthousiasme exagéré, ni supériorité manifeste. Quant à savoir de la médecine générale, ils en sont empêchés par la force même des choses, quelles que soient leur opiniâtreté et leur volonté de travail ; ils peuvent s'y intéresser, ils ne la voient qu'à travers une spécialité, la leur, et par intermittences ; ils perdent le contact journalier ; même s'ils ont les connaissances nécessaires, ils ne trouvent pas à les appliquer.

Si l'étude de la pathologie générale reste malgré tout recommandable aux spécialistes, le praticien doit se ren-

dre compte de son côté que, si ses connaissances générales sont plus étendues, elle ne sont pas nécessairement condamnées à se limiter par l'exclusion d'une partie quelconque de la médecine ; il doit posséder les notions élémentaires des diverses spécialités dont, par la force des choses, il est appelé à voir le premier les sujets qui en relèvent. S'il n'a pas à s'occuper des affections locales des organes réservés aux spécialistes, il est directement intéressé par les localisations aux mêmes organes des maladies générales ; il en assure, sinon le traitement symptomatique insuffisant, du moins le traitement causal efficace.

Dans la nuit, le praticien, issu d'une lignée antique, chemine lentement, une lanterne à la main ; la lumière éclaire de tous côtés, mais elle a une portée réduite par l'inexorabilité de la loi physique du carré des distances et, à quelques pas, il devine tout au plus des ombres sur un fond d'obscurité.

Le spécialiste, fils du siècle, possède un projecteur électrique dont il est très fier ; il lance un faisceau éblouissant, qui perce les ténèbres ; mais le faisceau reste étroit, la zone éclairée limitée et, tout autour, l'obscurité demeure encore plus impénétrable.

Augmenter la puissance de la lanterne, élargir la zone de projection sont deux améliorations possibles, souhaitables ; obtenir plus de pénétration ou de diffusion est réalisable ; mais le gain de la profondeur se fera sans doute aux dépens du champ et réciproquement, et, en fin de compte, le praticien restera avec sa myopie et le spécialiste avec ses œillères.

BIBLIOGRAPHIE

1. James H. ANDREW. Some points of contact between the ophtalmologist and the pediatrician. *Medical Times and Long Island Medical Journal*, mai 1931. — 2. NAVARRO CÀNOVAS. Relaciones de los radiologos con sus campaneros los medicos generales y especializados en otras materias de la Medicina, con los enfermos y con el personal subalterno. *Siglo Medico*, 11 juillet 1931. — 3. Louis CASAMAJOR. The pratical application of the physical examination to the specialties : The neurological viewpoint. *Long Island Medical Journal*, août 1930. — 4. MARIANO R. CASTEX. Infeccion focal. El foco septico dentario. *Prensa Medica Argentina*, 10 août 1930. — 5. CROIZIER. Néoplasme primitif du poumon. *Loire Médicale*, avril 1927. — 6 Dean H. DUNCAN. Psychoneuroses in general practice. *New Orleans Medical and Surgical Journal*, décembre 1930. — 7. VALS FUCHS. Sinus disease in general medicine. Discussion. *New Orleans Medical and Surgical Journal*, janvier 1931. — 8. J. GATÉ. Les manifestations cutanées révélatrices des maladies viscérales. *Journal de Medecine de Lyon*, 20 mai 1930. — 9. J. GATÉ, G. BOSONNET et P. MICHEL. La pathomimie cutanée (A propos de deux nouvelles observations). *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1929. — 10. Nicolas V GRECO. Tendencia actual de la dermatosifilografia. Su importancia en medicina. *Semana Medica*, 3 septembre 1931. — 11. WESTLEY M. HUNT. The practical application of the physical examination to the specialties : The otolaryngological viewpoint. *Long Island Medical Journal*, août 1930. — 12. Thomas H. JOHNSON. The practical application of the physical examination to the specialties : The ophtalmological viewpoint. *Long Island Medical Journal*, août 1930. — 13. Isham KIMBELL. Psychoneuroses in general practice. Discussion. *New Orléans Medical and Surgical Journal*, décembre 1930. — 14. F. KOBRAK. Ueber die Behandlung der Nasennebenhohlenerkrankungen durch der praktischen Arzt. *Zeitschrift fur artzliche Fortbildung*, 1er décembre 1930. — 15. Monte F. MEYER. Sinus disease in general medicine. *New Orléans Medical and Surgical Journal*, janvier 1931. — 16. A. POULARD. La pratique ophtalmologique. Paris, Baillière, 1912. — 17. Armand ROSENTHAL. L'art dentaire dans ses rapports avec la médecine générale. *Revue médicale de l'Est*, 15 mars 1931. — 18. Thomas W. SALMON. Mind and Medicine, New-York, *Columbia University Press*, 1924. — 19. R. SCOTT STEVENSON. The importance of laryngoscopy in the diagnosis of the pulmonary tuberculosis. *Practitioner*, août 1931. — 20. H. R. UNSWORTH. Psychoneuroses in general practice. Discussion. *New Orleans Medical and Surgical Journal*, décembre 1930. — 21. VELHAGEN. Der Kopfschmerz als Zeichen von Augenerkrankungen. *Deustche Medizinische Wochenschrift*, 27 février 1931. — 22. Tom A. WILLIAMS. Neuropsychiatric factors in disease. *Medical Times and Long Island Medical Journal*, mai 1931.

CHRONIQUE

Questions sexuelles

Il faut louer notre confrère, le Dr TOULOUSE, d'avoir mis sur pied cette intéressante entreprise qu'est l'*Association pour l'étude des questions sexuelles*. Le besoin en était urgent en France, où, malgré le libéralisme des idées, il n'est pas toujours considéré comme sérieux de parler des questions physiques et des questions morales liées à la sexualité : un très grand journal médical a récemment refusé pudiquement un article d'un de ses collaborateurs habituels sur la fécondation artificielle, l'unanimité du comité ayant considéré ce sujet comme indésirable et pornographique.

Et, pourtant, le médecin n'a pas plus le droit d'ignorer les questions liées à la fécondation et à l'instinct sexuel qu'il n'a le droit d'ignorer la physiopathologie du tube digestif.

L'étude scientifique de ces sujets a fait des progrès considérables au cours de ces dernières années. Pour ne parler que des noms français (je n'ignore ni ne méconnais les chercheurs étrangers), les travaux expérimentaux de PRENANT, de CHAMPY, de BOUIN, de COURRIER, d'ARON, de PÉZARD, de DELPORTE, de GLEY, de REGAUD, de A. LACASSAGNE, de SIMONNET, les travaux cliniques de STAPFER, de SCHICKELÉ, de TUFFIER, de FORGUE et MASSABUAU, de JAYLE, de SIREDEY, de CARNOT et BAUFFLE, de DALCHÉ ont une importance considérable.

***

Je voudrais aujourd'hui, parler des travaux d'un grand et patient médecin lyonnais, C. TOURNIER qui, par une observation minutieuse, prolongée et compréhensive de ses clients a élaboré les rudiments d'une synthèse infiniment attachante de la psychophysiologie sexuelle.

Il faut louer RENÉ BIOT d'avoir extrait des papiers de ce grand médecin et de ce grand humaniste qu'était TOURNIER (1) un certain nombre de précieux documents consacrés à la psychophysiologie sexuelle.

Le rôle des vagues sexuelles est trop important en physiologie, en médecine et en psychologie pour que nous ne donnions pas, ici, un résumé de ces fragments malheureusement inachevés.

1° TOURNIER (fragment écrit entre 1906 et 1910) insiste d'abord sur le rôle primordial des fonctions sexuelles et de leur satisfaction normale ou anormale dans l'étiologie du nervosisme. En particulier, la névrose d'angoisse est sous la dépendance de l'insatisfaction d'un sens sexuel éveillé et surtout surexcité.

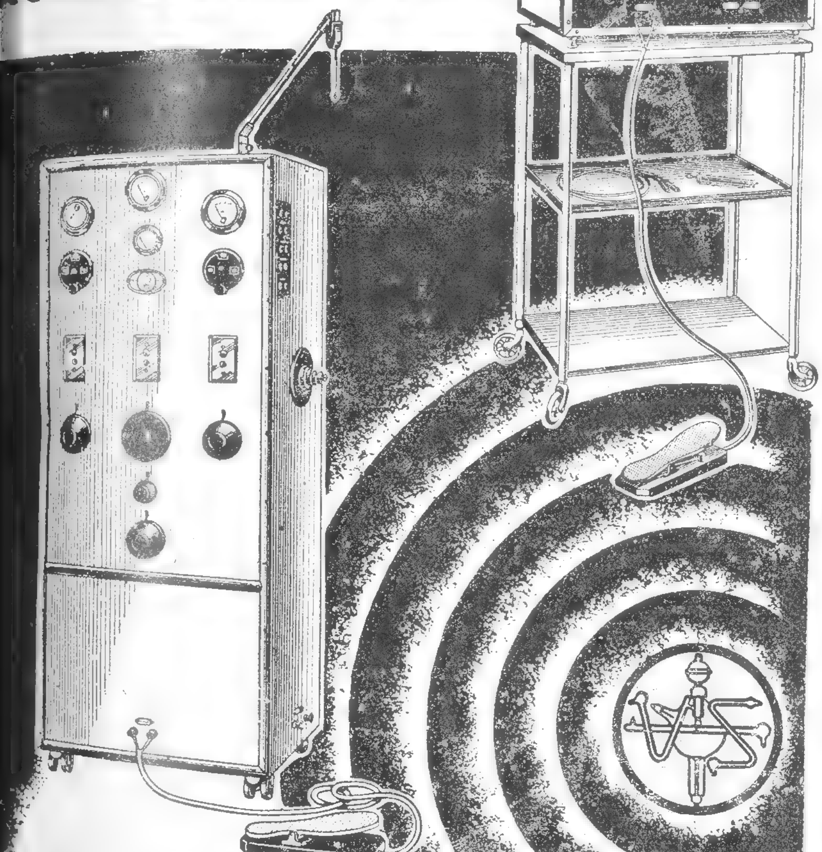
Tournier, à ce propos, rappelle certaines de ses publications antérieures dont Biot donne des extraits et en particulier d'un « essai de classification étiologique des névroses », paru dans les *Archives d'Anthropologie Criminelles*, 1900.

Chez les nerveux, Tournier a trouvé un état un peu particulier du système nerveux apparu dès l'enfance et constituant une prédisposition : instabilité mentale, réactions trop intenses par rapport à l'excitation, hypersensibilité. Sur ce terrain, se développe l'hystérie, névrose en rapport avec l'instinct de conservation, la névrose d'angoisse en rapport avec l'instinct génital et la neurasthénie en rapport avec la vie sociale.

La nécrose d'angoisse est un mal par « excès d'influx nerveux ». Il n'y a pas de dépression nerveuse, mais des idées parasites venant de l'inconscient. Cette névrose provient exclusivement de la non-satisfaction du sens sexuel éveillé. « J'insiste sur le terme : éveillé».

La chasteté ne détermine la névrose anxieuse que si les sens ou les sentiments sont éveillés. Les fiançailles prolongées sont

(1) C. TOURNIER. — *Fragments*, Laboratoires CIBA, éd., Lyon 1930.







une cause de perturbation nerveuse chez les jeunes filles. La névrose est fréquente chez les jeunes femmes qui ne trouvent pas dans l'acte sexuel le plaisir final normal, chez les hommes et femmes qui pratiquent le *coitus reservatus* et qui conservent une préoccupation pendant un acte qui devrait être instinctif. Les veufs et veuves, les femmes âgées pour qui les satisfactions sexuelles deviennent rares sont anxieux.

Dans ce même essai, TOURNIER insiste sur l'intérêt des travaux de FREUD qui, à cette époque, étaient ignorés en France.

2° La puberté est très différente chez l'homme et chez la femme. Chez l'homme, elle est physique et sexuelle : éjaculation et volupté sont simultanées. Au contraire, chez la jeune fille normale, le début de la menstruation précède le début de la volupté. La fécondabilité existe, aussi, souvent avant l'éveil sexuel. « Il faut accepter comme normal l'éveil tardif de la sensation voluptueuse chez la femme ». « Chez celle qui subit cette éclosion décrite par tous les littérateurs, celle qui hier puérile, insouciante, gaie, indifférente à tout ce qui n'est pas d'elle, est devenue inquiète, tourmentée d'un vague je ne sais quoi, éveillée aux sensations de la nature et à tous les sentiments, même chez celle-là, éclose pour l'espèce, il n'y a pas de sensations nées spontanément la nuit ou le jour dans les organes génitaux et par le besoin localisé de ceux-ci... Viennent le mariage, les rapports sexuels, il peut y avoir des excitations : il n'y a pas le plus souvent satisfaction voluptueuse au sens exact du mot... A l'état normal, la puberté féminine menstruelle n'est que l'éclosion de l'aptitude à la maternité, avec pour toute satisfaction complète l'enfantement, l'allaitement et la puériculture, et si une deuxième évolution se fait au moment de la ménopause, évolution de besoin de volupté, de rêves voluptueux, de possibilité de satisfaction de ce besoin, évolution aussi de caractères physiques, notamment modification de la voix, développement du système pileux qui existe dans la puberté masculine globale et ce changement dans les facultés normales et intellectuelles, ayant d'équivalent chez l'homme que dans son adolescence.

La femme la plus sincère ; mais jeune, décrira ou affirmera des sensations qu'elle tiendra pour le summum de la volupté, alors que beaucoup plus tard elle pourra avoir subi des sensations très différentes qui lui feront considérer les premières comme puériles. »

3° La loi d'hérédité psycho-nerveuse : « Indépendamment de toutes les autres causes modificatrices puissantes et même prédisposantes de l'évolution cérébrale naissant des conditions de la vie intra-utérine et de la nutrition infantile, l'enfant né d'une mère dont l'éveil sexuel n'a pas eu lieu, sera un enfant peu enclin à l'éveil sexuel prématuré, peu enclin à l'onanisme précoce et nullement prédisposé au nervosisme.

Inversement l'enfant né d'une mère à besoins sexuels très développés (normalement ou anormalement) sera facilement onaniste précoce et invétéré et sera un enfant nerveux, l'héréditaire nerveux, le prédisposé, et cela à cause de cet éveil sexuel. »

4° « Comment se produit le développement sexuel chez la femme normale et vers quel âge ?... Chez un sujet féminin non marié voulant la chasteté, n'ayant subi aucune surprise masculine non initié à l'onanisme, l'éveil est tardif, après 35 ans d'ordinaire dans les cas que j'ai observés et a lieu par un rêve, exceptionnellement il est diurne, après une hantise de plus en plus forte par des images voluptueuses depuis quelques mois et se produit à l'occasion d'un état émotif ou d'un effort physique. Le début onirique des sensations sexuelles chez la femme reste d'ailleurs la règle générale et il est même le mode habituel de début chez les femmes ayant des rapports sexuels parfois depuis plusieurs années.

L'onanisme est très fréquent, très fréquentes sont les pratiques sexuelles variées du même type, mais exécutées par l'homme et par lesquelles la femme éprouve évidemment des sensations de plaisir. Et cependant, même chez les femmes de cette catégorie la véritable vie sexuelle débute en rêve. »

5° « Avec les conditions actuelles d'éducation et de vie de la jeune fille, le droit à l'amour et la croyance aux plaisirs qui en naîtront, sont devenus des notions acceptées des plus normales, j'entends de celles restées absolument chastes et sans initiation onanistes, ou initiation de « demi-vierges », sans perversité intellectuelle. Après la douleur du mariage physique, se résigner à subir des pratiques sexuelles sans plaisir, avec le risque des enfants à naître plus fréquents qu'ils ne sont désirés, est un rôle difficile à jouer. Il reste possible s'il est fortifié par la fonction maternelle. Mais les écueils sont nombreux qui vont créer de la surexcitation sexuelle et pousser vers la névrose d'angoisse.

C'est d'abord très fréquemment, le jeune mari qui, humilié dans son orgueil de mâle, de voir sa partenaire indifférente au jeu sexuel, va par tous les moyens essayer d'éveiller sa compagne, moyens qui détermineront les sensations que j'ai dites différentes de la sensation sexuelle normale, aboutissant à la surexcitation.

Le pire est que les demi-sensations, les sensations sexuelles anormales, naissent elles, assez facilement.

Ces sensations, je les qualifie d'anormales, car elles ont pour type d'état congestif de longue durée (pendant des heures de baisers, par exemple) des ovaires et de l'utérus chez l'une ou de la prostate chez l'autre sans la détente de la décongestion qui vient seulement lorsqu'il y a un mouvement de coït, véritable gymnastique décongestionnante, puis les mouvements précédant l'éjaculation. »

Cette notion de gymnastique décongestionnante était chère à TOURNIER qui, dans sa pratique, prescrivait une gymnastique abdominale destinée à améliorer la circulation et l'innervation pelviennes.

6° TOURNIER attribue un rôle prédominant au sympathique et subordonne son état fonctionnel presque uniquement à la vie génitale.

7° TOURNIER appelle, à diverses reprises, « retour à l'inconscient » l'apaisement bienfaisant qui suit l'acte sexuel normal.

8° TOURNIER rapporte une observation de masturbation vulvaire, d'où découlait une tension ovarienne et utérine et, par irradiation, faiblesse des jambes.

9° TOURNIER parle (p. 26) de la puberté sexuelle précoce à 25 ans (pour lui la puberté sexuelle est vers 35 ans ou 40 ans ou à la ménopause) avec aménorrhée.

10° TOURNIER signale comme manifestations d'excitabilité du système nerveux génital, les bouffées de chaleur, les accès de fièvre angoissante, les crises de pollakiurie, les crises rectales de douleurs ou de pesanteur, les crises d'agitation ou d'angoisse.

11° TOURNIER parle, souvent, de la tension utérine. En particulier (p. 29), il l'indique comme complication de l'asthénie. Celle-ci peut être ovarienne et alors la grossesse est excellente ou utérine et alors la grossesse est mauvaise.

12° Je renvoie à la brochure de TOURNIER pour la question des rapports (p. 29) de l'instinct sexuel avec la maigreur et l'obésité.

13° TOURNIER parle d'hépatisme qui serait un trouble de désintégration nucléaire exagérée : élimination d'acide urique et de phosphate (p. 28 et 30). Ces réactions hépatiques sont fréquentes aux diverses étapes de la vie sexuelle féminine. Le terrain de ses complications est créé par la suralimentation.

14° « Chez la femme nouvelle accouchée, une excitation génitale aboutissant à des rêves sensuels n'est pas exceptionnelle, dès la première ou les premières nuits. De même chez les opérées, spécialement après les opérations de la zone génitale. Une excitation au bout de quelques semaines n'est pas rare et il y a là un mécanisme d'action contraire à la lactation, intéressant à élucider. »

15° La dysménorrhée des fillettes après une phase initiale de règles indolores est, souvent née de la perception de l'éveil sexuel ovarien.

16° La ménopause s'accompagne d'un état de tension nerveuse catabolique utile à la vie si elle reste dans les limites normales.

***

Les idées de TOURNIER ont exercé une grande influence sur un excellent praticien de Paris, notre confrère H. ALLAIX et lui ont inspiré une série de recherches personnelles sur l'inversion sexuelle qui ont le plus vif intérêt.

ALLAIX (1) rappelle, d'abord, que toutes les époques, toutes les civilisations, tous les milieux paient un tribut, plus ou moins important, à cette anomalie de l'instinct sexuel qu'est l'inversion. Celle-ci n'est pas l'apanage des débiles, ni d'ailleurs des individus présentant une exceptionnelle valeur morale ou intellectuelle. Parmi les invertis, on trouve des actifs, des passifs et des ambivalents sans que rien, extérieurement, semble déter-

(1) H. ALLAIX. — De l'inversion sexuelle à la formation et à la détermination des sexes. Peyronnet et Cie, édit., Paris 1930.

miner cette spécialisation. Mais il existe aussi des androgynés, c'est-à-dire des êtres ayant perdu en totalité ou en partie certains caractères sexuels primaires ou secondaires.

Cette multiplication de types et cette variété de circonstances donnent donc l'impression d'un problème complexe. C'est à ce problème qu'ALLAIX a apporté certaines intéressantes observations.

1° *Il existe des cas de pseudo-inversion dus à une anomalie de sensibilité des organes génitaux*. ALLAIX, frappé de la fréquence de l'inversion, de la sodomie, de la bestialité, des attentats sur fillettes impubères observés chez les tirailleurs algériens et rapprochant ceci de l'état kératinisé de leur muqueuse balanique conclut que la diminution de sensibilité du gland conditionne la recherche d'un contact plus brutal. Il estime que ce facteur joue pour la circoncision arabe qui se fait vers dix ans et non pas pour la circoncision israélite pratiquée peu après la naissance.

Il signale, en même temps, que la femme peut être atteinte d'une homosexualité d'ordre inverse, due à l'hyperesthésie des organes génitaux qui lui fait redouter le contact masculin et préférer les contacts féminins moins violents quoique incomplets.

2° *Un grand nombre d'invertis ou de pseudo-invertis ont de l'anosmie*. Or l'odorat est un puissant processus de sélection sexuelle. L'anosmie est perdue dans les villes (action des fumées urbaines, de l'essence, du tabac etc., et abus des parfums). Chez d'autres sujets, on observe un dégoût profond de l'odeur du sexe opposé.

3° *Certains sujets ont une inversion acquise par traumatisme psychique* : le fait d'avoir ressenti l'orgasme pour la première fois, en circonstance homosexuelle ancre dans l'inconscient l'association entre l'émotion sexuelle et les pratiques homosexuelles.

4° *D'autres sujets ont une inversion congénitale* : sujets androgynés — hommes dont le bassin est large, la pilosité féminine, etc. — femmes viriles.

ALLAIX campe alors sommairement le type physique masculin et le type féminin et s'essaie à décrire un type androgiyne — le type pur est rare et sous le nom d'androgiyne, ALLAIX désigne des êtres qui ont eu une atténuation ou une dissociation des caractères sexuels secondaires.

La différenciation sexuelle a tendance à s'estomper à certaines époques (époque de décadence, de grande civilisation), dans certains milieux, (les animaux sauvages ont un dimorphisme sexuel plus accentué que les animaux domestiques) sous certains climats (Indochine, Abyssinie). Dans les civilisations frustes, dans les climats durs, il existe des phases de rut et des phases de sommeil complet ; dans la civilisation plus avancée, sous les climats cléments, il y a un demi-rut permanent, mais très atténué qui aboutirait à l'atténuation des caractères sexuels. De même les étalons surmenés donneraient des produits à caractères sexuels atténués.

Partant de ces données, ALLAIX échafaude une théorie du déterminisme sexuel qu'il faut lire ; une théorie qui, tantôt, appelle l'approbation et, tantôt, met en réaction, mais qui n'en est pas moins, au total, digne de la plus grande attention.

Henri VIGNES.

Chorée. — Une primipare de 21 ans sans antécédents héréditaires et sans antécédents choréiques fait des vomissements graves, puis au troisième mois, de la chorée. Le gardénal est sans effet. Wassermann positif. Sulfarsénol intraveineux. Guérison. Accouchement à terme. (BOUVERET et PHILOUZE : Sur un cas de « chorée gravidique » chez une spécifique traitée comme telle, et suivi de guérison. *Maroc médical*, 1931, p. 160.) H. V.

Le traitement du bubon chancrelleux par le vaccin de Nicolle et Durand. — Dejean (Th. de Bordeaux, 1931) a traité 110 bubons chancrelleux par le vaccin de Nicolle et Durand. L'auteur a obtenu 95,8 pour 100 de succès dans les cas de bubons non fluctuants, 94,4 pour 100 de succès dans les bubons fistulisés et 100 pour 100 de succès dans les bubons fistulisés, à orifice chancrellisé.

On fait en moyenne 3 à 4 injections. Réactions vaccinales parfois violentes, mais aucun accident sérieux à craindre si on met le malade au lit, au lait et au bouillon de légumes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février 1932

Importance de la technique histo bactériologique pour la démonstration du rôle des spirochètes dans la gangrène pulmonaire. — *MM. Bezançon* et *Etélégoin*.

Un cas de fièvre exanthématique traité avec succès par le sang de convalescent de typhus. — *MM. Plazy* et *Germain*. Les injections de sang de convalescent de typhus commencées au quatrième jour de cette fièvre exanthématique ont amené une amélioration clinique très rapide, avec guérison au huitième jour ; elles semblent avoir abrégé nettement la durée de la maladie qui s'annonçait avec des signes généraux assez intenses. Cette action favorable vient confirmer les conclusions d'un travail antérieur des auteurs et milite en faveur de l'identité du virus du typhus et de la fièvre exanthématique.

Le pneumothorax préalable dans la chirurgie intrathoracique. (Projections). — *M. Arce*.

Mesures de protection contre l'importation et la dissémination de la variole. — *M. Camus*.

Election de deux membres associés nationaux. — Etaient présentés, en première ligne : MM. REMLINGER (de Tanger) et LESBRE (de Lyon) ; en seconde ligne, ex-æquo et par ordre alphabétique : MM. CADEAC (de Lyon), CHAVANNEZ (de Bordeaux), ETIENNE (de Nancy), NICLOUX (de Strasbourg), SABRAZES (de Bordeaux) ; adjoint par l'Académie : M. Paul COURMONT (de Lyon).

Ont été élus MM : REMLINGER et NICLOUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 janvier 1932

Le traumatisme d'origine microtraumatique. — *M. Mathieu-Pierre Weil* signale l'intérêt de la notion de « microtraumatisme » en matière de pathologie articulaire. Un grand nombre de rhumatismes d'apparence banale sont dus à des troubles de l'équilibre statique, à des attitudes vicieuses ou à des effets pour lesquels certaines articulations ne sont pas adaptées. Ce diagnostic étiologique est utile pour le choix du traitement.

Traitement des gangrènes diabétiques. — *M. Pascalis* insiste sur ce fait que si le traitement médical peut permettre la guérison des gangrènes diabétiques essentielles, le traitement chirurgical est indiqué dans les cas de diabète avec lésions athéromateuses ou de troubles circulatoires importants. L'étendue de l'exérèse est définie par l'oscillométrie et l'épreuve de Mowcovitz.

A propos d'une communication de M. Lhermitte sur les **syndromes infundibulo-tubériens syphilitiques**, *M. Schulmann* s'étonne qu'il ne soit point question de l'hypophyse. Les nouvelles recherches physiologiques, en particulier celles de Collin, viennent confirmer les données cliniques tombées dans un injuste discrédit à la suite des travaux de Camus et Roussy.

Nervosisme et glandes endocrines. — *M. Léopold-Lévi* fait don à la Société de cet ouvrage dans lequel il a étudié les rapports de ces états avec les différentes glandes endocrines.

Laryngite catarrhale chronique et ionisation iodée. — Pour *M. Grain* le traitement spécifique de la laryngite catarrhale chronique est réalisé par l'ionisation iodée qui permet de fixer directement et massivement sur le larynx l'iode à l'état pur.

Ce traitement assure la décongestion rapide de la muqueuse et la restitution intégrale de la fonction vocale.





Fausse maigreur. — *M. Léopold-Lévi* étudie le syndrome de la fausse maigreur qui se caractérise par un contraste marqué entre l'apparence amaigrie du sujet dans ses parties découvertes et l'obésité tout au moins relative de certaines parties du corps. Ce syndrome se rencontre au cours de divers états endocriniens, par insuffisance hypophysaire, hyperthyroïdie, insuffisance ovarienne. Parmi les glandes qui interviennent dans la constitution de ce syndrome, l'hypophyse est à mettre au premier rang, puis la thyroïde et les glandes sexuelles. Le traitement de la fausse maigreur, difficile dans les formes accentuées, comporte, en dehors du régime approprié, des exercices spéciaux et une opothérapie adéquate à chaque cas.

La physio-prophylaxie. — *M. J. Pescher.* A côté de la prophylaxie classique s'occupant d'éloigner ou de détruire les causes pathogènes venues de l'extérieur, il existe une autre prophylaxie qui s'applique à faire disparaître l'état de moindre résistance des organes, en leur faisant récupérer, par un entraînement approprié, leur rendement biologique normal.

C'est la prophylaxie interne ou physio-prophylaxie.

Le travail de redressement qui se réalise à l'heure actuelle admirablement pour les poumons, donnant des résultats thérapeutiques constants qu'on demanderait vainement à d'autres moyens, deviendra facilement possible et efficace pour tous les organes, quand les chercheurs, orientés dans cette voie féconde, auront trouvé des tests précis et de vérification facile.

Quand la prophylaxie ainsi comprise — prophylaxie totale ou intégrale — passée dans les habitudes — sera pratiquée partout, les maladies seront, sans aucun doute, diminuées de nombre et de gravité dans une mesure dépassant toute évaluation.

P. Prost.

L'éosinophilie symptôme précoce de l'intoxication saturnine. — M. E. Vigilani (VIe Congrès Int. des Accidents et M. du travail) a examiné environ 500 travailleurs du plomb. Il a particulièrement remarqué la grande fréquence de l'éosinophilie dans les cas d'intoxication saturnine grave. Il considère que les signes les plus précoces et les plus constants sont : le liseré gingival, les hématies à granulations basophiles, l'éosinophilie.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

Montaigne.

L'avenir et la prémonition. — Sous ce titre (1 vol, édit. Montaigne), le Professeur Charles Richet vient de consacrer un nouveau livre aux faits de prémonition.

Que la prévision de l'avenir soit un fait réel, M. Richet en donne des preuves irréfutables.

« Ce n'est pas sans de longues méditations, dit-il, après observations et expériences par moi répétées pendant plus d'un demi-siècle, après l'étude de nombreux ouvrages dus à des savants probes et éminents, après des angoisses, des hésitations, des doutes multipliés, que je suis arrivé à cette effarante conclusion *que quelquefois l'avenir se dévoile* ».

Et cependant, ajoute M. Richet, l'avenir est inconnaissable.

« Mais je m'explique sur le mot *inconnaissable*.

« Ce qu'on appelle *connaître*, ce n'est pas percevoir pendant quelques secondes un misérable et inutile fragment de l'immense avenir. La connaissance, c'est quelque chose de plus complet, de plus scientifique. Une vision rapide, incertaine, fugitive — comme un éclair dans la nuit — d'un détail à venir, c'est, non pas au point de vue d'une psychologie transcendante, mais au point de vue pratique, fragmatique, tout à fait insignifiant. Et puis, dans toutes les prémonitions, même dans les plus belles, il y a incertitudes, hésitations, symbolismes, erreurs mélangées à des vérités. D'ailleurs, on ne peut jamais savoir si une prémonition va se réaliser.

« Mais là encore mon affirmation ne doit pas être trop absolue, car il y a d'étonnantes exceptions.

« Quand le jeune Gallet, étudiant en médecine, (devenu depuis lors sénateur et ministre), écrit sans savoir pourquoi, sur ses cahiers d'anatomie : « *Casimir Périer est nommé avec 451 voix* », il y a là un chiffre précis, irréprochable, extrêmement peu probable, puisque Casimir Périer n'était pas candidat à la Présidence de la République.

« Et ce n'est pas un petit détail, puisqu'il s'agit d'un événement historique. Toute prémonition est rare, mais ces prémonitions précises sont hautement exceptionnelles.

« Presque toujours, en effet, l'événement prédit est très peu de chose, d une rare insignifiance. Entendre la marche funèbre de Chopin, compter l'argent dans un képi rencontrer un individu affublé avec un béret rouge, lire les *Mémoires de Marmontel* à la lueur d'une bougie, renverser un encrier sur le plancher, ce n'est pas connaître l'avenir, car c'est un avenir si spécial, si limité, si infime, que nous ne pouvons rien en dédui e pour la direction de notre conduite.

« Ainsi, qu'il s'agisse de l'intelligence normale ou des fugitives lueurs qui traversent une intelligence lucide, nous arrivons à la même conclusion : l'avenir est inconnaissable.

« Pourtant, qui sait si quelque jour, cette conclusion presque désolante ne se trouvera pas infirmée, soit par le croît (possible après tout) de l'intelligence humaine ! »

En tout cas, la prémonition n'est pas plus incompréhensible que la monition :

« La monition (ou lucidité) (ou cryptesthésie) est un phénomène démontré surabondamment par des expériences irréprochables et des observations multiples, aussi irréprochables que les expériences.

« Or, ces monitions, on ne les explique point ; car ce n'est pas une explication que de supposer, soit des vibrations de nature inconnue, soit l'ingérance d'esprits tout-puissants et omniscients, soit une hyperesthésie sensorielle prodigieuse. En somme nulle explication acceptable.

« Stéphane Ossovietoky lit une lettre que je viens de recevoir de Sarah Bernhardt et dont j'ignore le contenu. Cette lettre est incluse dans une enveloppe opaque.

« Mme Green, à Londres, voit sa nièce sombrer avec sa voiture dans un lac de l'Australie au moment même où l'accident a lieu.

« Au boulevard Saint Michel il m'est indiqué par des rapts que la mort guette la famille de Banka, père de Draza, et cela aux précises minutes où les enfants de Banka, à Belgrade, très loin du boulevard Saint-Michel, vont être assassinés par quelques bandits.

« Ces monitions, nous les constatons, mais nous ne les comprenons pas.

« Nous ne comprenons pas davantage la télépathie, c'est-à-dire les vibrations homologues d'un autre cerveau. Le fait n'est pas de la fantaisie, car la télépathie est incontestable. Mais croire qu'on a compris la télépathie, c est une illusion énorme. Par conséquent la télépathie et la cryptesthésie, et par conséquent toutes les monitions, sont absolument inexplicables.

« A vrai dire, si l'on médite quelque peu sur les choses de la physique, de la physiologie, et même de chaque science, on se rendra compte que tout, autour de nous, est incompréhensible. Tout, sans exception, est profondément inexplicable. Nous évoluons au sein d'un immense et total mystère qui ne nous étonne plus parce que nous y sommes habitués. On dit et on prouve que les corps s'attirent en raison directe de leur mane et inverse du carré de la distance. C'est l'énoncé d'un fait.

« Mais le fait est inexplicable, même si l'on fait intervenir des oscillations électriques.

« Réellement, les monitions ne sont ni plus ni moins explicables que l'attraction.

« Et il est de même des prémonitions. Car, lorsque l'incompréhension est absolue, un peu plus ou un peu moins d'incompréhension, cela importe peu.

« Ici, je vais prendre encore une comparaison.

« L'étoile *Proxima Centauri* est à quatre ans et demi d'année lumière. C'est l'étoile la plus rapprochée de notre monde solaire. Quant à *Sirius*, sa lumière nous arrive après 12 années de lumière, c'est-à-dire que *Sirius* est énormément plus loin. Mais il n'est pas plus facile d'aborder *Proxima Centauri* que d'aborder *Sirius*.

« Dans les deux cas l'impossibilité est absolue. Quatre ans ! douze ans ! Mille ans d'années lumière ! Pour un voyageur humain, c'est exactement la même chose.

« Et même, quoique le soleil ne soit qu'à huit minutes (en année lumière) de notre planète terrestre il est tout aussi impossible d'aller jusqu'au soleil que d'aller jusqu'à *Proxima Centauri*.

« De même il est tout aussi impossible d'expliquer les monitions, les prémonitions, voire même l'attraction universelle. »

Mais si ni la fraude, ni l'illusion, ni le hasard ne peuvent expliquer maints faits de prémonition éclatante, il faut en conclure, dit le professeur Charles Richet, que l'avenir est déterminé :

« Ici encore je vais prendre une comparaison.

« Quand je vois se dérouler devant mes yeux un film cinématographique, le petit drame qui s'offre à moi, c'est le présent. Je vois par exemple un cavalier qui monte à cheval, mais l'avenir de ce cavalier est tout à fait déterminé. Il va galoper, être poursuivi par des brigands, et après une course précipitée traverser une rivière à la nage. Cela, c'est l'avenir, mais un avenir déjà déterminé et déterminé rigoureusement, puisque les clichés qui vont me donner ces images successives sont déjà pris. Ils sont là dans la boîte, et ils vont se dérouler fatalement.

« Ces clichés, pour le spectateur, c'est l'avenir, mais un avenir rigoureusement déterminé.

« Il me semble que nous pouvons comparer les événements divers qui vont se succéder dans notre existence à ces films cinématographiques.

« On objectera qu'il n'est pas permis de comparer un intangible film à un avenir que la volonté et la fantaisie d'un milliard d'individualités vont à chaque seconde modifier. Mais ce n'est pas une objection, car il faudrait prouver que cette volonté et cette fantaisie individuelles ne sont pas déjà déterminées, aussi fatales que les galopades du cheval et les gestes des bandits.

« Et ici, une autre question, encore plus terrible se pose. Si tout cela est par avance déterminé, quelle sera la part de notre responsabilité ? Que deviendra la liberté humaine, cette liberté dont j'ai notion si éclatante et sans laquelle je ne comprendrais plus rien ni à ma conscience, ni à l'univers.

« Il ne semble pas que l'objection soit irréfutable, car ma responsabilité morale s'exerce aussi bien dans le présent que dans le passé et l'avenir. Elle fait bloc. Un homme a l'intention d'être généreux, brave, loyal, que ce soit aujourd'hui ou après-demain, peu importe ? « Le temps ne fait rien à l'affaire ». Sa générosité, sa bravoure, sa loyauté demeurent identiques, quel que soit le jour pendant lequel elles vont se manifester. Cet homme est de qualité supérieure, indépendamment du temps. Le moment pendant lequel il agira importe peu.

« *En réalité l'avenir c'est l'éternel présent.*

« La moralité et par conséquent la responsabilité des individus restent intactes, même si l'on suppose qu'il n'y a pas un hiatus entre le passé, le présent et l'avenir.

« Ainsi nous pouvons conclure que la détermination de l'avenir ne doit rien changer à la responsabilité morale des individus, mais cette valeur morale porte sur l'individu tout entier dans tout le cours de sa vie et non à tel ou tel moment de son histoire ».

Et pratiquement, conclut M. Richet, rien ne doit être changé à notre morale ni à nos actes.

« Si réellement l'avenir est inclus dans le présent, si c'est une trame fatale qui se déroule, nous ne devons cependant pas nous en préoccuper dans nos gestes, nos paroles et nos pensées. Notre intelligence évolue avec la notion du temps et ne peut faire autrement.

« Oui ! le temps est le concept primordial qui régit toutes nos opérations intellectuelles. Nous n'avons ni le droit, ni le moyen de nous en dégager. Il faut continuer à vivre ainsi que le commun des hommes, admettre que l'avenir est inconnaissable et se comporter comme s'il était à la fois inconnaissable et indéterminé.

« Au point de vue moral, reprenons la parole d'Epictète, adoptée et transformée par Kant : « *Il faut agir comme si de notre acte résultait quelque modification de l'univers* ».

« Oui, l'avenir est à la fois inconnaissable et déterminé ; mais nous devons faire comme s'il était indéterminé et dépendait de notre volonté.

« Et voici ma dernière conclusion, c'est que nous sommes, chétifs, mortels, enveloppés dans un profond et universel mystère. Et celui du présent n'est guère moindre que celui de l'avenir ».

La réforme des études médicales. — M. le Professeur Roussy (*La Presse Médicale*, 23 janvier 1932.)

Le questionnaire envoyé aux Facultés et aux Ecoles de médecine prend comme base les différents systèmes qui ont été préconisés au sein du Comité consultatif. Ils sont au nombre de trois et peuvent être résumés comme suit :

Le *premier système*, celui de M. Carnot, consisterait à donner un enseignement commun à tous les étudiants en médecine

pendant les trois ou quatre premières années. Pendant les quatrième et cinquième années (ou seulement pendant la cinquième année d'études), les élèves auraient à suivre un enseignement commun ne portant que sur un petit nombre de branches (médecine légale, thérapeutique, hygiène). Ils auraient par ailleurs, à choisir parmi des branches (matières à option), comprenant la médecine générale et toutes les spécialités, quatre d'entre elles, qui seules seraient nécessaires pour le doctorat.

La spécialisation dans l'enseignement de la médecine serait ainsi très poussée, dès la quatrième année et le diplôme de « docteur en médecine » consacrerait des études assez différentes. Il conserverait cependant son caractère unique et toutes ses prérogatives.

Le *deuxième système* proposé s'oppose au précédent.

Il consiste à conserver la tradition de l'enseignement médical français, en maintenant, dans son ensemble, le régime institué par le décret du 10 septembre 1924. Comme par le passé, l'unité de programme et l'uniformité de formation de tous les futurs médecins, pendant les cinq années et jusqu'à la thèse, persisteraient. La spécialisation n'interviendrait qu'ensuite.

Il conviendrait de généraliser et de mieux codifier cette pratique, en renforçant la valeur des diplômés ou des certificats accordés. Mais les études spéciales conserveraient leur *caractère facultatif*.

Un *troisième système*, qui serait mixte, consisterait à combiner les deux premiers.

Enfin, une importante question, celle de l'opportunité d'*augmenter d'une année* la durée des études, est mise en discussion.

Pour la diffusion de la langue française dans le monde. — *C'est le titre d'un article paru dans* Le Matin *(30 janvier 1932) sous la signature de M. le Professeur J.-L. Faure qui proteste contre le retard apporté par le Sénat à voter les articles 71 et 72 de la loi favorisant le recrutement des missionnaires et religieux, propagateurs de la langue française à l'étranger.*

« Le nombre de ces propagateurs de notre langue diminue sans cesse. La mort vient peu à peu les enlever à leur apostolat, et, les sources de leur recrutement étant à peu près taries, ceux qui s'en vont ne sont pas remplacés... ou plutôt ils sont remplacés par des religieux d'une autre nationalité.

Sous l'impulsion du Docteur Georges Dumas, professeur à la Sorbonne, qui est une sorte d'ambassadeur de la pensée française dans l'Amérique latine, tous ceux qui ont été porter dans ces pays lointains la bonne parole française, ont demandé qu'il fût mis un terme à cette situation angoissante.

Nous sommes nombreux, une cinquantaine environ, qui nous sommes associés à la pétition adressée par le Professeur Georges Dumas aux pouvoirs publics. Tous, professeurs des grandes écoles, maîtres de sciences exactes, sociales, naturelles ou historiques, littérateurs, juristes, médecins et chirurgiens, catholiques, israélites, protestants et libres penseurs, hommes de foi ou philosophes indépendants, tous nous avons, avec toute la force de notre conviction, essayé de participer au sauvetage de notre langue, de notre influence, de notre autorité morale dans ces grands pays de l'Amérique latine où vivront dans un siècle deux cents millions d'êtres humains !

La Chambre, dont beaucoup de membres, malgré les divisions politiques, ont fait preuve, à cette occasion, d'une grande largeur d'esprit, a suivi ces initiateurs dans cette entreprise de relèvement, — et les articles 71 et 72 qui, je le répète, favorisent le recrutement des propagateurs de notre langue, ont été votés.

C'est ici que l'histoire devient douloureuse ou, pour mieux dire véritablement tragique.

Depuis le vote de la Chambre, la loi est enterrée dans les cartons du Sénat.

C'est l'étouffement sans phrase et sans discussion. C'est l'étranglement entre deux portes, dans le silence de la nuit. Nos sénateurs n'ont pas encore pu se dépouiller des passions de leur jeunesse.

Pendant ce temps, les missionnaires, les religieuses, les propagateurs séculaires de notre langue, les dépositaires de nos traditions meurent les uns après les autres ! Ils sont, les uns après les autres, remplacés par des étrangers !


LA BIOTHÉRAPIE
ANTIVIRUS STAPHYLOCOCCIQUE

Quelques années encore, il n'en restera plus que le souvenir — et les regrets dans le cœur de ceux qui les auront connus.

Notre langue et notre influence diminueront de plus en plus et, quelque jour, s'effaceront ! Et ce sont les sénateurs de la France qui travaillent d'un cœur léger à la décadence de la patrie ! »

Cures thermales et agents du réseau de l'Etat. — 14.606. — *M. Frédéric Brunet demande à M. le Ministre des Travaux publics* : 1° *les motifs pour lesquels le Service de santé du réseau de l'Etat a ramené cette année de vingt-cinq à vingt-trois jours la durée du congé accordé pour cures thermales, étant entendu que si le principe de la cure théorique est de vingt et un jours, il est courant dans la pratique qu'après diagnostic du médecin traitant celle-ci atteint vingt-cinq jours* ; 2° *quelles mesures il compte prendre pour que le Service de santé en cause revienne aux dispositions anciennes.*

Réponse. — Il résulte des renseignements fournis par l'administration des chemins de fer de l'Etat que les demandes de congé pour cures thermales formulées par les agents se sont tellement multipliées qu'elle a dû décider de limiter strictement la durée de ces congés au nombre de jours indispensables pour le traitement. Cette durée a été fixée d'une façon générale à vingt et un jours au maximum, auxquels le réseau ajoute deux jours de délai de route (aller et retour). (*J. O.*, 22 janvier 1932.)

Assurances sociales. — 14.531. — *M. Basset demande à M. le Ministre du Travail s'il est exact qu'un malade ayant consulté un médecin au titre des assurances sociales, pour une maladie déterminée : n'a plus le droit, six mois après, durant toute son existence, à des soins médicaux et à des prestations, pour cette même maladie.* (Question du 14 décembre 1931.)

Réponse. — Les prestations tant en nature qu'en argent sont dues pendant une période de six mois, à partir de la date du début de la maladie qui est celle de la première constatation médicale. Lorsque la maladie se prolonde au delà de six mois, aucune prestation ne peut plus être accordée, en l'état actuel de la législation, l'assurance invalidité n'étant pas encore applicable. (*J. O.*, 22 janvier 1932.)

BIBLIOGRAPHIE

La littérature comparée, par Paul VAN TIEGHEM. Un vol. in-16, (collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris). Broché 10 fr. 50.

C'est un ouvrage complètement nouveau d'idées comme d'exécution. Le grand public y trouvera, sous une forme simple et très claire, mais vigoureuse et souvent élevée, une initiation complète à la littérature comparée. Cette partie de l'histoire littéraire y est exposée dans son développement historique, dans ses divers domaines, dans ses méthodes et ses résultats. D'innombrables exemples y font ressortir l'intérêt non seulement littéraire, mais moral et humain, de ces rapprochements entre les œuvres, éclairent leurs origines, leurs influences, leurs points de contact.

En somme excellent manuel théorique et pratique de toute littérature internationale, comparée ou générale.

Le pastiche littéraire des origines à nos jours par Léon DEFFOUX. Un volume (12 × 18,5), broché 10 fr. Bibliothèque des chercheurs et des curieux. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

Le pastiche littéraire — lorsqu'il est réussi — ne constitue pas seulement un exercice de style très plaisant, c'est souvent une leçon de littérature formulée dans un accompagnement d'humour. Plus nuancé que la parodie et plus aigu que l'imitation, il contient fréquemment aussi une satire sans méchanceté, une raillerie sans malveillance. C'est enfin, parfois, une forme de consécration qui, sous le masque comique, apporte un hommage souriant à la personnalité qui a été étudiée avec tant de soin dans son rythme et dans son inspiration.

Tous ces aspects du pastige sont présentés et fournissent leur exemple dans le livre de M. Léon DEFFOUX. *La pastiche litteraire des origines à nos jours*, ouvrage à la fois divertissant et très documenté, va, comme son titre l'indique, des pasticheurs de l'antiquité jusqu'aux recueils publiés de nos jours sur ce sujet, en passant par les plus célèbres et par les moins connus. C'est un livre amusant et d'une lecture profitable parce qu'on y saisit sur le vif, grâce aux pasticheurs, les expressions coutumières, les idées maitresses, les tâtonnements, les tournures de style, les particularités de vocabulaire, bref tout ce qui pourrait s'appeler *l'extériorité* de bon nombre d'écrivains classiques ou modernes.

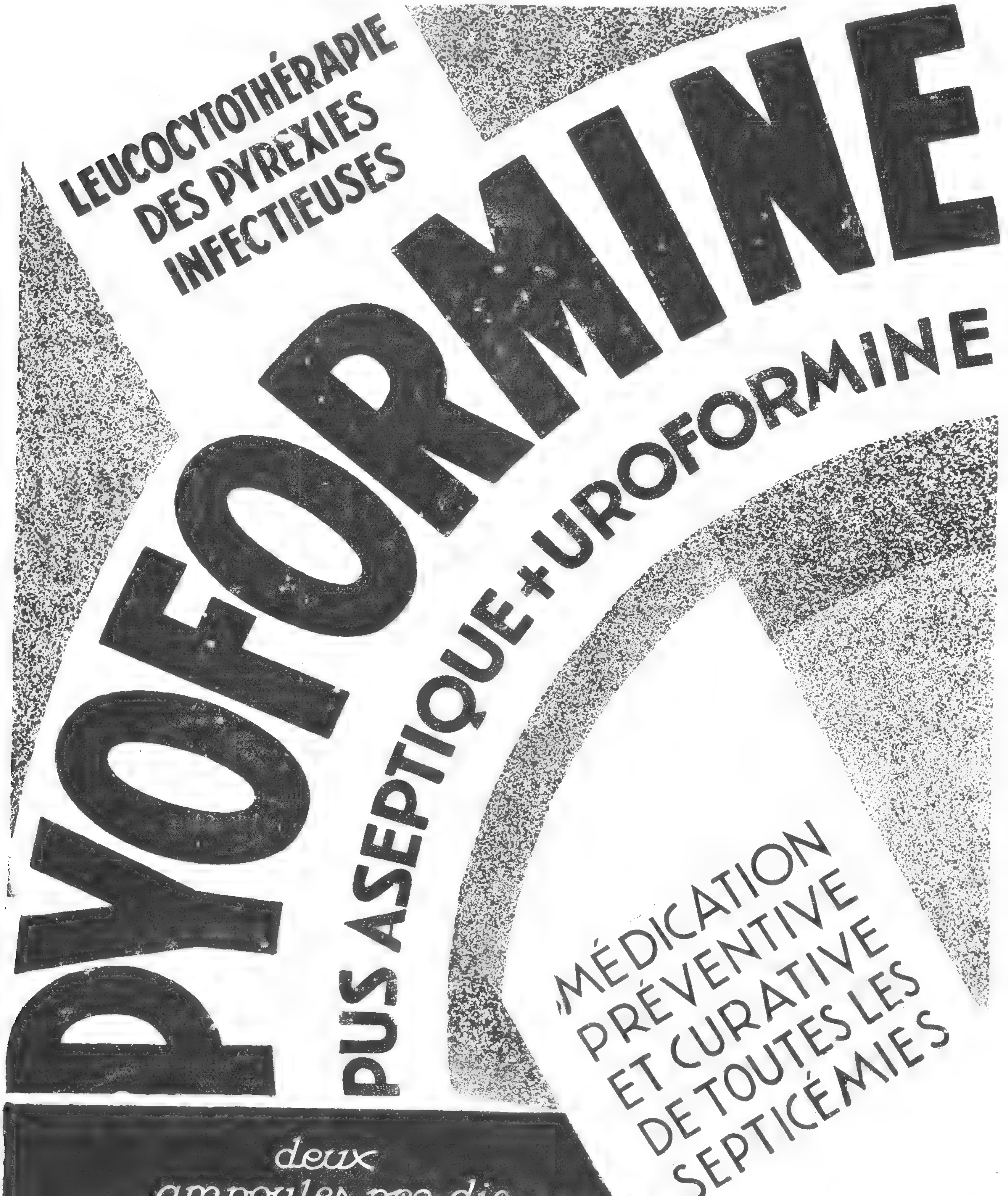
Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE) — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 7 LE NUMÉRO : 50 Centimes 13 FEVRIER 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE-MIDI, PARIS (6e)
R. PICARD

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.* (Admissibilité.) Séance du 4 février 1932. Dévoilement de l'anonymat : MM. 1. M. Huet, 28 + 19 = 47 ; 2. Lévy, 27 + 19 = 46 ; 3. Lallemant, 27 + 19 = 46 ; 4. Maduro, 26 + 19 = 45 ; 5. Lemariey, 26 + 19 = 45 ; 6. Magdelaine, 25 + 19 = 44 ; 7. Rémy Nens, 23 + 19 = 42.

Sont déclarés admissibles aux épreuves de nomination : MM. Huet, Lévy, Lallemant.

— Candidats. — *Concours de chirurgien des hôpitaux* (admissibilité).

Noms des candidats	N° du concours	Nombre d'admissibilité	Nombre ex-æquo	Année et n° d'internat	Titres	Points
MM. les docteurs :						
Armingeat......	2			1924-33	aide-d'anat.	2
Aurousseau.....	5	1		1920^{1}-25	»	2
Banzet.........	3	1		1922-35	»	2
Blondin (Marcel).	2			1923- 8	»	2
Blondin (Sylvain)	1			1923-31	»	2
Chabrut........	5	1		1921-24	»	2
Chastang.......	5			1920^{1}- 9	»	2
Chevallier......	4			1920^{2}-70	»	2
Dessaint........	1			1924-20	»	2
Diamant-Berger.	2			1924-12	»	1
Funck-Brentano.	1			1925-10	Prosecteur	4
Garnier.........	3			1922-14	Aide-d'anat.	2
Galtier.........	3			1923-11	»	2
Gérard-Marchant	4			1921-63	Prosecteur	4
Gueullette......	5	1		1920^{2}-56	»	4
Huard..........	3	1		1933-21	Aide-d'anat.	2
Iselin..........	3			1922-50	»	2
Lapeyre........	1			1924- 1	»	2
Lecœur........	1			1924- 8	Prosect.	4
Leydat........	1			1922-27	Aide-d'anat.	2
Meillère........	4	1		1922-10	Prosecteur	4
Ménégaux......	3	1		1922- 3	»	4
Merle d'Aubigné.	2			1923-19	»	4
Patel..........	1			1924-24	»	4
Redon..........	3			1923-32	»	4
Sauvage........	2		1	1924- 4	»	4
Seillé..........	3	1		1921- 3	»	4

— Dans sa séance du **27 janvier 1932, le Conseil** de surveillance de l'Assistance publique a adopté un projet de règlement présenté par le directeur général de l'Administration et comportant les dispositions suivantes :

1° Les épreuves écrites anonymes du concours de l'internat en médecine s'ouvriront au cours de la première quinzaine du mois d'octobre. Cette réforme aura effet dès 1932.

Les épreuves orales pourront dès lors commencer au début du mois de janvier suivant.

2° Le concours de l'externat des hôpitaux sera ouvert au cours de la première quinzaine du mois de décembre.

3° Le concours de l'internat en pharmacie (à partir de 1933) s'ouvrira dans le courant du mois d'avril.

4° L'entrée en fonctions des élèves est fixée à partir de l'année 1933 au : 15 avril pour les internes en médecine ; 1er mai pour les externes ; 15 octobre pour les internes en pharmacie.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 10 février. — Mme Helmer-Dupic. Stérilité et perméabilité tubaire. — M. Ornstein. La cystite incrustée. — M. Soulié. Rôle des perturbations vago-sympathiques dans les accidents cardiaques, dans l'exophtalmie de la maladie de Basedow et dans le syndrome para-basedowien.

11 février. — M. Vaneecloo. Contribution à l'étude des septicémies à proteus. — Mme Dété-Butaud. Contribution à l'étude des courbes de fatigue chez l'enfant. — M. Lereboullet. Les tumeurs du quatrième ventricule.

Hôpital Lariboisière. (Service de M. le Docteur Devraigne.) — Les Docteurs Jean Seguy et J.-E. Marcel commenceront le 18 février 1932, à 21 heures, un cours pratique de thérapeutique gynécologique médicale.

Le cours comprendra six leçons de deux heures chacune : cours théorique et travaux pratiques.

Programme du cours. — *a)* M. J. Seguy : Traitement des métrites. Le filhos. — *b)* M. J.-E. Marcel : Courant continu et courant faradique en gynécologie. — *c)* M. J.- E. Marcel : La haute fréquence en gynécologie : diathermie, courants de haute tension, etc. Présentation d'appareils. — *d)* M. J.- E. Marcel : La diathermocoagulation en gynécologie. Curettage diathermique. — *e)* M. J.- E. Marcel : Rayons ultra-violets et infra-rouges. Indications générales de l'électrothérapie en gynécologie. Crénothérapie. — *f)* M. J. Seguy : Traitement de la stérilité : insufflation, lipiodol, fécondation artificielle.

Prix du Cours : 200 francs. Les leçons théoriques auront lieu après dîner, aux jours et heures à fixer d'accord avec les élèves. Les exercices pratiques se feront par séries : le matin ou l'après-midi. Un résumé dactylographié du cours sera fourni sur demande aux élèves inscrits, contre la somme de 65 francs. Prière de s'inscrire dans le service du Docteur Devraigne, à la Maternité de Lariboisière. Le nombre d'inscriptions est limité.

Sanatorium antituberculeux pour les infirmières. — On nous informe qu'un Concert de gala sera donné en la présence de M. le Président de la République et de M. l'Ambassadeur de Pologne, le lundi 15 février, au Théâtre des Champs-Elysées, à 21 heures, en l'honneur de Chopin, interprété par M. de Radwan, au profit de la Fondation Seltzer, sanatorium antituberculeux pour les infirmières.

Constitution d'un groupe médical au Conseil général de la Seine.— Sur l'initiative du docteur Marie, les six conseillers généraux de la Seine exerçant la profession de médecin se sont constitués en groupe médical sous la présidence du docteur Calmels. Ils entendent étudier les questions intéressant la médecine et ses multiples applications sociales qui préoccupent le Conseil général.

Quatre rapports ont été mis à l'étude : assurances sociales (Drs Marie et Thévenin) ; lutte antituberculeuse (Drs Besson et Marie) ; lutte anticancéreuse (Drs Calmels et Lobligeois) ; transfert de la Faculté de médecine (Drs Calmels et Roéland).

Hôpital Saint-Michel (33, rue Olivier-de-Serres. Service de gastro-entérologie.) — *Nomination à une place d'interne en titre et une place d'interne remplaçant.* — Pour six mois. Entrée en fonction le 15 mars.

Service des internes : Interne en titre : service de la consultation et des salles chaque matin à partir de 9 heures.

Contre-visite chaque après-midi. Assistance aux opérations des malades du service.

Interne remplaçant : Il assure le service avec l'interne titulaire régulièrement une fois par semaine. Il remplace le titulaire chaque fois que celui-ci s'absente.

RÉTRIBUTION : L'interne en titre reçoit 300 francs par mois. Il est nourri à l'hôpital. L'interne remplaçant reçoit 150 francs par mois, il est nourri à l'hôpital son jour de service et ses jours de remplacement. Il touche, si le remplacement est de plusieurs jours, le traitement que ne touche pas le titulaire.

Les demandes doivent parvenir avant le 25 février, à M. le Dr Delort, chef du Service de gastro-entérologie à l'hôpital Saint-Michel (prière d'indiquer sur l'enveloppe qu'il s'agit de cette demande). Elles seront classées par ordre de valeur des titres exprimés.

La liste de classement des candidats sera affichée à l'hôpital Saint-Michel à partir du 1er mars. Les cinq premiers de cette liste seront appelés à se présenter par lettre individuelle.

Si aucun d'eux ne peut accepter le service, ceux qui suivent seront convoqués par fractions de cinq de la même façon. Leur nomination sera présentée ensuite à l'agrément du Conseil d'administration de l'hôpital.

Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur.— La Société médicale du littoral méditerranéen organise actuellement le VIe voyage international de Pâques (Voyage Rose), dans la plus belle partie de la Côte d'Azur, de Saint-Raphaël à Menton.

Ce voyage sera présidé par M. le Professeur J. Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon et sera placé sous la direction scientifique de MM. les Professeurs Perrin, de la Faculté de Nancy (Thérapeutique générale), de Nobele, de l'Université de Gand (Thérapeutique physique), et de M. le Professeur agrégé Thévenot, de la Faculté de Lyon (Médecine générale).

Le rassemblement aura lieu à Cannes, d'où l'on fera le tour de l'Estérel et de la Corniche d'Or, en visitant : Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Le Trayas. Puis, l'on se rendra au Cannet, à Super-Cannes, au Golfe-Juan, à Juan-les-Pins, au Cap d'Antibes, d'où l'on gagnera Nice, par Grasse et Vence.

Après un arrêt à Nice et une excursion dans les Alpes, on parcourra la Grande Corniche, en visitant l'Observatoire et le Monument d'Auguste, Roquebrune, Le Cap Martin, Menton et le château de Grimaldi, où l'on visitera les laboratoires du Docteur Voronoff et les célèbres Jardins de la Mortola.

On reviendra par Monaco et Monte-Carlo, Beaulieu et la Moyenne Corniche, à Nice, où le voyage se terminera.

A la suite de ce voyage, des excursions en Corse, en Italie, et des séjours sur la Côte d'Azur seront organisés, si les voyageurs le désirent.

Les adhérents recevront des permis de circulation à demi-tarif sur les chemins de fer français, italiens, roumains et yougoslaves, valables en toutes classes, durant un mois. Les familles des médecins seront admises, ainsi que les étudiants en médecine.

La visite de chaque station sera assurée avec tous les concours scientifiques nécessaires. Les parties instructives du programme alterneront avec les plus beaux parcours touristiques et les réceptions aussi cordiales que somptueuses, selon la tradition de la Société médicale du littoral.

La durée du voyage sera de huit journées. Le parcours pourra être effectué pendant la Semaine Sainte (20 au 27 mars), la Semaine de Pâques (27 mars au 3 avril), ou la Semaine de Quasimodo (3 au 10 avril). Les médecins que ce voyage intéresse sont priés d'indiquer la Semaine qu'ils préfèrent, en informant la Société un assez long temps à l'avance, car les parcours ne seront définitivement établis que lorsqu'ils auront été demandés par un nombre d'adhérents correspondant au nombre de places disponibles. Il y a donc lieu d'écrire, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, en précisant les dates choisies. Il sera répondu gratuitement à toute demande de renseignements ou d'adhésion.

Syndicat de la Presse scientifique. — Assemblée générale et dîner annuel à 19 h. 1/2, mardi 16 février, Hôtel du Pavillon, 38, rue de l'Echiquier, Paris Xe (le Dr Foveau de Courmelles, président du Syndicat, 9, rue Tronchet, Paris, 8e, et M.

Toutain, secrétaire général, 25, rue du Four, Paris 6e, reçoivent les adhésions).

Le dîner sera présidé par M. Léon Noël, directeur du Cabinet de M. Laval, et la conférence faite, après le dîner, par M. Balin sur la transmission des images par T. S. F., avec projections.

Ligue française contre le rhumatisme (51, rue Bonaparte, Paris). — *Hospice de Bicêtre* : Consultation des maladies rhumatismales. — Une consultation est ouverte dans le service de M. le Docteur Alajouanine, professeur agrégé, les lundi et vendredi, à 10 heures.

Cette consultation est assurée par le Docteur Jean Lacapère ancien chef de clinique.

Faculté de médecine. — Le Docteur F.-M. Cadenat, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire fera cinq conférences d'anatomie clinique et chirurgicale. Ces conférences auront lieu dans le Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, le vendredi 19 février à 16 heures et les lundi, mercredi et vendredi suivants.

Sujet des conférences : Anatomie du vivant (avec modèle) ; Voies de pénétration du membre supérieur.

Ce cours s'adresse aux médecins et aux étudiants.

Congrès international de l'asthme (Le Mont-Dore, 4 et 5 juin 1932.) — Programme. — 1. Evolution de nos connaissances dans l'asthme. Rapporteur : M. Fernand Bezançon. — 2. Physio-pathologie de la crise d'asthme ; étude clinique et expérimentale. Rapporteur : M. Abrami. — 3. L'anaphylaxie dans l'asthme. Rapporteur : M. Pasteur-Vallery-Radot. — 4. Part nerveuse de l'asthme. Rapporteur : M. Etienne Bernard. — 5. Foie et endocrines dans l'asthme. Rapporteur : M. Cordier (de Lyon). — 6. Etiologie, pathogénie et traitement de l'asthme à épine respiratoire d'origine microbienne. Rapporteur : M. Haibe (de Namur). — 7. Du rôle des lésions nasales dans le déterminisme de l'asthme. Rapporteur : M. Halphen. — 8. Equivalents respiratoires de l'asthme. Rapporteur : M. Henri Bourgeois. — 9. Parentés morbides de l'asthme. Rapporteur : M. André Jacquelin. — 10. Etiologie, pathogénie et traitement de l'asthme infantile. Rapporteur : M. Lesné. — 11. Signes, diagnostic et évolution de l'asthme infantile. Rapporteur : M. Péhu. — 12. Traitement de la crise d'asthme. Rapporteur : M. Joltrain. — 13. Traitement du terrain asthmatique. Rapporteur : M. Lucien de Gennes. — 14. Traitement hydro-minéral de l'asthme. Rapporteurs : M. Villaret et M. Justin Besançon. — 15. Physiothérapie de l'asthme. Rapporteur : M. Biancani. — 16. Traitement chirurgical de l'asthme. Rapporteurs : M. Leriche et M. Fontaine. — 17. Le Mont-Dore et l'asthme. Rapporteur : M. J. Galup.

Les rapporteurs étrangers, Professeurs Prausnitz (Allemagne) ; Mac Dowall (Angleterre) ; Mariano Castex (Argentine) ; Clementino Fraga (Brésil) ; Maranon (Espagne) ; Longcope (Etats-Unis) ; Storm van Leeuwen (Hollande) ; Frugoni (Italie) ; Danielopolu (Roumanie), préciseront la part de leur pays et leur apport particulier à la question de l'asthme.

Les médecins, internes et externes des hôpitaux et les étudiants en médecine, français et étrangers, sont invités à prendre part au Congrès international de l'asthme.

Ils devront, quelle que soit leur nationalité, adresser directement leur demande et le montant de leur cotisation (30 francs français pour les médecins ou étudiants et chacun des membres de leur famille directe), au Secrétariat du Congrès. Cette cotisation donne droit au volume des rapports, aux fêtes, aux réunions et excursions qui seront organisées en l'honneur des congressistes.

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 25 mai 1932.

Pendant la durée du Congrès, des chambres seront mises gracieusement à la disposition des congressistes par le Syndicat des hôteliers du Mont-Dore.

Une réduction de 50 % sur les tarifs des chemins de fer français sera accordée à tous les congressistes et à leur famille sur demande adressée avant le 1er mai au secrétariat du Congrès.

Des indications complémentaires et un programme détaillé seront envoyés ultérieurement aux adhérents.

Adresser adhésions et demandes de renseignements au Secrétariat du Congrès international de l'asthme, 19, rue Auber, à Paris (9e).

Nécrologie. — Docteur Albert Bosquet, chirurgien en chef de l'hospice Asselin-Hédelin, d'Yvetot (Seine-Inférieure), décédé à l'âge de 79 ans. — Docteur Pierre Collangettes, d'Aigueperse, conseiller général du Puy-de-Dôme. — Docteur Fabre, de Paris, rue des Boulangers. Aveugle lui-même, il a ouvert aux aveugles français la profession de masseur. — Médecin général Henri Girard, ancien inspecteur général du service de santé de la marine, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris. — Dr Auguste Rousset. — Docteur T. Stélianides, de Paris, 197, av. Daumesnil (XIIe).

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Histoire d'une fille de 8 ans atteinte d'urticaire commune chronique et d'œdème aigu de Quincke [1]

Considérations cliniques

Par M. le Professeur P. NOBÉCOURT

Je vais vous raconter l'histoire de la petite Nelly, que voici, car elle est très instructive.

Nelly est atteinte d'une affection qui pose des problèmes d'étiologie, de pathogénie, de traitement, dont la solution reste souvent incertaine.

Son hérédité est chargée.

Sa mère souffre fréquemment de céphalées, probablement de migraines : elle est soignée pour le foie.

Son père a des vomissements de bile.

Une sœur, âgée de 11 ans, est bien portante.

Une autre sœur, âgée de 2 ans 1/2, a présenté, jusqu'à trois mois, des vomissements attribués à une intolérance pour le lait : elle a des boutons prurigineux, sans doute du strophulus, semblables à ceux que Nelly a eus pendant longtemps.

Sa grand'mère maternelle a des coliques hépatiques.

Sa grand'mère paternelle serait morte d'une maladie du foie.

Elle a donc une hérédité hépatique chargée et, en outre, une hérédité similaire, du côté de sa jeune sœur.

Nelly est née le 27 février 1923, un peu avant terme, à 8 mois, avec un poids de 2 kgr. 750.

Elle est élevée au sein jusqu'à 8 mois : ensuite elle prend du lait de vache et des bouillies.

Elle a sa première dent à 7 mois et fait ses premiers pas à 9 mois.

Elle présente fréquemment des éruptions prurigineuses, qui ont persisté jusqu'à ces temps derniers.

Comme maladies aiguës, elle a eu une rougeole compliquée de broncho-pneumonie et la varicelle.

A 2 ans 1/2, après une chute, on constate un lymphangiome de la lèvre supérieure.

Le 4 octobre 1928, l'enfant étant âgée de 5 ans et 8 mois, le Professeur Ombrédanne procède à l'ablation de ce dernier, sous anesthésie d'abord à l'éther, puis au chloroforme ; l'opération se passe sans incidents.

Mais, le lendemain 5 octobre, la température s'élève à 40° et une éruption apparait. M. Hallé pose le diagnostic d'érythème scarlatiniforme.

Le 30 octobre, survient une angine blanche, à bacilles diphtériques longs. On fait trois injections de sérum antidiphtérique, deux de 80 cc., la dernière de 40 cc.

Une dizaine de jours plus tard, la température s'élève à 40°5 et des accidents sériques très sérieux se produisent.

Le 22 novembre, Nelly sort de l'hôpital en bon état.

Le 2 mai 1931, lorsqu'elle a 8 ans et 2 mois, elle est à nouveau opérée par le Professeur Ombrédanne pour son lymphangiome. L'anesthésie est obtenue, comme la première fois, successivement par l'éther, puis par le chloroforme. Tout se passe sans incidents.

(1) Leçon du 9 janvier 1932.

Pendant toute sa vie, Nelly, je vous l'ai dit tout à l'heure a eu fréquemment des boutons prurigineux. Mais depuis mai 1931, à la suite de la seconde intervention, apparaissent des manifestations cutanées plus importantes et différentes des précédentes.

L'éruption consiste en de larges placards rouges, saillants, très prurigineux, qui débutent brusquement, surtout le soir, et disparaissant pendant la nuit, ne laissant au matin que des taches rougeâtres. Il s'agit d'urticaire.

Un médecin consulté à ce moment prescrit un régime sévère de pâtes et de pommes de terre à l'eau : il ordonne, en outre, du calomel et de la magnésie.

Malgré le régime l'enfant présente chaque jour une éruption d'urticaire ; les éléments sont de plus en plus nombreux et de plus en plus étendus.

En outre, se produisent des poussées d'œdème.

La première fois, en juin, brusquement Nelly présente une bouffissure du visage, qui persiste pendant deux jours.

Le même phénomène se reproduit en juillet.

Vers le 20 novembre, survient une troisième poussée de gonflement du visage, qui dure quelques heures.

Enfin, le 26 novembre à 15 heures, le visage de Nelly enfle brusquement ; le gonflement est beaucoup plus intense que les trois fois précédentes. La mère effrayée amène l'enfant à l'hôpital. On constate, à l'entrée, un œdème considérable de la face et des paupières.

Le lendemain, 27 novembre, on procède à l'examen.

Nelly est âgée de 8 ans et 9 mois. Elle présente un développement moyen : sa taille de 120 cm. est conforme à la taille moyenne de 119 cm. ; son poids de 21 kgr. 250 est légèrement inférieur à la moyenne, qui est de 22 kgr.

La température est normale.

L'œdème de la face est très diminué, mais reste encore très marqué. Les paupières, surtout les inférieures, sont gonflées, les ailes du nez épaissies, les sillons naso-géniens presque effacés : la lèvre supérieure est tuméfiée.

L'œdème s'étend jusqu'à la région sous angulo-maxillaire.

On trouve, en outre, un léger œdème du dos des mains et des pieds, ainsi qu'au niveau du dos.

La coloration de la peau est normale. L'œdème est indolent, ferme, élastique ; il ne se forme pas de godet sous la pression des doigts.

D'autre part, sur tout le corps, à la face, au tronc, aux membres, on constate des placards urticariens. Leurs dimensions varient, depuis la pièce de 50 centimes jusqu'à la paume de la main ; leurs bords sont polycycliques, légèrement surélevés ; leur coloration est rose pâle, avec une auréole plus foncée. Il n'y a pas de prurit.

Les placards sont très mobiles : ils varient très rapidement : on voit des éléments nouveaux mêlés à des éléments en voie de disparition, les placards, laissent, après eux des taches rouges.

La muqueuse buccale est rouge, boursoufflée.

La muqueuse du larynx présente une rougeur diffuse, sans œdème appréciable.

Par ailleurs, l'examen clinique ne révèle rien de particulier.

Les poumons et le cœur sont normaux.

On compte 102 pulsations à la minute ; le pouls est régulier, bien frappé ; la tension artérielle prise au Vaquez est de 9,5 pour la maxima, de 7 pour la minima.

Cependant le foie est gros. Sur la verticale mammaire il mesure 13 cm. et dépasse le rebord costal de 4 cm. Sur la ligne médiane il mesure 10 cm. 5 à partir de la base de l'appendice xyphoïde.

Il n'y a pas de troubles digestifs.

Les urines sont peu abondantes, 400 cc. par 24 heures ; elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le système nerveux ne présente rien de particulier.

Les pupilles sont en mydriase ; leur réaction à la lumière est normale.

Les jours suivants, l'œdème se résorbe ; et, au bout de

**

trois jours il a disparu ; l'urticaire s'atténue, mais chaque jour se produisent des poussées plus ou moins fortes.

Cette rémission est de courte durée. De nouveau, les éruptions urticariennes se succèdent, sous forme de plaques plus ou moins grandes et de grands placards répartis au hasard, en plus ou moins grand nombre, sur tout le corps, les cuisses, l'abdomen, le tronc, le cou, le visage. Quelquefois les plaques sont énormes, atteignent la dimension des deux mains.

Ces éléments ne sont que peu ou pas prurigineux. Ils apparaissent et disparaissent rapidement. Souvent l'enfant a deux poussées par jour, l'une l'après-midi, l'autre le soir.

L'œdème n'a pas reparu.

Pendant tout ce temps nous avons poursuivi de nombreuses recherches, avec le concours du Dr Liège, du Dr Grodnitsky et de Mlle Herr.

Cinq cuti-réactions à la tuberculine ont été négatives.

Le Bordet-Wassermann (H^7) est négatif, le Hecht légèrement positif.

Ces réactions, jointes aux constatations cliniques montrent l'absence de syphilis et de tuberculose.

Les fonctions digestives sont sensiblement normales. L'appétit est médiocre. Les selles sont bonnes, mais leur odeur est forte ; l'examen coprologique ne montre rien de particulier ; on ne trouve pas de parasites.

Le foie reste gros, quoiqu'il diminue un peu.

Le volume des urines reste, du 23 novembre au 3 décembre, de 400 cc. environ. Du 3 au 6 décembre il augmente graduellement pour atteindre 1.600 cc. ; le 7 il diminue, à 1.300 cc. A partir du 8 décembre il se maintient autour de 1.100 cc. ou d'un litre.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments, ni sels biliaires.

Pendant les premiers jours, du 27 novembre au 1er décembre, on trouve dans les urines une grande quantité d'urobiline d'uroérythrine, d'indoxyle, parfois des traces d'acétone ; il n'y pas d'acide diacétique.

Puis les 6, 7 et 8 décembre, il n'y a plus ni urobiline, ni uroérythrine, ni indoxyle.

Ensuite, à partir du 9 décembre, l'urobiline est, certains jours, en grande quantité, presque toujours en petite quantité, rarement absente ; l'uroérythrine se trouve quelquefois en assez grande quantité.

Le coefficient de Maillard, c'est-à-dire le rapport ammoniacal, le coefficient d'imperfection uréogénique, est, le 2 décembre, de 8,7 %, la valeur normale étant de 6 ou 7 %.

Le 3 décembre, on pratique l'épreuve de la glycosurie alimentaire. A 8 heures, l'enfant ingère en une fois 85 gr. de glucose dissous dans 125 gr. d'eau, soit 4 gr. de sucre par kgr. corporel. Les urines, avant l'épreuve, ne contiennent pas de glucose. Après l'épreuve, on fait les constatations suivantes :

8 h. 30, glucose	0
9 h.	traces
de 9 h. 30 à 10 h. 30	+
de 11 h. 30 à 12 h. 30	++
15 h. 30	+
18 h. 30	traces
Depuis 21 h. 30 et jusqu'au 4 décembre 8 h.	0

L'élimination du bleu de méthylène est normale.

Le 4 décembre, on dose dans le sérum sanguin 2 gr. 20 de cholestérol par litre, et la réserve alcaline est de 53,6.

Le 1er décembre l'examen du sang donne 75 % d'hémoglobine, 3.400.000 globules rouges par mmc., une valeur globulaire de 1,0, d'autre part, 5.760 leucocytes par mmc. et, pour 100 leucocytes, 54 polynucléaires neutrophiles, 1 polynucléaire éosinophile, 41 lymphocytes, 1 moyen nononucléaire, 3 formes de transition.

Il existe donc une anémie légère. Les leucocytes sont normaux.

Nous procédons à la recherche de l'hémoclasie digestive après l'ingestion soit de lait, soit d'œuf, soit de viande, soit de farine. Voici les constatations que nous avons faites.

Epreuve au lait (18 **décembre**)

	Avant l'épreuve à jeun	Ingestion de 200 cc. de lait	20 min. après	40 min. après	1 heure après
Pouls	54		57	60	60
Press. art.	9,5-6		9,5-6	9,5-5	9,5-6
Leucocytes	9.280		5 680	5.280	3.600
Pol. neutro.	31 %		32 %	68 %	42 %
Mononucl.	69 %		68 %	32 %	58 %
Ind. réfractr. à 21°	1,34900		1,34617	1,34800	1,34810
Albumines totales	76 gr. 30 °/oo		67 °/oo	72 °/oo	72 °/oo

Epreuve à l'œuf (29 **décembre**)

	à jeun	Ingestion de 2 œufs coque	30 min. après	1 heure après	1 h. 30 après
Leucocytes	8.000		5.680	8.640	8.000
Pol. neutro.	28 %		25 %	48 %	60 %
Mononucl.	72 %		75 %	52 %	40 %

Epreuve à la viande de bœuf grillée (31 **décembre**)

	à jeun	100 gr. de viande	30 min. après	1 heure après	1 h. 30 après
Pouls	57		60	60	64
Press. art.	9,5-6		9,5-4	9,5-6	8,5-4,5
Leucocytes	6.240		7.200	3.760	5,920
Pol. neutro.	47 %		38 %	47 %	37 %
Mononucl.	53 %		62 %	53 %	63 %
Ind. de refraction à 17°3	1.34910		1,34910		1,35132
Alb. totales	76 g. 30		76 g. 30		89 g. 20

Epreuve à la farine (6 **janvier**)

	à jeun	Ingestion d'une bouillie à l'eau	30 min. après	1 h. après	1 h. 30 après
Press. art.	9-6		9,5-6	9,5-7	9,5-7
Leucocyt.	5.760		6.080	5.720	8.720
Pol neutro	47 %		47 %	50 %	38 %
Mononuc.	53 %		53 %	50 %	62 %

Ces épreuves donnent des résultats assez discordants. Nous chercherons à les interpréter plus tard. Le réflexe oculo-cardiaque est positif.

Après la compression des globes oculaires : au cours d'une première épreuve, le 28 décembre, le nombre des pulsations par minute tombe de 60 à 40, au bout de 15 secondes : au cours d'une seconde épreuve, le 4 janvier, il tombe de 72 à 36, au bout de 30 secondes.

Le 6 janvier, les réactions pupillaires à la cocaïne et à la pilocarpine, sont normales.

Nous avons recherché l'influence des repas et des aliments sur l'apparition de l'urticaire.

D'une façon générale, l'éruption urticarienne est discrète au réveil : elle se produit surtout pendant les deux ou trois heures qui suivent le repas ; elle débute plus ou moins tôt après le repas, souvent dès la première demi-heure.

Le 25 décembre, on donne à midi une bouillie de farine et une purée de pommes de terre, le tout préparé à l'eau et une compote, sans aucune albumine animale. A 13 heures apparaît une urticaire généralisée en larges placards, qui atteint son maximum vers 15 heures.

Les jours suivants, l'enfant reçoit le même régime : l'éruption présente les mêmes caractères.

Le 6 janvier, on donne quatre bouillies à l'eau à 10 h. 40 à 13 heures, à 16 heures, à 19 heures ; l'éruption est forte.

Le 29 décembre on lui donne, à 10 h. 30, deux œufs à la coque, à 13 heures une purée de pommes de terre à l'eau, à 15 heures une bouillie à l'eau ; l'éruption est modérée ; en outre, à 17 h. 30, on constate un léger œdème de la lèvre supérieure.



DIASTO-PEPSINE RICHEPIN
PEPSINE PANCRÉATINE DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas
ou un verre d'Élixir très agréable après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES du Dr FAUCHER
ACTION SÛRE DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES
QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOCITHINE TISSOT
SIROP - DRAGÉES - AMPOULES
NUCLEINATE DE { Fer Manganese
et Arsenic organique
Fluor
1 ou 2 ampoules par jour
1 ou 2 dragées ou
cuillerées de sirop.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
GRAINS ANISÉS DE
CHARBON TISSOT
AGISSENT
par leur forme
leur volume
et le Gluten
mucogène
Absorbent - Divisent - Expulsent
RÉALISENT
le véritable
et continuel
rajeunissement
de l'intestin.
PANUROL TISSOT
CONTIENT TOUS LES
SOLVANTS
des sels uriques
et uratiques
Aide et Soutient
LE REIN
dans sa double fonction:
FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes - Bronchites - Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAÏACOL - HÉLÉNINE - TERPINOL - EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides
Le Carnox
est le meilleur Vin de VIANDE.
Laboratoires du Docteur TISSOT, 34, Boulevard de Clichy, PARIS

Le 31 décembre on donne à 11 heures, 100 gr. de viande de bœuf grillée, à midi une purée à l'eau et une compote. A 13 h. 30 il y a de larges placards urticariens.

Le 1er janvier, le régime est le même ; une poussée semblable d'urticaire se produit.

Le 2 janvier, l'enfant prend, à 10 h. 30, une bouillie au lait, à 12 heures, 100 grammes de viande grillée, une purée, une compote. A 13 heures l'urticaire est généralisée.

Le 3 janvier, on donne, à 9 heures, une bouillie au lait ; à 11 heures il existe une urticaire modérée. A midi, l'enfant mange 100 gr. de viande grillée, une purée avec du beurre et une compote ; à 13 heures apparaissent de nouveaux éléments. A 17 heures on donne du Yogourth ; à 18 heures du riz au lait et de la confiture ; à 18 h. 30 apparaissent de nouveaux éléments.

De ces épreuves on peut conclure que différents aliments animaux et végétaux donnent à l'enfant des poussées urticariennes sensiblement identiques.

Les médications suivantes ont été administrées.

Du 26 novembre au 18 décembre on donne chaque jour 4 gr. de chlorure de calcium et, en outre, du 27 au 30 novembre, chaque jour on fait une injection intra-musculaire de 10 cc. d'une solution d'hyposulfite de magnésium à 10 %, soit de un gramme d'hyposulfite.

Ces médicaments n'ont pas eu d'influence appréciable.

Pendant tout ce temps, l'état général se maintient, mais l'enfant perd du poids ; à l'entrée, elle pesait 21 kgr. 250 ; le 9 janvier son poids n'est plus que de 19 kgr. 550.

La température est restée normale, sauf une poussée fébrile à 39°, le 30 novembre.

***

L'URTICAIRE est une éruption cutanée composée d'éléments prurigineux semblables à ceux causés par les piqûres d'ortie : le mot latin *urticaria* se traduit en français par *ortie*.

Cette définition est celle de l'*urticaire commune* ; mais il existe plusieurs *variétés morphologiques* s'éloignant plus ou moins de ce type.

Je vais décrire l'URTICAIRE COMMUNE, celle que présente Nelly.

L'élément urticarien, qu'on appelle plaque urticarienne ou ortiée, est une plaque saillante, plus ou moins ferme, bien circonscrite, arrondie, ovalaire ou polycyclique, rouge ou rosée.

Le centre, pâle, blanc opalin, est entouré d'une auréole plus ou moins large, d'un rouge plus ou moins vif.

Souvent il faut étirer la peau pour faire apparaître le contraste entre le centre et l'auréole.

Les dimensions des plaques urticariennes sont très diverses ; elles peuvent être d'un demi ou d'un cm. ; elles peuvent être grandes comme la main, réalisant alors l'*urticaire géante*.

La plaque d'urticaire est le siège d'une sensation de cuisson, d'un prurit plus ou moins vifs ; souvent ces sensations précèdent l'éruption. Le grattage les calme momentanément, mais elles sont ensuite exacerbées.

La plaque urticarienne apparaît subitement ; elle persiste quelques minutes ou quelques heures, puis se résorbe rapidement.

L'importance de l'éruption est très différente suivant les cas ; tantôt elle consiste en quelques plaques isolées, tantôt elle est généralisée, les plaques sont confluentes.

Il n'y a pas de siège d'élection. L'urticaire peut envahir tout le corps, au hasard, sans aucune symétrie.

L'urticaire a quelques caractères particuliers suivant son siège.

Là où le tissu cellulaire sous-cutané est lâche, au visage, aux paupières, aux joues, aux lèvres, au prépuce, au scrotum, il se produit souvent un œdème plus ou moins important, pâle ou coloré.

Là où le tissu cellulaire est dense, à la paume des mains, à la plante des pieds, l'élément urticaire consiste en une saillie peu accusée, de coloration discrète, souvent vésiculeuse ; le prurit est intense.

L'urticaire peut envahir les muqueuses.

Dans la bouche la muqueuse des joues est rouge et tuméfiée.

Au niveau du pharynx, on voit sur le voile du palais et la luette des plaques rouges et un œdème blanchâtre. L'œdème peut envahir les replis ary-épiglottiques et entraîner l'asphyxie.

Il existerait de l'urticaire de la muqueuse nasale, se révélant par du coryza, de l'hydrorrhée, des éternuements, de l'urticaire des bronches qui entraînerait une dyspnée plus ou moins intense et même des accès d'asthme.

A l'examen histologique de la plaque urticarienne, l'épiderme est normal, les lésions essentielles sont la dilatation avec stase sanguine des vaisseaux superficiels et profonds du derme et l'infiltration interstitielle par de la sérosité et des leucocytes en plus ou moins grand nombre.

L'œdème prédomine au centre, ce pourquoi la peau est pâle à ce niveau, la congestion à la périphérie, ce pourquoi la peau y est rouge.

En dehors de l'urticaire commune il existe d'autres VARIÉTÉS MORPHOLOGIQUES. Je les signale rapidement.

Dans l'*urticaire hémorragique*, le centre est ponctué d'une tache purpurique, due à une congestion particulièrement intense.

Dans l'*urticaire vésiculeuse* ou *bulleuse*, l'œdème dissocie les cellules malpighiennes, se collecte et soulève la couche cornée.

Dans la *forme papuleuse*, il se forme sur l'élément ortié une papule, c'est-à-dire une petite élevure conique à sommet blanchâtre, opalin, contenant une gouttelette de sérosité, c'est la papulo-vésicule urticarienne.

La papule se pigmente rapidement ; son sommet se dessèche et il se forme une croûtelle adhérente, jaune ou brune ; l'évolution se fait en une semaine environ. Après la chute de la croûtelle, il persiste une petite macule pigmentée ou une cicatricule blanchâtre.

L'urticaire papuleuse est communément appelée du nom de *strophulus*. Celui-ci est commun chez les enfants jusqu'à 2 ou 3 ans ; il devient ensuite rare.

Le strophulus englobe des faits hétérogènes ressortissants des urticaires et des prurigos.

Il existe encore une *urticaire tubéreuse* et une *urticaire pigmentée*. Cette dernière est due à des dépôts de pigments qui se forment à la place des éléments ortiés ; elle est rare et se rencontre uniquement chez les enfants.

Je ne m'arrête pas sur ces variétés, Nelly n'en est pas atteinte. Mais je dois vous entretenir de l'ŒDÈME qu'elle a présenté.

Ainsi que je vous l'ai dit tout à l'heure, l'œdème dermique est un élément constant de l'urticaire.

Dans certains cas l'œdème ne se limite pas au derme ; il s'étend à l'hypoderme et réalise une tuméfaction plus ou moins importante à évolution aiguë.

Cette manifestatisn est connue depuis longtemps. Hardy décrit l'*urticaire œdémateuse*, Joseph Collins l'*œdème aigu angioneurotique*, Le Calvé l'*œdème aigu toxi-névropathique*, M. Etienne et M. Galliard *l'œdème aigu essentiel*. Mais elle a surtout été bien décrite par Quincke, en 1882 ; c'est pourquoi on l'appelle généralement *œdème aigu de Quincke*.

L'ŒDÈME AIGU DE QUINCKE est une modalité de l'urticaire.

Pour Quincke, « cette affection a des points de rapport et de contact nombreux avec l'urticaire ».

M. J. Comby, dans une revue générale sur l'*œdème aigu des paupières*, publiée par les *Archives de medecine des enfants* de 1902, écrit : « Il ne faut pas méconnaître les analogies qui rapprochent l'*urticaire* de *l'œdème aigu des paupières* ».

MM. P. Lereboullet et Faure-Beaulieu, en 1909, écrivent : « On peut admettre une relation étroite entre les deux manifestations, l'urticaire n'étant au surplus qu'un œdème dermique comparable à l'œdème sous-cutané ».

Nelly est un exemple de cette intrication de l'urticaire et de l'œdème de Quincke.

Nous avons observé plusieurs cas de ce genre. Voici une observation particulièrement intéressante.

Laure ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Elle est née le 17 juillet 1914, à terme, avec un poids de 5 kgr. 500. Elle est élevée au sein jusqu'à 24 mois. Elle n'a jamais été malade.

A 4 ans, elle mange un jour des crevettes et présente des phénomènes analogues à ceux pour lesquels nous la voyons ultérieurement.

A partir de février 1928 — elle est alors âgée de 13 ans 1/2 — elle a peu d'appétit, se sent fatiguée, souffre de migraines assez fréquentes.

Dans la nuit du 4 au 5 juin, après avoir mangé du poisson, apparaissent une bouffissure très forte de la face et de nombreuses plaques d'urticaire. La bouffissure et l'urticaire persistent.

Laure entre à la salle Parrot le 9 juin 1928.

Elle est âgée de 13 ans et 10 mois. Elle mesure 148 cm. 5, la moyenne étant de 149 cm. ; son poids est de 35 kgr. 300, inférieur de 4 kg. 800 au poids moyen, qui est de 40 kgr. 150. Elle a quelques poils pubiens, n'a pas de poils axillaires : ses glandes mammaires commencent à grossir ; elle n'est pas encore réglée.

On constate un visage bouffi, surtout au niveau de la paupière gauche, et quelques énormes plaques urticariennes sur la cuisse gauche et le bras droit. Il y a du larmoiement de l'œil gauche dont la conjonctive est rouge.

L'examen des viscères ne révèle rien de particulier. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Deux cuti-réactions à la tuberculine sont négatives. Le Bordet-Wassermann (H^6) est douteux, le Hecht légèrement positif. La température est de 37°2-37°5.

On donne, le 9 et le 10 juin, un litre de lait par jour, puis, les 11, 12 et 13, deux litres de bouillon de légumes, et, à partir du 14 juin, un régime végétarien.

L'œdème régresse rapidement : le 12 juin il a disparu. L'urticaire se reproduit de moins en moins et le 16 juin elle disparaît à son tour.

Pendant ce temps, se produit une petite poussée fébrile à 38°, le 12 au soir. Le poids diminue ; le 17 juin il n'est plus que de 33 kgr. 900.

Laure est sujette aux engelures des pieds. Ses extrémités sont moites. On provoque une raie blanche très nette, qui apparaît lentement, grandit et persiste longtemps. Les points cœliaques sont douloureux à la pression. Le réflexe oculo-cardiaque est positif ; le pouls, qui battait à 108 par minute, tombe pendant la compression des globes oculaires à 60.

L'épreuve de l'hémoclasie digestive avec 100 gr. de lait est négative ; il ne se produit pas de modifications appréciables des leucocytes et de la pression sanguine.

Le 13 juin, on dose 2 gr. 10 de cholestérol par litre de sérum sanguin.

Laure quitte l'hôpital le 22 juin en bonne santé.

L'œdème de Quincke siège là où il y a du tissu cellulaire lâche, principalement au visage, surtout au niveau des paupières supérieures ; il peut être unilatéral, bilatéral ou alternatif. Il se montre encore aux extrémités des membres et au niveau des organes génitaux.

Cet œdème est localisé, plus ou moins étendu : son diamètre varie de 2 à 10 cm. ; ses bords ne sont pas nets ; la peau tantôt a une coloration normale, tantôt est un peu pâle ou gris rosé. Il est indolent ; quelquefois le malade éprouve une sensation de tension ou du prurit ; celui-ci manque souvent.

Les conjonctives, les globes oculaires sont intacts.

Il n'y a pas de fièvre.

Le début est brusque ou rapide. L'œdème dure quelques heures ou un, deux, trois, quatre jours ; en général il disparaît rapidement.

Quelquefois il se produit de l'œdème des muqueuses, notamment de l'œdème du pharynx, qui provoque le syndrome de l'œdème de la glotte.

Il y a des cas où l'œdème n'est ni précédé ni accompagné d'urticaire. Mais les cas d'intrication ne sont pas rares ; les malades dont je viens de parler en sont des exemples.

Les récidives sont habituelles.

L'URTICAIRE COMMUNE évolue par poussées, c'est une *urticaire aiguë*. Son début est rapide, l'éruption est plus ou moins intense ; elle est tantôt discrète, tantôt étendue et même généralisée ; les premiers éléments s'effacent alors que de nouveaux apparaissent. La terminaison en est rapide ; la durée moyenne est de quelques heures, ou de un ou deux jours.

Les symptômes généraux sont discrets. Il n'y a pas de fièvre, ou la fièvre est légère : le malade est agité, il se gratte.

On observe des *formes sévères* : l'enfant présente une grande agitation, a du délire, des lipothymies, des phénomènes d'asphyxie.

On observe des *formes fébriles*, une *urticaire fébrile*, une *fièvre ortiée*, dans certains cas, la fièvre peut être durable.

P. Haushalter a publié dans les *Archives de Médecine des Enfants* de 1923, une observation *d'urticaire fébrile prolongée*.

Une fille de 8 ans, qui a toujours été bien portante, trois jours après l'ingestion de trois ou quatre huîtres, présente brusquement une température de 39°-41°, a quelques vomissements et une éruption ortiée fugace.

Les jours suivants, la fièvre est rémittente : le matin la température est normale ; au début de l'après-midi apparaît de l'urticaire de la face et des membres, puis la température s'élève rapidement à 39°5-40°, en même temps que l'enfant présente une céphalée vive et de l'abattement.

Tous ces phénomènes cessent dans la soirée. Il n'y a aucun autre symptôme. On ne remarque aucune influence du régime et du traitement.

A partir du trente-quatrième jour on fait boire à l'enfant de l'eau dans laquelle a été triturée une huître : les deux premiers jours XXX gouttes, le troisième jour XL gouttes, le quatrième jour L gouttes, le sixième jour LX gouttes.

Dès le troisième jour du traitement on constate de l'amélioration ; le sixième jour, l'apyrexie s'installe et l'urticaire disparaît définitivement.

Cette fille a une hérédité très chargée : son père a de l'urticaire avec le poisson, sa mère avec des asperges ; son grand-père paternel et sa grand'mère maternelle sont diabétiques.

Quelquefois les poussées d'urticaire restent isolées.

Le plus souvent, les poussées se succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés de quelques semaines ou de quelques mois.

Dans certains cas les poussées sont fréquentes, même subintrantes ; pendant des mois ou des années se produisent tous les jours, plusieurs fois par jour. Il s'agit alors d'une *urticaire chronique*.

Celle-ci s'observe surtout chez les adultes et les vieillards ; elle est rare chez les enfants, exception faite des formes papuleuses ou strophulus.

***

L'URTICAIRE COMMUNE est fréquente à tous les âges, aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Elle se rencontre dans la petite, la moyenne et la grande enfances, et à la période pubertaire.

Elle apparaît souvent dès la première année.

Sur 30 enfants de tous les âges observés dans mon cabinet, j'ai noté le début :

Au cours de la 1re année..........	8 fois
Au cours de la 2e année............	11 fois
Au cours de la 3e année............	6 fois
Au cours de la 4e annee..........	3 fois
Au cours de la 5e année.......	2 fois

Les garçons et les filles sont atteints également. Cependant, sur 41 enfants atteints d'urticaire, je relève 28 garçons et 13 filles ; mais je ne tire aucune conclusion de cette prédominance des garçons.

L'ŒDÈME DE QUINCKE, d'après l'opinion classique, se produit surtout entre 20 et 40 ans. Il n'est pas rare chez les enfants. M. Comby écrit que l'œdème des paupières « se rencontre chez les enfants plus souvent que chez les adultes ».

Les trois cas publiés par M. Galliard en 1900 sont une fille de 20 ans et deux filles de 3 et 4 ans. M. de Spéville, en 1901 en a publié quatre observations ; il s'agit d'un garçon et de trois filles, âgés de 4, 6 et 7 ans. M. Comby l'a vu chez un garçon de 11 ans 1/2.

***

Nous pouvons maintenant préciser le diagnostic de l'affection dont est atteinte Nelly, que je viens de vous présenter. Elle a une *urticaire chronique commune géante*, dont le début date maintenant de neuf mois. Au cours de cette urticaire elle a fait quatre poussées d'*œdème aigu de Quincke* et nous avons assisté à la dernière qui a été particulièrement forte.

Les recherches que nous avons poursuivies pour élucider l'étiologie et la pathogénie de cette affection méritent d'être étudiées avec attention.

Pour apprécier les constatations que nous avons faites, il me faut vous exposer les connaissances acquises à leur sujet. Ce sera l'objet de ma leçon de samedi prochain.

« Il serait injuste de dénigrer l'enseignement clinique français, qui est incontestablement supérieur à celui des autres pays. Il serait par contre, exagéré de soutenir qu'il est parfait, qu'il ne présente aucun défaut et qu'il est inutile de chercher à l'améliorer. « Notre enseignement clinique végète dans des cadres usés. qu'on les brise et qu'on les refonde ; ou bien nous verrons le déclin du renom justement acquis par nos aînés à la méthode française ». ....

Reconnaissons donc franchement que l'enseignement clinique doit être réformé si nous voulons qu'il soit à la hauteur de sa tâche. Certains de nos collègues nous donnent des exemples à imiter ; grâce à une organisation logique de leur enseignement, ils connaissent le succès et leurs services sont fréquentés par de nombreux élèves, alors que d'autres sont délaissés. » (Professeur J. VANVERTS. La réforme de l'enseignement médical. *L'Informateur médical*, 3 janvier 1932.)

« Contrairement à l'opinion courante la cécité n'est pas un épouvantable malheur.

« La vue n'est pas nécessaire au bon fonctionnement de l'esprit. La cécité, non seulement n'entame pas les facultés mentales, mais au contraire prédispose au développement intérieur et au recueillement. L'intelligence acquiert une grande fermeté jointe à une souplesse extrême. La sensation visuelle qui n'embrasse que les objets extérieurs prédispose à une grande distraction d'esprit tandis que les impressions sensorielles de l'ouïe et du tact évoquent les idées et facilitent le recueillement. » (Dresse M. LIPINSKA. Quelques réflexions sur la rééducation des aveugles. *La Presse médicale*, 15 août 1931.)

PRATIQUE MÉDICALE

Le diagnostic précoce du cancer des côlons, ses difficultés

Par M. Jean GIRARD
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine
Medecin des Hôpitaux d'Amiens

Soigner pendant des mois, des années même, un malade pour des troubles digestifs que l'on rattache à l'inflammation, aux réflexes des organes voisins, voire même à un état névropathique et constater un beau matin une masse dure dans l'abdomen constitue une surprise désagréable pour un clinicien.

Si cette surprise est assez fréquente, c'est que la symptomatologie du début du néoplasme du côlon est fruste, faite de symptômes à côté qu'il est souvent difficile de classer. On peut, en schématisant, dire que les symptômes physiques ne sont perçus qu'à la période terminale, réalisant soit une masse quand il s'agit du côlon droit, soit un étranglement quand il s'agit du côlon gauche. Mais il est de solution paresseuse d'attendre cette période ultime qui sanctionne une situation désespérée et, s'il est possible de faire quelque chose d'utile, c'est au début qu'il faudrait le tenter et, pour cela, faire un diagnostic précoce contre lequel tout se ligue.

Il est de grande banalité de répéter que les symptômes généraux sont à la base de la symptomatologie d'un néoplasme : l'amaigrissement et la perte d'appétit sont les deux notions dont la valeur doit être soulignée au seuil de cette étude. C'est l'état général que va explorer le médecin qui pense au cancer, c'est ce qui lui vient d'abord à l'esprit, c'est la première question qu'il pose, c'est la notion qui va l'orienter dans un sens ou dans l'autre.

Je voudrais, surtout, analyser ici les troubles fonctionnels qui se rencontrent au début d'un cancer colique, qui vont pendant longtemps en masquer l'évolution silencieuse, mais qui, bien analysés, pourront mettre sur la bonne route ou qui, du moins, n'égareront plus.

Nous pouvons classer ces phénomènes en trois groupes de faits :

les troubles dyspeptiques par réflexe gastro-colique ;
les troubles d'atteinte des plexus abdominaux ;
les troubles de la traversée et de la digestion abdominales.

***

Troubles dyspeptiques. — Du côlon partent les réflexes qui vont agir sur l'estomac déterminant des modifications de la motricité et de la sécrétion : retard d'évacuation, hypo ou hyperacidité. Ces réflexes gastro-coliques qui se rencontrent dans les colites aiguës ou chroniques se voient également dans les néoplasmes.

Cependant il semble bien que ces troubles se fasssent par l'intermédiaire des plexus abdominaux et les deux ordres de phénomènes peuvent être réunis.

Troubles des plexus. — C'est surtout le plexus solaire qui réagit. La souffrance en constitue un syndrome bizarre dont le caprice éloigne l'esprit de l'existence d'une lésion organique. On sait qu'il se traduit par une douleur assez vive, intermittente, spontanée et provoquée dans la région épigastrique coïncidant avec des battements parfois atténués de l'aorte abdominale, parfois assez forts pour éveiller l'idée d'aortite ou d'aortisme. Ces malades ont des digestions pénibles plus que douloureuses, impressions de plénitude avec ou sans éructations insipides, gêne de la région costale et sous-costale gauche, parfois sensations

vertigineuses et battements de cœur. Joignons-y un état de dépression psychique et d'angoisse et en voilà assez pour considérer ce malade comme un psychopathe.

Il existe évidemment des cas d'irritation solaire isolée où le malade est plus un névropathe qu'un organique. Cependant toutes ces manifestations ne sont pas purement sympathiques et fonctionnelles et la souffrance des plexus abdominaux est parfois le premier indice d'une lésion organique. On peut rencontrer ces troubles au cours de l'appendicite, d'une ptose viscérale, d'une cholécystite et dans notre cas particulier d'un néoplasme.

L'erreur est plus fréquente qu'on ne pense. Un cas rapporté par Mathieu est significatif.

Un femme de 46 ans, dyspeptique ancienne, présentait des paroxysmes douloureux plus violents depuis deux ans dans la région gastrique. Un maître de la pathologie nerveuse diagnostiqua une dyspepsie nerveuse et ordonna un régime qui amena une amélioration de trois mois. Rechute. Un professeur des maladies d'estomac, consulté alors, trouva de l'hyperchlorhydrie et prescrivit un traitement différent qui amena une amélioration de trois mois encore. Les accidents ayant reparu, nouvel appel à un spécialiste des voies digestives qui découvrit après examen du chimisme gastrique de l'hypochlorhydrie cette fois-ci. Un maître de la pathologie digestive fit ensuite derechef le diagnostic d'affection nerveuse et obtint une amélioration de trois mois.

Enfin, nouvelle rechute et constatation sans appel d'une masse abdominale dans l'hypocondre gauche que la radioscopie montra être un néoplasme du côlon gauche.

J'ai observé un cas analogue.

Une femme de 50 ans maigrissait depuis plus d'un an malgré un excellent appétit. La radioscopie fut négative même répétée plusieurs fois. D'autre part, elle présentait un magnifique syndrome solaire. C'était une personne s'analysant beaucoup et décrivant avec beaucoup de minutie les signes subjectifs les plus ténus. Cette symptomatologie luxuriante, ces discours abondants, un nervosisme très marqué joint à cette absence de symptôme radiologique, imposaient le diagnostic de névrose digestive, je n'y manquai pas ainsi qu'un maître en pathologie digestive dont j'avais demandé l'avis.

Or, huit jours après une nouvelle radio qui n'avait encore rien révélé, la palpation de l'abdomen permit de sentir une grosse masse attenant à la partie gauche du transverse. En passant en revue, comme il convient, les conditions de cette erreur, nous pouvons nous reprocher d'avoir considéré trop vite comme névropathique un syndrome solaire survenant chez une personne âgée avec un amaigrissement progressif. Nous aurions dû penser au néoplasme malgré la radio négative plusieurs fois et malgré la conservation de l'appétit.

Il faut donc bien connaître ce retentissment gastrique des affections intestinales, ces réflexes colico-gastriques et, surtout, ces signes de souffrance des plexus qui peuvent même modifier le chimisme de l'estomac. Sans vouloir trop insister sur ce dernier point, il semble que ce soient surtout les lésions néoplasiques du côlon droit et du transverse qui s'accompagnent d'iritations du plexus solaire, le côlon gauche causant plutôt des désordres du transit intestinal que nous allons maintenant étudier.

Troubles de la traversée et de la digestion intestinale. — Il est classique de dire que la constipation est la plupart du temps le symptôme initial d'un cancer du gros intestin. C'est vrai. Mais si cette constipation rebelle survenant chez une personne de cinquante ans éveille l'idée d'un néoplasme, il faut savoir qu'elle manque souvent et que l'erreur de diagnostic sera plutôt la conséquence de l'interprétation erronée d'une diarrhée. Cette diarrhée est rebelle, résistant au traitement et au régime, souvent muqueuse, glaireuse, parfois dysentérique. Il faut insister sur les faux besoins de défécation avec émissions de glaires sanglantes ou non. Cette diarrhée peut être paroxystique survenant après des douleurs en barre de réaction colique et accompagnée de vomissements.

Ces troubles intestinaux sont surtout l'apanage des néoplasmes du côlon gauche, du côlon sigmoïdien. Un fait important est l'existence de douleur paroxystique dans la région lésée lors de la défécation.

J'ai observé un malade soigné pendant plusieurs mois pour une entérite glaireuse avec fièvre légère. Il avait une dizaine de selles par jour ayant tous les caractères de la selle d'entérite et réellement le diagnostic semblait bien assis, jusqu'à la constatation d'une masse dure et irrégulière dans l'hypocondre gauche. Le seul symptôme en faveur du néoplasme était le caractère fixe de la douleur et une épreinte à la défécation à l'endroit précis où se rencontra la masse tumorale.

***

En schématisant nous pouvons donc dire que bien avant la perception de symptômes physiques (syndrome d'occlusion subaiguë, tumeur palpable) existent dans les néoplasmes coliques des symptômes fonctionnels, difficiles d'interprétation, mais qui traduisent la souffrance de l'abdomen au début d'une évolution tumorale : ce sont les signes d'irritation solaire et les modifications des selles, les premiers plutôt dus au côlon droit ou transverse, les seconds à l'atteinte colique gauche. Dans une seconde étape, les néoplasmes du côlon droit et du transverse déterminent une tumeur : ceux du côlon gauche et sigmoïdien évoluent vers l'occlusion.

***

C'est ici que nous retrouvons l'importance des phénomènes généraux dont nous avons parlé au début de cette étude : l'inappétence et l'amaigrissement, lesquels joints aux symptômes fonctionnels ci-dessus, vont constituer le premier faisceau de probabilités.

Pouvons-nous y joindre autre chose ?

Classiquement la recherche du sang et la radio.

Une hémorragie abondante de sang noirâtre accompagnée de troubles colitiques a une grande valeur mais est rarement rencontrée. Par contre, il faut se garder d'attribuer une trop grande importance à la recherche de l'hémorragie occulte par les méthodes chimiques. Il s'agit de réactions trop sensibles entachées de nombreuses causes d'erreur et à partir desquelles on ne peut rien conclure.

La radio est souvent décevante au début et donne rarement un résultat définitif. Il faut avoir recours à plusieurs examens, vérifier la permanence de l'image pathologique et il est rare qu'elle puisse fournir une affirmation sans réplique au moment où le diagnostic hésite. C'est cependant à elle qu'il faudra demander confirmation ou négation.

***

Quelles conclusions pratiques pouvons-nous tirer de ce qui précède ?

D'abord de ne pas traiter de névropathe un sujet qui présente pour la première fois un syndrome solaire après cinquante ans. Quand un sympathique abdominal est détraqué, il manifeste ce désordre aux premiers temps de la vie de l'adulte : un *syndrome solaire tardif doit toujours éveiller l'idée d'une lésion organique abdominale.*

Pouvons-nous séparer le trouble fonctionnel du désordre organique ? Jacquet propose la méthode suivante pour distinguer la solarite purement fonctionnelle de la solarite à base organique : mettre le malade au lit, en position strictement horizontale et de la chaleur sur le creux épigastrique pendant huit jours : « Si la solarite persiste on peut affirmer une épine organique qu'il s'agit de déterminer ». Ne pas se contenter en tout cas du diagnostic facile de névropathe qui conduit à des catastrophes.

Considérer une diarrhée ou une fausse diarrhée rebelle au traitement comme un symptôme souvent révélateur chez un malade relativement âgé d'un néoplasme des côlons.

***

Nous avons cherché simplement si quelques symptômes au début des néoplasmes coliques pouvaient par leur réunion faire naître une impression que l'on pourra chercher à confirmer ou à infirmer pour éviter la méconnaissance prolongée d'un état dont la révélation tardive sera un arrêt de mort pour le malade et une blessure pour l'amour-propre du clinicien.

BIBLIOGRAPHIE

Danton, par HERMANN WENDEL. Traduction française par PAUL BOREL. Préface de PIERRE CARON. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 8 gravures hors texte : 30 francs, Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Comme le dit dans sa préface M. Pierre Caron, secrétaire de la Société de l'histoire de la Révolution française : « M. Hermann Wendel, qui a tenu au Reichstag avant 1914, comme député de Freiberg en Saxe, une place de premier plan dans le groupe social-démocrate, jouit en Allemagne d'une réputation que lui ont méritée ses talents d'écrivain et de publiciste. C'est un esprit très averti, très cultivé et l'un des Allemands qui sont le mieux informés des choses de France. Dans ses articles très goûtés de la *Gazette de Francfort*, il traite fréquemment des sujets empruntés à notre histoire et à notre littérature.

Intenté il y a près de cent quarante ans, et terminé comme ont sait, le procès de Danton n'est pas encore jugé ou du moins le jugement qu'il appelle n'est pas encore unanimement accepté. L'homme est son rôle restent discutés et, par cela même, attirants. Rien d'étonnant à ce qu'ils aient, après bien d'autres plumes françaises ou étrangères tenté celle de M. Wendel. Il a traité son sujet en historien. Il a su se renseigner et il sait exposer. Son *Danton* est un livre solide, vivant et sain. Il enrichit notre littérature historique d'une vue du dehors, et lorsque comme celui-ci ils sont clairs, ces regards jetés sur notre passé par des yeux qui n'ont pas absolument la conformation des nôtres, nous aident à raisonner nos jugements. »

La principale caractéristique de cette très originale biographie de Danton et que son auteur, ayant joué lui-même un rôle important dans la Révolution allemande de 1919, sait comprendre et exprimer magistralement la psychologie révolutionnaire.

Histoire de l'alimentation végétale depuis la préhistoire jusqu'à nos jours, par le Dr A. MAURIZIO. Traduit par le Dr F. GIDON, professeur à l'Université de Caen. Un vol. in-8 de 672 pages, de la Bibliothèque scientifique, avec 82 figures : 60 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'ouvrage du Professeur Maurizio est l'histoire des plantes alimentaires depuis le jour où l'homme préhistorique s'est aperçu de la valeur nutritive de certains végétaux jusqu'à nos jours, à l'époque du développement formidable de la culture des céréales et des légumes.

Le Professeur Maurizio est le plus grand spécialiste du sujet. Son livre est d'un intérêt capital à l'heure actuelle, où les besoins et les possibilités alimentaires de chaque peuple, la production et la répartition des produits de la terre contituent le problème essentiel des diverses économies nationales et de l'économie mondiale.

L'édition française a été préparée avec le plus grand soin par le savant professeur à l'Université de Caen, le Dr F. Gidon.

Œuvres choisies de Walter Scott. Notices et annotations, par G. ROTH. Un vol. in-16, broché : 12 francs ; relié mouton : 28 francs. (Collection Pallas. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

Au moment où l'Ecosse et toute l'Europe littéraire vont célébrer le centenaire de Walter Scott, c'est un devoir de reconnaissance fort agréable à remplir de relire, commodément réunies en un petit volume, les scènes les plus émouvantes et les plus pittoresques qui ont charmé et enthousiasmé plusieurs générations.

Walter Scott, est considéré à juste titre comme le créateur du roman historique. Tout le mouvement « archéologique » du romantisme procède de lui. Ses descriptions de châteaux-forts, de tournois, ses évocations de scènes de la Renaissance ou du dix-septième et du dix-huitième siècles, mirent en branle l'imagination et la plume de Victor Hugo, de Mérimée, d'Alexandre Dumas, du Balzac des Chouans, du Vigny de Cinq-Mars, pour ne nommer que les plus grands écrivains du genre.

L'auteur de cette Anthologie s'est efforcé de représenter sous leurs aspects les plus variés, les puissantes évocations du « Père du roman historique » européen, en les dégageant adroitement des longs récits un peu prolixes dont notre goût moderne risquerait de se montrer impatient. Des analyses sommaires permettent de suivre l'intrigue et de replacer dans l'ensemble les chapitres ainsi choisis.

On ne lira pas non plus sans un très vif intérêt la biographie de Walter Scott où le romanesque se mêle à une activité intellectuelle extraordinaire.

L'Intuition délirante par R. TARGOWLA et J. DUBLINEAU. Un volume de 316 pages, 1931 : 35 francs Editions médicales N. Maloine 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-6e

Ce livre aborde un problème neuf, tant au point de vue de la psychologie générale que de la pathologie mentale.

Pour le médecin, il constitue la monographie clinique, minutieuse et complète, d'un symptôme à peu près méconnu jusqu'à présent en neuropsychiatrie. Eclairée par plus de soixante observations cette description met en évidence les caractères précis du symptôme « intuition », la place importante qu'il occupe dans la séméiologie des troubles psychiques et son rôle dans les réactions des malades. En outre, la voie nouvelle que cet ouvrage ouvre en psycho-pathologie permet de mieux comprendre le mécanisme intime de certaines manifestations mentales telles que les hallucinations psychiques, les interprétations délirantes, les idées fixes, etc. Il fait aussi entrevoir les modifications qui devront être apportées aux conceptions classiques des délires lesquelles ne tiennent à peu près aucun compte de la pensée intuitive.

La Sainte-Chapelle et la Conciergerie, par François GÉBELIN. Un volume in-8 (20×13), 50 gravures et 3 plans. Broché 7 fr. 50 H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe).

Rédigé par M. François Gébelin, bibliothécaire de la Cour de Cassation, un volume vient de paraître sur *La Sainte-Chapelle et la Conciergerie* dans l'excellente collection des *Petites monographies des grands édifices de la France*.

La Sainte-Chapelle se présentant (à quelques reprises postérieures près) comme une création réalisée d'un seul jet à une date connue, M. Gébelin s'est efforcé de situer l'édifice dans l'histoire générale de l'art français.

L'analyse du monument à laquelle il a procédé dans ce but l'a conduit à relever en tous domaines les manifestations d'une évolution puissamment créatrice. Qu'on étudie son architecture, son décor sculpté, ses images taillées, ses vitraux, *La Sainte-Chapelle* apparaît toujours en avance sur les productions contemporaines. De ce fait elle occupe dans l'histoire de l'art une place dont l'importance est mise en lumière par le travail de M. Gébelin.

Au passage, l'auteur apporte à l'étude archéologique du monument de multiples précisions de détail, et il ouvre des vues nouvelles, sur certains points d'intérêt général, notamment sur la signification iconographique des vitraux.

Le volume — dont le texte est éclairé par une abondante illustration — se termine par quelques pages où M. Gébelin s'est appliqué à dégager de la confrontation des textes et du monument ce que nous pouvons aujourd'hui savoir sur les parties anciennes de la Conciergerie.

Le Cardinal de Richelieu et les femmes, par Maximin DELOCHE. 1 vol. Prix : 13 fr. 50. Editions Emile-Paul, Paris.

Voilà un titre de roman. C'en est un, en effet, par son côté de psychologie raffinée, bien qu'il ne s'écarte jamais de la vérité historique scrupuleuse à laquelle l'auteur n'a jamais failli, dans ses nombreuses études sur Richelieu, bien connues des dilettantes du XVIIe siècle, et qui font autorité. Cette fois, il a étudié sans passion comme sans parti pris son personnage de prédilection sous son côté à la fois le plus humain et le plus piquant. Le grand ministre de Louis XIII a été aussi un grand et incomparable séducteur. L'ouvrage nous révèle les origines de cette maîtrise donjuanesque. Richelieu l'a due à sa nature essentiellement féminine, un héritage maternel, ce qui vient à l'encontre de toutes les idées reçues jusqu'ici. Une volonté de fer, puisée dans l'atavisme paternel a su utiliser, au mieux des desseins politiques, cet arsenal diplomatique qui semble réservé à la femme. Les maîtresses de tous les rangs, qui lui ont été attribuées, défilent ici. Au centre, rayonne la plus connue, Marion Delorme, la célèbre amoureuse du grand siècle. Son intrigue avec Richelieu est indéniable, mais elle a eu un caractère tout spécial. Elle a été d'ordre purement politique et le roi Louis XIII lui-même, malgré sa pudibonderie, ou plutôt à cause d'elle, y a joué un rôle de premier plan. Il ne fallait pas moins que la perspicacité avisée de l'auteur et sa connaissance intime du milieu pour en démêler l'écheveau embrouillé ; il l'a fait avec tact. Des illustrations illuminent ces pages ; portraits inédits de Suzanne de la Porte, la mère du Cardinal de Richelieu, et de Madame Claude Bouthillier, les premières amours chastes et idylliques de sa jeunesse d'étudiant. C'est un chapitre d'histoire, amusant en même temps que vrai, plein de vues toutes nouvelles et de surprises.

VARIÉTÉS

Du « Degré de certitude de la Médecine » d'après Cabanis

(*suite*) [1]

Par le Dr Constant HILLEMAND

Parvenu à la 6e Objection qui est l'une des plus graves que l'on ait forgé à l'appui de la prétendue incertitude de notre art, Cabanis s'étend longuement sur son exposé avant de chercher à la réfuter :

« Si » répète-t-il après les critiques dont il se fait momentanément l'écho, « la médecine avait des bases solides, sa théorie serait la même dans tous les temps ; sa pratique surtout ne changerait pas d'un siècle à l'autre ; les médecins anciens et modernes, ceux de tous les pays, ceux de toutes les écoles, seraient d'accord, du moins, sur les points importants. Mais qu'on parcourt l'histoire de leurs opinions : quelle diversité dans les vues ! quelle opposition dans les plans de traitement ! (I, 418)... Les écrivains de médecine sont divisés sur les principes : les praticiens le sont sur les plans de traitement. On voit les systèmes, renversés les uns par les autres, se succéder avec rapidité : on voit les méthodes curatives subir les mêmes variations. C'est du moins ce qu'on croit apercevoir au premier coup d'œil, quand on compare les prétentions et les récits de toutes les différentes sectes. Des artistes qui ne seraient d'accord ni sur les généralités fondamentales de leur art, ni sur la manière d'en faire l'application, pourraient, il faut en convenir, inspirer quelque défiance à des juges peu crédules. S'il est vrai, le plus souvent, que, lorsque Hippocrate dit *oui*, Galien dise *non*, n'est-on pas en droit de présumer que les règles d'après lesquelles, ils observent et jugent, n'ont aucune base commune aux bons esprits ; que par conséquent, elles sont, de part et d'autre, suivant toutes les apparences, également futiles et vaines ? » (I, 486).

A ce formidable réquisitoire, il oppose une plaidoirie qui n'est pas dépourvue de valeur, mais qui n'entraîne pas la conviction parce qu'elle s'oublie à nier, contre l'évidence, ce qu'elle est incapable de justifier. Il relève d'abord — que les contradictions reprochées aux médecins sont souvent plus apparentes que réelles, étant dues, dans bon nombre de cas, au vague des dénominations reçues, à l'ambiguité des termes dont ils se servent sans prendre la précaution de les définir rigoureusement (I, 492) ; — qu'elles sont trop fréquemment aggravées par l'intervention de sentiments personnels (amour-propre, jalousie, etc.), qui ne tiennent pas spécialement à l'art médical et qui ne prouvent pas plus contre la légitimité de son crédit que des manœuvres discordantes, inspirées, par de misérables rivalités de personnes, à des généraux chargés d'exécuter le plan de leur généralissime, ne prouvent contre la valeur inhérente à la technique de l'art militaire ; — enfin que deux médecins n'ont pas forcément tort quand ils préconisent des plans de traitements différents, puisqu'il arrive à l'économie d'avoir heureusement recours spontanément à des modes de réaction dissemblables pour aboutir à la guérison (I, 496, 500) : « quand deux médecins adoptent des vues contradictoires, quand ils conseillent des remèdes d'un genre différent, vous en concluez très mal que l'un d'eux est nécessairement dans l'erreur. En restant opposés, ils peuvent avoir également raison; ils peuvent suivre des routes diverses pour arriver au même but. Leur unanimité ne prouverait pas qu'ils se conduisent bien ; leur opposition ne prouve pas qu'ils s'égarent », car la nature elle-même emploie souvent des moyens différents « pour changer l'état morbifique et ramener la santé »..., la crise qui ne peut s'accomplir par un émonctoire, la nature la tente souvent par un autre ; elle fait par les sueurs ce qu'elle n'a pu faire par les selles ou par les urines. Il n'est aucun genre d'évacuation qui ne puisse être suppléé ; il n'en est aucun qui ne puisse être mis à la place de tout autre, quel qu'il soit... La nature peut donc employer presque toujours plusieurs méthodes différentes en tout point »..., il est donc « certain, par conséquent, que les médecins peuvent, sans cesser d'imiter la nature, suivre des indications assez variées, et se tracer différents plans de curation... ; chaque médecin, plein des objets qu'il a vus et vérifiés lui-même, se confiant avec raison, dans les remèdes dont il a constaté les bons effets, emploie de préférence ces remèdes, toutes les fois qu'il retrouve des cas semblables. Cette conduite n'est pas seulement très naturelle ; elle est aussi la plus raisonnable et la plus utile. Personne, sans doute, n'est en droit de penser que le moyen qu'il conseille soit le seul, ou le meilleur : mais quand il l'a vu réussir souvent, quand il en connaît, par sa propre expérience, les indications et l'emploi, c'est le meilleur pour lui ; c'est quelquefois le seul auquel il puisse s'en rapporter. » (I, 495 à 499).

Mais après avoir réussi à dissocier ainsi le faisceau des griefs articulés contre la certitude de notre Art par ses négateurs, il se met dans son tort en s'aventurant à nier purement et simplement, au lieu de se borner à discuter leur interprétation, les exemples historiques invoqués contre l'existence d'aucune certitude en médecine et résumés par lui en 6 pages : « On peut nier », prétend-il, p. 490 « que la pratique ait en effet changé d'un siècle à l'autre ..., que les vues des bons praticiens diffèrent essentiellement » et soutenir « que, malgré le ton décisif dont on affirme le contraire, la pratique de tous les siècles est au fond, la même..., que la puissance de l'art s'est toujours exercée par les mêmes moyens ..., que la pratique des bons médecins est uniforme dans tous les siècles et dans tous les pays ... En un mot, il n'est aucune maladie douée d'un génie constant que la saine pratique ne traite aujourd'hui par les mêmes remèdes, ou du moins par des remèdes du même genre qu'autrefois » (I, 493).

Son enthousiasme et son amour pour la médecine, son désir passionné de la réhabiliter aux yeux du lecteur, l'entraînent ici trop loin, en le conduisant à nier des faits qu'il sera obligé de rétablir lorsqu'il rédigera son Histoire des Révolutions de l'Art médical, — tant il est vrai que le sentiment, fut-il généreux, fausse presque toujours le fonctionnement de l'intelligence, pour peu qu'elle se laisse dominer par lui.

Beaucoup plus mesurée et mieux fondée est son attitude à l'égard de ceux qui dénient toute certitude à la médecine sous prétexte qu'elle ne comporte pas de précision rigoureuse, comparable à celle des mathématiques. Parmi eux, confesse-t-il, se rencontrent assurément des médecins, mais aucun praticien recommandable : « ce sont ou des spéculateurs dévoués aux sciences exactes, souvent étrangers à toute pratique, ou des hommes sans tact que des malheurs constants en ont dégoûtés avec raison. Ceux-ci voyant que leur médecine ne réussit pas, et sentant qu'elle est vague et sans base, n'imaginent point qu'il en puisse exister une dont les règles soient fondées, dont l'exercice puisse être véritablement utile : ceux-là ne lui trouvant pas la marche précise du calcul, ni ces formes rigoureuses qui sont, à leur avis, le seul *critérium* de la vérité, nient que l'application des remèdes puisse jamais acquérir une certitude plausible ; sans songer que *chaque science a son genre de preuves*, et que si l'homme avait toujours réellement besoin de celles qu'ils exigent (Pitcairn et ses disciples, s'inspirant du matérialisme mathématique) pour se décider, il resterait éternellement dans le doute et l'inaction, relativement aux choses les plus communes de la vie. » (I, 503).

Il s'attache alors à démontrer avec beaucoup de sens que : pour ne pas avoir la précision des mathématiques, la médecine ne manque pas d'éléments de certitude ; que, pour ne pas être aussi assurée que celle du calculateur, du géomètre, la marche du médecin a cependant pour conductrices des méthodes qui sont excellentes, sinon infaillibles : l'observation simple, l'observation comparée etc...

« Sans chercher », dit-il « à prouver encore que ... tous les objets de la médecine peuvent être soumis aux sens, que

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 2, 9 janvier 1932, p. 66.

ses principes résultent directement des faits recueillis par l'expérience, je prie le lecteur d'observer, à l'égard des difficultés qui se rencontrent dans l'application de ces principes ou des doutes dont leurs conséquences sont obscurcies, qu'avant d'en rien conclure contre la médecine, il serait convenable d'examiner si les autres arts sont, en effet, susceptibles de cette marche précise et mathématique, de ces certitudes rigoureuses qu'on lui reproche de ne pas offrir. — Avec des tables de logarithmes, l'homme le plus borné fait des calculs dont il ignore absolument le mécanisme. Son travail ne demande ni esprit, ni connaissances, ni réflexion : le succès ne dépend jamais du talent ; il ne faut que la connaissance de la formule. Quand on dit que les principes de *notre art* sont incertains, veut-on dire qu'ils n'ont pas ce genre de certitude ? Quand on dit qu'ils sont d'une application difficile, veut-on dire que, pour la faire constamment avec succès, il ne suffit pas de placer les données du problème à côté d'une table qui nous offre sa solution toute trouvée ? Je suis très éloigné de penser que la connaissance particulière des maladies, ou celle de l'effet des remèdes, puisse être portée jusqu'au degré de précision qui caractérise les certitudes du calcul ; je prétends encore moins que le pronostic soit susceptible de cette même précision, en quelque sorte purement intellectuelle. Tout ce qui tient *à la pratique* de la médecine exige assurément beaucoup d'opérations d'un genre très différent de celles qu'une simple formule suffit pour faire bien exécuter. Ni les inventeurs qui se sont ouvert de nouvelles routes, ni les esprits philosophiques qui ont pris soin d'ordonner leurs observations en corps de doctrine, malgré les travaux importants dont nous sommes redevables aux uns et aux autres, ne peuvent véritablement que diriger le praticien dans ses recherches, en mieux circonscrire à ses yeux les objets, fortifier son expérience de celle des siècles précédents : et peut être a-t-il besoin d'autant de talent pour bien se servir de leurs résultats, qu'eux-mêmes pour les trouver (I, 478 ... La certitude rigoureuse, en prenant ce mot dans son acception la plus absolue, appartient exclusivemen aux objets de pure spéculation : *dans la pratique, il faut se contenter d'approximations plus ou moins exactes, que par cette raison on pourrait appeler certitudes pratiques.* Il faut s'en contenter parce que ce sont les seules auxquelles la nature nous permette d'arriver, et parce qu'elles suffisent à l'espèce humaine pour assurer sa conservation et son bien-être. S'il n'en était pas ainsi, non seulement l'homme n'eut pu tenter aucun des travaux qui multiplient ses jouissances, mais, dès longtemps, il n'existerait plus sur la face de la terre. — En médecine, tout ou presque tout dépendant du coup d'œil et d'un heureux instinct, les certitudes se trouvent plutôt dans les sensations mêmes de l'artiste, que dans les principes de l'art. Celui qui n'a point vu les objets ne se fait aucune idée des preuves que fournit leur observation : celui qui n'y porte que des organes inattentifs, ou peu sensibles, s'en fait des idées imparfaites et trompeuses. De là, l'on peut juger facilement pourquoi des médecins purement géomètres ou spéculateurs, pourquoi aussi quelques praticiens malheureux, se sont élevés de bonne foi contre la médecine. Ces derniers se trouvent à peu près dans le cas des philosophes qui, d'après la seule lecture de nos écrivains » (médicaux), « ont cru pouvoir se prononcer sur les plus secrets mystères de la nature » (I, 505).

Et ici, Cabanis ne se gène pas pour railler l'inconséquence de ces esprits forts (du XVIII[e] siècle) qui, d'un côté, se refusaient à admettre aucun plan dans l'univers et qui, de l'autre, accordaient à Madame ou Mademoiselle Nature, le privilège de la prévoyance et de la puissance dans le domaine médical : « des hommes de lettres », ironise-t-il, « dont les vues hardies avaient attaqué tous les préjugés, propageaient » cette manière de voir (sur le caractère chimérique de la médecine) « avec d'autant plus d'empressement qu'*ils s'étaient peut-être trop habitués à prendre l'incrédulité pour de la philosophie.* Tous ceux qui voulaient passer pour être, comme eux, au-dessus de toutes les superstitions, se croyaient obligés, en conscience, à répéter dans le monde les raisonnements de Montaigne, les plaisanteries de Molière, ou les boutades de J.-J. Rousseau. *On entendait dire et redire chaque jour qu'il faut s'en rapporter, pour la guérison des maladies, à la nature prévoyante et sage, par ceux même qui ne lui reconnaissaient ni prévoyance, ni plan raisonné.* Ceux qui niaient absolument toutes les causes finales, qui considéraient l'existence humaine comme l'effet de hasards successifs ou du lent apprentissage de chaque organe, croyaient en même temps impossible de rien ajouter à ces hasards par des combinaisons réfléchies, de perfectionner cet apprentissage par des essais fondés sur l'observation » (I, 507).

Passant aux médecins qui traitent leur « profession de charlatanerie, les connaissances qu'elle exige de frivole étalage, ses devoirs de vaines simagrées » et qui, cependant, au lieu de l'abandonner continuent à l'exercer, il souligne que « le but unique de » leur « manège est d'attirer ... l' « attention » des hommes « par des opinions singulières, de leur imposer par le mépris même qu'on témoigne pour leur jugement » (I, 508).

Reste la septième et dernière Objection dressée à l'encontre de la possibilité d'acquérir aucune certitude en médecine et dont il donne ce résumé : « quand les forces vivantes, la nature des maladies, leurs causes et les circonstances qui peuvent les modifier dans leur cours, nous seraient mieux connues, quand il serait possible de donner aux principes de l'art plus de certitude, au tableau de tous les cas des traits plus distincts et plus frappants ; quand on pourrait déterminer avec précision les effets de toutes les substances qui sont employées comme remèdes, et qui doivent être regardées comme des espèces de poisons, puisqu'elles n'agissent qu'en invertissant l'ordre des mouvements naturels ; quand tous les écrivains de théorie et de pratique, seraient d'accord entre eux, ou ne différeraient que sur des points de peu d'importance ; quand la pratique n'exciterait pas chaque jour une foule d'indécentes contestations ; quand enfin, il serait vrai qu'il existe une médecine, et qu'elle a les mêmes bases que toutes les autres sciences : son exercice demanderait encore tant de connaissances diverses, tant de sagacité, tant d'attention, tant de grandes qualités morales réunies, qu'elle resterait à la portée de très peu d'hommes, et que, par cela seul, elle devrait être regardée comme n'existant pas, ou plutôt comme une arme dangereuse, mise entre les mains de l'ignorance et du charlatanisme » (I, 425).

Cabanis eut pu, semble-t-il, faire valoir immédiatement que, si la médecine est vraiment « une arme dangereuse mise entre les mains » de ceux qui sont appelés à l'exercer, du moins est-il possible d'obtenir que ces mains ne soient pas celles d'ignorants et de charlatans, mais celles d'hommes consciencieux et compétents, dressés par une solide culture technique et morale à se servir prudemment de l'instrument à leur disposition, à ne l'employer qu'à bon escient.

Il a préféré cependant, au risque de paraître se dérober, aborder de biais la discussion de cette objection, de la façon suivante : « ce n'est pas » avance-t-il « sous le point de vue » considéré ci-dessus « qu'il faut envisager la question »(I, 511), mais sous cet autre que « l'homme souffrant, veut être soulagé », qu'on chercherait vainement à détruire ce penchant, qu'il espère invinciblement l'être en s'adressant à telle ou telle des personnes qui passent pour savoir « employer les remèdes » propres à combattre les diverses affections ; que, dès lors, le problème se ramène à décider s'il est préférable de mettre à la disposition des malades, des élèves sortis des Ecoles du Gouvernement ou de les laisser confier le soin de leur santé et de leur vie à des jongleurs n'offrant aucune garantie de savoir et de probité.

Il n'hésite pas à conclure que la Société doit protéger les patients contre l'affaiblissement, l'affaissement intellectuel et la crédulité qu'entraînent généralement la souffrance, la fièvre, etc..... « Qui ne connaît » dit-il « les troubles de l'esprit, la faiblesse et la crédulité des malades ? qui ne sait avec quelle assurance présomptueuse chacun se mêle de leur conseiller son remède, *sans connaître ni la maladie, ni le remède lui-même* ? Vous avez vu, sans doute, de ces malheureux dont les amis, les connaissances, les voisins, les voisines, s'emparaient tour à tour, et qui n'avaient rendu mortelles des maladies guérissables par le repos et la diète, que pour n'avoir pas eu la force de résister aux importunités, aux menaces, aux promesses, et surtout à ces récits de cures merveilleuses dont la drogue est

toujours enveloppée . Or, est-il personne qui puisse se promettre d'avoir toujours cette force ? Dans les moments où les organes ne sont plus en équilibre, croit-on que le jugement conserve le sien ? La tête s'affaiblit avec les fonctions vitales et par les mêmes causes : elle s'égare souvent d'une manière complète, bien longtemps avant leur abolition, et même sans qu'elles paraissent sensiblement altérées. Une maladie légère peut rendre l'homme le plus sage entièrement incapable de raisonner : le délire le met au-dessous d'un enfant. Dans le premier cas, ceux qui l'entourent le font vouloir ; dans le second, ils veulent à sa place. Plus les circonstances deviennent alarmantes, et plus les avis deviennent tumultueux, précipités, incertains : plus les secours exigent de prudence, et pluson les multiplie sans ordre et sans objet précis. Pour sauver le patient de tant de déterminations aveugles, vacillantes, contradictoires, il faut une autorité qui captive sa confiance, qui puisse imposer à tout ce qui l'approche, confondre l'ignorance par l'ascendant des lumières, donner au traitement un esprit méthodique, et de l'unité : il faut quelqu'un qui ordonne, afin que tout le monde ne veuille pas ordonner à la fois : Voilà le véritable rôle du médecin ; voilà ce qu'on ne peut attendre que de lui : de sorte que, s'il fait peu de bien, il prévient beaucoup de mal ; et que même fit-il quelque mal de son chef, il en empêcherait encore davantage : amis ou ennemis de la médecine, c'est sans doute ce que personne n'osera nier » (I, 514).

Malheureusement, Cabanis est à ce point dominé, en matière d'enseignement, par la mystique de l'Etatisme, propre à son siècle et au nôtre, qu'il ne semble pas même entrevoir la possibilité , l'éventualité de la fondation d'Ecoles ou de Facultés, ou d'Universités libres, indépendantes du pouvoir politique (comme il en existe présentement aux Etats-Unis), capables de livrer à la circulation des médecins instruits et pénétrés de leurs devoirs, qui n'auraient pas de peine à s'avérer supérieurs intellectuellement et moralement aux produits des Universités de l'Etat, surtout lorsque cet Etat, d'inspiration démocratique, repose sur un suffrage universel égalitaire et niveleur, et, par suite, est presque fatalement voué à rouler plus ou moins rapidement dans la fange démagogique, comme nous le voyons, de nos jours, en Europe ou les Etats démocratico-radicalo-socialistes en sont arrivés presque tous à salir et à corrompre tout ce qu'ils touchent.

En faveur de la Médecine officielle, il plaide qu'elle rend, dès maintenant, d'importants services ; que « malgré les vices presque universels de son enseignement ; malgré l'imperfection de sa pratique. . . ; malgré les obstacles de toute espèce qui s'opposent à ses progrès : les esprits justes, après un examen plus réfléchi, sont forcés de reconnaître son utilité réelle, même dans les suppositions les moins favorables à sa cause » ; que, d'ailleurs, elle ne cesse de progresser, de se perfectionner, que « le temps et l'observation l'ont agrandie et cultivée » ; qu'ils « ont déjà porté la lumière dans une foule d'objets qui n'en paraissaient pas susceptibles » ; « qu'ils ont soumis à l'analyse ce qui semblait s'y refuser » (I, 515).

Cela semble assez exact, mais en démontrant qu'une organisation étatiste de la médecine est encore préférable à l'absence de toute organisation, ne prouve nullement qu'elle soit supérieure à une médecine enseignée par des Facultés autonomes, soustraites à l'ingérence du pouvoir temporel.

A l'occasion de ces progrès réalisés par la Médecine officielle, en dépit des imperfectioons de son enseignement et de sa pratique, Cabanis, devançant l'auteur du « Tableau des progrès de l'Esprit humain » n'hésite pas à écrire ces lignes qui témoignent de sa foi en l'avenir de notre art : « Quelles bornes oserait-on prescrire à des découvertes dont les sujets sont placés sous nos yeux, dont le but nous touche immédiatement, et pour lesquelles il suffit de nos sens bien dirigés ? Qui pourrait dire : « L'esprit de l'homme ira jusque-là ; il ne passera pas outre ? » Sans doute « la mesure de ses sensations est celle de sa perfectibilité : mais qui la connaît, cette mesure ? qui sait jusqu'à quel point les sensations peuvent être perfectionnées elles-mêmes ? »

Et après avoir formulé ces dernières réflexions qu'A. Comte aurait eu profit à prendre en considération, il s'attache à démontrer que « plus nous savons et plus nous avons de moyens d'apprendre. Nos espérances et notre ambition peuvent embrasser en quelque sorte l'infini. Et si » (comme il n'en doute pas) « l'on parvient à perfectionner les méthodes qui soulagent la mémoire ; si, à mesure que nos connaissances se multiplient, nous savons les rattacher à des résultats qui les renferment toutes véritablement : elles seront aussi étendues que sûres, d'une application aussi aisée que précise ; nous pourrons les avoir toujours à nos ordres, et nous en servir sans effort à tout instant » (I, 516), car « c'est peut-être en médecine que les classifications analytiques sont les plus nécessaires : elles y sont peut-être aussi les plus faciles » . . . . .

Oui, ose-t-il prophétiser, sur le ton d'un enthousiasme communicatif, « avec le véritable esprit d'observation, l'esprit philosophique qui doit y présider, va renaître dans la médecine ; la science va prendre une face nouvelle. On réunira ses fragments épars, pour en former un système simple et fécond comme les lois de la nature. Après avoir parcouru tous les faits ; après les avoir revus, vérifiés, comparés, on les enchaînera , on les rapportera tous à un petit nombre de points fixes ou peu variables. On perfectionnera l'art de les étudier, des les lier entre eux par leurs analogies ou par leurs différences, d'en tirer des règles générales qui ne seront que leur énoncé même, mais plus précis. On simplifiera surtout l'art, plus important et plus difficile de faire l'application de ces règles à la pratique. Alors chaque médecin ne sera pas forcé de se créer ses méthodes et ses instruments, d'oublier ce qu'on apprend dans les écoles, pour chercher dans ses propres sensations ce qu'il demanderait vainement à celles d'autrui ; je veux dire des tableaux non seulement bien circonstanciés et d'une vérité scrupuleuse, mais formant un tout dont les diverses parties soient coordonnées. Alors, il ne sera plus nécessaire que le talent se mette sans cesse à la place de l'art : l'art au contraire, dirigera toujours le talent, le fera naître quelquefois, semblera même en tenir lieu : non que je croie possible de suppléer, par la précision des procédés, à la finesse du tact, et aux combinaisons d'un génie heureux ; mais le tact ne sera plus égaré par des images vagues et incohérentes, ni le génie enchaîné par des règles frivoles et trompeuses ; ils ne rencontreront plus, ni l'un ni l'autre, aucun obstacle à leur entier développement. Alors des esprits médiocres feront peut être avec facilité ce que des esprits éminents ne font aujourd'hui qu'avec peine : et la pratique, dépouillée de tout ce fatras étranger qui l'offusque, se réduisant à des indications simples, distinctes, méthodiques, acquerra toute la certitude que comporte la nature mobile des objets sur lesquels elle s'exerce. » (I, 518).

Il continue par une glorification de la médecine dont l'étude et la pratique développent les sentiments altruistes, l'intelligence et le caractère, ... qui « rend encore » déclare-t-il dans sa Préface de vendémiaire, an VI, un « service essentiel. De même que toutes les autres sciences physiques, de même que les autres arts qui s'appuient sur l'observation délicate de la nature, elle tend directement à dissiper tous les fantômes qui fascinent et tourmentent les imaginations. En accoutumant l'esprit à ne voir dans les faits que les faits eux-mêmes et leurs relations évidentes, elle étouffe dans leur germe beaucoup d'erreurs, qui ne sont dues qu'à des habitudes toutes contraires : elle détruit particulièrement toutes celles qui se trouvent liées à des absurdités physiques, c'est-à-dire presque toutes les croyances superstitieuses ; et, dans ce commerce intime avec la nature, la raison contracte une indépendance, et l'âme une ferm té, qu'on a remarquées dans tous les temps chez les médecins vraiment dignes de ce nom. » (I, 408).

Il a donc pleinement conscience de l'intrication de la médecine avec la psychologie, la sociologie, la philosophie, la politique et la morale, intrication née de la complexité des divers phénomènes, de leurs répercussions réciproques, et dont le débrouillage est particulièrement difficile.

Après s'être défendu d'obéir, dans son appréciation de la médecine et des médecins, « à ce sentiment personnel qui nous exagère presque toujours l'importance des objets auxquels nous avons consacré notre vie » (I, 522), il se livre à un chaud panégyrique de notre corporation, pleinement justifié à l'heure où il écrivait, avant l'importation, dans ses rangs, de la commission clandestine, déjà en usage dans les autres professions (I, 520-529).

Malgré que son éloge appelle aujourd'hui des réserves, en raison des ravages déplorables de la dichotomie qui s'est étendue à la manière d'une ulcération phagédénique, il est loin d'avoir perdu toute sa valeur si l'on veut bien comparer le niveau moyen des médecins de nos jours, non seulement sous le rapport intellectuel où leur supériorité s'avère écrasante, mais encore sous le rapport moral, avec le niveau moyen des politiciens, des journalistes, des avocats, des banquiers, des industriels, des entrepreneurs, des ingénieurs, des architectes, des notaires, des infames mercantis détruisant les denrées alimentaires pour empêcher leurs prix de baisser, de nos héroïques ouvriers métallurgiques empressés à se réfugier dans les usines de guerre et à profiter des embarras du gouvernement de la Défense nationale, pour exiger de lui, avec l'appui de leurs élus, des salaires exorbitants, hors de proportion avec les indemnités allouées aux combattants, etc., etc.....

Ecoutons plutôt ces paroles du maréchal Lyautey, l'illustre continuateur de Faidherbe et du grand Galliéni, rapportées par Henri Bouquet, dans le *Monde médical*, et qui selon sa juste remarque, constituent une citation collective à l'ordre du jour: « J'atteste qu'il n'est pas de profession où j'ai rencontré, plus que chez les médecins, d'âmes généreuses, aimantes et convaincues. En ai-je connu... se donnant tout entiers, faisant le sacrifice total de leur temps et de leur bien-être. Certes l'expansion coloniale a ses rudesses ; elles n'est, certes, ni sans reproche ni sans tare, mais si quelque chose l'ennoblit et la justifie, c'est l'action du médecin comprise comme une mission ou un apostolat ». Quand une profession, » conclut Bouquet « mérite de si beaux éloges, ceux qui l'exercent peuvent marcher la tête haute et ne pas se sentir éclaboussés par les scandales dont on voudrait la rendre responsable et qui ne sont le fait que de quelques égarés. »

Passant alors de la défense à la contre-attaque, Cabanis met en relief la profonde incompétence de la plupart de ceux qui s'érigent en critiques de la médecine et des médecins, et qui, en réalité, « avilissent », leur raison en prononçant sur « ce qu'ils ignorent, qui insultent à toute justice en voulant avilir ceux qu'ils ne sont pas en état de juger. » (I, 519).

Sur ce, il procède, dans son texte de 1788, et dans une longue note surajoutée en l'an VI, à un magistral exposé des devoirs des médecins (vis-à-vis de la science, vis-à-vis des malades, vis-à-vis de la société (I, 522), qui n'a rien perdu de son opportunité et qui mériterait d'être médité par les étudiants, avant leur entrée dans la carrière, et d'être relu par les praticiens aux heures de découragement, de doute ou de révolte.

Finalement, il conseille aux médecins, s'ils veulent goûter le bonheur de vivre : d'écouter, en toute occasion, la voix de Devoir, qui est d'ailleurs celle de l'intérêt bien entendu ; de s'habituer à dédaigner une opinion publique incompétente, et inconsistante, à se creéer « une existence intérieure, indépendante du blâme injuste et des vains applaudissements » (I, 527) ; c'est-à-dire à s'affranchir de la Vanité qui nous place dans la dépendance d'autrui, pour cultiver un légitime Orgueil, fondé sur la conscience des services rendus, et qui sera, pour eux, « le contre-pesant de toutes les misères », si Pascal « n'a pas menti ».

Tel est, en raccourci, le thème développé par Cabanis dans son premier essai.

Sans doute, son plaidoyer en faveur de l'existence d'un degré de certitude suffisant dans le domaine de l'art médical laisse quelque peu à désirer aux yeux des lecteurs du XXe siècle, dressés à ne pas se contenter de déclarations enthousiastes et à réclamer des raisons positives.

Outre que son groupement des objections soulevées par les détracteurs de notre art, prête à la critique sous le rapport de l'ordonnance et de la clarté, les réponses opposées à ces objections sont loin d'être toujours convaincantes, et certaines sont plus propres à développer le scepticisme dont elles se proposent de combattre les effets qu'à le réfréner ; d'aucunes sont d'ordre scholastique et métaphysique, c'est-à-dire sans valeur.

On pourrait donc soutenir, non sans apparence de raison, que le but visé par l'auteur n'a pas été complètement atteint.

Mais pour apprécier équitablement la valeur d'un travail quelconque, convient-il encore de se reporter à l'époque où il fut composé, de le situer dans le milieu social où il a pris naissance.

Si nous appliquons cette règle à l'Essai que nous venons d'analyser, si nous consentons à ce recul prescrit par la saine méthode historique et tant préconisé par A. Comte, nous nous convaincrons aisément que la *Dissertation* de Cabanis, en dépit de ses imperfections, était la meilleure qui put être composée, en un temps — où notre art commençait à peine : d'un côté, à se libérer, de l'emprise du dogmatisme théologico-métaphysique anthropomorphique ou celle du dogmatisme matérialiste ; de l'autre à se dégager du maillot trop serré dans lequel prétendait l'emprisonner un Empirisme étriqué, parce que trop terre à terre, se refusant à accorder sa place légitime à l'intelligence dans la recherche de la vérité, prétendant réduire le cerveau au rôle de simple appareil enregistreur des apparences de la réalité ; — où les défenseurs de la médecine ne pouvaient encore invoquer les merveilleuses découvertes qui l'ont illustrée au XIXe siècle, sous l'impulsion de Cl. Bernard, de Morel, de Pasteur, de Brown-Séquard, de Charcot, de Ch. Bouchard, de Marey, de L. Bard, de Carrel, de Quinton, de F. Widal, etc... pour la France.

Aussi, en nous reportant à la fin du XVIIIe siècle et au commencement du XIXe, souscrirons-nous sans hésitation à ce jugement de Richerand dans la Préface de la 3e édition de l'opuscule de son maître et ami : « il n'est rien que la médecine puisse opposer avec plus d'avantage, aux sarcasmes, aux sophismes, ainsi qu'aux calomnies de ses détracteurs ; rien n'est plus capable de faire sentir aux médecins la dignité de leur ministère et de leur en inspirer l'enthousiasme ».

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 février 1932.

Rapport sur les débits de boissons alcooliques. — ***M. Sieur*** propose à l'Académie de voter les vœux suivants :

1° Que le Parlement, tenant compte des graves dangers que le trop grand nombre de débits de boissons fait courir à la morale, à la santé et à la fortune publiques en favorisant l'alcoolisme dans toutes les classes de la Société, prenne les dispositions necessaires pour limiter le plus possible et dans le plus bref délai le nombre des débits de boissons alcooliques ;

2° Qu'en attendant une nouvelle législation, le Ministre de la Santé publique veuille bien inviter les préfets et les municipalités a appliquer rigoureusement à ces établissements les lois décrets et règlements qui les régissent à l'heure actuelle et a refuser toute ouverture nouvelle de débits ;

3° Qu'il soit défendu de servir dans les débits de quelque nature qu'ils soient des boissons alcooliques à consommer sur place aux enfants au-dessous de seize ans.

Le tout sous sanctions sérieuses et effectives.

Sur l'emploi éventuel, dans la fabrication du chocolat, de la lécithine. — Les chocolatiers désireraient obtenir l'autorisation d'employer de la lecithine extraite de substances végétales, notamment des graines de soja, à très faible dose (0.3 p. 100) dans la fabrication du chocolat.

Il est de principe constant à l'Académie de Médecine de s'opposer à l'adjonction de toutes substances etrangères aux produits alimentaires. Conformément au décret du 19 décembre 1910 qui interdit l'emploi, dans la fabrication des produits de la sucrerie, de la confiserie et de la chocolaterie, des matières colorantes ou des produits chimiques aromatiques autres que ceux dont l'usage est déclaré licite et dont le mode d'emploi est réglementé par arrêtés pris de concert par les ministres de l'Agriculture et de l'Intérieur, les membres de la Commission désignés par l'Académie de Médecine sont d'avis de ne pas accorder l'autorisation demandée par les chocolatiers.

Du traitement de la fièvre exanthématique par le sang total de convalescent de la même maladie. — ***MM. L***

Plazy, Germain, M. Plazy ont, depuis juillet 1931, expérimenté les injections intra-musculaires de sang de convalescents dans le traitement de la fièvre exanthématique.

Ils ont fait en général à chaque malade trois injections de sang (20 cent. cubes chaque jour, trois jours de suite) ; quelquefois deux injections ont suffi ; plus rarement, il a paru nécessaire de prolonger la série jusqu'à quatre et une fois même jusqu'à cinq injections.

L'efficacité de ce traitement semble nettement fonction de sa précocité : l'action la plus favorable s'est manifestée chez les sujets ayant reçu la première injection de sang au quatrième jour de leur maladie ; chez ceux traités aux cinquième, sixième, septième jours l'efficacité décroît et chez ceux traités au huitième jour l'action est à peine appréciable.

Le sang a été prélevé sur les donneurs en pleine convalescence, en général au dix-neuvième jour de la maladie, quelquefois plus tard, au bout d'un ou deux mois.

Une année de traitement de diabète à l'hôpital. — ***M. Marcel Labbé*** — Même bien traité et bien surveillé, le diabétique vit toujours dangereusement et on ne saurait user de trop de soins pour le maintenir en bon état de résistance et pour lutter contre les moindres complications qui peuvent se présenter chez lui. C'est à ce but que tendent les efforts de M. Marcel Labbé dans son service et les résultats qu'il obtient sont bien supérieurs à ceux obtenus il y a quelques années.

Election de deux associés étrangers. Classement des candidats. En première ligne : M. Roux (de Lausanne) et Marinesco (de Bucarest). En deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique :

MM. Aadsen (de Copenhague), Haye (de Rochester), Horquio (de Montévidéo), Sanarelli (de Rome), Sherrington (de Copenhague).

Sont élus : M. Roux (de Lausanne) et Marinesco (de Bucarest.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 janvier 1932

Spirochétose ictérigène mortelle chez un malade porteur d'un cancer latent de l'estomac. — ***MM. Bariéty*** et ***Albeaux-Fernet*** ont observé chez un homme de 66 ans, une spirochétose ictérigène mortelle qui a présenté cliniquement les particularités suivantes : précocité de l'ictère précédant les signes méningés ; diminution du volume du foie après une première phase d'hypertrophie ; élévation persistante de l'azotémie ; fièvre peu élevée ; netteté du syndrome hémorragique (herpès hémorragique, crachats hémoptoïques, hématuries) ; érythème scarlatiniforme.

Anatomiquement, les auteurs soulignent, au niveau du foie, l'intensité du processus hyperplasique ; l'importance des multiplications nucléaires d'ordre beaucoup plus amitotique que caryokinétique ; la discrétion de la dégénérescence graisseuse ; l'état granuleux du chondriome ; les phénomènes d'homogénéisation ; la stase biliaire péri sus-hépatique, l'infiltration perrique périportale.

Au niveau des reins, l'infiltration embryonnaire récente paraît remanier une sclérose plus ancienne.

L'autopsie révélait enfin l'existence d'un carcinome pylorique rosé latent.

Coïncidence de deux cas de zona et d'un cas de varicelle. — ***Chr. Zœller*** et ***R. Sohier*** rapportent l'observation de deux zonas évoluant dans deux salles différentes, respectivement six et huit jours après une varicelle hospitalisée dans le même service, mais isolée dans une chambre éloignée des précédentes. Ils n'ont pas constaté ultérieurement de cas secondaires de zona ou de varicelle. Après avoir envisagé l'hypothèse de porteurs sains de germes, ils insistent sur la part qu'il faut faire au hasard dans l'interprétation des faits épidémiologiques.

Sur l'étiologie des hémorragies digestives. — ***M. Gutmann*** présente un malade suivi depuis 1924 par différents médecins, et venu consulter pour des hémorragies gastro-intestinales abondantes. Après examen à l'écran, on posa le diagnostic d'ulcère du duodénum malgré l'absence totale de douleurs abdominales. L'intervention ne montra qu'une cicatrice blanchâtre sur le bulbe, et une gastro-entérostomie fut cependant pratiquée. Après une notable amélioration, les hémorragies reprirent, nécessitant des hospitalisations successives et des transfusions sanguines. Un nouvel examen radiologique (radiographies en série) permit de discuter le diagnostic d'ulcère préalablement posé, et par les épreuves habituelles, on élimina une affection d'origine hépatique. Ce malade étant porteur d'un grand angiome de la face et de nævi, il est permis de penser que ces hémorragies sont en rapport avec une angiomatose ou avec une télangectasie héréditaire hémorragique d'autant plus que d'autres membres de la famille du malade présentent des manifestations du même ordre.

M. P.-E. Weill ne croit pas à l'existence nécessaire d'un angiome digestif dans ce cas. Les hémorragies peuvent relever d'une dyscrasie sanguine ainsi qu'en témoignent le signe du lacet et d'autres stigmates hémophilo-hémogéniques chez ce malade. Il a soutenu depuis longtemps que l'angiome congénital n'est pas une maladie locale mais une affection générale dans laquelle à la dyscrasie capillaire responsable des tumeurs angiomateuses s'associent des troubles dyscrasiques du sang qui expliquent la fréquence des hémorragies souvent considérables qui peuvent assombrir l'avenir des malades.

Pyélocystite, orchi-épididymite, localisations primitives d'une infection paratyphique B. — ***M. Creyx*** (de Bordeaux). Un homme de 48 ans, constipé d'habitude, vacciné en 1915 contre la fièvre typhoïde fait, au début de mars 1931, après un ou deux jours de fatigue générale une pyélocystite aiguë brusquement suivie d'orchi-épididymite droite. L'urine, d'abord presque aseptique, contient de nombreux bacilles Gram négatifs « genre coli » dont l'identification n'est pas poussée plus avant. Puis le syndrome clinique d'un état typhoïde se précise. L'hémoculture est négative : le séro-diagnostic positif à 1/80 pour le T, à 1/100 pour le para B. Au moment de la convalescence l'identification des bacilles de l'urine encore purulente démontre qu'il s'agit de paratyphique B. De cette observation trois points sont à retenir :

1° Le caractère primitif des phénomènes pyélocystiques.

2° Le brusque développement de l'orchi-épididymite immédiatement consécutive (infection génitale plutôt par propagation).

3° L'allure de cette orchi-épididymite absolument indolente et dont la résolution ne s'est opérée que sept mois après son début.

Un cas de péritonite pneumococcique pelvienne de l'adulte en apparence primitive. — ***MM. Ledoux, Humbert*** et ***Gomet*** (de Besançon) relatent l'observation d'une femme de 26 ans, qui fut atteinte d'une péritonite pelvienne pneumococcique en apparence primitive, qui guérit après colpotomie. La leucorrhée prémonitoire, le fait que les accidents éclatèrent le lendemain de la fin des règles incitent à penser que l'infection du péritoine pelvien a pu être d'origine génitale.

Un cas d'encéphalo-myélite atypique après revaccination antivariolique. — ***MM. D. Paulian, Aricesco*** et ***Finkelstein*** (Bucarest) relatent le cas d'une enfant de 7 ans qui, quatorze jours après sa revaccination antivariolique, fut atteinte d'une encéphalomyélite atypique, dont elle ne guérit que partiellement sous l'influence du traitement appliqué (vaccin Neurin, radiothérapie, diathermie).

Encéphalomyélite post-rougeolique à type de sclérose en plaques aiguë. — ***MM. D. Paulian*** et ***C. Aricesco*** (Bucarest) relatent l'observation d'une enfant de 5 ans qui, au décours d'une rougeole, fut atteinte d'une encéphalomyélite à type de sclérose en plaques à marche aiguë.

Epilepsie chez un gaucher. — ***M. C.-I. Urechia*** (Cluj, Roumanie), après avoir rappelé le pourcentage élevé de gauchers signalé par divers auteurs parmi les épileptiques, relate l'observation d'un enfant de 15 ans, qui semble avoir été atteint en bas âge d'une encéphalite ayant laissé une légère hémiparésie droite. C'est vraisemblablement pour ce motif qu'il est devenu gaucher, en même temps qu'apparaissaient chez lui des crises d'épilepsie.

Syndrome azotémique et hyperchloruration. — ***Ch. Laubry*** et ***P.-L. Thiroloix.*** — Les auteurs rapportent les observations de deux syndromes urémiques accompagnés de troubles digestifs traités et guéris par la chloruration intra-veineuse.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un ancien peintre, entaché de saturnisme et porteur d'une néphrite chronique, venu dans le service pour de la diarrhée avec asthénie et somnolence. Pendant les premiers jours, on maintient sans aucune amélioration le régime déchloruré que le malade suivait depuis longtemps. On institue alors une série d'injections intra-

veineuses de sérum salé à 20 %. En quatre jours, le taux de l'urée tombe à 0,79 puis à 0,60. Une reprise de l'alimentation carnée entraîne une élévation transitoire du chiffre d'urée à 980. La suppression ramène ce taux à 0,60.

La deuxième observation concerne une femme de 46 ans, suivie depuis longtemps pour une hypertension à 24-11 1/2, sans aucun trouble rénal. Elle est entrée d'emblée dans la maladie par un syndrome cholériforme vite suivi d'une déshydratation profonde et de coma vigil. Le taux de l'urée est de 1 gr. 70. On pratique une série d'injections de sérum salé à 20 %. L'amélioration est d'une rapidité extraordinaire. Au sixième jour le taux de l'urée est à 0,60. Le dix-huitième jour à 0,35. Depuis deux ans la malade mène une vie normale.

Les auteurs ont pensé que ces observations, quoique incomplètes, étaient intéressantes à rapporter. Elles montrent que dans de tels cas, l'hyperchloruration peut et doit être appliquée sur les seules données classiques sans recourir à des examens d'un intérêt scientifique indiscutable mais dont le caractère un peu spécial risque de limiter la diffusion de la remarquable méthode de L. Binet et de Blum (de Strasbourg).

M. Laubry insiste sur le fait, qu'il n'est pas nécessaire de doser le chlore du sang avant de tenter le traitement par le sérum salé qu'il fait volontiers chez un grand nombre d'urémiques sans avoir constaté d'incidents.

Hypoglycémie alimentaire. — *MM. Marcel Labbé, R. Boulin* et *Petresco* montrent qu'à côté des etats d'hypoglycémie chronique où les accidents surviennent à jeun et disparaissent après ingestion de glycose, il y a place pour des états d'hypoglycémie chronique où la glycémie normale, à jeun, ne s'abaisse qu'après ingestion de glycose.

A l'appui, ils rapportent une observation où l'on voit la glycémie qui, à jeun, mesurait 1 gr. 13, tomber passagèrement aussitôt après l'ingestion de glycose à 0 gr. 38, cette chute s'accompagnant de manifestations cliniques assez importantes pour entraver l'activité du malade et le conduire à une réduction progressive de l'alimentation. L'atropine et l'aphédrine firent disparaître ces manifestations.

Ils montrent qu'il ne s'agit là que de l'exagération d'un phénomène qui existe à l'état d'ébauche chez la moitié des sujets.

Traitement des crises gastriques du tabès par les injections intra-veineuses de sulfate d'atropine — *MM. Th. Alajouanine* et *Ad. Horowitz* ont employé, dans trente cas de crises gastriques observées en trois ans, les injections intraveineuses de sulfate d'atropine, à la dose d'un à trois milligrammes par injection, soit en une seule injection, soit en injections répétées pendant plusieurs jours de suite, suivant l'intensité de la crise et les résultats obtenus. Ce traitement, parfaitement toléré, s'est montré d'une efficacité remarquable : sur les trente cas, deux seulement concernant des diabétiques morphinomanes invétérés, n'ont pas été notablement modifiés, tous les autres ont été guéris par une ou plusieurs injections et certains n'ont pas eu de récidives depuis plus de deux ans. Les auteurs signalent également que ce traitement leur a donné des résultats moins constants, mais intéressants, dans les crises paroxystiques de douleurs fulgurantes.

L'injection intraveineuse de sulfate d'atropine, employée jusqu'ici comme épreuve d'exploration du système végétatif, semble donc un traitement inoffensif et particulièrement efficace des crises gastriques, et accessoirement des algies paroxystiques du tabès, contre lesquelles des tentatives thérapeutiques multiples avaient été essayées jusqu'ici sans grand résultat.

Sur le diagnostic radiologique de la péricardite tuberculeuse. — *MM. Ameuille* et *Salles* montrent les difficultés qu'il peut y avoir à distinguer un épanchement péricardique tuberculeux d'un épanchement pleural gauche enkysté dans la partie antérieure de la plèvre même lorsque la ponction exploratrice a été positive.

Pour s'assurer que l'épanchement est bien dans le péricarde, ils proposent, en cours de ponction exploratrice, d'injecter au milieu de l'epanchement du lipiodol et de l'air de façon à délimiter radiologiquement la partie supérieure et la partie inférieure de la poche par une bulle gazeuze et par une tache opaque. En déplaçant le malade suivant la verticale et l'horizontale on peut voir la bulle de gaz et le lipiodol suivre ou non les contours du cœur et par suite savoir si l'épanchement est bien placé dans le péricarde ou en dehors de lui. Ils ont employé ce procédé dans trois cas de péricardite tuberculeuse et ont obtenu ainsi des images très démonstratives.

M. Fiessinger rappelle avoir observé un cas de pleuro-péricardite sero-fibrineuse dont le diagnostic a pu être posé d'une façon très précise par l'exploration lipiodolée.

M. Paraf croit qu'il faut rester prudent en matière d'exploration lipiodolee des séreuses chez les tuberculeux.

M. Ameuille répond qu'il a pratiqué environ 200 injections de lipiodol dans les séreuses sans avoir jamais noté aucun incident.

Hippocratisme digital et amibiase intestinale. — *MM. A. Lemierre* et *Jean Lévesque*, chez un homme atteint d'amibiase intestinale meconnue depuis six ans et cachectique, ont constaté l'existence d'un hippocratisme digital des plus nets. Ce fait se rapproche de ceux qui ont été récemment signalés par MM. Bensaude, Hillemand et P. Augier et MM. Brûlé et Lièvre. Ici, c'est l'amibiase intestinale qui semble avoir été l'origine de la déformation en baguette de tambour des doigts et des orteils, comme l'a été la polypose intestinale dans les observations citées par les précédents auteurs.

Un nouveau cas d'histiocytome pulmonaire. — *MM. Doubroc* et *Strée*.

Séance du 5 février 1932

Polysynovite et polysérite tuberculeuses. — *MM. F. Bezançon, L. de Gennes, E. Bernard* et *Oumansky*. — Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 40 ans chez lequel on observa successivement une atteinte tuberculeuse des deux lèvres, du péricarde, de toutes les grandes synoviales articulaires ou juxta-articulaires laissant intacts les parenchymes ou les os sous-jacents. Les lésions, suivant leur siège, restèrent au stade hydarthrosique ou passèrent à la suppuration. Des injections intradermiques ou sous-cutanées de tuberculine diluée provoquèrent chez ce malade des réactions inflammatoires de toutes les articulations touchées par l'hydarthrose à l'exclusion des articulations saines et des articulations suppurées.

Cette électivité des localisations bacillaires sur le tissu séreux est exceptionnelle et crée une forme de bacillose séro-synoviale bien différente du rhumatisme tuberculeux.

Elle soulève sans les résoudre les problèmes de l'allergie tissulaire qu'on peut observer à côté des réactions d'allergie générale.

Anémie pernicieuse et leucémie benzodique. — *M. P.-E. Weil* rapporte le cas d'une femme, ouvrière dans une usine de caoutchouc, qui présenta une anémie avec gros foie, grosse rate, prenant le type de l'anémie pernicieuse progressive malgré le traitement par la méthode de Whipple. En même temps, la réaction leucocytaire passait rapidement de 20.000 à 80.000 globules blancs avec 50 % de myélocytes.

A l'autopsie, on trouva une énorme rate leucémique et la moelle osseuse n'était qu'une nappe entière de globules blancs.

L'auteur rappelle qu'à côté du paludisme ou de la syphilis, il faut faire place aux intoxications dans l'étiologie des leucémies.

Réactogènes et poisons. — *M. Tzanck* attire l'attention sur la nécessité de distinguer les tests cutanés en deux groupes : réactions collectives identiques chez tous les sujets ; réactions individuelles propres à certains. On doit ainsi opposer la notion de réactogène à celle de poison, et l'étude des toxines permet de les assimiler à des réactogènes. On ne saurait donc plus dire avec Roger que l'infection n'est qu'un chapitre de l'intoxication ; on est au contraire en droit de se demander si l'on n'est pas ainsi ramené à la conception de Peter qui, en face de Pasteur, soutenait que c'est l'organisme qui crée la maladie même à l'occasion des microbes.

Michelle VALENTIN.

« L'évolution de la science est si rapide qu'au bout de trente ans des travaux, même excellents, sont démodés. En 1931, on ne consulte plus guère les recueils scientifiques du XIXe siècle. Assurément, enfermés dans une solide et uniforme reliure, ils font bonne figure dans nos bibliothèques. Mais voilà tout. Une vieille bibliothèque scientifique est une sinistre nécropole. Une épaisse couche de poussière et d'oubli recouvre tous ces cadavres. Mais parfois cette couche de poussière est bien injuste. ». (Charles RICHET. Réflexions sur la science. *Revue des Deux Mondes*, 1er novembre 1931.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

RÉPONSES AUX QUESTIONS POSÉES PAR LES PARLEMENTAIRES

Pour l'organisation d'un enseignement dentaire à la Faculté de médecine de Paris. — 14.816. — *M. Raoul Brandon demande à M. le ministre de l'Instruction publique : 1° pourquoi, à Paris, il n'existe pas d'enseignement de la chirurgie dentaire rattaché à la faculté de médecine, ajoute que les étudiants dentaires sont obligés de suivre les cours des écoles dentaires privées, ce qui leur occasionne des frais la plupart du temps très élevés pour leurs ressources ; 2° s'il est exact que dans certaines universités — notamment Bordeaux et Nancy — l'enseignement de la chirurgie dentaire est rattaché à la faculté de médecine* (Question du 12 novembre 1931).

Réponse. — Aux termes de l'article 1er du décret du 11 janvier 1909 relatif aux études de chirurgie dentaire : « le stage et la scolarité sont accomplis soit dans les facultés et écoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, soit dans les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire constitués conformément aux prescriptions du décret du 31 décembre 1894 ». L'enseignement dentaire n'est pas organisé à la faculté de Paris. Il n'est organisé que dans les quatre facultés ci-après : Bordeaux, Lille, Nancy et Strasbourg.

Les soins dentaires dans les lycés. — 14.423. — *M. Maurice Dorman expose à M. le ministre de l'Instruction publique :*

a) que le proviseur du lycée Michelet a adressé, à toutes les familles des élèves, une notice les informant que les services dentaires du lycée seraient désormais confiés à un docteur, médecin stomatologiste, et qu'aucune autorisation de sortie exceptionnelle ne serait donnée aux internes pour des soins dentaires à recevoir à l'extérieur.

b) que le syndicat des chirurgiens dentistes de France s'est ému de la deuxième partie de cette circulaire qui porte atteinte au libre choix du praticien et qui pourrait avoir des conséquences, en exposant les enfants des familles qui voudraient conserver ce libre choix, à des accidents graves pour un retard thérapeutique ; et demande s'il n y a pas en cette matière, un excès de pouvoir et s'il n'y aurait pas lieu d'inviter le proviseur du lycée Michelet à rapporter cette circulaire qui a causé la plus grosse émotion (Question du 8 décembre 1931).

Réponse. — «La notice tapée à la machine, jointe par le proviseur du lycée Michelet, à la fiche règlementaire adressée aux familles des internes, ne vise que des sorties exceptionnelles, demandées sous prétexte de soins dentaires, souvent sans que la famille ou le correspondant soient prévenus, sorties nuisibles au travail des élèves et à l'ordre des lycées et il n'y a là de la part de l'administration collégiale qu'une mesure de bonne règle disciplinaire. La fiche officielle imprimée reconnaît sans équivoque l'absolue liberté des familles puisque celles-ci sont invitées à faire connaître si elles désirent confier leurs enfants au dentiste de leur choix auprès duquel ils peuvent se rendre au cours des sorties régulières de la semaine, jeudi, samedi, dimanche, lundi, et des petites vacances. Dans la pratique, la plus large tolérance est donc laissée aux enfants pour le traitement à suivre ».

Honoraires des médecins requis par la gendarmerie. — 1221. — *M. Faugère* sénateur, *demande à* M. le ministre de la Justice *par qui et suivant quel tarif doivent être payés les honoraires d'un médecin qui a soigné à la gendarmerie et sur appel téléphonique des gendarmes un individu en état d'arrestation à la suite d'un flagrant délit, qui avait été blessé, après son arrestation, à la gendarmerie, aussitôt après son arrivée* (Question du 24 décembre 1931).

Réponse. — Le garde des sceaux aurait intérêt à connaître le cas d'espèce envisage pour répondre à la question posée cette réponse pouvant, au surplus, rentrer dans les attributions d'un autre département ministériel. (*J. O.* 20 janvier 1932.)

L'admission des pensionnés de guerre au bénéfice des cures thermales gratuites. — 14396. — *M. Léonce Salles expose à* M. le ministre des Pensions : a) *qu'aux termes de l'article* 64 *de la loi du 31 mars 1919, « l'Etat doit à tous les militai-*

res et marins bénéficiaires de la loi, leur vie durant, les soins médicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie, etc . . . », que le terme « soins médicaux » est général et ne comporte aucune exception ni restriction médicale ;

b) que cependant répondant à la question écrite n° 13189, Journal Officiel *du 17 juillet 1931, le ministre de la guerre subordonne l'admission des intéressés au bénéfice des cures thermales gratuites à l'avis des commissions de réforme, aux ressources hospitalières, enfin aux possibilités budgétaires ; et lui demande : 1° si un mutilé de guerre ,pensionné pour troubles gastro-intestinaux, bénéficiaire de l'article 64 de la loidu 31 mars 1919, dont une commission de réforme a décidé l'envoi aux eaux, peut se voir refuser la cure thermale gratuite à laquelle il a expressément droit sous prétexte d'insuffisance de ressources hospitalières ; 2° quelles mesures il compte prendre pour faire relever le crédit destiné aux cures thermales, de façon à ce que les bénéficiaires de la loi,reçoivent la cure gratuite à laquelle ils ont droit* (Question du 4 décembre 1931).

Réponse. — L'envoi aux eaux des anciens militaires pensionnés relève exclusivement du ministère de la Guerre (service de santé militaire), en vertu de la loi du 12 juillet 1873, toujours en vigueur. Le ministère des Pensions se borne à rembourser, lorsqu'il s'agit de bénéficiaires de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, les soins thermaux que l'administration de la Guerre a donnés.

Si l'honorable député veut bien indiquer le cas d'espèce dont il s'agit, le ministère des Pensions ne manquera pas d'appeler l'attention du ministre de la Guerre sur l'intérêt qu'il peut y avoir à accroître les ressources hospitalières de la station thermale en cause (*J. O.* 20 janvier 1932).

Spécialités pharmaceutiques et loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires. — 14464. — *M. Jacques Duclos expose à M. le ministre des Pensions qu'une victime de la guerre s'est vue, en application d'un arrêté du préfet de Seine-et-Oise, retirer le bénéfice de six flacons de sérum hemostyl sur douze que lui avait prescrits le medecin ; ajoute qu'il s'agit là d'une violation de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et que, dans ces conditions, les méthodes de travail de la commission préfectorale de Seine-et-Oise, doivent faire l'objet d'explications* (Question du 10 décembre 1931.)

Réponse. — La commission tripartite départementale est chargée du contrôle des soins donnés au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 dans l'étendue du département.

Elle comprend des représentants de l'administration, des représentants des mutilés et des représentants du corps médical et pharmaceutique, et présente ainsi toutes les garanties de compétence et d'impartialité. Il lui appartient de procéder aux redressements qu'elle estime nécessaires en cas d'abus. Les parties en cause ont d'ailleurs toujours la faculté de se pourvoir devant la commission supérieure de surveillance et de contrôle, lorsqu'elles s estiment lésées. (*J. O.* 20 janvier 1932.

Firme pharmaceutique. Dépenses professionnelles déductibles pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. Cas particulier. — 14.071. — *M. Gaston Bazyle expose à* M. le ministre du Budget : *a) qu'une fabrique de produits pharmaceutiques, spécialisée pour l'exportation et éloignée de toute agglomération importante, a ad-*

joint à son établissement industriel un immeuble aménagé en hôtel, destiné à recevoir gratuitement, les représentants dépositaires et clients étrangers, pour le temps que nécessite le règlement de leurs affaires dans la fabrique ;

b) *que, de même, l'hôtel reçoit gratuitement les délégations de médecins et de pharmaciens invités à visiter la fabrique dans un but publicitaire ; et lui demande si tous les frais généraux afférents au fonctionnement de cette installation ne doivent pas venir intégralement en déduction des bénéfices industriels de la fabrique comme ayant un caractère nettement professionnel* (Question du 17 novembre 1931).

Réponse. — Dans les conditions spécifiées dans l'exposé de la question, les frais de fonctionnement de l'hôtel, paraissent devoir être considérés, comme des dépenses professionnelles déductibles pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux applicables à l'entreprise. Il ne pourrait toutefois être répondu nettement qu'après enquête sur la situation de fait (*J. O.* 13 janvier 1932).

Loi du 31 mars 1919. — 14.690. — *M. Rivière demande à M. le ministre des Pensions si le médecin chef du centre spécial de réforme a le droit d'interdire à ses employés du bureau des renseignements de donner la marche à suivre aux intéressés qui s'y présentent pour obtenir des renseignements qui leur sont nécessaires pour se pourvoir devant le tribunal des pensions* (Question du 24 décembre 1931).

Réponse. — L'honorable député est prié de vouloir bien faire connaître le cas d'espèce auquel se réfère sa question, le médecin chef du centre de réforme veillant personnellement à ce que le bureau de renseignements du centre de réforme puisse renseigner au mieux les demandeurs qui s'y présentent (*J. O.* 20 janvier 1932).

Les thermomètres dits « à usage vétérinaire », doivent comme les thermomètres médicaux être l'objet d'une vérification et d'un contrôle. — 1151. — *M. Amiard sénateur demande à* M. le ministre du Commerce et de l'Industrie *si le contrôle exigé par la loi pour les thermomètres vendus pour la médecine humaine est exigible également pour les thermomètres employés pour la médecine vétérinaire* (Question du 17 novembre 1931).

Réponse de M. le ministre de l'Instruction publique. — La loi du 14 août 1918 a rendu obligatoires la vérification et le contrôle des thermomètres médicaux qui s'effectuent au laboratoire d'essais du Conservatoire national des arts et métiers, conformément aux prescriptions du 3 mars 1919.

La question s'est posée, depuis cette époque, de savoir si les thermomètres dits « à usage vétérinaire » entraient dans la catégorie des thermomètres médicaux et devaient être l'objet d'une vérification et d un contrôle.

Le décret du 3 mars 1919 spécifie dans son article 1er que « les thermomètres médicaux sont des thermomètres à mercure du type maximum, dont la colonne de mercure, après emploi, et lorsque le réservoir du thermomètre revient à la température ambiante, ne redescend pas d'elle-même, mais doit redescendre sous l'action des secousses produites à la main. »

Ces dispositions sont communes aussi bien aux thermomètres à usage humain qu'à ceux à usage vétérinaire.

La commission de métrologie usuelle, à la suite du rapport de M. Cellerier, directeur du laboratoire d'essais, a émis, en 1921, un avis favorable à l'application, aux thermomètres médicaux dits « vétérinaires » des prescriptions de la loi du 14 août 1910 et du décret du 3 mars 1919.

M. le ministre de l'Agriculture, à qui le ministre de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale avait transmis une demande à ce sujet du directeur du laboratoire d'essais écrivait le 18 octobre 1921.

« J'estime donc que cela serait aller à l'encontre de la loi qui a prescrit la vérification et le contrôle de l'instrument sans se préoccuper de l'emploi qui en sera fait, que de laisser mettre en vente, sans surveillance, les thermomètres médicaux, sous le prétexte qu'ils sont destinés à l'usage de la médecine vétérinaire ». Dans ces conditions, le ministre du Commerce et de l'Industrie a fait paraître la circulaire n° 310 (Direction des affaires commerciales et industrielles, 4e bureau), en date du 25 avril 1922, d'après laquelle :

« Il y a lieu, d'appliquer aux thermomètres dits « vétérinaires » toutes les mesures légales et règlementaires qui ont été prévues en ce qui concerne les thermomètres médicaux. »

FONDÉ EN 1873. — N° 8 LE NUMÉRO : 50 Centimes 20 FEVRIER 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


Vivoléol
HUILE DE FOIE DE MORUE NATURELLE, SÉLECTIONNÉE
Garantie active et riche en Vitamines
(Facteur anti-rachitique et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)
Rachitisme
Troubles de la croissance
États de dénutrition
Convalescences.
Enfants : 15 gouttes à 1 ou 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour
LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)
VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
SPÉCIALE
LABORATOIRES DU VIVOLÉOL
HEMET - JEP - CARRÉ PARIS


ADOVERNE "ROCHE"
Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée
GOUTTES
GRANULES
Propriétés
Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.
Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.
Echantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS (3e)
Adoverne "Roche"
15 c.c.
60 granules

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.* — Séance du 8 février. Médecine opératoire. — Ligature de la carotide externe.

MM. Lévy, 18 ; Huet, 19 ; Lallemant, 17.

Séance du 9 février. Epreuve théorique. — MM. Huet, 19 ; Lallemant, 18 ; Lévy, 18.

Séance du mercredi 10 février. Epreuve clinique. — M. Huet, 19, reçu.

— *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Epreuve écrite d'admissibilité. — Séance du 8 février. — Indications thérapeutiques et traitement du cancer du rectum. — Artères du corps thyroïde.

Séance du 9 février. Médecine opératoire. — Ligature de l'artère cubitale au tiers supérieur de l'avant-bras. — Désarticulation du poignet.

MM. Sauvage, 7 ; Dessaint, 9 ; Lecœur, 5 ; Patel, 7 ; Aurousseau, 7 ; Seillé, 5 ; Diamant-Berger, 1 ; Armingeat, 6.

Première séance du 10 février. Médecine opératoire. — Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. — Désarticulation de Choppard.

MM. Merle d'Aubigné, 6 ; Garnier, 6 ; Banzet, 8 ; Funck-Brentano, 8 ; Gérard Marchant, 9 ; Ménégaux, 9 ; Lapeyre, 4 ; Galtier, 9 ; Chabrut, 10.

Deuxième séance du 10 février. Médecine opératoire. — Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule. — Désarticulation du genou.

MM. Leydet, 7 ; Iselin, 7 ; Meillère, 9 ; Redon, 8 ; Gueullette, 9 ; Blondin, 7 ; Huard, 9 ; Chevallier, 7.

— *Jury du concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux.* — MM. les Docteurs Louste, Pinard, Moreau, Trémolières, Lechelle, Ravaut, Grenet, Rathery, Boidin, Brodin, Claisse, Herscher.

— *Censeurs concours médecin des hôpitaux.* — MM. les Docteurs Celice, Mouquin, Pichon, Levesque, Turpin, Mme Fontaine, MM. Carrie, Decourt.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 10 février (Thèses vétérinaires.) — M. Malon. Epidermo-réaction à la tuberculine chez les mammifères.

13 février. — M. Jarriault. Le radium dans le traitement des affections gynécologiques autres que le cancer. — M. Masson. Sympathectomie et revitalisation glandulaire par action chimique ou isophénolisation. — M. Reix. De la consistance de l'utérus après la délivrance et dans les suites de couches. — M. David. Contribution à l'étude du polype solitaire des fosses nasales.

Ligue nationale française contre le péril vénérien. — *Concours pour la souscription de six médecins des Dispensaires de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, pour la région parisienne.* — Ce concours sera ouvert le lundi 18 avril 1932, à 9 h. 30 m., dans la salle de conférences, au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Les candidats devront se faire inscrire au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris (8e), dans les conditions prescrites par le règlement ci-dessous, du samedi 19 mars 1932 au samedi 26 mars inclus, de 10 heures à midi.

Le jury sera tiré le lundi 4 avril, à 11 heures, au siège social, 44, rue de Lisbonne.

Conditions générales du concours. — Les candidats ou candidates ayant la qualité de Français sont seuls admis à concourir.

Ils doivent justifier qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine obtenu dans une Faculté de médecine de France (diplôme d'Etat).

Sont admis à concourir les internes des hôpitaux de Paris et de Saint-Lazare, de nationalité française.

En cas de nomination, ceux-ci ne pourront entrer en fonctions qu'après avoir passé leur thèse de doctorat.

Les candidats devront se présenter au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, dans les délais annoncés pour obtenir leur inscription en déposant leurs pièces (pièces d'état civil et diplôme de doctorat ; exposés des titres) et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats ou candidates pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Congrès international de la lithiase biliaire. — Les rapports suivants seront exposés en séances publiques, toutes sections réunies, au Congrès international de la lithiase biliaire qui se tiendra à Vichy, du 19 au 22 septembre 1932 et où trente-huit pays seront représentés.

1° *Les séquelles de la cholécystectomie.* a) Etude pathogénique des séquelles de la cholécystectomie. (Docteur Victor Donnet, New-York) ; b) Etude clinique des séquelles de la cholécystectomie. (Professeur Mariano Castex, Buenos-Aires) ; c) Les phénomènes douloureux consécutifs à la cholécystectomie. (Professeur Castaigne, Clermont-Ferrand) ; d) Indications chirurgicales. (Professeur Gosset et Docteur Petit-Dutaillis, Paris) ; e) Thérapeutique médicale et hydrologique. (Professeur Giraud, Montpellier) ; f) Diagnostic radiologique (Docteur H. Béclère, Paris).

2° *Le traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la lithiase biliaire.* — a) Les indications principales du drainage vésiculaire médical dans la lithiase biliaire. (Professeur Chiray, Paris et Docteur Pavel, Bucarest) ; b) Indications et contre-indications des cholérétiques dans la lithiase vésiculaire. (Professeur agrégé Chabrol, Paris) ; c) La thérapeutique des infections du cholécyste. (Professeur agrégé Abrami, Paris) ; d) Thérapeutique protectrice du parenchyme du foie des opérés. (Professeur Umber, Berlin) ; e) Action des eaux minérales sur le milieu vésiculaire. (Professeur Piéry, Lyon) ; f) La physiothérapie sédative dans les affections vésiculaires. (Docteur Delherm et Docteur Dausset, Paris).

3° *Le foie lithiasique.* — a) Le rôle du foie dans la pathogénie de la lithiase biliaire. (Professeur Noël Fiessinger, Paris) ; b) L'ictère dans la lithiase de la voie biliaire principale. (Proffesseur agrégé Brulé, Paris) ; c) Les lésions du foie dans les ictères lithiasiques. (Professeur agrégé Harvier, Paris) ; d) Méthodes d'exploration du foie dans l'ictère lithiasique : a) Méthodes chimiques. (Docteur Diéryck, Louvain) ; b) Méthodes radiologiques. (Dr Gilbert, Genève) ; e) Déductions chirurgicales dans l'ictère lithiasique. (Professeur agrégé Gatellier, Paris).

Bureau du Congrès. — M. le Professeur Paul Carnot, président ; MM. les Professeurs : Maurice Loeper, président de la Section de médecine ; Pierre Duval, président de la Section de chirurgie ; Maurice Villaret, président de la Section de thérapeutique et hydrologie ; MM. les Docteurs J. Belot, président, de la Section d'électro-radiologie et physiothérapie ; J. Aimard secrétaire général et R. Glénard, secrétaire-adjoint.

Les adhésions et les demandes de renseignements doivent être adressées au secrétariat général du Congrès, 24, boulevard des Capucines, Paris (9e).

Les syndicats médicaux et les assurances sociales. — La commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre a entendu, le docteur Cibrie, secrétaire général de la

Fédération nationale des syndicats médicaux, sur la proposition de loi tendant à modifier et compléter la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales.

MM. Dormann et Montigny, auteurs de cette proposition, ont été également entendus.

Le docteur Cibrie a soumis à la commission une addition à l'article visant la gestion des risques de répartition par les sociétés et unions de sociétés de secours mutuels. Cette addition a pour but le maintien des droits et avantages de toute nature conférés par la loi aux assurés et à ceux qui concourrent à leur donner des soins.

La commission a décidé d'examiner, dans sa prochaine séance, la suggestion du représentant de la Fédération des syndicats médicaux.

La commission a, sur le rapport de M. Weydmann, adopté le principe de la proposition de loi de M. Durafour tendant à la constitution au ministère du travail d'un fonds spécial en faveur des infirmes congénitaux, des aveugles et des sourds-muets.

Le procès de Lübeck et le B.C.G. (*Havas*). — Dans ses attendus, le tribunal de Lübeck qui a condamné le Professeur Deycke, chef du laboratoire municipal de Lübeck, accusé principal dans l'affaire des vaccins, à deux ans de prison, et le Docteur Altstaedt, du Service national d'hygiène, à un an et trois mois de la même peine, déclare que la tragédie de Lübeck *n'a pas été provoquée par un retour à la virulence du B. C. G.*

Le tribunal estime que la souche de B. C. G. qui provenait de l'Institut Pasteur *a été souillée au laboratoire de Lübeck, ou bien il y a eu confusion avec une souche de bacilles humains cultivés aussi dans le laboratoire du Professeur Deycke.*

Il s'agit, déclare le tribunal, de méprise reconnue. Il faut reprocher au Professeur Deycke et au Docteur Altstaedt d'avoir fait utiliser pour des êtres humains un vaccin qui avait été préparé *dans un laboratoire nullement approprié.*

Le Professeur Deycke aurait dû compter avec la possibilité d'une souillure des cultures et il n'aurait pas dû délivrer ce vaccin.

Le chef de laboratoire s'est rendu coupable d'homicide par imprudence dans 68 cas et de blessures par imprudence dans 131 cas.

Le Docteur Altsaedt est coupable, lui aussi. Il a omis de *faire vérifier sur des animaux l'innocuité d'un vaccin dont il devait être fait usage sur des enfants.*

Les débats du procès de Lübeck qui vient enfin de s'achever le 6 février après 76 séances, ont définitivement établi que le vaccin B. C. G. ne peut, en aucune manière, être rendu responsable des nombreux décès d'enfants qui se sont produits dans cette ville pendant les premiers mois de 1930.

Le jugement du tribunal et les rapports des experts du Gouvernement allemand ont démontré que ces décès sont dus à ce que le laboratoire de l'hôpital de Lübeck a distribué aux médecins et aux sages-femmes, au lieu du vaccin B. C. G., une émulsion contenant des bacilles virulents d'origine humaine, dont les cultures étaient utilisées pour d'autres usages dans le même laboratoire et par le même personnel.

En conséquence il importe que, dans tous les pays où la vaccination B. C. G. a été mise en pratique, soit à titre d'expérience, soit comme mesure générale de prophylaxie antituberculeuse, le public médical et les familles soient informés et rassurés.

Le B. C. G. préparé conformément aux prescriptions des auteurs de la méthode est parfaitement inoffensif.

Comité de la médaille du Docteur Charles Dujarier. — Les amis et les élèves du Docteur Charles Dujarier ont décidé d'apposer un médaillon à son effigie dans son service de l'hôpital Boucicaut.

La cérémonie aura lieu à l'hôpital Boucicaut dans le courant de 1932.

Le médaillon, œuvre du sculpteur Auguste Maillard, qui sera inauguré à cette occasion, sera reproduit en une médaille destinée aux souscripteurs.

Les fonds sont recueillis dès maintenant : 1° A la librairie Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain. (Compte chèques postaux, Paris n° 599); 2° à l'hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention, Paris, 15e, entre les mains de l'économe de l'hôpital. Toute souscription de 100 francs, au minimum, donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Clinique médicale propédeutique de la Charité (Prof. Emile SERGENT). — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire commencera le lundi 11 avril, à 9 h. 1/2.

L'affiche, avec le programme détaillé, paraîtra ultérieurement.

Association Guillaume Budé. — *Congrès de Nîmes du 30 mars au 2 avril* 1932. — Fondée en 1917 pour assurer, par la création d'une collection d'auteurs grecs et latins, le maintien de la culture classique en France, l'Association Guillaume Budé a vu peu à peu s'étendre le cercle de son activité et croître son prestige. Non seulement sa collection gréco-latine s'est développée avec la rapidité que l'on sait et au milieu d'une faveur toujours plus marquée, mais elle-même, dépassant ses ambitions

premières, est devenue un véritable foyer d'humanisme : les initiatives sont nombreuses qu'elle a prises ou favorisées, avec le concours de la Société d'édition « Les Belles Lettres ».

Aussi a-t-il paru à son Conseil d'administration que le moment était venu de convier ses adhérents, ses amis, tous ceux qui croient à la vertu éducatrice des lettres anciennes, à une rencontre où ils pourraient, dans un cordial échange de vues, préciser le sens qu'ils devaient désormais donner à leurs efforts et chercher, à la lumière des expériences déjà faites, les moyens de rendre plus efficace leur action.

Cette rencontre sera le Congrès de Nîmes qui aura lieu du 30 mars au 2 avril 1932.

Pour tous renseignements s'adresser à l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris.

Congrès international de la lumière. — Le IIe Congrès international de la lumière (Biologie, biophysique, thérapeutique), se réunira du 15 au 18 août 1932, à Copenhague.

Le Comité français, présidé par le Professeur d'Arsonval, a pour vice-présidents le Professeur Fabry et M. Auguste Lumière, membres de l'Institut.

Le secrétaire national est le Docteur Jausion.

On est prié de s'inscrire (30 couronnes d'or danoises) auprès du secrétaire général Docteur Kissemeyer, 1, Konprinsensgade, Copenhague, avant le 1er juillet 1932.

Questions à l'ordre du jour : Effet des bains de lumière dans la tuberculose (Discussion : J. Meyer, etc.) ; Rôle du pigment en biologie et en thérapeutique (Rapport et co-rapport : Brody, Jausion) ; Recherches hélio-climatiques et mesures d'hygiène publique (Rapport : Delahaye) ; Fixation d'une unité de mesure pour les ultra-violets (Rapport : Saidman).

Les communications libres devront être annoncées au Secrétaire général danois avant le 1er avril.

Pour les facilités du voyage, s'adresser indifféremment à l'agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, ou au Docteur Jausion, 86, rue Cardinet.

Amphithéâtre d'anatomie.— Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme), en dix leçons, par M. le Docteur P. Lecœur, prosecteur commencera le lundi 29 février 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e), jusqu'au samedi 27 février.

Programme du cours. — 1° Chirurgie de l'urèthre : voies d'abord, cure des fistules uréthro-vaginales, uréthrectomie, uréthroplasties (procédés de Marion). Réfection du col vésical pour incontinence (procédé de Marion). Cure des fistule vésico-vaginales par voie vaginale. — 2° Chirurgie du périnée et du vagin : colpo-périnéorraphie avec myorraphie des releveurs. Cloisonnement du vagin. Colpectomie totale. Colpotomies. Cure des fistules recto-vaginales. — 3° La laparotomie en gynécologie: les incisions, la fermeture de la paroi, le drainage et ses indications. Chirurgie des déviations utérines : hystéropexie isthmique (procédé de Delbet), ligamentopexie (procédé de Doléris), oblitération du douglas (procédé de Marion) ; leurs indications. Cure des fistules vésico-vaginales et vésico-utérines par voie haute (voies transvésicale, transpéritonéale). — 4° Ovariotomie : castration unilatérale ; myomectomie ; hystérectomie

fundique ; indications et technique. Chirurgie des tumeurs du ligament large. Résection du nerf présacré. — 5° L'hystérectomie subtotale : les procédés (Kelly, américain décollation antérieure) ; leur technique, leurs indications. Indications du drainage. — 6° L'hystérectomie totale : les procédés (procédé courant, hémisection utérine) ; leur technique, leurs indications. Le cloisonnement du bassin. Le drainage (vaginal abdominal, Mikulicz). — 7° L'hystérectomie totale élargie (Wertheim) indications, procédés (voie abdominale, vagino-abdominale). Opérations combinées à la curiethérapie. Choix du drainage. — 8° Traitement des blessures récentes et des fistules de l'uretère : suture de l'uretère, uretéro-néocystostomie, uretéro-colostomie, néphrectomie. — 9° Chirurgie de l'utérus par voie basse : polypectomie ; amputation du col et stomatoplasties ; hystérectomie vaginale (indications et technique) ; colpo-hystérectomie périnéale (Cunéo et Picot). — Névrotomie du nerf honteux interne. — 10° Chirurgie du sein : abcès ; tumeurs bénignes et malignes. Traitement des tumeurs végétantes intracanaliculaires (Lecène). Amputation du sein et curage ganglionnaire de l'aisselle. Amputation élargie avec curage susclaviculaire (Gatellier et Oberlin).

Nécrologie. — Docteur Aupois, de Vire (Calvados). — Docteur Bigo, d'Haubourdin (Nord). — Docteur Auguste Bonnand, de Bellevesvre (Saône-et-Loire). — Docteur Adrien Constans, député du Tarn-et-Garonne, décédé à Saint-Antonin (Tarn-et-Garonne), à l'âge de 58 ans. — Docteur Hippoyte Fichon, du Havre, 39, boulevard François-Ier, décédé dans sa 80e année. — Docteur Gorovitz (Madame Mania), de Paris. — Docteur Ernest Laskine, de Paris, 56, rue Jouffroy (17e). — Docteur Emile Meignan, de Sfax (Tunisie), décédé dans sa 74e année. — Docteur Paul Pouret, de Mézières-sur-Issoire (Haute-Vienne). — Docteur Prouff, de Morlaix (Finistère). — Docteur André Renault, de Saint-Sulpice-les-Feuilles (Haute-Vienne), décédé à l'âge de 43 ans. — Docteur Gabriel Séthian, de Paris, 63, rue Damrémont (18e), décédé à l'âge de 64 ans. — Mme Péan, née Girou de Buzareinges, veuve du chirurgien. — Docteur Joannovitch, professeur à la Faculté de médecine de Belgrade.

« L'esprit scientifique, c'est la curiosité. L'esprit médical, c'est la sécurité. Mais le médecin peut se dissocier. Quand la sécurité est satisfaite, il peut, et même il doit, avoir la curiosité du savant. » (Charles Richet. Réflexions sur la science. *Revue des Deux Mondes*, 1er novembre 1931.)

BIBLIOGRAPHIE

Les tumeurs des os. *Tumeurs bénignes, tumeurs à cellules géantes, kystes osseux, dystrophies ostéokystiques*, par MM. J. Sabrazès, G. Jeanneney, R. Mathey-Cornat. Un volume de 437 pages avec 165 figures, 80 francs. Masson et Cie. éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

On trouvera dans ce livre l'*étude clinique*, *anatomo-pathologique*, *radiologique* des tumeurs des os et des affections qui peuvent les simuler.

Les auteurs ont pu, grâce aux acquisitions importantes dont s'est enrichie cette question au cours des dernières années, grâce aussi au matériel d'étude du Centre anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest, faire bénéficier le lecteur d'une moisson de documents nouveaux.

L'exploration radiologique, l'anatomie et l'histologie pathologiques, la sémiologie clinique, la thérapeutique chirurgicale et radiothérapique trouvent ici un développement conforme à l'évolution de la science médicale contemporaine.

Sur le terrain de la *nosologie*, cette question des *Tumeurs des os* a été, tant en France qu'à l'étranger, véritablement rénovée et l'on ne saurait étayer à l'heure actuelle un diagnostic correct sans avoir présentes à l'esprit les bases d'une *classification* adaptée. Ainsi le chirurgien, le médecin, le radiothérapeute, pourront-il être guidés dans la conduite à suivre souvent difficile en présence d'un malade.

L'exposé des auteurs procède par une série de monographies dont chacune répond à un type clinique anatomo-pathologique et radiographique spécial de tumeur osseuse ; à chaque chapitre le lecteur pourra se reporter pour la discussion et l'étude des cas observés en clinique. C'est dans ce but que la partie relative à *l'exploration radiologique du squelette et au diagnostic radiologique différentiel*, a été particulièrement développée. De même les discussions relatives aux indications thérapeutiques opératoires, rœntgenthérapiques, curiethérapiques et biochimiques.

La reproduction, pour chaque chapitre, de nombreuses illustrations photographiques, microphotographiques, des radiographies et des pièces opératoires permet une lecture aisée du texte ; à chacune des radiographies a été adjoint un schéma qui en facilite la lecture et l'interprétation.

Les problèmes qui se posent tous les jours au médecin et au chirurgien, à l'anatomo-pathologiste et au radiologiste, en présence des affections du squelette, sont discutés dans cet ouvrage, d'une part sous l'angle de la consultation ; d'autre part, à la lumière des données scientifiques dont s'est enrichie, tout récemment, la pathologie osseuse.

Un index bibliographique, ne contenant pas moins de 966 références, permettra aux chercheurs de se renseigner exactement sur tel ou tel point à propos duquel ils désireront obtenir des précisions.

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Histoire d'une fille de 8 ans atteinte d'urticaire commune chronique et d'œdème aigu de Quincke

(*suite*)

II. Considérations étiologiques et pathogéniques [1]

Par M. le Professeur **P. NOBÉCOURT**

Samedi dernier (2) je vous ai présenté la petite Nelly, âgée de 8 ans et 10 mois, atteinte d'une urticaire commune chronique et d'œdème aigu de Quincke.

Je vous ai exposé les considérations cliniques que suggère son observation. Aujourd'hui je voudrais passer en revue les conditions étiologiques et pathogéniques de ces affections, qui nous l'avons vu, sont fréquentes chez l'enfant.

***

Les DONNÉES ÉTIOLOGIQUES nous sont apportées, d'une part, par l'examen de l'enfant et par l'enquête relative à son passé, d'autre part, par l'enquête sur sa famille.

L'EXAMEN DE L'ENFANT, son HISTOIRE PATHOLOGIQUE révèlent souvent des faits disparates, d'importance très inégale. Je retiendrai seulement ceux d'entre eux qui paraissent jouer un rôle.

Notons d'abord l'*abus de certains aliments*, du lait, des œufs, de la viande, qui souvent contribue au développement de troubles digestifs et de troubles hépatiques.

Les *troubles digestifs* sont fréquents.

Pendant la petite enfance, à la période de l'allaitement, ces troubles peuvent être de caractère banal, se traduire par de la dyspepsie gastro-intestinale commune.

A partir de 6 ou 8 mois, à la période du sevrage, puis pendant la moyenne et la grande enfances, on observe souvent le *syndrome colique fétide*. J'ai étudié ce syndrome dans ma leçon du 11 juin 1921, publiée par le *Journal des Praticiens* du 16 juillet 1921.

C'est un état chronique, au cours duquel surviennent de temps en temps des épisodes aigus.

Les enfants ont un teint pâle, bistre, quelquefois même cholémique ; leurs conjonctives, leurs lèvres sont peu colorées ; ils ont l'aspect anémique et, du reste, l'hématologie précise l'existence d'une anémie plus ou moins marquée. Ils sont souvent maigres ; mais il en est qui présentent un embonpoint moyen ou même exagéré.

La température est normale ou souvent irrégulière, subfébrile.

L'haleine est mauvaise, surtout le matin ; la langue blanche, mais non saburale.

La constipation est habituelle ; les selles sont variables dans leurs modalités et leurs aspects ; mais toujours elles sont fétides ; leur mauvaise odeur traduit l'existence de fermentations intestinales.

L'abdomen varie suivant les phases de la journée et suivant les jours ; il est tantôt normal, tantôt plat ou, au contraire, ballonné. Le côlon est mou et dilaté ; par moments, il se produit des spasmes partiels. Le foie est souvent un peu gros.

Les urines sont foncées ; si on les conserve, elles subissent facilement la fermentation ammoniacale.

Lors des épisodes aigus, il y a de la fièvre et une diarrhée fétide.

Quelquefois, l'enfant présente un *syndrome colique mucomembraneux* ou un *syndrome colique dysentériforme*, que j'ai étudiés dans ma leçon du 18 juin 1921, publiée par le *Journal des Praticiens* du 3 septembre 1921 ; ils sont généralement intriqués avec le syndrome colique fétide ; ils ne paraissent pas intervenir par eux-mêmes, quand ils sont isolés.

Ce qui domine, c'est le syndrome colique fétide.

Les TROUBLES HÉPATIQUES sont fréquents. Les enfants présentent des symptômes d'hypohépatie avec ou sans cholémie ; leur teint est bistre, plus ou moins nettement jaune ; leur foie est gros, leurs urines sont peu abondantes, foncées ; elles ne contiennent ni pigments, ni acides biliaires ; on y trouve de l'urobiline en excès ; la fermentation ammoniacale est facile.

La glycosurie alimentaire n'est pas rare.

Habituellement on constate, à l'origine de ces troubles, des facteurs alimentaires ; ils sont provoqués ou entretenus par l'abus de certains aliments, du lait, des œufs, de la viande ; dans certains cas, interviennent la prolongation de l'alimentation lactée exclusive au delà de l'âge habituel ou la restriction des substances végétales hydro-carbonées.

Le rôle des troubles digestifs et hépatiques dans l'urticaire paraît bien établi par la clinique : on observe fréquemment des troubles digestifs et hépatiques chez les urticariens, l'urticaire chez les enfants atteints de ces troubles.

Pendant la première enfance, l'urticaire revêt souvent la forme papuleuse, qui est, nous l'avons vu, samedi dernier, une variété du Strophulus.

Pour fréquents qu'ils soient chez les enfants atteints d'urticaire commune les troubles digestifs et les troubles hépatiques font assez souvent défaut.

Assez souvent, les enfants urticariens sont entachés de *nervosisme*. Ils sont irritables, inquiets, instables, dan un état d'agitation perpétuelle. Leur sommeil est mauvais ; ils s'endorment difficilement, se réveillent souvent, ont des cauchemars, des terreurs nocturnes, de l'énurésie nocturne.

Ils sont de mauvais élèves, inattentifs, indisciplinés.

Quand on les examine, on constate des réflexes vifs, de l'hyperesthésie cutanée, des points cœliaques douloureux, des troubles vaso-moteurs, un réflexe oculo-cardiaque anormal, généralement exagéré, indice d'une hypertonie du vague, d'autres fois nul ou inversé.

Mais cet état de nervosisme n'est pas constant. Certains enfants sont mous, calmes, apathiques, ont un tempérament lymphatique.

Parmi les manifestations intriquées à l'urticaire, l'*asthme* mérite une mention spéciale.

L'urticaire et l'asthme peuvent coexister ou se succéder ; tantôt l'urticaire est le premier en date et l'asthme apparaît plus tard, tantôt c'est l'asthme qui débute et, dans la suite, est remplacé par l'urticaire.

Il est intéressant de préciser la fréquence de cette intrication.

Dans mes observations personnelles, je relève que les enfants atteints d'asthme ont de l'urticaire, dans 13,2 % des cas, que les enfants atteints d'urticaire ont de l'asthme dans 11,9 % des cas.

Des proportions semblables ont été relevées chez l'adulte par M. Edmond Joltrain, en 1930, dans son livre sur *Les urticaires* : « Chez nos malades de la consultation de la clinique de l'hôpital Cochin, écrit-il, nous avons noté, dans 15 % des cas, la coexistence d'asthme et d'urticaire ».

L'ENQUÊTE SUR LA FAMILLE, établit la fréquence de l'*hérédité*.

(1) Leçon du 16 janvier 1932.

(2) Leçon du 9 janvier 1932.— *Le Progrès Médical*, n° 7, 13 févr. 1932.

L'hérédité peut être similaire. Les parents, les frères et sœurs, les ascendants ou tel d'entre eux, sont sujets à l'urticaire ou à d'autres dermatoses, le prurigo, l'eczéma.

L'hérédité peut être dissemblable. On retrouve l'hérédité neuro-arthritique, une hérédité hépatique qui est fréquente, l'asthme. M. Ravaut a signalé l'hérédité syphilitique : mais cette dernière ne me paraît pas particulièrement commune.

Somme toute, il n'y a pas de facteur étiologique constant ; les divers facteurs étiologiques sont répartis au hasard suivant les enfants. Souvent d'ailleurs on ne découvre aucun facteur précis auquel on puisse attribuer un rôle.

***

Passons maintenant à l'étude de la PATHOGÉNIE.

La plaque urticarienne apparaît brusquement ou rapidement ; elle dure généralement peu de temps et disparaît vite. La lésion consiste en de la dilatation vasculaire avec stase sanguine et exsudation interstitielle ; il y a congestion active et œdème.

On a l'impression qu'à un moment donné entre en ligne un facteur qui provoque des réactions, dont l'aboutissement est l'urticaire.

La pathogénie de l'urticaire comporte l'étude des faits suivants :

1º Les facteurs déclenchant le processus réactionnel ;

2º Les processus réactionnels eux-mêmes ;

3º Les facteurs permettant le déclenchement de ces processus ;

4º Le terrain favorisant les processus précédents.

Passons en revue ces facteurs.

D'abord les FACTEURS DÉCLENCHANT LES PROCESSUS RÉACTIONNELS.

Ils sont très nombreux.

Ce peuvent être des *médicaments chimiques* : l'antipyrine, l'aspirine, le pyramidon, etc.; des *médicaments biologiques*, comme les injections de sérums thérapeutiques, de sang, d'insuline, etc.; des *agents parasitaires*, comme le liquide du kyste hydatique, peut-être aussi des parasites intestinaux ; le *froid*, le *chaud*, des *émotions*, etc.

Je ne vous parlerai pas de ces facteurs ; ce sont des cas particuliers.

Par contre, les *aliments* jouent un rôle important. Les *urticaires alimentaires* méritent une étude spéciale.

Les aliments de nature animale tiennent la première place.

Le lait est un facteur d'urticaire, surtout pendant la première enfance, où il est la cause principale de l'urticaire papuleuse. Il agit surtout quand il y a suralimentation lactée ou quand l'allaitement artificiel est prolongé au delà des limites habituelles.

Le lait de femme intervient rarement ; généralement, ce sont les laits de vache ou de chèvre qui sont en cause. Le lait naturel bouilli ou stérilisé est le facteur le plus habituel ; le lait sec, le lait condensé, interviennent moins souvent ; le babeurre, le yogourth, le fromage peuvent rarement être incriminés.

L'œuf est un agent fréquent d'urticaire, surtout à partir du sevrage, c'est-à-dire de l'époque où on commence à utiliser cet aliment. MM. Lesné et Charles Richet fils, dans un mémoire sur l'*Anaphylaxie alimentaire aux œufs*, publié par les *Archives de médecine des enfants* de 1913, ont précisé les modalités de son intervention.

L'œuf cru ou peu cuit, absorbé seul ou dans des crèmes, des sauces, des gâteaux, est le plus dangereux.

L'urticaire est plus rare avec l'œuf très cuit, l'œuf dur, ou avec l'œuf mélangé à de la farine, dans les pâtes, les gâteaux secs.

Le blanc de l'œuf provoque davantage l'urticaire que le jaune.

La viande intervient moins souvent que le lait et l'œuf dans la genèse de l'urticaire.

Certaines viandes semblent particulièrement nuisibles : le porc, le veau, le gibier.

Quant aux poissons, aux crustacés, aux coquillages, leur influence est bien connue.

Les aliments de nature végétale peuvent eux aussi déterminer de l'urticaire.

Les fraises ont une réputation bien établie.

Le pain intervient quelquefois.

MM. Pasteur-Vallery-Radot et Barrieu, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 6 février 1925, rapportent l'observation d'un enfant qui, depuis l'âge de 18 mois, présente de l'urticaire quand il mange du pain blanc, tandis que le pain complet n'a pas d'effet, non plus que le pain blanc mangé en même temps que du pain complet. A l'âge de 11 ans, on supprime le pain blanc et l'urticaire disparaît.

MM. Lesné et Main, à la *Société de pédiatrie de Paris*, le 19 juin 1923, rapportent l'observation d'un enfant de 7 ans, qui, après avoir mangé une cuillerée de lentilles, présente des accidents graves : douleurs abdominales très vives, vomissements, selles glaireuses, sanguinolentes, urticaire généralisée avec œdème de la face, etc. La cutiréaction aux lentilles est positive.

Cet enfant a d'ailleurs des antécédents héréditaires chargés : son père a de l'asthme des foins, sa mère de l'urticaire au chocolat. Lui-même a de l'urticaire avec l'œuf et le poulet.

Les flageolets peuvent également causer de l'urticaire, ainsi que M. Génévrier le mentionne, à propos de la communication de M. Lesné, à la *Société de Pédiatrie*, le 19 juin 1923.

Le chocolat provoque parfois de l'urticaire. D'après M. Joltrain, elle serait causée par le beurre de cacao plutôt que par la coque et la noix.

Somme toute, l'urticaire peut être causée soit par un aliment électif, soit par plusieurs aliments. Souvent elle est le fait d'aliments multiples et on n'arrive pas à préciser ceux qui sont responsables.

Ainsi que l'écrit M. Joltrain : On observe « un grand nombre d'urticaires dont l'origine alimentaire n'est pas douteuse. Il existe un grand nombre de cas dans lesquels il est impossible de découvrir les aliments sensibilisants, soit parce que ceux-ci sont trop nombreux, soit parce que les seules méthodes que nous ayons à notre disposition ne nous le permettent pas. »

Les urticaires alimentaires se produisent dans deux ordres de circonstances.

Dans une première catégorie de faits, l'urticaire survient après la première ingestion d'un aliment.

Ad. Baginsky dans son *Traité des maladies des enfants*, traduit de la 4e édition allemande par Louis Guinon et L. Romme, en 1892, rapporte le fait suivant : « Chez un enfant de 9 mois, j'ai observé une urticaire très intense qui s'étendit à tout le corps après ingestion (pour la première fois) d'un jaune d'œuf cru tout à fait frais. Plus tard l'enfant supporta fort bien le jaune d'œuf ».

Pareil fait n'est pas rare pour les fraises, le poisson, les crustacés.

Dans ces cas, il s'agit d'une idiosyncrasie, et celle-ci peut être héréditaire.

Ces idiosyncrasies sont relativement rares.

Dans une seconde catégorie de faits, la plus commune, l'urticaire apparaît lorsque l'enfant a déjà mangé depuis plus ou moins longtemps de l'aliment responsable.

Alors les choses se passent comme si, pendant une première phase, l'aliment sensibilisait l'organisme, puis, pendant une deuxième phase, déclenchait l'urticaire par sa pénétration en petite quantité dans l'organisme sensibilisé.

Ainsi l'urticaire au lait s'observe surtout après 5 ou 6 mois, l'urticaire à l'œuf après 4 ou 5 ans.

A titre de document historique, je vous cite le fait suivant.

Rilliet et Barthez, dans la première édition, en 1843, de leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, signalent l'urticaire sans toutefois parler de son étiologie. Puis, en 1853, dans la deuxième édition, ils écrivent : « Le plus souvent elle est la conséquence d'une alimentation vicieuse. Le cas de ce genre qui nous a le plus frappé est celui d'un enfant qui fut tourmenté pendant quatre ans par l'éruption la plus rebelle que nous ayons jamais eue à combattre, et dont la maladie était évi-


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

demment le résultat d'un mauvais système alimentaire. Cet enfant était fils d'un habile chasseur et son père lui faisait manger du gibier en profusion. Un meilleur régime n'a pas peu contribué à sa guérison ».

L'observation clinique avait conduit à la notion de sensibilisation de l'organisme.

La découverte de l'*anaphylaxie* en 1902, par MM. Ch. Richet et Portier et les recherches consécutives ont élucidé dans une certaine mesure les PROCESSUS RÉACTIONNELS ABOUTISSANT A L'APPARITION DE L'URTICAIRE.

L'état actuel du problème est exposé par M. Joltrain, dans le livre que j'ai cité tout à l'heure et par MM. Pasteur-Vallery-Radot et Lucien Rouquès, dans leur livre sur *Les phénomènes de choc dans l'urticaire (Etude clinique et thérapeutique)*, publié en 1930.

Le problème des urticaires alimentaires est lié à celui de l'*anaphylaxie alimentaire*, dont elles ne sont qu'un cas particulier.

La réalité de l'anaphylaxie alimentaire est établie par les observations cliniques dont je viens de parler.

Les accidents anaphylaxiques présentent des caractères propres.

MM. Edmond Lesné et Lucien Dreyfus ont précisé ces caractères dans un mémoire sur *L'anaphylaxie alimentaire*, publié par le *Journal médical français* du 15 janvier 1913. « Les manifestations anaphylaxiques, écrivent-ils se rapprochent, par leur aspect clinique de l'anaphylaxie expérimentale. Les accidents, succèdent immédiatement à l'ingestion de substances albuminoïdes fraîches et normalement bien tolérées. . Les accidents sont de plus en plus graves après chaque nouvelle ingestion ... »

Les symptômes de l'anaphylaxie sont à peu près les mêmes, quel que soit l'aliment. Ils revêtent tantôt la forme légère, tantôt la forme grave.

Dans les deux formes l'urticaire commune est fréquente, ainsi que l'œdème de Quincke, qui est une « manifestation anaphylactique ».

La définition de M. Lesné est exacte, dans son ensemble, à une réserve près.

Certes les accidents peuvent apparaître immédiatement, mais il n'en est pas toujours ainsi. Souvent, il existe entre le moment de l'ingestion et l'apparition de l'urticaire une phase d'incubation.

Pendant cette phase, on n'observe rien d'apparent, mais il se produit des perturbations humorales occultes, qui réalisent la *crise hémoclasique* ou *colloïdoclasique* de Widal.

Widal, Abrami, Et. Brissaud et Joltrain ont présenté à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 13 février 1914, l'observation d'un homme de 37 ans présentant de l'urticaire chronique géante avec œdème de Quincke à poussées quotidiennes, survenant sans cause apparente. Cependant l'urticaire disparaît lorsque le malade est mis à un régime d'albumines végétales, elle réapparaît lorsqu'on lui donne un régime d'albumines animales. La crise colloïdoclasique débute une heure après le repas, elle se termine huit heures et demi après le repas, quand l'urticaire apparaît.

Les phénomènes de la crise colloïdoclasique sont nombreux. Je ne retiendrai que les plus caractéristiques.

Après un repas d'albumines on observe, chez un sujet normal, les phénomènes suivants : la pression artérielle, le nombre des leucocytes, le pourcentage des polynucléaires, l'indice réfractométrique sont légèrement augmentés.

Chez un sujet sensibilisé au contraire, la pression artérielle est abaissée pendant environ huit heures, le nombre de leucocytes est diminué et il y a de la leucopénie, le minimum étant atteint au bout de trois à cinq heures, avec une légère hyperleucocytose consécutive ; le pourcentage des polynucléaires est abaissé, il y a de la mononucléose, inversion de la formule leucocytaire ; l'indice réfractométrique est diminué, le minimum étant atteint au bout de huit heures.

En outre, on note de l'hypercoagulabilité du sang, une augmentation des albumines non dialysables du sérum, une élévation de la température à 38° vers la troisième heure, de l'albuminurie, etc.

Dans les urticaires alimentaires bien caractérisées la crise colloïdoclasique a été observée par plusieurs chercheurs MM. Pasteur-Vallery-Radot et Lucien Rouquès concluent : « Le rôle du choc est évident dans les urticaires alimentaires ».

Mais il y a des cas où le rôle des aliments n'est pas aussi évident, notamment quand il existe des troubles digestifs.

A côté des urticaires nettement alimentaires, il faut mentionner les *urticaires d'origine digestive*.

En général, le malade présente un syndrome gastrique ou intestinal, qui relève de causes plus ou moins complexes, parmi lesquelles il faut noter les fautes d'alimentation, et qui, par ailleurs, est amélioré par un régime approprié.

Un enfant, qui présente ces syndromes peut avoir de l'urticaire.

Pour certains de ces malades, l'urticaire est subordonnée directement à l'ingestion d'un ou de plusieurs aliments donnés ; il s'agit d'une urticaire alimentaire ; on constate le choc colloïdoclasique.

Pour d'autres malades, et ils sont nombreux, l'urticaire n'est pas subordonnée directement à l'ingestion d'un aliment, il n'y a pas de choc colloïdoclasique.

Au sujet de ces urticaires digestives, MM. Pasteur-Vallery-Radot et Lucien Rouquès écrivent : « La colloïdoclasie ne semble pas devoir être incriminée »... et ailleurs... « Le rôle du choc... est très incertain »...

Autrefois, on attribuait ces urticaires digestives à une mauvaise élaboration des aliments, à une auto-intoxication intestinale.

W. Dubreuilh, dans le *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby et Marfan, en 1898, écrit : « Les troubles digestifs sont une des causes les plus importantes... L'urticaire aiguë, quand elle est un peu intense, s'accompagne toujours d'embarras gastrique et de diarrhée... Il est vraisemblable qu'une indigestion a amené l'urticaire par des toxines produites dans le tube digestif... Les troubles digestifs chroniques causés par une alimentation vicieuse de la première enfance et accompagnés de dilatation de l'estomac et de l'intestin agissent de même pour produire des urticaires chroniques ».

MM. Hutinel et Jeanselme dans *Les maladies des enfants*, en 1909, écrivent : « La cause la plus commune de l'urticaire est la déviation des fonctions digestives, la mauvaise élaboration des aliments, les fermentations anormales et les auto-intoxications qui en résultent. »

Dans ces dernières années on a attribué l'urticaire à la sensibilisation de l'organisme aux toxines de l'entérocoque ou des colibacilles, à la présence de spirilles dans l'intestin, à des parasites intestinaux.

Ces théories pathogéniques de l'urticaire sont peut-être exactes, mais elles ne sont que des hypothèses.

Il faut reconnaître que la pathogénie des urticaires d'origine alimentaire ou digestive comportent encore de nombreuses inconnues.

En ne généralisant pas, on peut admettre que les urticaires alimentaires sont des phénomènes anaphylactiques et sont dues à des chocs colloïdoclasiques.

L'aliment protéique se comporte comme un antigène qui sensibilise l'organisme et entraîne la formation d'anticorps par l'organisme.

L'introduction dans un organisme ainsi sensibilisé de doses très petites d'antigène détermine les perturbations humorales qui caractérisent le choc anaphylaxique ou colloïdoclasique.

Mais la réalisation de l'état anaphylactique et la production du choc posent un problème.

Dans les circonstances habituelles, l'alimentation avec des protides animales ou végétales, chez l'homme et expérimentalement chez l'animal, ne réalise pas de sensibilisation, d'anaphylaxie, alors que l'introduction par la voie parentérale les réalise facilement.

Il faut donc l'intervention de FACTEURS PERMETTANT LA RÉALISATION DES PROCESSUS QUE NOUS VENONS D'ÉTUDIER.

L'observation clinique nous montre l'intervention de l'abus de certains aliments, de troubles gastro-intestinaux, de troubles hépatiques.

L'*abus des protides*, lait, œufs, viande, etc., peut intervenir, soit en rendant incomplète leur digestion, en facilitant et en permettant le passage d'albumines hétérogènes dans la circulation, soit en provoquant des troubles gastro-intestinaux et hépatiques qui sont fréquents.

Les *troubles gastro-intestinaux* peuvent intervenir en réalisant une perméabilité anormale de la muqueuse intestinale ou une insuffisance des sécrétions digestives.

De nombreuses recherches ont établi la réalité de la perméabilité anormale de la muqueuse intestinale et le rôle de la digestion pour faire perdre aux albumines leurs propriétés anaphylactisantes.

MM. Lesné et Dreyfus, à la *Société de biologie*, le 18 janvier 1911, ont montré que du blanc d'œuf, laissé à l'étuve pendant quelques heures en contact soit avec de la pepsine et de l'acide chlorhydrique, soit avec du suc pancréatique, ne possède plus, en injection intra-veineuse ou intra-péritonéale, ni d'action anaphylactisante ni d'action déchaînante.

Les *troubles hépatiques*, ont une grande importance. On connaît la fréquence de l'urticaire dans les affections du foie, Gilbert et P. Lereboullet, en 1902, ont décrit l'urticaire et le prurigo d'origine biliaire.

Widal, Abrami et Iancovesco, en 1920, ont constaté que l'épreuve de l'hémoclasie digestive était positive dans l'insuffisance hépatique et montré que cette insuffisance intervient dans la réalisation de l'anaphylaxie alimentaire, dans l'apparition du phénomène de choc et de l'urticaire. Le foie exerce une action protéopexique sur certaines albumines incomplètement désintégrées, qui traversent la muqueuse intestinale et pénètrent dans la veine porte.

Nous avons vu la fréquence des troubles hépatiques chez les enfants urticariens. Généralement ces troubles sont associés au syndrome colique fétide. Cette intrication réalise donc un état particulièrement favorable à la pénétration dans l'organisme des albumines alimentaires, insuffisamment modifiées.

Il me reste à envisager le quatrième et dernier élément pathogénique, le TERRAIN particulier, favorisant l'action des facteurs de l'urticaire. Pour Widal, ce « terrain propice au développement des phénomènes de choc » est « la diathèse colloïdoclasique ».

On ne sait rien de précis, sur les éléments qui caractérisent ce terrain.

Les *modifications physico-chimiques du sang et des humeurs* existent surtout pendant la période de choc et ne sont pas constantes ; on ne les constate pas en dehors de cette période.

Le *tonus vago-sympathique* présente des modifications contradictoires. Pour MM. Pasteur-Vallery-Radot et Rouquès « La question des rapports du tonus vago-sympathique et de l'urticaire n'est pas encore résolue ».

Mêmes incertitudes pour les troubles des *fonctions endocriniennes*. On observe des urticaires chez des dyshypothyroïdiens et chez des dyshyperthyroïdiens. On a incriminé de troubles ovariens, à propos des urticaires qui apparaissent, à la puberté, au moment des périodes menstruelles, ou à la ménopause, mais sans apporter aucune précision.

A côté du terrain général, il faut envisager le *terrain local*, qui réaliserait un état de la peau apte à réagir aux phénomènes de choc,

Les cutiréactions positives, obtenues avec un antigène pour lequel le sujet est sensibilisé, n'ont que peu de valeur, d'après M. Pasteur-Vallery-Radot, car une cuti-positive peut se rencontrer sans hypersensibilité générale et inversement.

Pour M. Joltrain : « Le déséquilibre physico-chimique ne siège pas seulement dans les humeurs, mais aussi dans les tissus cutanés et préside à la distribution de certaines éruptions » ; les plaques d'urticaire « sont le témoin du conflit entre le produit nocif, qui afflue d'une part, et la réaction tissulaire, d'autre part ».

Cette explication est séduisante, mais est encore une hypothèse.

***

Je n'ai pas épuisé les problèmes que pose la pathogénie des urticaires. J'ai essayé de schématiser quelques notions, dont certaines paraissent bien établies ; dans l'état actuel de nos connaissances, elles permettent de comprendre leurs processus pathogéniques.

De cette étude on peut tirer quelques CONCLUSIONS sur l'étiologie et la pathogénie des urticaires communes des enfants.

1° Sauf dans des circonstances spéciales, ce sont des *urticaires d'origine alimentaire* et *d'origine digestive.*

Dans certains cas, le rôle d'un aliment ou de plusieurs aliments est manifeste.

Dans d'autres cas, ce rôle paraît vraisemblable, mais ne peut être précisé ; peut-être alors interviennent des auto-intoxications intestinales.

2° *Les urticaires alimentaires rentrent dans le groupe des maladies anaphylactiques.*

Dans certains cas, les plus caractéristiques, l'éruption urticarienne est précédée d'un choc colloïdoclasique. Mais la colloïdoclasie ne peut pas toujours être démontrée, elle ne semble pas être à l'origine de toutes les urticaires que nous envisageons.

3° L'*hypersensibilisation à certaines protides alimentaires* est quelquefois *congénitale*, relève d'une *idiosyncrasie*, d'une *anaphylaxie spontanée.* Le plus souvent elle est *acquise.*

4° *Pour la réalisation de cette hypersensibilisation*, divers facteurs doivent intervenir : l'abus de certains aliments, des troubles gastro-intestinaux ayant pour conséquence l'absorption intestinale d'albumines incomplètement digérées ou en quantité trop abondante, l'insuffisance des fonctions protéopexiques du foie.

5° Enfin intervient le *terrain* particulier, général et local.

L'*hérédité*, sous des modalités diverses, joue un rôle important à toutes les étapes de ces processus aboutissant à l'urticaire.

Ces facteurs étiologiques et pathogéniques se rencontrent plus ou moins purs ou intriqués, plus ou moins apparents ou occultes.

Cette conception est certes très schématique ; mais elle donne un fil conducteur dans les investigations qu'il convient de poursuivre, en présence d'un enfant atteint d'urticaire, pour essayer de débrouiller les causes et le mécanisme de son affection.

***

Que nous apprend l'OBSERVATION DE NELLY, quant à l'étiologie et à la pathogénie de l'*urticaire commune, géante, chronique* avec *œdème aigu de Quincke*, dont elle est atteinte ?

1° L'alimentation paraît jouer un rôle ; elle a des poussées d'urticaire pendant les heures qui suivent les repas. Mais on ne peut mettre en évidence le rôle d'un ou de plusieurs aliments déterminés ; elle a de l'urticaire avec des albumines animales, du lait, de l'œuf, de la viande, avec des albumines végétales, du pain, de la farine de céréales, des pommes de terre ; elle en a soit avec ces aliments pris isolément, soit après des repas mixtes.

2° Avec le lait, l'œuf, la viande, la farine de blé, les pommes de terre, nous n'avons pas constaté de choc colloïdoclasique.

Ces épreuves négatives sont plutôt en faveur d'une urticaire d'origine digestive que d'une urticaire alimentaire proprement dite.

3° Nous ne relevons pas d'erreurs alimentaires, pas de troubles digestifs appréciables. Par contre il existe des *troubles hépatiques* manifestes.

Les urines contiennent en abondance de l'urobiline, de l'uroérythrine, de l'indoxyle ; le coefficient de Maillard, coefficient d'imperfection uréogénique, est augmenté, on provoque de la glycosurie alimentaire.

Il existe une hérédité hépatique chargée.

Il faut penser, en outre, à l'intervention possible de l'anesthésie par l'éther et le chloroforme, que Nelly a subie à deux reprises.

Après la première anesthésie, elle a présenté un érythème scarlatiniforme ; après la deuxième, est apparue l'urticaire qui persiste depuis.

Or, on sait l'influence qu'ont les anesthésiques sur des foies prédisposés.

4° Pour ce qui est du *terrain*, Nelly a depuis la petite enfance probablement de l'urticaire papuleuse, du strophulus, et une sœur plus jeune semble atteinte de la même affection.

Par ailleurs, on constate de l'hypervagotonie, que révèle un réflexe oculo-cardiaque exagéré. Il n'y a pas de troubles endocriniens, pas de syphilis congénitale.

Somme toute, il n'y a guère qu'un seul facteur précis, le *facteur hépatique*. Mais ce facteur à lui seul ne suffit pas à expliquer l'urticaire. Le cas est particulièrement complexe.

A Nelly s'oppose Laure, dont je vous ai rapporté également l'observation samedi dernier.

Nous l'avons vue pour une *urticaire commune aiguë* avec *œdème de Quincke.*

Elle a une *urticaire alimentaire élective.*

La première poussée est survenue à la suite de l'ingestion de crevettes, la seconde, quelques années plus tard, à la suite de l'ingestion de poisson.

Le lait n'a pas d'action ; il ne provoque pas de colloïdoclasie.

L'urticaire disparaît avec un régime végétarien.

La *raison de la sensibilisation* est ignorée ; il n'y a pas d'erreurs alimentaires, pas de troubles digestifs, pas de troubles hépatiques.

Mais le *terrain* est assez particulier. On note de l'hypervagotonie, avec un réflexe oculo-cardiaque très exagéré, une raie blanche, des points douloureux cœliaques, l'existence d'engelures.

Par contre, il n'y a pas d'hérédité intéressante.

Donc pour Laure, la cause de l'urticaire est une sensibilité spéciale au poisson ; mais la pathogénie n'est pas élucidée.

***

La complexité des facteurs étiologiques et pathogéniques, l'impossibilité, dans beaucoup de cas, de les préciser, expliquent la multitude des indications et des méthodes thérapeutiques.

Je vous exposerai samedi prochain les divers traitements et nous choisirons ceux d'entre eux qui paraissent le mieux convenir à la petite Nelly.

A. Camelin (Th. de Lyon, 1931) rapporte 48 observations de tétanos recueillies dans le service du Dr J. Chalier, de mai 1925, à septembre 1931. Dans ces 48 observations, qui concernent, sans exception, tous les tétaniques entrés dans le service, ne fût-ce que pour quelques heures, on relève :

16 guérisons, soit 33 %.
32 décès, soit 66, 7 % de mortalité.

A ces 16 guérisons, on peut en ajouter, dit l'auteur, 3 autres, concernant des malades qui, guéris de leur tétanos, sont morts d'affection pulmonaire. La mortalité se trouve ainsi abaissée à 60,25 %. A remarquer que dans 10 cas, aucune thérapeutique efficace n'a pu être mise en œuvre, à cause de l'entrée trop tardive du malade à l'hôpital.

« L'expérience nous confirme dans cette impression, qu'une grande partie des déboires dus au pneumothorax proviennent d'un collapsus incomplet, mal réalisé, qui n'arrive pas à affaisser complètement une lésion, qui la laisse bactériologiquement active, suppurante, peu ou beaucoup, capable de se réveiller à l'occasion d'une infection ou d'un épisode surajouté, et de recréer l'activité d'un foyer mal éteint, véritable danger qui reste susceptible de rallumer à tout moment l'infection générale tuberculeuse ». (Prof. Leuret, de Bordeaux, *in* préface : Charrier et Loubat. *Traitement chirurgical de la Tuberculose pulmonaire. Technique. Indications et Résultats*).

TRAVAUX ORIGINAUX

L'association de l'autohémothérapie et des extraits endocriniens dans le traitement de diverses psychopathies

Par le Docteur **René BIOT**
Ancien chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu de Lyon

Nous avons attiré récemment, au Congrès de Psychothérapie, l'attention de nos confrères sur une méthode qui nous a donné des résultats suffisamment encourageants pour qu'il nous paraisse indiqué d'en reprendre ici l'exposé plus en détail.

Cette méthode consiste à injecter des extraits endocriniens mélangés au moment même au propre sang du malade.

Nous n'ignorons pas que des auteurs ont déjà signalé de bons effets de cette technique ; notre intention n'est pas de reprendre ici la bibliographie de ce sujet. Nous n'oublions pas non plus combien est déjà long l'historique du traitement par les injections de sang, depuis les vieilles pharmacopées (1) jusqu'à l'autohémothérapie contemporaine. La liste serait très fournie des auteurs, qui ont signalé les bons effets de technique très voisine de celle que nous signalons ici. C'est ainsi que récemment Filderman a présenté un malade atteint de la maladie de Dupuytren en bonne voie de guérison par l'hémocrinothérapie (2).

Nous ne voulons aujourd'hui qu'apporter une contribution à l'étude d'une question qui nous paraît fort intéressante.

Préoccupé de soigner chez nos malades des troubles du caractère, de l'humeur, nous nous sommes appliqué à instituer chez eux une thérapeutique qui mette en œuvre en même temps que des moyens moraux, toutes les puissances physiologiques que nous pouvons connaître. Nous avons dit ailleurs (3) pour quelles raisons nous tenons à ne pas appeler cette médecine de l'esprit psychothérapie, à cause du sens limité donné généralement à ce mot, et pour quels motifs nous tenions au néoplasme intentionnel de médecine humaine.

Comme nous avions remarqué les résultats que donnait le traitement par les chocs et notamment par l'autohémothérapie dans diverses affections, cela nous avait engagé à l'utiliser pour le traitement de certaines altérations psychiques. Nous gardons encore le souvenir d'une cyclothimique à qui le Docteur Tinel nous avait conseillé de faire de l'autohémothérapie.

***

En même temps le désir que nous avions d'y voir un peu plus clair dans le diagnostic des troubles endocriniens nous avait conduit à demander des lumières aux réactions humorales.

Déjà en 1914, nous avions fait quelques essais signalés dans notre note : « Présence de sensibilisatrice spécifique

(1) Voir par exemple « Le sang humain dans la thérapeutique antigoutteuse ». *Pro medico*, numéro 2, 1924.
(2) *Bull. et Mém.* Soc. de Méd. de Paris, 28 février 1931, p. 315.
(3) Cf. R. Biot. — « Pour la médecine humaine, essai sur la méthode médicale ». Biologie médicale, Paris, Poulenc, janvier 1929 ; ou encore « la médecine humaine et l'individuel » in Cahiers de la Nouvelle Journée, n° IX, Paris, Bloud et Gay ; ou encore « La méthode de la médecine humaine » Société d'études philosophiques, Marseille, avril 1931.

dans le sérum des malades atteints d'insuffisance glandulaire », par R. Biot et J. Rebattu. Société biologique, 11 juillet 1914.

Mais de nouvelles précisions étaient nécessaires. Le Docteur G. Richard, avec qui nous avions jadis poursuivi des recherches sur la fixation du complément, et d'autres, plus délicates, sur la méthode d'Abderhalden, a bien voulu s'intéresser à nouveau à ce problème, tant pour nous que pour notre confrère d'Espiney ou d'autres cliniciens lyonnais.

Ainsi fut mise au point par G. Richard une méthode, encore inédite d'ailleurs, basée sur la déviation du complément, et qui permet de donner une indication sur la *prédominance* ou *l'insuffisance* de telle glande dans le « concert endocrinien ».

La déviation du complément vis-à-vis de divers tests endocriniens se présente toujours comme positive, mais en tout cas *légère* et en *harmonie* entre toutes les glandes. Dès qu'il y a dysendocrinie, on voit apparaître un décalage de l'hémolyse, qui se fait soit en avance soit en retard vi-à-vis des autres tests. Il y a là une manipulation très délicate qui exige une surveillance attentive et non pas une « lecture teminale ».

Tout se passe comme s'il y avait, dans le sang circulant des malades en état de dysendocrinie, des substances biochimiques — ou, sinon, seulement des propriétés (1) — qui pourraient être utilisées comme antigènes ou comme anticorps quand on les injecte à un autre sujet ou au malade lui-même. Nous avions constaté jadis des faits du même ordre chez les tuberculeux dans le sérum desquels la résection de Bordet nous permettait de déceler parfois des antigènes, parfois des anticorps, parfois les uns et les autres (2).

De là nous vint l'idée que puisque le sang des dysendocriniens était chargé d'antigènes spécifiques ou d'anticorps spécifiques on pouvait, en mélangeant ce sang à des extraits endocriniens, obtenir quelque chose qui aurait une valeur thérapeutique plus grande que l'extrait seul.

***

La technique très simple consiste à recueillir le sang, obtenu par ponction veineuse, dans une seringue déjà chargée de l'extrait endocrinien approprié, et, une fois le mélange fait, réinjecter le tout dans les muscles de la fesse, avec les précautions habituelles d'asepsie.

Si l'on veut pouvoir comparer des effets d'un cas à l'autre il nous paraît indispensable de recourir aux extraits provenant toujours des mêmes firmes. Car il est très vraisemblable que l'activité clinique *humaine* des extraits endocriniens varie d'un laboratoire de pharmacologie à l'autre, toutes qualités de provenances et de soins étant égales d'ailleurs. Indépendamment de l'action physiologique globale, qui peut être la même avec les produits X ou Y, les effets sur l'état psychique et moral varient certainement beaucoup (3) : et ce sont ceux-là que nous cherchons.

Nous nous sommes servi des extraits Byla en raison de leur isotonie et à cause de leur préparation à froid qui offre des avantages pour la sauvegarde de l'activité physiologique et aussi parce qu'ils sont ceux que G. Richard utilise comme réactif dans son analyse biologique. Nous recourons généralement aux isos à cause de leur titrage, 1 cc. représente un gramme d'organe frais.

Nous pratiquons en général une injection par semaine. Dans certains cas pour aller plus vite nous ne les avons espacées que de quatre jours.

(1) Nous n'avons garde de conclure hâtivement à l'existence des célèbres « phénoménines », raillées jadis si finement par le Dantec.

(2) Cf. nos publications antérieures : Modification des techniques utilisées pour l'étude des propriétés humorales des tuberculeux » (*Journal de physiologie et de pathologie générale*, janvier 1914). — « Modification de la technique de la réaction de fixation dans la tuberculose » Société de biologie, 7 mars 1914). — « Anticorps et antigènes divers du sérum des tuberculeux » (Société de biologie, 7 mars 1914, en collaboration avec F. Arloing). — « Recherches des antigènes et des anticorps dans le sérum et l'urine des tuberculeux ». (Un volume in-8, 208 p., Paris, Poinat, mai 1914).

(3) On touche là du doigt combien les expériences sur l'animal, pour indispensables qu'elles soient, restent insuffisantes et comment les conclusions de la médecine expérimentale et comparée ne peuvent servir que de guide en vertu seulement de l'analogie, pour la thérapeutique humaine.

***

Nous avons ainsi tenté de traiter toutes sortes de troubles de l' « humeur » — au sens moral du mot —, aussi bien des agitations que des dépressions, depuis les formes atténuées jusqu'aux symptômes graves, aussi bien des inappétences au travail que des troubles de la sexualité, voire des altérations psychiques où se discutait le diagnostic de schizophrénie. A ces malades nous avons été amené, guidé par les analyses de G. Richard, à injecter, mélangés au sang, des extraits testiculaires ou ovariens, des extraits thyroïdiens ou hypophysaires, etc., ou même des mélanges de ces divers produits.

Sans doute convient-il, comme le note si justement Kretschmer (1) de ne pas « réagir contre l'abus qui a été fait de l'anatomie cérébrale par un autre abus qui consiste à recourir à tort et à travers à l'explication endocrinienne». Toujours est il que nous avions suffisamment de signes cliniques et humoraux de troubles endocriniens chez nos psychopathes pour que soit indiquée une méthode ne se limitant pas à la psychothérapie.

Nous ne saurions entrer ici dans le détail des observations. Quand on a affaire à des états de santé qui sont à ce point mêlés de physiologique et de psychique, et que l'examen comporte autant d'observations objectives que de confidences très intimes, toute publication est arrêtée immédiatement par le souci du secret professionnel. De tels documents cliniques en effet n'auraient de valeur vraiment démonstrative que si on les livrait tout entier avec tous leurs détails d'antécédents familiaux, de profession, de genre de vie, et une description du caractère minutieuse qui conduirait nécessairement des tiers à reconnaître les malades. Force nous est donc de nous limiter à des lignes schématiques et, de fait, mutilantes.

Nous nous contenterons donc de donner les quelques traits suivants choisis parmi nos observations les plus démonstratives.

Obs. XI-91. Septembre 1928. — 36 ans. Institutrice d'une haute valeur intellectuelle et morale. Depuis quelques semaines alternatives de dépression avec tristesse et de colère allant jusqu'à des actes involontaires de violence. Céphalée. Insomnie. La dépression est surtout marquée avant les époques avec désir de suicide : « se sent devenir folle » ; en raison de ses profondes convictions souffre d'une véritable agonie morale.

Examen somatique négatif.

Le traitement par les remèdes habituels reste sans efficacité.

Janvier 1929. Réaction de G. Richard :

En présence des tests endocriniens employés en quantité décroissante pour une même quantité de sérum l'hémolyse est totale sauf pour ovarine et thyroïdine.

On note : hypophysine : H 3333 ; orchitine : H 3333 ; surrénine : H 3333 ; thyroïdine : H 3211 ; ovarine : H 3111.

On commence le traitement par l'autohémothérapie avec extraits ovariens : aucun résultat.

12 mars. Autohémothérapie avec orchitine. En trois semaines transformation ; la malade peut reprendre la direction d'une institution d'enseignement.

Décembre 1930. Menace de récidive. Nouveau traitement.

Depuis lors état excellent : la malade redonne à tous l'exemple d'une haute valeur morale et d'une maîtrise de soi à envier : « cela tient de la magie », écrit-elle.

Obs. IX-80. — 34 ans. Institutrice présentant depuis son baccalauréat de la fatigabilité, des périodes d'insomnie, avec inappétence et vomissements faciles.

Août 1928. Impossibilité de travailler. Mal de tête fréquent. Fuite des idées : « impossible de causer sérieusement un quart d'heure avec la malade sans se demander comment elle a fait

(1) La structure du corps et le caractère, Paris, Payot, 1930.



pour acquérir brevet supérieur et baccalauréat ; ses idées sont si embrouillées qu'on n'y comprend rien ».

Irrégularité des règles (suppression depuis deux mois) ; troubles de la circulation périphérique, asphyxie des extrémités, engelures.

L'examen clinique conduit à penser à de l'insuffisance ovarienne.

Quoique longtemps continué le traitement opothérapique habituel ne donne rien.

Février 1931. Autohémothérapie avec tantôt testicule, tantôt ovaire.

En mai on constate une réelle amélioration, les règles sont régularisées, elles sont plus abondantes. L'esprit est moins embrousaillé, la malade reprend sa gaieté.

Obs. XII-68. — 32 ans. Séminariste. Psychasthénie avec anxiété rendant le travail absolument impossible.

Plusieurs séjours de repos en divers climats ou dans des maisons de santé n'ont pas amélioré l'état du malade.

Mars 1930. Il s'analyse sans cesse, jamais sûr de la sensation ou du sentiment qu'il vient d'exprimer : « Est-ce bien vrai que je suis décidé à guérir ? » Il cherche longtemps la réponse, l'air soucieux et un geste de doute traduit son indécision. Scrupules sans fin rendant sa vie morale intolérable.

Examen somatique négatif. Pas de signes cliniques de déséquilibre vago-sympathique ou endocrinien.

Réaction de G. Richard :

L'hémolyse est arrêtée en présence notamment de la thyroïde et de l'hypophyse. Surrénine : H 3333. Orchitine : H 3110. Thyroïdine : H 3100. Hypophysine : H 3100.

Traitement : outre les prescriptions morales habituelles rédigées par écrit : autohémothérapie avec mélange hypophyso-thyroïdine.

Dès un mois de traitement, amélioration manifeste.

En juin, transformation morale. Il subsiste des moments de doute, mais souvent le malade se sent maître de lui.

Nouvelle réaction de G. Richard : l'hémolyse d'abord totale pour tous les tests endocriniens est ensuite atténuée et annulée ; *mais simultanément vis-à-vis de tous les tests : il y a harmonie endocrinienne.*

Juillet 1930. Légère reprise du mal ; nouveau traitement.

Septembre 1930. On peut dire guérison avec assez de certitude pour que l'accession aux ordres soit permise.

L'état s'est maintenu bon depuis.

***

Nous avons ainsi un nombre déjà considérable de succès dont l'énumération serait fastidieuse. Les cas cités suffisent à montrer l'intérêt de la méthode.

Mais parfois nous avons eu des échecs non moins manifestes.

Il reste donc à préciser les indications qui permettent de prévoir quelle sera l'efficacité du traitement.

Il faudrait pouvoir aussi élucider le mécanisme du renforcement d'activité thérapeutique que le mélange avec le sang apporte aux extraits endocriniens (1).

Il serait donc désirable que puissent être poursuivis des essais cliniques et des recherches expérimentales.

Mais on se heurte à des difficultés presque contradictoires.

Il faudrait, en effet, faire de très nombreuses réactions biologiques du sang pour surveiller, comme pas à pas, et à chaque nouvelle injection thérapeutique, les réactions biologiques humorales : ce qui supposerait l'installation technique et la compétence d'un laboratoire spécialisé.

(1) On est encore mal fixé sur le mécanisme biologique de l'autohémothérapie en elle-même. Rappelons ici les travaux si intéressants de E. Rousseau « Recherches sur la survie des éléments sanguins (hématies et leucocytes) réinjectés par la voie musculaire et sous-cutanée. (Imprimerie A. Durante, Lille, 1927).

Les éléments sanguins, réinjectés par la voie sous-cutanée ou par la voie musculaire, ne sont pas voués à une mort rapide, puisque on a pu retrouver les hématies 50 jours après leur réinjection.

Les leucocytes, eux aussi, conservent leur vitalité, car 30 jours après avoir été été repris dans la circulation, ils étaient encore vivants et manifestaient leur présence, par la réaction appliquée dans ces recherches.

Ce travail de laboratoire, effectué sur des animaux n'a peut-être pas de but immédiat : cependant il montre que les éléments du sang réinjectés sous la peau ou dans les muscles restent vivants un certain temps ».

Mais d'autre part, on est en présence de phénomènes si fugaces qu'il faudrait l'analyse au moment même où l'on prélève le sang en vue de la réaction. Ce qui comporterait qu'on la réalise au cabinet même du médecin.

Et d'ailleurs les troubles psychiques et moraux que l'on voudrait soigner ainsi sont de l'ordre des symptômes confidentiels, et ce point — important — rend impossible qu'on fasse des recherches dans l'anonymat de quelque institut. Force serait donc au médecin qui confesse et qui soigne d'être en même temps le biologiste qui manipule, et d'avoir son laboratoire outillé et en activité à côté de son cabinet même...

Toujours est-il que les succès que nous avons obtenus nous paraissent suffisants pour que nous signalions la méthode et engagions nos confrères à collationner avec nous de nombreuses observations. Nous ne sommes qu'à l'aube de l'endocrinologie, mais ce qui a été obtenu jusqu'ici permet d'espérer qu'elle sera un merveilleux adjuvant de la thérapeutique de l'esprit.

CHRONIQUE

Rétroversion

Le *Traité* de Poirier m'a rendu un fameux service en m'apprenant qu' « il n'y a pas *une*, mais *des* positions normales de l'utérus ». Par contre, il existe pas mal de traités de gynécologie qui ont porté dommage à la gent féminine en s'étendant sur les méfaits de la rétroversion.

La rétroversion est une éventualité fréquente : une femme sur cinq ou sur quatre a l'utérus en rétroversion et il n'y a que peu de femmes à présenter des symptômes causés par cette rétroversion. Ce n'est, d'ailleurs, pas que de tels symptômes soient inexistants, symptômes locaux et symptômes à distances (1). Mais Schultze qui a consacré des années à les étudier, insiste sur la difficulté qu'on éprouve à distinguer les symptômes propres à la déviation et les symptômes des affections secondaires.

Si la rétroversion est trop souvent l'occasion de « tripotages » inutiles et d'opérations inutiles, il n'en est pas moins vrai que son étude est de toute nécessité pour le gynécologue et il faut louer grandement Jean Louyot, élève du Professeur Fruhinsholz, d'avoir étudié la rétro-déviation utérine du *post-partum* (2). Voyons les détails de ce beau travail.

La presque totalité des rétroversions utérines qui ne sont pas congénitales prennent leur origine à l'occasion de la puerpéralité. Elles sont négligées, dit Louyot, et l'on doit demander plus tard, au traitement chirurgical, une fixation artificielle qu'une sérieuse prophylaxie des suites de couches aurait pu éviter.

Ce sont tous les cas de rétro-déviation mobile qu'il a eu en vue en négligeant systématiquement toute fixation en arrière de l'utérus par des brides d'adhérences dans le cul-de-sac postérieur, reliquat de para-métrite postérieure silencieuse, ou cliniquement exprimée.

***

La fréquence de ces rétrodéviations mobiles est de vingt pour cent.

Elle s'observe en majorité chez des femmes jeunes.

(1) H. Vignes. — *Physiologie gynécologique et médecine des femmes*, Masson, édit., 1929, p. 425.

(2) Jean Louyot. — *Contrib. à l'étude de la rétro-déviation utérine mobile au cours du post-partum*, Thèse de Nancy 1931, Humblot et Cie. édit.

La *parité* joue un rôle des plus importants : le premier accouchement est généralement celui qui installe la rétroversion lorsque celle ci doit demeurer. La grande majorité des rétro-flexions du *post-partum* se rencontre chez les primipares jeunes. Il reste, cependant, que l'observation clinique de tous les jours permet chez les femmes qui ont été régulièrement suivies au cours de leurs accouchements successifs de noter l'apparition d'une déviation utérine à leur deuxième campagne alors qu'elles en avaient été jusque là préservées.

L'influence des modalités du travail est à étudier. L'école américaine s'est attachée à démontrer l'importance des déchirures vaginales et cervicales, des lésions de la base du ligament large, dans l'étiologie de la déviation *post-partum* de l'utérus. Et, cependant, en comparant les chiffres, Louyot pense que les traumatismes sérieux et des interventions obstétricales sont rares dans les observations de rétroversion.

L'influence de l'infection est peu importante. Presque tous les auteurs reconnaissent que, dans la majorité des cas, le *post-partum* est rigoureusement apyrétique.

L'influence de l'allaitement. — Si l'on s'en tient aux données théoriques, on pourrait penser que l'allaitement, en favorisant l'involution et en stimulant les contractions utérines, exerce une action empêchante sur la production des rétroversions. Il est apparu, cependant, à Louyot que le fait de nourrir au sein ne préserve pas l'accouchée de la rétroversion.

***

La date d'apparition. — Le corps utérin qui avait, avant la délivrance, le volume d'une grossesse de quatre mois et demi environ, régresse peu à peu. Vers le quinzième jour, ses dimensions sont assez réduites pour qu'il lui soit possible de basculer dans l'excavation : aussi est-ce vers la fin de cette deuxième semaine de *post-partum* que l'on commence habituellement à observer les déviations utérines.

Mais il peut y avoir des rétroversions survenues très précocement, quelques-unes mêmes immédiatement après le travail, comme dans une observation de Mme Boivin. Mais ces cas de rétroversion très précoces sont exceptionnels.

Le décubitus dorsal prolongé a été incriminé et, souvent, on l'a accusé de contribuer, pour une large part, à la production des rétro-déviations puerpérales. Pourtant, il est facile de constater ce qui se passe dans les cas de décubitus dorsal prolongé pendant deux à trois mois : tels que les cas de phlébites ou de typhoïde : « Sur sept femmes prises au hasard qui ont occupé le lit de six semaines à trois mois après leur accouchement, dit le Professeur Fruhinsholz, je n'en retiens qu'une chez laquelle l'utérus a été trouvé en rétroversion ».

L'action du lever est à étudier. On invoque les expériences de Kutsner qui a, le premier, insisté particulièrement sur la rareté des déviations utérines en cas de lever précoce, et avancé qu'en faisant lever les femmes entre le premier et le quatrième jour du *post-partum*, on évitait dans une très grande proportion la rétroversion. Des statistiques nombreuses ont semblé favorables à cette thèse ; mais en même temps que diminuait le nombre des rétro-flexions on voyait apparaître des accidents plus graves et plus immédiatement dangereux le prolapsus et, surtout, l'embolie. Mais, même en mettant cette objection à part, Louyot reste peu persuadé des avantages du lever précoce en envisageant du seul point de vue de la rétroflexion et il critique longuement. (p. 26-31), chiffres à l'appui, le dogme du lever précoce.

L'action provocatrice de l'effort ne souffre pas de discussion et les partisans les plus convaincus du lever précoce insistent, tous, sur la nécessité de faire comprendre à la récente accouchée que le lever n'équivaut pas à la reprise des occupations, bien qu'il soit très difficile d'en imposer la distinction à une femme qu'une nombreuse famille attend chez elle et qui ne connaît pas d'intermédiaire entre le travail et le repos absolument au lit. L'effort est nuisible au début du *post-partum*, il est nuisible plus tard et, enseigne Fruhinsholz c'est à cette période du *post-partum* médiat que se produisent les déviations les plus évitables et pour lesquelles le traitement prophylactique a le plus de chances d'intervenir ; c'est, malheureusement, aussi, la période la plus sournoise et la moins surveillée.

Le rôle de la ceinture abdominale, qui neutralise, dans une certaine mesure, l'action nocive de l'effort peut intervenir pour expliquer aussi certaines différences notées entre des cas qui auraient pu sembler similaires.

Le retour de couches a été étudié dans les modifications que peut lui faire subir la rétroversion ; on a peu insisté au contraire sur l'action inverse sur son rôle favorisant et, parfois, déterminant de la déviation. Louyot n'a relevé qu'un cas où il a agi nettement et fait basculer pour la première fois l'utérus jusque là resté en position normale. Par contre, la récidive de la rétroversion, antérieurement apparue et déjà réduite, est relativement fréquente. Le rétablissement de la menstruation intervient, donc, plus souvent comme une circonstance dont profiteront les utérus instables qui tiennent en avant dans un équilibre qu'un rien peut compromettre et qui traduisent au mieux l'hypotonicité anormalement persistante de l'utérus.

***

Formes évolutives. — Il est bien difficile, au moment où une déviation s'installe, d'en prévoir l'évolution : elle n'a semblé à Louyot en rapport, ni avec la date tardive ou précoce de son apparition, ni avec sa forme anatomique : tel utérus rétro-fléchi se montrera parfois infiniment plus docile qu'un utérus debout simplement rétro-dirigé, et qui a seulement perdu son anté-courbure normale.

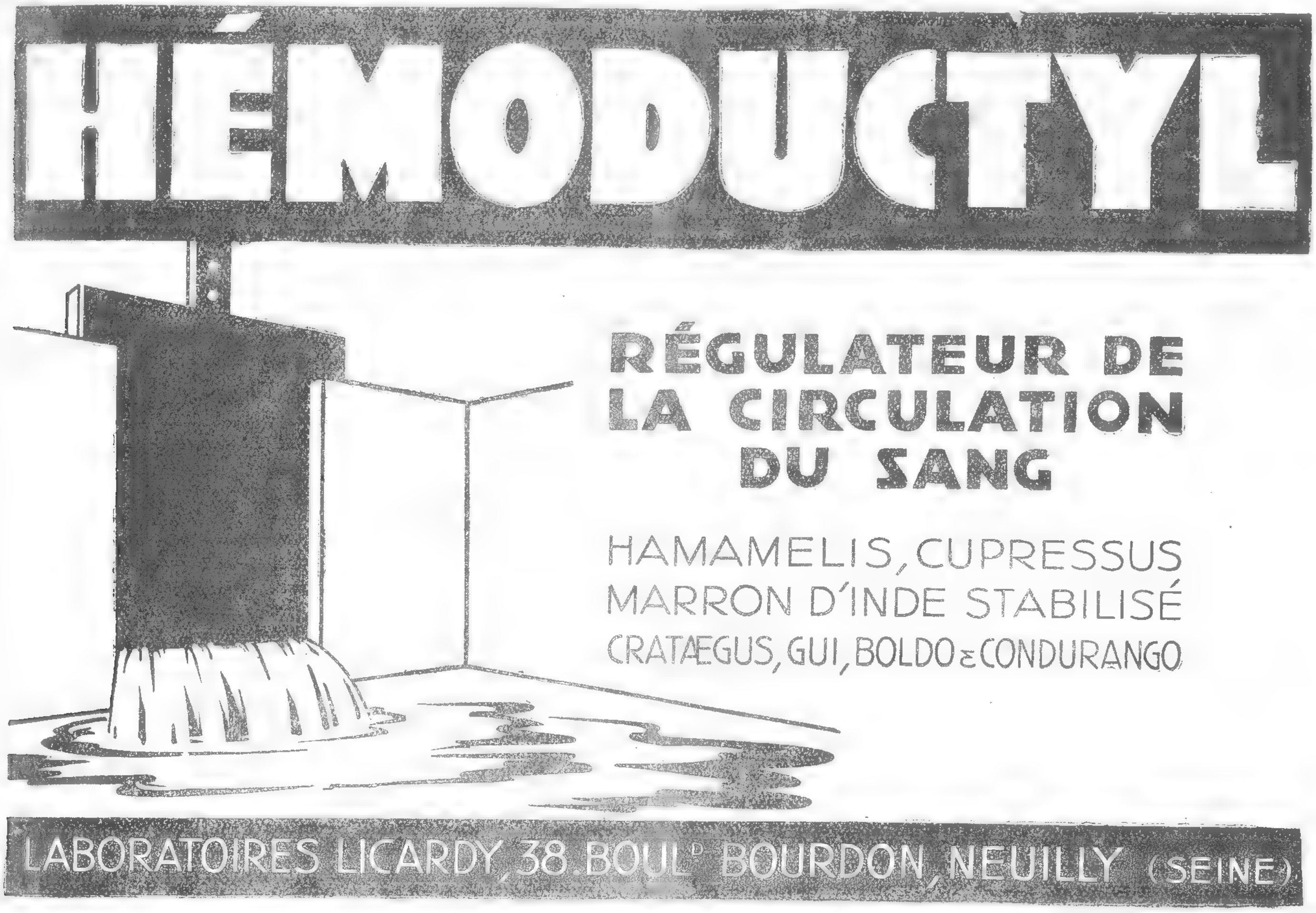
On peut distinguer : 1° les rétro-déviations à réduction spontanée ; 2° les rétro-déviations temporaires ; 3° les rétro-déviations intermittentes ; 4° les rétro-déviations persistantes.

1° *Les rétro-déviations à réduction spontanée (trois cas)* pour rares qu'elles paraissent, ne sont pas exceptionnelles. Louyot en trouve trois cas dûment observés, dont deux concernaient des multipares, Dans l'observation 53, il s'agissait d'une récidive chez une secondipare, dont l'utérus s'était lentement laissé redresser au bout d'un mois, au cours d'une puerpéralité antérieure, mais qui était demeuré assez instable. La déviation reparue après le deuxième accouchement se réduisit spontanément et définitivement.

2° *Les rétro-déviations temporaires* (21 *cas*) forment un second groupe. Dans la plupart des cas, la rétroversion nécessita la réduction artificielle. Par rétroversions temporaires, Louyot entend celles où l'utérus, dès qu'il eut retrouvé sa position physiologique, et qu'on l'eut soustrait aux troubles vasculaires et à l'œdème déterminé par la déviation, fut ressaisi par une tonicité suffisante pour assurer son maintien définitif.

Il semble bien que le moment le plus favorable pour la reposition se place entre le 28e jour et le 33e jour du *post-partum*.

3° *Les rétro-déviations intermittentes* (33 *cas*) concernent des utérus qui se montrent habituellement très dociles et se laissent sans difficultés ramener en avant ; ils semblent devoir obéir aux premières corrections et se maintiennent réduits... jusqu'au moment où, la guérison paraissant assurée, la rechute se produit. Elle survient, il est vrai, très souvent, à la faveur d'une des circonstances énumérées : effort, retour de couches, mais dans quelques cas, aussi, sans cause apparente. La tonicité utérine est essentiellement capricieuse et soumise à des phases de brusques défaillances. Les récidi-


HÉMODUCTYL
RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION DU SANG
HAMAMELIS, CUPRESSUS
MARRON D'INDE STABILISÉ
CRATÆGUS, GUI, BOLDO & CONDURANGO
LABORATOIRES LICARDY, 38 BOUL^D BOURDON, NEUILLY (SEINE)


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard _ PARIS (XVIe)
DRÉVILL

BIBLIOGRAPHIE

Traité de technique opératoire oto-rhino-laryngologique, par Georges PORTMANN, publié avec la collaboration de MM. H. RETROUVEY et Jean DESPONS, Paul LEDUC et G. MARTINAUD. Un volume grand in-8 de 866 pages avec 467 figures et 2 planches hors texte en couleurs, broché : 290 francs. ; relié: 330 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les traités de technique opératoire sont souvent présentés avec un luxe de détails qui en rend la lecture difficile et fait disparaître les points importants de l'acte chirurgical. Le lecteur qui cherche avant tout des renseignements pratiques se perd dans des descriptions utiles sans doute, mais pas indispensables et ne trouve pas la ligne de conduite simple et clairement exposée qu'il désire.

Or, ce choix est parfois difficile, la description d'un procédé ne permettant pas toujours d'en apercevoir les avantages et les inconvénients.

Rompant avec les habitudes consacrées, le professeur Georges Portmann expose, dans cet ouvrage, par le texte et par l'illustration, ses techniques personnelles et les interventions qu'il pratique et qu'il enseigne chaque jour.

Pour chaque affection, il expose une intervention, sans phraséologie inutile. Il donne l'essentiel de ce qu'il faut savoir pour mener l'opération à bien, depuis les soins qui précédent l'intervention jusqu'à la guérison définitive.

Suivant le désir qu'il exprime dans sa préface, son livre est bien un « livre parlé » ; on croit, en parcourant les pages, voir l'opération se faire sous les yeux :

Le lecteur trouvera dans ce Traité, outre les procédés personnels à l'auteur, des techniques classiques ou modifiées dans quelques points de détails.

Pour chaque opération, c'est toujours la même méthode d'exposition : définition, indications, contre-indications, préparation du malade, anesthésie, instrumentation, technique, qui comprend tour à tour l'éclairage, la position du chirurgien ou des aides, la position du malade, la préparation du champ opératoire, enfin l'intervention. Celle-ci est décrite par temps opératoires successifs, chacun d'eux étant éclairé d'une figure extrêmement démonstrative représentant la région opératoire telle que la voit le chirurgien. Puis ce sont les incidents, les complications qui peuvent survenir au cours de l'intervention, les soins depuis le jour de l'opération jusqu'à la guérison, les accidents postopératoires, précoces ou tardifs. Les renseignements pratiques les plus minutieux sont décrits avec un soin tel que le praticien ne peut plus être embarrassé. Lors d'un cas difficile, il pourra puiser dans ce traité des informations précises sans lesquelles il ne lui serait pas possible d'entreprendre une opération à laquelle il est peu accoutumé.

Aucune méthode chirurgicale moderne n'est laissée de côté. Depuis les opérations les plus banales, comme l'adénoïdectomie, ou l'amygdalectomie totale jusqu'à la trépanation du labyrinthe, l'ouverture du sac endolymphatique, la laryngectomie totale et la pharyngectomie.

L'illustration reproduisant les différentes phases de l'acte opératoire occupe, dans cet ouvrage, une place de premier plan, elle comprend 467 très belles figures formant planches, et 2 planches hors textes en couleurs.

Les asphyxies du temps de paix et du temps de guerre. Guide du sauveteur spécialisé, par le Dr COT. Librairie Lorriot. Paris 1931.

Le Docteur Cot qui fut pendant plusieurs années chef du service médical des sapeurs-pompiers de Paris, s'est spécialisé dans l'étude des asphyxies accidentelles. Il y a un an, d'ailleurs, il a publié un livre tout à fait remarquable sur cette importante question. C'est lui qui a organisé et mis au point les premiers postes de secours mobiles pour asphyxiés. Grâce à ces postes de secours plus de 300 asphyxiés ont déjà été sauvés.

Le nouvel ouvrage que publie aujourd'hui notre collègue s'adresse plus particulièrement aux sauveteurs, aux Croix-Rouges, aux administrateurs des cités mais aussi aux hygiénistes.

La question de la protection des villes en cas d'attaque par les gaz fait l'objet d'un vaste chapitre divisé en six leçons. Il y étudie longuement les équipes de dégazage et de sauvetage suivant les principes du Professeur Parisot.

On peut dire que c'est la première fois qu'un ouvrage aussi capital est consacré aux asphyxies du temps de paix et du temps de guerre.

Le général Niessel, membre du conseil supérieur de la guerre, qui en a écrit la préface, a tenu à souligner l'intérêt d'un tel travail.

Pour notre part, nous ne saurions trop en féliciter l'auteur. — R. N.

MARIUS et ARY LEBLOND : **Toutes nos colonies,** n° 7 : *L'île enchantée, La Réunion.* — FERNAND BENOIT : **Toutes nos colonies,** n° 8 : *L'empire de Fez, Le Maroc du Nord.* Alexis Redier, éditeur, Paris.

Nous avons lu avec un très grand intérêt ces deux volumes qui continuent la belle collection entreprise par Alexis Redier, laquelle est si précieuse non seulement au point de vue artistique, mais encore au point de vue ethnographique et pour l'étude des conditions de vie dans les régions étudiées. Excellente typographie et remarquable illustration. — H. V.

ves peuvent se succéder tardivement jusque dans le courant du deuxième mois et même dans le début du troisième.

4° *Les rétroversions d'emblée persistantes* (17 *cas*) obéissent souvent à la réduction, mais ne se maintiennent pas.

***

Symptomatologie. — La symptomatologie fonctionnelle de la rétro-déviation utérine au cours du *post-partum* est généralement fort discrète et dans de nombreux cas, insignifiante. Très fréquemment, c'est pour la femme une véritable révélation d'apprendre, à l'occasion d'un examen dans les suites de couches, qu'elle est porteuse d'une déviation utérine. Et ceci ne doit point nous étonner ainsi que je le soulignais au début de cette chronique.

Lynch estime à 50 % le nombre des rétroversions silencieuses. Dannforth et Galloway ont rencontré seulement 19 femmes sur 144 qui ont accusé leur déviation. Les chiffres de Winter, de Schrœder, en ce qui concerne la rétroversion sans symptôme, varient entre 60 % et 40 %.

La douleur est variable dans son intensité et sa localisation : parfois, lors du premier essai de station debout, la femme accuse une sensation de pesanteur lombaire, de lassitude générale qui persiste après qu'elle a regagné son lit et se distingue, par son caractère plus marqué, de la simple fatigue habituelle après pareille séance. Au fur et à mesure que se fera l'entraînement à la marche, la douleur lombaire se fera plus précise. Toute station debout deviendra pénible.

2° Il est habituel d'observer des écoulements sanguins à des degrés variables au cours de la rétro-déviation, Louyot pense, même, que c'est le phénomène le plus constant et le plus fidèle. Malheureusement, il est, lui aussi, parfois très discret et peu spécifique. L'écoulement sanguin intermittent se prolonge généralement jusqu'au retour de couches. On signale le caractère franchement ménorragique de la première menstruation.

3° La leucorrhée est également un symptôme fréquent.

4° La symptomatologie objective évolue en cinq stades successifs : 1° l'utérus debout, dit cylindroïde ; 2° l'utérus rétroversé ; 3° l'utérus au début de la rétro-flexion : « utérus en banane » ; 4° et 5° la rétro flexion constituée, ces deux stades se différenciant par le degré de descente du corps dans le cul-de-sac postérieur au-dessus et au-dessous du col.

Les différents stades ci-dessus énumérés, n'ont pas toujours une succession aussi rigoureuse et s'intriquent en réalité les uns aux autres.

5° La déviation utérine s'accompagne généralement d'un œdème parfois très considérable, qui infiltre l'organe et s'étend souvent aux ligaments larges qui apparaissent mous et épaissis.

***

Les lois de la statique utérine éclairent le problème pathogénique de la rétroversion.

L'utérus des quadrupèdes, comparé à l'utérus féminin, semble affecter les caractères suivants dont la connaissance apporte certaines notions au débat : 1° un utérus féminin, tel qu'on peut l'examiner après hystérectomie, par exemple, conserve pendant un certain temps une forme qui lui est propre, et même parfois, à l'état isolé, on peut observer, son antécourbure physiologique. Sa consistance est ferme, ses parois solides, et riches en fibres musculaires. On ne retrouve rien de semblable chez l'animal. Là, les parois sont considérablement plus minces, et dès que l'élément est isolé, il s'étale sans forme sur la table où on le dépose.

2° La situation abdomino-pelvienne de l'utérus et des annexes chez les quadrupèdes diffère de la situation pelvienne dans l'espèce humaine.

3° Les ligaments, chez les quadrupèdes, sont latéraux et dorsaux. L'utérus est solidement fixé au niveau du col, et des attaches vaginales ; il est au contraire très mobile quant à son corps et à ses cornes. L'utérus est comme suspendu en hamac par les ligaments larges, rattachés eux-mêmes au plan dorsal par des mésos à bord épaissi et fibreux.

Sur la face ventrale, on trouve habituellement un ligament rond, sans grande consistance et qui est un simple soulèvement de la séreuse.

Les ligaments utéro-sacrés, par contre, apparaissent très tôt dans la série animale. Franck Blaisdell senior a montré que ces replis plus ou moins accusés suivant les espèces, contenaient de très bonne heure des fibres musculaires, et constituaient un véritable muscle, utéro-rectal, et utéro-sacré. Leurs fibres s'évasent souvent plus haut, pour venir s'attacher sur les dernières vertèbres lombaires.

La station debout a bouleversé ces conditions de statique et du fait de la forte inclinaison pelvienne, qu'entraîne la station debout, le problème de la statique se pose pour un organe désormais instable dont, seul, le pôle inférieur est solidement fixé, et le pôle supérieur, volumineux et lourd, est exposé à un perpétuel état de déséquilibre.

L'utérus est, normalement, en antéflexion légère et en antéversion. C'est là la position idéale qui lui permet de se tenir hors du point de moindre résistance du diaphragme pelvien, d'assurer le libre jeu de sa circulation et qui autorise sa libre expansion vers l'abdomen, en cas de grossesse. Il est facile de se rendre compte que, si par le toucher combiné au palper, on tente de déplacer en arrière l'utérus d'une femme normale, l'ensemble de l'organe se laisse repousser en totalité, tout en conservant sa forme antéfléchie, et reviendra de lui-même en place, sous l'influence d'une force élastique, que les doigts ne sauraient localiser en l'un quelconque de ses pôles.

Le maintien de cette situation exige : *a*) la conservation de cette forme antécourbée ; *b*) l'action effective de ces ligaments ; *c*) l'intégrité de ses rapports de voisinage ; *d*) enfin l'application correcte de la pression abdominale.

a) *La conservation de la forme utérine* exige que la charnière entre partie fixe et partie mobile soit habituellement dans un état de relative rigidité, en fonction de la tonicité utérine. Cette charnière siège à l'isthme, immédiatement au-dessus de l'orifice interne, région qui est appelée à devenir le segment inférieur au cours de la grossesse.

b) *L'action effective des ligaments* est indispensable. Tour à tour, ligaments ronds, ligaments larges, ligaments utéro-sacrés et tissu cellulaire sous-péritonéal (diaphragme fibro-musculaire supérieur) ont été l'objet d'attentions et de faveurs trop exclusives pour expliquer le maintien de l'attitude normale.

Rappelons avec Louyot divers traits propres aux ligaments de la femme par rapport aux quadrupèdes : 1° les ligaments larges ont gagné en épaisseur, principalement au niveau de leur base, ce qu'ils ont perdu en étendue ; 2° les ligaments ronds font leur apparition, en tant qu'organes ligamentaires ; 3° les ligaments ovario-pariétaux, ont perdu de leur importance, dans la suspension de l'ensemble utérus-annexes ; 4° les ligaments utéro-sacrés, déjà bien développés chez l'animal conservent chez la femme leur importance anatomique ; 5° quant à la fixation du col aux parois pelviennes, Blaisdell senior, a montré que le tissu cellulaire sous-péritonéal était peu différencié chez l'animal, et que la station bipède lui conférait son importance de diaphragme fibro élastique.

On a voulu distinguer les ligaments utérins en deux catégories : organes de soutènement, et organes de suspension. Il semble à Louyot qu'il soit préférable d'opposer les ligaments du corps aux ligaments du col, les uns laissant à l'utérus une certaine mobilité, les autres au contraire, plus fixes.

Le col et le dôme vaginal, dont on ne saurait le séparer, sont solidement maintenus, par l'ensemble du tissu cellulaire sous-péritonéal et de la base du ligament large : constitué de fibres musculaires et de tissu fibreux, cet ensemble a fait l'objet de nombreux travaux et a reçu des dénominations diverses. On a tendance à englober dans cet ensemble, les ligaments utéro-sacrés. Pour Louyot, ils doivent être décrits à part, étant donné leur présence constante chez les mammifères, avant toute condensation du tissu sous-péritonéal. Insérés au niveau même de la coudure utérine, ils semblent jouer un rôle bien déterminé dans la fixation du col, en arrière et en haut.

Les ligaments du corps utérin ne nous offrent pas une semblable fixité. Ils ne sont, cependant, pas négligeables et SPIEGEL, dans une expérience souvent citée, aurait vu sur une femme, décapitée quinze minutes auparavant, l'utérus rétroversé, se soulever, sous l'influence d'un courant induit et les ligaments ronds se tendre et amener l'utérus en avant. On ne saurait plaider en leur faveur par des arguments chirurgicaux, la ligamentopexie réalisant une fixation artificielle, et les transformant en cordages rigides, qu'ils ne sont certainement pas à l'état normal.

Tous ces ligaments ont une extrême richesse en fibres musculaires : ligaments ronds, utéro-sacrés, ligaments larges eux-mêmes, sont avant tout composés de fibres lisses, donc de liens vivants capables de contractions, et soumis constamment à une certaine tonicité. Vouloir envisager les ligaments comme des amarres, des cordages passifs agissant par leur état de tension permanente, c'est supprimer toute compréhension possible à la souplesse et à l'élasticité qui président à la statique utérine et il est frappant de remarquer que toute cause d'atonie dans l'utérus entraîne une atonie concomitante dans les ligaments. Parfois on observe des crises d'hypotonicité entraînant un fléchissement parallèle, dans l'utérus et dans ses ligaments. En sorte que l'utérus présente dans ses ligaments des expansions latérales formées de son tissu propre, et qu'il prend lui-même ses insertions sur le bassin.

Ces notions, admises par les anatomistes, ne semblent pas avoir en physiologie utérine, une place suffisante. Elles permettraient de supposer que l'utérus lui-même par la puissance de sa propre contraction, pourrait en s'appuyant directement sur ses insertions squelettiques, assurer dans une certaine mesure sa position. On comprend ainsi qu'une même cause d'atonie pelvienne, provoque du même coup le relâchement simultané de l'utérus, et de tous les ligaments, dont aucun n'est particulièrement responsable de la déviation qui en résulte.

a) *La pression abdominale* joue un rôle et c'est ici qu'interviennent les muscles striés : muscles de la paroi et releveurs de l'anus qui maintiennent et règlent par leur tonicité la pression intra-abdominale. Dans la position normale de l'utérus, cette pression vient renforcer l'antéversion-flexion physiologique ; mais lorsque l'organe a amorcé sa déviation, elle accentue son déplacement.

***

Pathogénie. « L'accouchement est, pour tous les éléments de la statique utérine, une très rude épreuve. Il comporte, principalement pour les moyens de fixation du col, une énorme distension et très souvent une dilacération. Somme toute, après le travail, la situation est la suivante : la délivrance laisse un organe lourd du poids de 800 gr. à 1 kgr. reposant sur un pôle inférieur inconsistant, plissé en accordéon, et dont les attaches pelviennes sont devenues trop longues, du fait de sa brusque diminution de volume ; la vulve est largement ouverte, le releveur inexistant. Le vagin s'est verticalisé, la paroi abdominale se trouve flasque, « en chiffon » incapable de maintenir aucune pression. L'utérus n'est donc à cette période tenu en place que par son volume même, et s'il est à ce moment antéversé, c'est qu'il s'adosse à la colonne lombaire et au promontoire. Mais dans la normale, l'utérus va régulièrement régresser ; à diminution de volume répondront parallèlement reprise de la tonicité, et raccourcissement progressif des ligaments, si bien que lorsqu'il sera redevenu un organe pelvien, susceptible de basculer en arrière, sa tonicité et celle de ses attaches lui permettront d'éviter la chute. »

« Pour qu'il y ait rétroflexion, il faudra, ou bien que cette tonicité étant normale, la forme de l'utérus soit primitivement anormale, et ses ligaments adaptés à cette situation, ou bien que la tonicité étant déficiente, et la régression involutive étant retardée, l'utérus soit devenu passif, et finalement tombe, laissant aux influences du voisinage, le soin de lui donner une forme et une position. »

Voyons quels sont les *facteurs de l'hypotonicité utérine.*

La subinvolution. Tous les auteurs s'accordent pour admettre la subinvolution, comme le facteur principal de la rétroviation utérine. Mais, dire qu'un utérus est subinvolué, ce n'est pas autre chose que de constater qu'il ne reprend pas dans les délais habituels son volume primitif. On a beaucoup discuté, on discute encore sur les causes de cette subinvolution. Une seule a conquis droit de cité, unanimement admise, c'est l'infection. Aussi, invoque-t-on le plus souvent des infections discrètes localisées à l'endomètre, ne comportant pas de manifestations cliniques, mais suffisantes pour paralyser l'utérus.

Le traumatisme obstétrical. La distension du segment inférieur et la dilacération consécutive du rétinaculum utérin, et des ligaments utéro-sacrés, seraient des facteurs d'atonie localisée de cette région par leur élongation excessive, et par les suffusions sanguines, qui pourraient en résulter. C'est ici que jouent : les lésions du col et les lésions des ligaments latéraux.

Je ne saurais trop appuyer sur ce point signalé par LOUYOT et, j'ai souvent montré à mes élèves comment la guérison d'une déchirure cervicale récente peut conjurer un prolapsus menaçant.

Les troubles vasculaires. — Le régime circulatoire de l'utérus puerpéral, circulation à prédominance veineuse, prédispose à l'œdème de l'utérus et donc à l'atonie utérine, ainsi que l'a montré le professeur FRUHINSHOLZ. Pour lui, la circulation artérielle active qui irrigue l'utérus au début de la gestation, en fait une sorte d'organe érectile qui tend au redressement naturel contre les lois de la pesanteur ; au contraire, la congestion de l'utérus puerpéral est d'un type flasque où prédomine l'activité veineuse (circulation de retour) et d'où résulte une tendance de l'organe aux affaiblissements, aux relâchements, aux tassements, aux coudures, aux glissements, fléchissements et inclinaisons de toutes sortes.

L'insuffisance physiologique des tissus, l'existence de prédispositions individuelles à la rétroflexion sont des causes fréquentes de rétrodéviation et LOUYOT pense que l'on pourrait rechercher du côté du tonus sympathique la raison de la laxité des tissus pelviens.

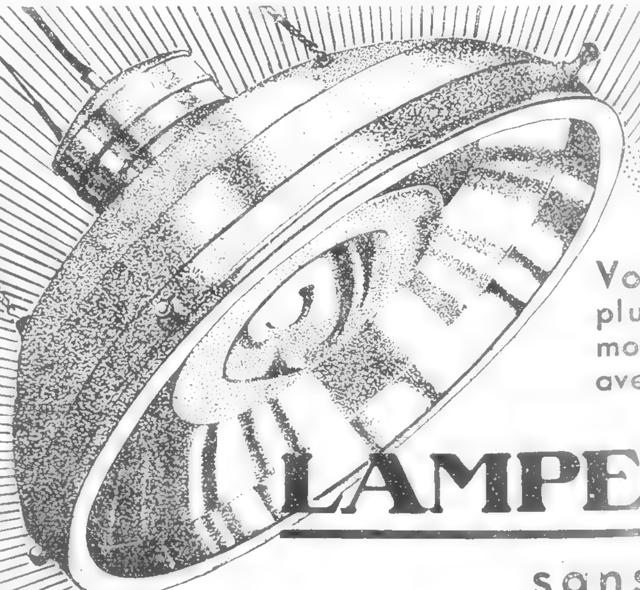
Les agents déterminants de la rétroflexion. — 1° En 1908, un élève de MARTIN, OLSHAUSEN, partant du principe qu'il n'existe pas de rétroflexion du post-partum apparaissant pour la première fois chez les multipares et que le premier accouchement en est toujours la circonstance déterminante, insistait sur la distension considérable du segment inférieur par l'engagement de la présentation chez les primipares. Cette distension porte de façon inégale sur le pôle inférieur de l'utérus ; beaucoup moins marquée en arrière, elle atteint son maximum sur la paroi antérieure du segment inférieur dont la présentation se coiffe pour ainsi dire : cette paroi allongée est attirée fortement en bas ; après l'accouchement, c'est donc surtout en avant que le segment inférieur est relâché, atone, formant de nombreux plis. L'utérus est ainsi prédisposé à la rétroflexion par involution inégale de ses parois.

2° On sait qu'à l'état normal, la réplétion vésicale a pour effet de porter en haut et en arrière le corps utérin, non pas en rétroversion complète, comme l'enseignait SAPPEY, mais plus exactement en situation debout, dans la position intermédiaire entre la rétroversion et l'antéversion. Lorsque la vessie se vide, elle concourt, comme l'a montré SCHULTZE, à ramener à l'antéversion normale, l'utérus qu'elle avait momentanément dévié. Ce rôle est unanimement admis. Il ne faut cependant pas exagérer l'importance de la rétention urinaire.

3° Rôle de la paroi abdominale.

4° Rôle de la station debout.

5° Rôle de l'effort.



6° Rôle du retour de couches. — La menstruation produit habituellement un ramollissement utérin, décelable même cliniquement. Il n'est donc pas surprenant que cette menstruation toute spéciale, qu'est le retour de couches, constitue pour la tonicité utérine une nouvelle et dernière épreuve.

La récidive chez les opérées de ligamentopexie. — « **Lorsqu'il subsiste, même en faible proportion, du tissu musculaire, ces fixations ligamentaires remplissent le but proposé et peuvent traverser l'épreuve d'une grossesse. Mais si la sclérose est totale et définitive on assiste à la rechute de l'utérus ramené chirurgicalement en avant. Les ligaments ronds fixés à la paroi subissent passivement au cours de la gestation l'allongement nécessaire, mais au cours du post-partum la rétraction est impossible, et le ligament rond de nouveau trop long autorise la récidive. Les cas ne sont pas rares de ce rôle néfaste de la puerpéralité sur les corrections opératoires de rétroversion.** »

* * *

Traitement. — *Le dépistage* précoce de la rétrodéviation a un rôle capital. Il faut surveiller la femme du lever à la sixième ou huitième semaine. Avant d'autoriser le lever, on pratiquera un examen de révision, portant sur le volume de l'utérus, sa consistance, la perméabilité de son sol et sa situation On vérifiera l'action immédiate du lever au bout de 24 heures. Il sera bon ensuite de revoir chaque accouchée tous les dix jours environ jusqu'au retour de couches, ou son époque approximative. Enfin après le rétablissement de la menstruation, on s'assurera que cette dernière épreuve de la tonicité utérine n'a pas déterminé de déviation tardive.

Mesures prophylactiques applicables à toutes les accouchées. — 1° Décubitus dorsal complet dans les premiers jours.

2° Vers le septième jour, on autorise le décubitus ventral et latéral ainsi que la position assise à condition qu'elle soit de courte durée, et que le tronc soit maintenu par des oreillers. Dès qu'elle est en mesure de le faire, la femme réalise spontanément les exercices au lit, sans qu'il soit besoin de les codifier et d'en systématiser la pratique.

3° Le fonctionnement de l'intestin est assuré par l'administration d'un lavement dès le troisième jour, et renouvelé ensuite lorsque la selle spontanée et quotidienne ne sera pas obtenue.

4° On s'efforcera d'obtenir par des mictions fréquentes l'évacuation de la vessie.

5° Le bandage abdominal serré est proscrit par les auteurs américains qui l'accusent de pousser vers le pelvis les viscères abdominaux. Pour Louyot, cette ceinture dont l'action est indifférente dans les premiers jours, devient nécessaire dès que la femme se livre à quelque mouvement, et qu'elle contribue à réduire l'éventration physiologique.

6° Le lever sera plutôt tardif ; il se placera entre le quinzième et le dix-huitième jours, suivant les circonstances, et après les pertes du petit retour.

7° Pendant toute la durée du post-partum médiat, on interdira l'effort sous toutes ses formes : station debout prolongée, transport de fardeaux, secousses de l'auto.

Mesures prophylactiques concernant les femmes qui ont déjà présenté une rétrodéviation. — 1° Dès le sixième jour, on fera prendre à la femme le décubitus latéral, en alternant le côté sur lequel elle se couchera.

2° A partir du dixième jour, elle prendra la position génu-pectorale pendant une durée de 15 minutes au moins, et en moyenne trois fois par jour.

3° On stimulera la tonicité utérine à l'aide d'injections chaudes bi-quotidiennes. En cas d'atonie utérine, ou de retard à l'involution, on pourra utiliser l'ergot de seigle à doses faibles combiné ou non à la quinine.

4° Le lever sera délibérément retardé ; en principe, pas avant le dix-huitième jour. Pendant ce temps on pratiquera quelques massages de l'utérus et de la paroi abdominale.

5° Enfin, lorsqu'on aura autorisé le lever, on maintiendra l'usage d'exercices tels que la position génu-pectorale et on conseillera, s'il est possible, le sommeil en décubitus ventral.

Traitement curatif. — Le traitement curatif, aura alors à répondre aux deux indications : 1° ramener l'utérus en avant, c'est la réduction ; 2° le maintenir en position physiologique jusqu'au retour de la tonicité normale qui l'y fixera définitivement, c'est la contention.

La réduction. — Dans quelques cas, les exercices d'attitude, les injections chaudes suffisent à stimuler la tonicité et la déviation se corrige alors spontanément en quelques jours. Sinon, la reposition manuelle, pratiquée dès que se constitue la lésion est habituellement facile.

« **La vessie étant vide, deux doigts pénètrent profondément dans le vagin vers le cul-de-sac postérieur qu'ils refoulent ; ils s'efforcent de repousser aussi haut que possible le fond utérin rétrofléchi ; alors seulement, ils saisissent le col et l'entraînent en arrière. La manœuvre vers le Douglas doit toujours précéder l'action des doigts vaginaux sur le col : en effet, dans le cas d'utérus fortement hypotonique, l'isthme utérin est très ramolli ; le refoulement du col en arrière s'accomplit donc seul, et n'a pour effet que d'accentuer la rétroflexion, sans agir sur le fond qui se trouve relativement indépendant de la portion cervicale.**

Pendant ce temps, la main abdominale déprime fortement la paroi, ce qui est grandement facilité par l'écartement des muscles droits dont la contraction ne peut s'opposer à la palpation profonde. On parvient souvent à atteindre ainsi la face antérieure de la colonne lombaire, et guetter l'apparition du fond utérin hissé par les doigts vaginaux. »

La contention. — Pour maintenir l'utérus dans la position que vient de lui obtenir la réduction, deux écoles s'opposent dans leurs méthodes de contention : l'une pense qu'il faut faire confiance aux moyens de fixités normaux de l'organe et qu'il s'agit avant tout de stimuler la tonicité utérine et ligamentaire, d'entreprendre en un mot la rééducation de l'utérus ; l'autre insiste sur les rechutes fréquentes, sur la nécessité de renouveler trop souvent les manœuvres de réduction et préfère confier l'utérus à un tuteur jusqu'à ce que soit largement passé la période de ramollissement et de malléabilité utérine.

* * *

Le long résumé que je viens de consacrer à la thèse de Louyot indique quel intérêt je lui trouve. Il précise certains faits connus, il amène d'autres notions.

* * *

Je signale en passant, deux ressources thérapeutiques importantes dont Louyot ne parle pas et qui sont *infiniment précieuses* contre la subinvolution et contre la rétroversion : injections hyperchlorurées et bains sulfureux. L'une et l'autre font des miracles si elles ne sont pas employées trop tard, ainsi que je l'ai indiqué (1).

Henri Vignes.

(1) H. Vignes. — *Physiologie gynécologique et Médecine des femmes*, 1929, Masson, édit., p. 441.

ERRATUM. — Dans le numéro 4, du 23 janvier 1932, à la page 164, première colonne, note 1, j'ai parlé d'un produit *z* en le désignant comme « une spécialité bien connue à base de Lithium » : il faut lire Nucléinate de Lithium. Dans la lettre de mon ami Audain, que je cite et qui se rapporte à ce produit, il est question de ce produit *z*, lequel donnerait des résultats excellents dans l'infection. Il est tout à fait naturel d'établir une analogie entre l'action de la *z* et l'action de l'abcès de fixation, étant donné ce que nous savons de la richesse des leucocytes en acide nucléinique.

Henri Vignes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La prostitution, question sociale

A l'heure actuelle, dans certains milieux, on consacre une place relativement importante à la question épineuse et souvent débattue, concernant la fermeture des maisons de tolérance. Les problèmes, agités avec un esprit de justice et un souci de documentation auxquels on doit rendre hommage, ne permettent pas, malheureusement, d'aboutir à une solution, capable de donner satisfaction aux uns et aux autres. Faut-il fermer les maisons mal famées ou non ? La bataille continue et chacun reste sur ses positions, pour ainsi dire, non ébranlées.

Si la fermeture des maisons de tolérance pouvait supprimer la prostitution, sans doute, tous seraient d'accord sur l'opportunité d'une mesure de salubrité publique. Or, la prostitution continue et continuera toujours tant que le côté social de la controverse ne sera pas abordé avec le courage d'un chirurgien qui, en face d'une pourriture sans nom, a ou voudra avoir les mains libres.

N'est-il pas indispensable, avant de s'attaquer à la maison de tolérance, de connaître les raisons qui ont poussé les pensionnaires à exercer leur triste métier ? Est-il permis de se prononcer pour un traitement symptomatique sans connaître ou plutôt sans vouloir examiner les causes profondes et dissimulées du mal primordial ? A-t-on le droit de concentrer son attention sur une plaie saillante, répugnante et de fermer en même temps les yeux sur d'autres non moins angoissantes et graves ? Peut-on avec succès soigner un foyer d'infection, tout en négligeant les diverses sources qui l'alimentent ?

En somme, il faut tout d'abord répondre à la question : Pourquoi la femme devient-elle prostituée ? Pour quelles raisons s'adonne-t-elle à un métier infâme ? En vertu de quelle nécessité court-elle le risque de ruiner sa santé et de jeter à jamais un discrédit à sa réputation ?

Certains cas mis à part où l'on a affaire aux échantillons d'une mentalité perverse ou criminelle, la femme ne se décide même pas, mais elle se trouve poussée par des circonstances qui l'accablent et auxquelles elle n'arrive pas à résister. Volonté affaiblie, esprit de discernement amoindri ou fatigue trompeuse, toutes ces causes et tant d'autres font accepter une solution qui n'en est pas une, mais qui fait reculer le danger immédiat, la peur devant la faim.

Certes, la majorité immense résiste. Il suffit de faire un tour dans les œuvres d'assistance privée ou d'Etat pour se convaincre combien l'énergie anime les pauvres malheureuses affamées et désorientées par une série de malchances surhumaines. Aucune tentation ne saura venir à bout de ces êtres d'une trempe merveilleuse qui, sans se gargariser de mots creux sur les devoirs à remplir, ont adopté un code rigide d'honneur implacable. On ne pourra jamais s'incliner assez devant ces mères, ces filles, ces filles-mères qui s'exténuent, attelées à une tâche cruelle et injuste, qu'elles acceptent sans chercher la chaîne dorée qui les traînera peut-être vers l'aisance, voire même vers la richesse.

Sans doute, le mirage de la prostitution n'a pas de prise sur d'innombrables femmes ; mais suffira-t-il de fermer les maisons de tolérance pour détourner les cas exceptionnels qui pourvoient, avec ou sans plaisir, la prostitution, ce commerce où la loi de l'offre et de la demande fait valoir ses droits. Il est permis de douter, et cela d'autant plus que la prostitution clandestine échappera à toutes les mesures de surveillance, si stricte et si vexatoire soient-elles.

***

La prostitution de nécessité, voilà l'ennemi contre lequel le médecin, en tant que médecin, se trouve désarmé. Comme le remarque justement M. Drouin, la cause du développement de la prostitution clandestine est à Barcelone comme à Paris la faiblesse des salaires attribués aux femmes. Après cette constatation qui projette une vive lumière sur tout le problème, M. Drouin s'exprime (*Siècle Médical*, 27 mai 1931) dans les termes suivants sur lesquels tout homme de bonne foi qui connaît la détresse humaine sera obligé de méditer :

« Et nous en arrivons à cette conclusion tant de fois formulée déjà, que la question de la prostitution clandestine est avant tout une question sociale, par conséquent une question morale.

« Avant de pouvoir penser à supprimer à tout jamais la prostitution par des mesures réglementaristes ou une absence totale de mesures comme le voudraient les abolitionnistes, il faudrait penser à diminuer le nombre de femmes qui sont tentées de se livrer à la prostitution.

« Qu'il y ait une « constitution » prostituée, qu'il y ait des femmes qui semblent de toute éternité, de par leur origine, leur moral, voire leur physique, vouées à la prostitution, cela ne me paraît faire aucun doute, mais il est également hors de doute que sur les vingt mille prostituées de Barcelone, par exemple, il n'y en a probablement pas beaucoup plus de deux mille, c'est-à-dire le nombre de celles qui sont réglementées, qui soient véritablement des prostituées de vocation. Les autres sont des prostituées de nécessité, d'occasion : c'est cela qui est monstrueux et constitue une des hontes des sociétés modernes.

« Le jour où aucune femme n'aura aucune raison de recourir à la prostitution pour ne pas mourir de faim, ce jour-là la prostitution clandestine sera morte. Mais ce jour n'est, hélas ! pas près de venir et il me paraît au moins indiqué, en l'état actuel de la société, de s'efforcer de réduire dans la mesure de nos faibles forces les ravages de la prostitution en nous plaçant résolument sur le terrain sanitaire et moral puisqu'il nous est, hélas ! impossible de nous placer sur le terrain social, lequel est aussi un terrain politique, ce qui nous entraînerait hors de notre sujet et au-dessus de notre compétence. »

G. Ichok.

« Le médecin qui a entrepris la cure d'une maladie au cours de laquelle il a été remplacé par un autre médecin ne peut réclamer le bénéfice du privilège de l'article 2101 *que s'il est certain ou prouvé* que la maladie pour laquelle il a fourni ses soins est bien celle qui a précédé immédiatement l'événement donnant lieu à la distribution des deniers. » (*Le Quotidien Juridique*, 11 décembre 1931.)

« L'heure n'est pas venue de reléguer le stéthoscope dans les musées des Facultés. La découverte de Rœntgen n'a pas supplanté l'œuvre de Laënnec. Germain Sée avait cru déjà, lors de la découverte du bacille de Koch que le microscope tuerait le stéthoscope ! L'auscultation, mise à sa place légitime, soumise à des règles d'application plus exactes, ne sortira pas diminuée de la crise qu'elle traverse ; elle saura reconquérir l'importance qu'elle était fâcheusement en train de perdre. Pratiquement, d'ailleurs, elle reste le procédé le plus accessible à la majorité des praticiens, le seul accessible à ceux qui sont éloignés des centres urbains. » (René Burnand. Précis d'auscultation dans le diagnostic de la tuberculose pleuro-pulmonaire, 1931, Masson, édit.)


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM
CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou 1/2 cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex — PARIS

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Thérapeutique

L'endocardite subaiguë ou lente est-elle, dans l'état actuel de nos connaissances, au-dessus des ressources de la thérapeutique ? — Presque tous les traités classiques soulignent l'impuissance de la thérapeutique vis-à-vis de cette affection. Deux observations publiées par M. Dimitracoff (de Sofia) ramènent l'attention sur cette question. L'auteur dit avoir obtenu la guérison d'une femme de 62 ans, atteinte d'endocardite lente — dans le sang de laquelle fut isolé le *streptococcus viridans* — par des injections intra-musculaires d'un auto-vaccin préparé avec le S. V. isolé chez la malade. Le traitement fut commencé deux mois environ après le début présumé de l'infection.

Malgré l'anémie sévère et les signes d'insuffisance cardiaque, le traitement par l'auto-vaccin préparé avec le microbe isolé, poursuivi avec ténacité, nous a assuré la guérison de l'affection, guérison qui se maintient depuis cinq mois.

Dans l'autre observation (cas des Drs A. Fykow et Bobeff), il s'agissait d'un enfant de onze ans chez lequel le diagnostic d'endocardite à *streptococcus viridans* fut posé dès son début, grâce à l'hémoculture.

Le traitement institué par l'auto-vaccin non seulement ramena la température à la normale, mais causa la disparition du souffle systolique, indice de la lésion organique de l'endocardite.

Voici comment fut préparé l'auto-vaccin employé chez le premier malade :

Le microbe obtenu par l'hémoculture est ensemencé en bouillons pour streptococci, préparé d'après la méthode américaine. En 24 heures on a une culture suffisante. Alors *on acidifie* légèrement avec l'*acide acétique glacial* et après deux heures on ajoute de la formaline à 2 0/00. En 24 heures la stérilisation est obtenue. On rectifie le PH à 7-8, on centrifuge et on dilue à 500 millions par cmc. On déverse en petits flacons et on vérifie la stérilité.

Pour l'auteur, les échecs de la thérapeutique par les auto-vaccins dans l'endocardite lente, sont peut-être dus à leur application tardive, d'où l'importance capitale d'établir un diagnostic précoce par l'hémoculture, avant l'apparition des lésions anatomiques locales profondes.

Malgré le discrédit jeté sur la vaccinothérapie par les travaux antérieurs, l'auto-vaccinothérapie de l'endocardite lente, à hautes doses et par les vaccins préparés selon la méthode américaine avec le *streptococcus viridans*, est un procédé thérapeutique qui peut donner des résultats souvent inattendus.

(C. Dimitracoff (de Sofia). L'endocardite lente et son traitement par les auto-vaccins microbiens. Le *Bulletin médical*, 2 janvier 1932.)

Dans les urticaires graves, le traitement insulinique peut donner de bons résultats. Deux observations rapportées par M. Paul Chevallier appellent l'attention sur cette méthode. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 32 ans, souffrant d'urticaire interne depuis cinq ans. Tout fut essayé comme médicaments et comme régime. En désespoir de cause M. Chevallier prescrivit une injection sous-cutanée, matin et soir, de cinq unités d'insuline pendant dix jours (ingestion de 4 à 5 morceaux de sucre au moment de chaque injection). Disparition de l'urticariose avant la fin de la série. Depuis un an, malade en excellent état général, dormant et mangeant bien ; de temps en temps *petites* éruptions d'urticaire à l'occasion de trop bons repas ou d'excès de graisse.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une jeune fille de 22 ans, grande urticarienne depuis son enfance, urticaire journalière, intense, avec phases d'accalmie quand la malade restreint son régime et phases d'exacerbation paraissant déclenchées par des excès alcooliques. Guérison par le traitement insulinique qui ne fut suivi que huit jours et demi ; guérie la malade jugea inutile de le continuer jusqu'au bout. Depuis juin dernier, la guérison « pratique » se maintient ; de temps en temps, quelques poussées légères et fugaces.

Il ne faut pas compter obtenir toujours d'aussi beaux succès, une récidive est à craindre.

« Il n'en reste pas moins, dit M. Chevallier, que des urticaires incessantes et rebelles ont cédé à la cure de cinq unités d'insuline matin et soir faite avec les précautions habituelles. L'insuline a transformé de grandes urticariennes, dont la vie était un supplice et qui pensaient au suicide, en de très petites urticariennes, ou « urticariennes incidentelles ».

(Paul Chevallier. Traitement des urticaires graves par l'insuline. *Paris Médical*, 16 janvier 1932).

Oto-rhino-laryngologie

Dans le traitement des sinusites, la haute fréquence, sous ses deux modalités, haute tension et diathermie, est une arme d'une grande puissance, adjuvante ou curatrice. Leroux-Robert, qui dès 1923, avait montré les résultats favorables qu'on pouvait espérer de cette méthode dans le traitement des sinusites, insiste à nouveau sur ses avantages :

Un malade est venu consulter avec des signes classiques de sinusite, céphalées violentes, irradiées, ne lui laissant ni répit, ni sommeil, douleurs provoquées par la pression au niveau du sinus, présence de pus révélée par la transillumination, la radio, la ponction. Les méthodes habituelles de traitement décongestif (inhalations, badigeonnages d'adrénaline et de cocaïne, révulsions locales) ont complètement échoué. On applique pendant dix minutes les courants de haute tension. Dès la première séance, souvent presque immédiatement, la douleur s'atténue, puis le malade recouvre le repos, le sommeil. A la sensation de plénitude, succède une sensation de légèreté, de libération du sinus et l'on remarque souvent l'évacuation par voie nasale de quelques gouttes d'un liquide muqueux ou muco-purulent, quand même il ne se produit pas une véritable débâcle. Le malade éprouve un tel bien-être qu'il se dit guéri. En quelques séances, dont le nombre dépasse rarement une dizaine, le résultat est définitivement acquis.

La haute tension, la diathermie ont chacune leurs indications propres »

La haute tension est plus indiquée dans les sinusites NON SUPPURÉES. Elle permet d'obtenir, et cela par une action pour ainsi dire *spécifique sur le sympathique*, dans la presque totalité des cas, souvent dès la première séance, la disparition totale de la céphalée, par *décongestion* du sinus et suppression de la cavité *close*. Elle hâte, par un effet parallèle, l'évacuation de l'exsudat comme en témoigne l'écoulement du liquide contrôlé parfois même sur l'image radiographique.

Dans les sinusites AIGUES SUUPURÉES, la haute tension retrouve ces mêmes qualités. On doit en outre avoir recours à l'action de la diathermie qui, par son action sur les *toxines*, les *colloïdes* et les *bactéries*, et par son effet de *thermo-translation* stérilise, modifie, puis élimine les produits contenus dans le sinus et tend à restituer à la muqueuse son état antérieur.

Dans les sinusites CHRONIQUES SUPPURÉES, dans des cas assez limités, en dehors des réactions propres de l'os et de la muqueuse, pour lesquelles la cure radicale reste indiquée, la diathermie trouve des indications, employée seule ou associée à une chirurgie économique.

(Leroux-Robert. Les indications de la Haute Fréquence dans les sinusites. (Haute tension et diathermie). *La Presse médicale*, 23 décembre 1931.)

Varia

L'occlusion intestinale est une complication qui se rencontre très rarement au cours de la gestation. On peut même dire qu'une grossesse normale se développant dans une cavité abdominale normale, ne se complique jamais d'occlusion et que l'occlusion purement gravidique est exceptionnelle, si tant est qu'elle existe.

(J. Ravina. Occlusion intestinale et gestation. *La Pratique médicale française*, décembre 1931.)

Le moment où le paludisme donne vraiment un tableau original, ce n'est ni durant la gestation, ni au cours du travail, c'est au début du post-partum.

En général les femmes impaludées sont de médiocres nourrices.

(G. Philouze, de Rennes. Paludisme et état puerpéral. *La Pratique médicale française*, décembre 1931.)

Que les praticiens se méfient chaque fois qu'au cours du travail, les membranes rompues parfois depuis très peu de temps, ils constatent de très fortes douleurs presque sans arrêt, des contractions subintrantes et des signes de non engagement. (Excavation vide au toucher). La rupture utérine est imminente.

(L. Estienny, de Toulouse. Pour éviter les ruptures utérines. *La Pratique médicale française*, décembre 1931.)

Le progrès général dans l'art de l'accouchement n'est pas dans le recours à la chirurgie, comme le pensait par exemple Hirsch, mais dans une orientation médicale, qui regarde surtout la pathologie des contractions utérines, qui rend l'accouchement normal à évolution la plus courte possible.

(J. Kreis. A propos du traitement médical de la dilatation au cours de l'accouchement. *La Pratique médicale française*, décembre 1931.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février 1932

Variations thermiques de la viscosité du sérum dans certains états morbides accompagnés d'épanchements de sérosité. — ***MM. Ch. Achard, A Boutaric* et *Mlle Jeanne Levy*** ont etudié les changements de viscosite que produit dans le sérum sanguin le chauffage pendant une heure à des températures diverses entre 26° et 64°.

Parmi les néphrites, la viscosité s'est montrée invariable seulement dans des nephrites hydropiques, et notamment dans la néphrose lipoïdique. Cette invariabilité n'a pas été observée dans les néphrites restées sèches. Dans quelques cas du type hydropique elle a néanmoins fait défaut, mais il s'agissait une fois d'un malade dont les œdèmes avaient disparu et n'avaient pu être reproduits par une chloruration de 10 gr. de sel par jour pendant deux mois et demi. Dans un autre cas le malade n'avait plus d'œdème. Dans un troisième concernant une néphrose lipoïdique, le sérum floculait avec une facilité qui rendait les mesures incertaines.

Chez les cardiaques hydropiques, l'invariabilité de la viscosité n'existait pas, sauf dans un cas sur neuf. Elle ne se constatait pas non plus dans la cirrhose avec ascite ni chez les pleurétiques.

Quant aux liquides épanchés, leur viscosité restait généralement invariable dans la néphrose lipoïdique, mais variait dans les autres cas, sauf dans deux épanchements pleuraux de cardiaques, dans une ascite cirrhotique et une pleurésie séro-fibrineuse. Ce qui montre que, dans les liquides épanchés, les protéines n'ont pas toujours des propriétés identiques à celles du sérum sanguin.

L'invariabilité de la viscosité par le chauffage indique une inaptitude des colloïdes à l'hydratation, et cette inaptitude entraîne une liaison moins facile avec l'eau et par suite une plus forte proportion d'eau libre dans le plasma sanguin, condition favorable à l'extravasation de cette eau dans le système lacunaire.

On est ainsi conduit à penser que cette particularité peut, comme la diminution du taux des protéines plasmatiques, être l'un des éléments qui concourent à favoriser l'hydropisie de cause dyscrasique.

Le lathyrisme en Syrie. — ***MM. Trabaud, Mruched Khater, Chaty* et *Mouharram*.** L'intoxication due à la consommation des gesses de lathyrus est une maladie assez rare, qu'on n'observe qu'au cours des grandes famines et des guerres. Les auteurs en ont observé de nouvelles manifestations au cours de la grande guerre.

Le *lathyrus sativus* ne serait pas dangereux pour les animaux. Des poules, des chiens, un singe gavés de gesses n'ont présenté aucune gêne motrice. Ce serait de l'aveu commun une véritable ressource alimentaire pour les bovidés et les camélidés, à l'usage desquels on continue à le cultiver sur les plateaux hauranais. Mais c'est un poison redoutable pour l'espèce humaine, exerçant un neurotropisme subtil sur les faisceaux moteurs de la moelle, mais dont la poussée ascendante partie du cône semble trouver à la partie inférieure de la région dorsale un barrage infranchissable !

Contribution à l'étude du virus de la Trinité. — ***MM. P. Remlinger* et *Bailly*.** Depuis longtemps M. Remlinger a attiré l'attention sur les étroites relations qui existent chez l'homme entre la rage et le syndrome de Landry.

L'épidémie qui a sévi en 1929 dans l'île de la Trinité lui a fourni une nouvelle confirmation de sa théorie ; et sa conclusion est, qu'en épidémiologie comme en clinique, une paralysie ascendante aiguë (syndrome de Landry) doit éveiller immédiatement l'idée de la rage. L'hypothèse rabique est la première qui doive être envisagée.

Sur les mesures d'ordre sanitaire prises par le ministre des Colonies pendant son voyage en Indo-Chine. — ***M. Lasnet*.** Ces mesures se rapportent à deux grandes questions :

L'orientation de l'assistance médicale et son développement dans les campagnes ;

La création et le fonctionnement des groupes sanitaires dans les provinces troublées.

En faisant à la médecine préventive et à l'hygiène la part la plus large dans l'assistance, en associant étroitement le service de santé à l'œuvre de relèvement et d'apaisement des populations, M. Paul Reynaud a continué la politique du général Galliéni à Madagascar, du maréchal Lyautey au Maroc et les mêmes heureux résultats ne tarderont pas à se faire sentir.

Sur les propriétés électriques de l'atmosphère au cours de l'épidémie de poliomyélite du Bas-Rhin de 1930. — ***M. Fred Vlès*.** Au cours de recherches relatives au rôle des propriétés électriques de l'atmosphère dans le comportement des organismes, l'auteur dût établir en particulier une courbe de mesures ionométriques bi-quotidiennes de la déperdition atmospherique à Strasbourg, portant sur plusieurs années (1929-1932). Ayant eu l'occasion de rapprocher cette courbe de celle de l'évolution statistique de l'épidémie de poliomyélite du Bas-Rhin en 1930, il a été frappé des étroites analogies de structure de ces deux courbes.

On ne peut évidemment en tirer des conclusions : mais la coïncidence qui se traduit là, mérite d'attirer l'attention sur elle pour susciter des observations plus étendues.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

L'action de la caféine sur la pression du liquide céphalo-rachidien.

A la suite de l'injection intraveineuse de caféine-benzoate de soude (0 gr. 32), Denker (*The American J. of the med. S.*, mai 1931) a constaté chez 49 sujets sur 50, un abaissement de la pression du L. C. R., de 36 pour 100 en moyenne. Dans les cinq minutes suivant l'injection, diminution de la pression et au bout de 37 minutes, retour au niveau normal. L'effet de la caféine, dit l'auteur, se manifeste aussi bien dans les cas où la pression intra-cranienne est augmentée que dans ceux où elle est normale. Dans les cas où la pression intra-cranienne est augmentée-tumeurs cérébrales, fracture du crâne, hémorragie cérébrale, céphalée des hypertendus en l'absence de néphrite — il semble donc que l'injection intra-veineuse de caféine puisse être employée.

Urticaire pigmentaire à forme tumorale

GholamAli chimi (*Thèse de Lyon*, 1931) en rapporte un cas, observé dans le service de Gate, qui s'est montré caractérisé par une extraordinaire infiltration de mastocytes et un prurit extrêmement intense. L'auteur rappelle que l'urticaire pigmentaire est une affection autonome de nature inconnue, qu'il ne faut pas confondre ni avec l'urticaire banale, ni avec l'urticaire pigmentée, forme d'urticaire qui laisse en guérissant des pigmentations en macules, à la suite d'un processus hémorragique. Le signe pathognomonique de l'urticaire pigmentaire consiste dans la propriété qu'ont ses taches ou élevures de se congestionner, tuméfier, de durcir et de devenir franchement urticariennes sous l'influence d'un grattage énergique ou d'une piqûre avec une pointe mousse. Comme traitement, on se contente à l'heure actuelle de calmer le prurit, tant par des applications externes, que par un traitement général.

L'appendicite aiguë quelle que soit la bénignité apparente des symptômes doit-être opérée sans retard

Il faut mettre en garde le médecin praticien contre l'apparente bénignité des symptômes de l'appendicite aiguë, dit M. Anselme Schwartz (*Paris Médical*, 25 juillet 1931), car il n'y a aucun parallélisme entre l'intensité des symptômes et la gravité des lésions appendiculaires.

« Un enfant de 8 ans, dont le père est un médecin averti, présente le matin à huit heures une colique ; un suppositoire amène une selle et tout paraît terminé ; l'enfant va, à midi, déjeuner en famille avec ses frères et sœurs et il se contente de ne pas apprécier les aliments ; il n'a pas faim. Mais il passe la journée comme si de rien n'était ; à 8 heures du soir, il se met à pleurer, il a mal au ventre et vomit ; on prend sa température, il a 39° ; je l'opère une heure plus tard et je trouve un appendice perforé et du liquide séro-purulent dans un péritoine libre ».

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Un « indépendant » : Charles Nicolle. — *M. Léon Daudet lui consacre un article dans l'*Action Française *(24 janvier 1932) :*

Voilà Charles Nicolle professeur au Collège de France, en remplacement de l'illustre d'Arsonval, atteint par la limite d'âge. L'un des meilleurs journalistes de notre temps, Mlle Odette Pannetier, a dit de lui, avec raison, qu'il était « le type le plus réussi du grand savant français ». Les deux Nicolle de l'Institut Pasteur, Maurice et Charles, sont en effet une des parures de la haute science de notre pays, dont ils ont d'ailleurs les principales caractéristiques : esprit d'investigation esprit de méthode et de clarté ; et, enfin, cet esprit d'indépendance absolue, devenu si rare et sans lequel il n'y a pas, il n'y aura jamais de véritable génie. J'ai été leur condisciple et leur ami depuis plus de quarante ans. J'ai conservé pour eux une très fidèle admiration et affection.

M. Léon Daudet a préparé l'internat avec Charles Nicolle. Maurice Nicolle les précédait d'un an.

A l'Ecole de médecine, en 1890, Maurice Nicolle était considéré comme le prince de la pensée scientifique de sa génération. Il était — et il est demeuré — universel, à la façon d'un érudit du XVIe siècle, et il avait, comme en témoigne le « Journal » du « père Goncourt », la conversation la plus brillante, la plus nourrie qu'il soit possible d'imaginer. Il était musicien à tous crins, c'est le cas de le dire, wagnéromane jusqu'aux moelles ; alors que Charles, son frère, qui, depuis a écrit de fort jolis livres entre deux « souches » bacillaires, penchait plutôt vers les lettres. Ces deux Rouennais, Pol Neveux, Géard et moi étions, est-il besoin de le dire, des flaubertins enragés, et nous faisions à propos de tout, des pastiches de l'*Education sentimentale*.

Maurice Nicolle, échoua au concours de la médaille d'or des hôpitaux, après « une admirable leçon » sur la paralysie saturnienne, dit M. Léon Daudet, qui rend Charcot responsable de cet échec.

Ce fut un tolle à la Faculté, tolle auquel je pris part, bien entendu ; à la suite de quoi je fus classé mauvais esprit, frondeur et le reste. Charles Nicolle avait ressenti vivement l'affront fait à l'équité et à son frangin, et il comprit que désormais la voie des « honneurs » et chaires officielles lui serait coupée à la Faculté, comme à son frère Maurice. C'est ce qui fit que l'un et l'autre se tournèrent vers l'Institut Pasteur, non encore officialisé comme il l'est depuis devenu, dans une certaine mesure, sous l'empire de la nécessité. Il est assez comique de songer que l'homme qui a pendant près d'un demi-siècle, dominé toute la thérapeutique médicale par sa conception des microbes, vaccins et sérums, n'avait pas fait d'études médicales et ne pouvait signer une ordonnance ! Nous en rions bien souvent, entre labadens du décanat Brouardel, qui avons vu les choses de près et suivi le calvaire du grand Déjerine, systématiquement tenu à l'écart parce qu'il déplaisait aux mandarins.

M. Léon Daudet oppose l'esprit d'indépendance du Collège de France au « discipulat » et « doctrinariat » de la Faculté.

Nulle part ne sévissent comme à la Faculté de médecine le discipulat, le doctrinariat, le *jurare in verba magistri.* A distance, cela est comique. De près, pour les victimes, ce l'est moins. Au temps du Roi François Ier et de Rabelais, la liberté d'esprit dans le corps médical était bien plus grande qu'aujourd'hui, et le père de *Pantagruel,* qui était du reste un savant considérable, trouva toujours les chaires qui convenaient à l'exercice de sa profession. La création par le Roi, aidé de Budé, de l'institution du Collège de France, a donné un essor infini à la pensée scientifique française, en la débarrassant des entraves que sont les concours et boutons de cristal. Au Collège de France ne sévit pas — alors qu'il commence à sévir chez Pasteur — le fléau du conformisme, ce fléau qui continue à maintenir sur les programmes la farce matérialiste des « localisations cérébrales », et à faire de l'évolutionnisme périmé un dogme de la stricte observance. Charles Nicolle, non-conformiste, comme tous les grands hommes, se trouve être ainsi le digne successeur de Claude Bernard.

Dans Candide *(21 janvier 1932) Mlle Odette Pannetier donne quelques détails sur l'élection de Charles Nicolle :*

L'élection n'eut point lieu à l'unanimité. Elle suscita même de vives discussions entre votants. La lutte entre le professeur Nicolle, de l'Institut Pasteur de Tunis et le Professeur Tournade, d'Alger, semblait égale. L'un était bactériologiste et l'autre physiologiste ; l'un avait 66 ans et l'autre 50 seulement. Lequel l'emporterait des deux ? La victoire eut peut-être été obtenue, dès le premier tour, par le Professeur Nicolle, s'il avait consenti à faire preuve de quelque bonne volonte. Mais il aime à se vanter de son indépendance, et au lieu de se réclamer de l'Institut Pasteur, il répétait partout que si l'on votait pour lui, c'était sur son nom seul et non pas sur son titre. Ses amis tentèrent bien de lui démontrer combien ces paroles étaient malencontreuses, mais c'était peine perdue. Le Professeur Nicolle est doté d'une surdité hermétique qui ne lui laisse percevoir aucun son. Il continuait donc de parler avec la vélocité qui lui est habituelle et qu'aucune force de la nature ne saurait ralentir. Au premier tour, Tournade eut une voix de plus que lui et ce fut le deuxième tour de scrutin seulement qui assura l'élection de Nicolle. Le nouveau professeur au Collège de France n'en sembla pas autrement réjoui. Son rude visage osseux buriné de rides multiples ne laissa voir aucune expression de joie ou de triomphe. Il ne redressa pas davantage sa haute taille. Il ne quitta point l'abord bourru qui le fait parfois comparer à Clemenceau. Il se contenta de repartir pour Tunis ....

....

— Ce que je veux faire au Collège de France, dit-il, c'est former des bactériologistes de premier ordre. L'Institut Pasteur en a besoin.

Le docteur Fabre. — *Le Docteur Fabre, qui a ouvert aux aveugles français la profession de masseur, vient de mourir. M. P. Eilley, un de ses collaborateurs, lui consacre un article dans le* Journal des Débats *(2 février 1932.)*

Le Docteur Fabre, qui vient de mourir à Paris, rue des Boulangers, était un de ces hommes qui laissent derrière eux un long sillage de reconnaissance. Collaborateur dévoué depuis un quart de siècle de l'Association Valentin-Haüy, c'est lui qui a ouvert aux aveugles français la profession de masseur.

Il avait trente-sept ans lorsqu'un jour, sur le pont de la Concorde, il perdit la vue à la suite d'un décollement de rétine. Il s'était engagé sur le pont, les yeux grands ouverts sur un spectacle familier qu'aucun signe précurseur ne l'avertissait de boire avec avidité. Arrivé à l'autre extrémité, la nuit s'était abattue sur lui pour toujours.

Frappé en pleine carrière, le Docteur Fabre ne s'abandonna pas. L'Association Valentin-Haüy l'entourait. Il résolut de refaire sa vie, de continuer à soigner des malades. Puisque sa main lui restait, il se spécialiserait dans la technique du massage. Je l'accompagnai dans quelques-unes de ses visites à de grands praticiens auxquels il s'ouvrit de son dessein. Il n'entendit point — j'en suis témoin — que des paroles d'encouragement. Mais sa volonté ne broncha pas.

Et tout de suite, derrière son relèvement personnel, il entrevit une grande tâche à accomplir qui ennoblirait le reste de sa vie condamnée aux ténèbres. On savait qu'au Japon les aveugles, depuis des siècles, exercent la profession de masseur, qu'ils ont fait cette profession leur à tel point que le même mot, là-bas, désigne le masseur et l'aveugle. Chez nous, les aveugles qui ne sont point musiciens ne trouvent que très difficilement un emploi de leur activité. Avec le concours de Maurice de la Sizeranne, un cours de massage fut ouvert rue Duroc, au siège de l'Association Valentin-Haüy.

Et depuis 1907, le Docteur Fabre est venu là deux fois chaque semaine, avec un dévouement total, n'acceptant jamais l'idée que ce service-là pût recevoir une rémunération. La clientèle de malades lui vint bientôt, magnifique, exigeante, absorbante. Jamais elle ne le détourna de ses élèves. On savait l'heure de son arrivée au cours ; on ignorait celle de son départ. Quand il était en train, contrôlant de ses mains d'aveugle les mains de ses élèves qui pétrissaient les muscles atrophiés, le Docteur Fabre oubliait le reste du monde et la fuite du temps. La grande maison de la rue Duroc était depuis longtemps devenue silencieuse que la sonnerie de huit heures le surprenait encore enseignant. Il ne l'entendait pas. Quand il était par trop occupé, il faisait le cours chez lui, dans son petit appartement de la rue des Boulangers, le dimanche matin.

Je voudrais que la discrétion ne m'empêchât pas de dire la destinée de quelques-uns de ses disciples qu'il a arrachés à la misère, et littéralement façonnés pour la vie indépendante. Beaucoup de mes lecteurs en ont rencontré sans doute, notamment dans les stations thermales où l'Association Valentin-Haüy les aidait à se placer pour les saisons d'été. La bonté de cet homme était exquise : au moment de l'installation, il aidait parfois de sa bourse ceux qu'il avait formés de sa science.

Est-ce grâce au noble idéal qu'il avait mis dans sa vie ? Le malheur avait paru ne point le toucher. Il était un charmant causeur, primesautier, intarissable, avec son imagination colorée de méridional et son chaud accent de la Provence. Il était, dans sa nuit, demeuré prodigieusement visuel : « Je vois, me disait-il, toutes les tentures dont je suis entouré, la couleur et l'étoffe de mes meubles. Il faut que je choisisse tout cela moi-même. Je me sentirais malheureux de vivre dans un appartement dont je n'aurais pas moi-même décidé la décoration. ».

Le gouvernement, qui ne connaît que difficilement les dévouements cachés, avait pourtant décerné à cet homme de bien la Croix de la Légion d'honneur. Nous nous préparions à fêter, ces prochains mois, le vingt-cinquième anniversaire de la fondation de son cours de massage. Ses anciens élèves, qui l'adoraient, complotaient quelque surprise à faire à leur maître en cette occasion. Il est parti trop tôt. Mais son œuvre reste, qu'il faudra faire vivre désormais sans lui.

Culture gréco latine et médecine. — *M. A. Albert-Petit, dans le* Journal des Débats *(5 février 1931), donne son avis sur la proposition de loi votée par le Sénat exigeant le baccalauréat latin-grec pour les étudiants en médecine .*

Les Facultés des sciences sont hostiles à la proposition de loi votée par le Sénat tendant à exiger le baccalauréat latin-grec pour les étudiants en médecine. Cette proposition a été déposée et soutenue par des membres de la Haute Assemblée docteurs en médecine, dans le but non seulement de rehausser la culture générale du corps médical mais de décourager un certain nombre de candidats à une carrière trop encombrée. Les Facultés des sciences sont naturellement moins sensibles à cette préoccupation. Elles décernent le P. C. N. qui leur attire un grand nombre d'étudiants, et elles n'ont pas à se demander ce que deviendront ces jeunes gens ultérieurement. Rien qu'à Paris, il y a eu 643 candidats à la session de juin dernier, dont 421 ont été admis. C'est flatteur, mais qu'en pensent les Facultés de médecine, qui, elles, sont bien forcées de penser au lendemain ?

Sur le fond de la question, les Facultés des sciences invoquent des arguments qui méritent assurément considérations. Un médecin d'aujourd'hui, a besoin d'une culture scientifique. Il est plus avantageux pour lui et pour ses malades qu'il ait fréquenté les laboratoires que le jardin des racines grecques — encore que ce dernier puisse lui éviter quelques impairs dans son vocabulaire professionnel. Le tout est de savoir si la culture du grec pendant quatre ans est incompatible avec la préparation scientifique dont le P. C. N. est la préface. Les futurs polytechniciens ont besoin d'un bagage scientifique autrement impressionnant que celui d'un candidat au P. C. N. Néanmoins, beaucoup d'entre eux, et parmi les meilleurs, s'offrent le luxe du baccalauréat latin-grec, et les plus hautes autorités de l'Ecole les y encouragent.

On peut trouver excessive l'exclusivité gréco-latine pour nos modernes Esculapes ; il ne faut pas non plus abuser du sentiment contraire et trop sacrifier au désir de recruter quelques milliers de médecins dans l'enseignement primaire supérieur. En médecine comme ailleurs, la qualité importe plus que la quantité. A trop abaisser les barrières qui sont à l'entrée de la préparation médicale, c'est la quantité qu'on a chance d'encourager, et c'est, en effet, à une pléthore de praticiens que nous assistons. Le Sénat a été frappé de ce danger ; les Facultés de médecine l'ont elles-mêmes signalé. Nous ne reprocherons pas aux Facultés des sciences de n'y avoir pas songé, puisque leur point de vue n'est pas le même.

Voici, d'après l'*Œuvre* (8 février 1932), quelles ont été les réponses des Facultés des Sciences :

« Emu par la decision du Sénat, M. Ch. Maurain, doyen de la Faculté des sciences de l'Université de Paris, « exprimant, pour sa part, le vœu que cette disposition ne soit pas maintenue », a adressé à ses collègues de province une circulaire où il les priait de demander aux conseils de leurs facultés respectives leur avis.

M. Ch. Maurain a maintenant reçu toutes les réponses : elles sont unanimes pour condamner la loi.

Certains conseils ont seulement fait connaître le résultat de leurs délibérations : Caen, Grenoble, Lyon, Marseille, Strasbourg.

D'autres ont donné des explications. Parmi les raisons qu'ils invoquent, les principales sont les suivantes :

1° Il est parfaitement légitime qu'on cherche à améliorer l'enseignement de la médecine, mais il y a, chez les futurs étudiants, à développer d'autres connaissances que celle du grec. Les méthodes d'observation, les découvertes physico-chimiques ont fait, depuis quelques années, de rapides progrès : c'est par là, et non point par le grec, que l'enseignement de la médecine doit se rénover (Besançon, Clermont, Lille, Montpellier, Nancy, Poitiers) ;

2° Pour subir, avec des chances de succès, les épreuves de grec du baccalauréat, il faut avoir commencé l'étude de cette langue dès la classe de 4e (au plus tard). Comment des enfants peuvent-ils savoir, à douze ans, qu'ils voudront être médecins plus tard ? Comment leurs parents peuvent-ils le deviner ? (Besançon, Bordeaux, Dijon, Lille, Poitiers, Rennes, Toulouse) ;

3° De bonnes études scientifiques sont suffisantes pour faire un bon médecin (Alger) ;

4° Si les Facultés de médecine redoutent l'encombrement, et préfèrent la qualité à la quantité, pourquoi, au lieu d'avoir recours à une mesure arbitraire, telle que l'obligation du grec, n'élèveraient-elles pas, tout simplement, le niveau de leurs examens ? (Besançon, Lille, Rennes, Toulouse).

La maison isotherme. — *La maison n'est plus un « poème de pierres ». L'architecture nouvelle intéresse l'hygiène. Le Dr J. Cosset* (1) *vient de consacrer un travail à la* Maison Moderne et l'Hygiène, *dont nous détachons le passage suivant* :

Le principe de la maison conçue suivant le système isotherme Decourt est celui de la double paroi connu depuis longtemps déjà ; mais il faut distinguer ici une paroi extérieure monolithe, imperméable et conductrice, et une paroi intérieure calorifuge. Cette dernière est faite de matériaux tels que le liège, l' « aérocrète », l' « héraclite », le « célotex » qui assurent un parfait isolement thermique, en même temps qu'ils opposent une barrière efficace aux vibrations et aux bruits. Entre la paroi externe résistante à l'humidité et conductrice de la chaleur et la paroi interne isolante, mais non hydrofuge, est ménagé un matelas d'air qui se trouve être à la température extérieure ; ainsi est évitée toute condensation. Le tout est maintenu par une armature métallique enrobée dans du ciment, ce qui ne gêne en rien dans la distribution du plan. Les canalisations passent entre les deux parois ; dans cet intervalle disparaissent aussi, montés sur galets, les châssis vitrés et les moyens de fermeture.

(1) J. Gosset. — La maison moderne et l'hygiène. Thèse de Lyon, 1931, 78 p.

La couverture est formée par une terrasse étanche et également isotherme. Ce dispositif pèse en moyenne 144 kilogrammes au mètre carré et assure une protection égale à celle d un mur de moëllons et de mortier d'une épaisseur d'un mètre cinquante et pesant 3.480 kilogrammes au mètre carré. Dans ces maisons, l'aération est ordinairement assurée par le système horizontal différentiel de Knapen. Ce procédé a pour but « de maintenir constamment la salubrité du milieu aérien par l'introduction automatique permanente et continue, dans le même temps, d'une quantité d'air neuf égale à la à la quantité d'air usée par les occupants, sans plus se préoccuper du cube total. Il faut supprimer entièrement la stagnation dans toutes les parties du volume gazeux, sans courants d'air, que le local soit occupé, ou bien qu'il ne le soit pas ». Alors que l'aération verticale nécessite de fortes différences de température et crée des courants d'air désagréables et nuisibles, l'aération horizontale différentielle fonctionne à partir d'une différence de température égale à un demi-degré. On obtient ainsi une ventilation constante, sans courants d'air, car le déplacement horizontal des molécules d'air nécessite moins de force que leur déplacement vertical à travers des couches superposées, de densité croissante. Daprès ce dispositif, l'aération est assurée par des ouvertures de dimensions réglables et percées à des hauteurs différentes dans les deux façades opposées de la maison. Ces façades n'étant pas à la même température, il se produit un déplacementde « toute la masse dans le volume entier de l'enceinte aérée : grâce au déséquilibre constant produit à tous les points desdifférents niveaux des lames d'air superposées. »

Les avantages de ce système sont évidents, l'aération des locaux habités est permanente, l'air introduit peut être filtré au passage, les risques d'asphyxie et d'intoxication par les fuitees de gaz d'éclairage et les dégagements d'oxyde de carbone sont supprimés. Ainsi la fenêtre se trouve en quelque sorte spécialisée dans une fonction d'éclairage, elle n'a plus à pourvoir à la ventilation, et, conclut Knapen : « Si nous savions depuis longtemps que les fenêtres servaient d'yeux à nos maisons, l'expérience nous a appris qu'elles étaient aussi incapables que les cheminées de leur servir de « nez » par tous les temps ». La maison conçue suivant le système isotherme Decourt et ventilée par le procédé Knapen a l'étanchéité d'une cuve, la régularité de la température d'un « thermos », et elle devient ainsi « hygiénique au premier chef. Elle respire continuellement, jour et nuit, hiver comme été, apportant à ses habitants, l'air neuf indispensable à la santé, évacuant les déchets gazeux lourds ou légers des combustions nécessaires à la vie ».

Le Mal de la Jeunesse. — *C'est le titre d'une pièce de M. Brückner — l'auteur des Criminels — adaptée à la scène française et jouée par la Compagnie du Marais. Voici ce qu'écrit à son sujet, M. Benjamin Crémieux dans* Je Suis Partout (9 *janvier* 1932) :

C'est une étude sur la vie de la jeunesse intellectuelle allemande, au lendemain de l'inflation. Dérèglement des sens, dérèglement de l'âme, avidité d'absolu, avidité de jouissances, jusqu'auboutisme, désespéré trouvant son issue dans le meurtre ou le suicide. Le tableau est noir, mais il est fidèle. Les choses ont bien changé en Allemagne depuis 1925, mais les trois étudiants en médecine que nous présente M. Brückner, chacun avec sa personnalité définie et inconfondable, ont existé à de multiples exemplaires, il y a quatre ou cinq ans.

Pour mener dramatiquement à bien son étude, M. Brückner distribue ses étudiants et ses étudiantes en trois couples mal assortis qu'il nous montre en train de se dissoudre. Premier couple : un jeune homme de lettres qui se laisse entretenir par une étudiante en médecine qui figure, dans le drame, le besoin du don de soi et, si on veut, de l'existence normale et bourgeoise. Deuxième couple : un étudiant en médecine dépravé, très dostoïevskien et aussi gidien, un pervertisseur, et une petite comtesse, étudiante en médecine, curieuse de toutes les sensations, mais dont le dilettantisme recouvre un désespoir, un vide foncier qui la conduira au suicide. Troisième couple : un docteur en médecine, blasé, revenu de tout, décidé à rester spectateur et légèrement prudhommesque (ce sera le raisonneur de la pièce) et une plébéienne, étudiante en médecine, demi-communiste, brûlant de haine pour la société et lourde d'appétits à satisfaire.

La plébéienne du couple n° 3 prend le petit homme de lettres du couple n° 1 ; le couple n° 2 se dissout à l'amiable, le pervertisseur exerçant ses talents sur la petite bonne de la pension de famille où se déroule l'action. La petite comtesse entreprend de consoler l'abandonnée du couple 1. Mais bientôt, elle se lasse de son rôle de consolatrice et, après avoir songé à descendre sur le trottoir, elle se tue. L'abandonnée, désespérée, se livre alors au pervertisseur qui, dans la version allemande, la tue, mais dans la version française se contente d'imaginer les tortures qu'il lui infligera...

BILLETS D'ALLER ET RETOUR DE FIN DE SEMAINE A PRIX RÉDUITS POUR LES STATIONS DE SPORTS D'HIVER DES ALPES ET DU JURA

Ces billets comportent une réduction de 50 % sur deux fois le prix du billet simple.

Ils sont délivrés jusqu'au 31 mars par les gares de Paris P. L. M., Dijon-Ville, Besançon, Lyon, Saint-Etienne, Grenoble, Marseille, Genève.

Au départ de Paris et de Marseille ces billets sont valables du vendredi midi au mardi midi ; au départ des autres gares, ils ne sont valables que du samedi midi au lundi minuit,

Les voyageurs munis de ces billets ont droit à une franchise de bagages de 20 kgr. pour le transport exclusif de leur matériel de sport.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 9 LE NUMÉRO : 50 Centimes 27 FÉVRIER 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 15 février. — M. Sourice. De l'utilisation de la ponction lombaire chez le nouveau-né. — M. Rivé. Etude des kystes du grand épiploon. — M. Rautureau. La collapsothérapie par alcoolisation du nerf phrénique dans la tuberculose pulmonaire.

18 février.— M. Even. Les cirrhoses pigmentaires du foie, étude clinique et expérimentale.

20 février. — M. Abramovici. Traumatismes craniens et tumeurs cérébrales. — M. Sartmadjieff. Contribution au traitement de l'encéphalite léthargique. Rôle de l'abcès de fixation. — M. London. Accidents de la vaccination jennérienne chez les leucémiques et subleucémiques.

23 février. — M. Robine. Les hémorragies dans les orifices d'entrée des coups de feu. — M. Litauer. Les purpuras aigus hémorragiques avec syndrome agranulocytaire au cours du traitement antisyphilitique. — M. Homsy. — Historique de la peste en Egypte. — M. Lefebvre. Tétraéthyle de plomb et atmosphère des villes. — M. Perilman. Les résultats de la vaccination antivariolique obligatoire (loi 1902) à Paris et dans le département de la Seine depuis la guerre 1914-1918.

24 février. — M. Pelle. Etude du pronostic des cavernes pulmonaires tuberculeuses. — M. Minot. L'éventration diaphragmatique. Manifestations cardio-pulmonaires. — M. Auchman. Le mésothorium dans les périviscérites. — M. Bader. La rupture spontanée des ascites. — M. Grunfeld. Etude clinique des perforations couvertes des ulcères gastro-duodénaux. — Mme Frejman. Maladie de Still chez l'enfant.

25 février. — M. Fryszmann. Etude de la malariathérapie de la paralysie générale chez la femme enceinte. — M. Bail. Un chirurgien urologiste du XVI[e] siècle Pierre Franco. — M. Constantinidès. Essai sur la médecine synthétique (Doctrines et méthodes). — M. Frejman. Obésité insulinienne.

27 février. — M. Moyse. Etude des formes tumorales des calculs biliaires arrêtés dans l'intestin. — M. Sandbrand. La fermeture intra-péritonéale des fistules et anus contre nature (procédé du Professeur Pierre Duval). — M. Brumberg. Les torsions aiguës et subaiguës du testicule et de ses annexes chez les enfants et les adolescents. — M. Morancé. De la choriorétinite chez les malades atteints de kératite interstitielle d'origine syphilitique.

25 février. — Thèses vétérinaires. — M. Mourot. Phénols urinaires, sulfo et glycuro. Conjugaison indoxylurie et glycuronurie. — M. Bittner. Hypocalcémie aiguë de parturition. Son traitement.

26 février. — Thèses vétérinaires. — M. Cheybani. Etude classique du mal de garrot chez le cheval. — M. Cohen. La pasteurellose du lapin et le traitement par l'autovaccin.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Colonies. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Van Chinh, médecin hors classe de l'assistance médicale en Indochine.

Santé publique. — *Au grade d'officier.* — M. Louis Millet, chimiste biologiste à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Bord (de Paris), Bossu-Liard (de Vanves), Paul Boudin (de Paris), Bouillette (de Conflans-Sainte-Honorine), Casenave (d'Hendaye), Daniel (de Fort-de-l'Eau), Dibos, président de la Confédération des syndicaux de France ; Gouverneur, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Jean Minet, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; Moundlic (de Paris), Quénée (de Béthune); Richard (de Berck), Tamboise (du Cateau), Thouvenin (de Bonnelles), Vadon (de Saint-Raphaël), Wetterwald (de Paris), Meyer (du Mans), Parazols (de Pau), Pennel (de Paris), Tourmeuse (de Courseulles).

Guerre. — M. le médecin général Rubenthaler, directeur du Service de santé de la 7[e] région, a été placé, à compter du 15 février 1932, dans la 2[e] section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

M. le médecin commandant Lombardy, de la direction du Service de santé au ministère de la Guerre, est désigné comme commissaire militaire auprès de la Société de l'Association des Dames françaises, en remplacement de M. le médecin colonel Rault.

M. le médecin colonel Courvoisier est nommé directeur du Service de santé de la 7[e] région à Besançon.

Est promu :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Malaspina.

M. le médecin général Malaspina est nommé adjoint au directeur du Service de santé au ministère de la Guerre.

Asiles d'aliénés et maison de santé. — M. le Docteur Loup, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir), a été nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente), en remplacement de M. le Docteur Dubourdieu, admis à la retraite.

— Ont été nommés :

Médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), M. le Docteur Chatagnon, médecin directeur de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne).

Médecin chef de service à la maison départementale de santé de la Seine-Inférieure, M. le Docteur Daussy, médecin chef de service à l'asile privé, faisant fonction d'asile public, de Bégard (Côtes-du-Nord).

Médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Marseille, M. le Docteur Merland, médecin chef de service à l'asile autonome d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Dury-lès-Amiens (Somme), M. le Docteur Hyvert, médecin chef de service à l'asile de Vauclaire (Dordogne).

Médaille du Docteur Charles Buizard. — Des collègues et des amis du Docteur Charles Buizard, secrétaire général de la Société des chirurgiens de Paris, ont estimé qu'il conviendrait, à l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur et en témoignage d'affection, de lui offrir sa médaille en bronze.

Les membres du Comité prient leurs confrères de vouloir bien se joindre à eux et de s'inscrire à la souscription actuellement ouverte.

L'exécution de la médaille a été confiée à M. Turin, Grand prix de Rome de gravure en médailles.

Chaque souscripteur d'au moins cent francs recevra une réplique en bronze de cette médaille, réplique qui sera frappée à la Monnaie.

Les souscriptions doivent être adressées à MM. G. Doin, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). (Compte de chèques postaux : Paris 201-74.)

VIe Congrès des sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie. (Montpellier, 27-28-29 mai 1932.) — Le VIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie se tiendra à Montpellier les vendredi 27, samedi 28 et dimanche 29 mai 1932 sous la présidence de M. le Professeur Euzière, MM. les Professeurs Villard et Terracol étant vice-présidents.

Le secrétariat sera assuré par MM. Pagès, Viallefont, Bonnahon, Temple et Vidal.

Les rapports *sur les séquelles des traumatismes craniens fermés* en oto-neuro-ophtalmologie seront présentés par MM. Bremer (neurologie), H. Coppez (ophtalmologie), Hicguet (otologie), P. Martin (thérapeutique).

Une excursion est prévue pour le dimanche 29 mai à Nîmes, le Pont-du-Gard, la Source Perrier, Aigues-Mortes.

Des démarches sont faites auprès des grands réseaux de chemins de fer français en vue d'obtenir pour les congressistes une réduction sur les prix de transport.

L'inscription au Congrès ne comporte aucune cotisation.

Pour permettre au Comité d'organisation d'établir en temps voulu le programme détaillé des travaux du Congrès et d'obtenir de chaque réseau de chemin de fer les permis individuels, de préparer aussi l'organisation méthodique de la discussion des rapports, prière d'adresser les adhésions et inscription dès que possible et avant le 20 avril, dernier délai de rigueur pour les transports, au secrétaire général : Docteur Auguste Tournay, 81, rue Saint-Lazare, Paris (9e). Téléph. Trinité 12-27.

Nos médecins coloniaux préconisent le riz français. — Le Comité médical de l'Institut colonial français vient de se réunir sous la présidence de M. Nattan-Larrier, professeur au Collège de France, suppléant le président, le Professeur Pierre Teissier, de l'Académie de médecine empêché.

MM. les médecins généraux inspecteurs Lasnet et Emily, les médecins généraux Thiroux, Rigaud, Vivié, les Professeurs Marchoux et Tanon, le médecin colonel Abbatucci, le Docteur Marcel Léger, le Docteur Broquet, etc., ont délibéré notamment sur un rapport très documenté de M. Thiroux démontrant la valeur alimentaire du riz des colonies françaises dont la consommation devrait être beaucoup plus développée, en raison de ses qualités nutritives et même médicinales dans certains cas.

A l'unanimité la motion suivante a été adoptée :

Le Comité d'études de la prophylaxie et du traitement des maladies coloniales de l'Institut colonial français émet l'avis que la valeur alimentaire du riz provenant des colonies françaises légitime et recommande pleinement son emploi le plus large pour l'alimentation humaine, aussi bien dans la métropole que dans les régions productrices d'outre-mer, sous la réserve expresse que ses qualités gustatives et nutritives soient sauvegardées par une préparation correcte.

Association professionnelle des journalistes médicaux français. — Bureau pour 1932 : président, M. G. Lemoine (de Lille) ; vice-présidents : MM. Paul Boudin (de Paris) et Camescasse (de Saint-Arnoult, Seine-et-Oise) ; secrétaire : M. Albert Garrigues ; trésorier : M. L. Mathé.

La Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français a son bureau ainsi composé pour 1932 : président : M. G. Paul-Manceau ; vice-président : M. J. Minet (de Lille) ; secrétaire : M. A. Bouland ; trésorier : M. Albert Garrigues.

Conférence de clinique médicale. — Le Docteur Géraudel fera le dimanche 13 mars à 10 heures du matin, à la clinique médicale, 10, rue Lyautey (16e), une conférence sur l'électrocardiographie dans la pratique médicale.

IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine. — Les travaux de préparation et d'organisation du IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine, qui doit se tenir à Lyon, du 6 au 9 mars 1932, se poursuivent activement.

Le Comité d'organisation a déjà reçu 400 adhésions et plus de 100 communications sont réparties dans les six sections du Congrès. Cette manifestation aura un caractère essentiellement international puisque 32 gouvernements et plusieurs villes

étrangères seront représentés. Les hygiénistes, architectes et ingénieurs français seront nombreux ; plus de 50 villes et 20 départements ont nommé des délégués.

La séance inaugurale aura lieu sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique, le dimanche 6 mars. Les 7, 8 et 9 mars seront consacrés aux séances de travail et à la visite des récents travaux de la ville de Lyon (hôpital de Grange Blanche, aéroport de Bron, nouvelle faculté de médecine, usine d'incinération des immondices, abattoirs, etc.).

Quant à l'exposition, son succès dépasse toutes les espérances. Elle offrira un intérêt à la fois documentaire et instructif. Qu'il suffise de signaler qu'elle réunit les participations du ministère de la Santé publique, du ministère de la Guerre (Service de santé militaire), du gouvernement du Maroc, de plus de 60 villes françaises et étrangères, départements, stations thermales et climatiques.

A signaler, en outre, la présentation de l'hôpital de Grange Blanche, avec son installation moderne ; l'exposition par le Bureau d'hygiène de Lyon: la lutte contre les moustiques, et celle de l'Union syndicale du gaz de Paris : la lutte contre les fumées.

Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques. — *Cours de perfectionnement.* (Pâques 1932, 18 avril au 2 mai) : La thérapeutique médicale et hydrologique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 18 avril 1932, à 9 heures, à l'hôpital Necker (amphithéâtre Guyon et salle Delpech), avec la collaboration de MM. Henri Bénard, Henry Bith, François Moutier, Saint-Girons, Justin-Besançon, Wahl, Jean Bourgeois, et Roger Even.

Il aura lieu régulièrement : le matin, à 9 heures ; l'après-midi, à 14 h. 30 et 16 heures.

Il comprendra 36 leçons, et sera complet en deux semaines.

Des examens au lit des malades et des démonstrations radiologiques, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faits après la leçon du matin au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice Villaret et le Docteur Henry Bith, avec le concours du Docteur Brunet, assistant radiologique du service.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude hydrologique sera organisé le 30 avril, 1er et 2 mai, à Vichy, où auront lieu les deux dernières leçons du programme. Les élèves de ce cours — et des autres enseignements de perfectionnement que la chaire d'hydro-climatologie thérapeutique est susceptible de faire pendant l'année — et qui seraient désireux de participer à ce voyage, sont priés de s'inscrire à l'avance au Laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, à la Faculté de médecine, auprès de M. Roger Even, chef de laboratoire adjoint, qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du séjour à Vichy. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours.

Le droit d'inscription à verser est de 200 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine de Paris (Ecole pratique).

Nécrologie. — Docteur Noël Arnould, de Paris, 16, avenue Pasteur (XVIIe), assistant de laryngologie de l'hôpital Saint-Joseph, décédé à l'âge de 31 ans. — Docteur Falliès, décédé à Pau. — Docteur A. Jean, de Rouffiac (Charente-Inférieure), ancien conseiller d'arrondissement. Il était l'auteur d'une comédie en patois saintongeois : *La Merine à Nastasie*, jouée des centaines de fois dans l'Ouest et à Paris. — Docteur Maizilly, de Saint-Denis-de-Cabanne, décédé à Hauteville dans sa 34e année. — Docteur de La Rochefordière, de Nantes. — Docteur Albert Spineux, décédé à Amiens à l'âge de 93 ans. — A. Rolland, pharmacien des laboratoires de l'Hépatrol. — Eugène Galbrun, docteur en pharmacie, décédé à Nogent-sur-Marne. — Docteur Zenon Lambert, chef de service à l'hôpital de Namur. — Docteur James Galbraith Connal, oto-rhino-laryngologiste de Glasgow.

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

Histoire d'une fille de 8 ans atteinte d'urticaire commune chronique et d'œdème aigu de Quincke

(suite)

III. Considérations thérapeutiques [1]

Par M. le Professeur **P. NOBÉCOURT**

Je vous ai présenté, il y a quinze jours, la petite Nelly, atteinte d'une urticaire commune, géante, chronique et d'œdème aigu de Quincke ; à son propos, je vous ai exposé les considérations cliniques relatives à cette affection.

Samedi dernier, j'ai envisagé et discuté les problèmes étiologiques et pathogéniques qui se posent au sujet de ces affections (2).

Aujourd'hui, il me reste à tirer les conclusions pratiques de ces deux leçons, c'est-à-dire à étudier le traitement.

Le *traitement de l'urticaire commune*, comme celui de toutes les affections et de toutes les maladies, comprend un traitement *symptomatique*, un traitement *étiologique* et *pathogénique* ou *physiologique*.

***

Voyons tout d'abord le traitement symptomatique.

Le symptôme de l'urticaire commune est la plaque urticarienne. Celle-ci est une réaction congestive et œdémateuse du derme, qui disparaît d'elle-même. Ce n'est pas une affection de la peau.

La plaque d'urticaire n'a pas besoin d'être traitée. Mais elle s'accompagne de *prurit*.

Lorsque le prurit revêt une certaine intensité, il faut le calmer et empêcher le grattage, car celui-ci ne le calme que passagèrement et risque de provoquer des lésions, qui peuvent entraîner des infections cutanées.

Contre le prurit, il existe de nombreuses médications tant externes qu'internes. Chez les enfants, il est préférable de n'avoir recours qu'aux premières.

On conseille des *lotions* d'eau tiède ou chaude, additionnée de vinaigre dans la proportion d'une partie de vinaigre pour trois d'eau.

Au lieu de vinaigre simple on peut employer la solution suivante recommandée par M. Darier :

Glycérine	25	grammes
Vinaigre		
Alcool camphré	ââ 50	»
Eau de laurier cerise		

Ajouter un volume de cette solution à quatre, cinq ou six parties d'eau.

On peut encore employer la solution suivante :

Chloral	5	grammes
Eau de laurier cerise	50	»
Eau	200	»

La *décoction de guaco* (30 p. 1000) donne également de bons résultats.

(1) Leçon du 23 janvier 1931.
(2) Voir les leçons du 9 et du 16 janvier. *Le Progrès médical*, 13 et 20 février 1932.

Après la lotion, on essuie légèrement, on soupoudre avec du talc et on fait un enveloppement avec de la gaze.

Pour protéger la peau on peut appliquer la *pâte à l'eau* :

Talc	ââ
Oxyde de zinc	
Glycérine	
Eau	

L'usage des *bains* est très discuté. Ils ne sont pas à conseiller, car ils ne procurent qu'une sédation momentanée, suivie d'une recrudescence du prurit et de l'urticaire. Toutefois si l'enfant est très nerveux et agité, les bains tièdes produisent un effet favorable.

On donne soit des bains d'amidon ou de son, soit des bains alcalins avec du carbonate de potassium (1 gr. par litre) ou du bicarbonate de potassium (1 gr. 50 par litre).

Après les bains, on se comporte comme après les lotions.

***

Le traitement symptomatique n'est pas le traitement de la maladie urticarienne. Contre celle-ci, il faut instituer un traitement étiologique et pathogénique.

Ce traitement doit tenir compte des facteurs complexes dont l'aboutissement est l'éruption urticarienne.

Ces facteurs ne sont pas les mêmes pour tous les malades et ne se rencontrent pas chez tous avec la même netteté.

Il y a des cas où nous pouvons preciser des facteurs étiologique relativement simples ; il est facile d'en déduire les indications thérapeutiques et les méthodes de traitement.

Dans d'autres cas, au contraire, aucun facteur précis ne se dégage ; on doit alors conduire le traitement d'après les notions théoriques.

D'une façon générale, le traitement de l'urticaire commune doit réaliser trois conditions.

1° Il faut mettre le malade à l'abri des facteurs qui sensibilisent l'organisme et déclenchent le processus urticarien ; il faut traiter les affections qui paraissent jouer un rôle dans l'étiologie de l'urticaire.

2° Il faut essayer d'accoutumer l'organisme aux antigènes qui semblent être responsables de l'urticaire ou de le désensibiliser vis-à vis de ces antigènes.

3° Il faut enfin viser à modifier le terrain.

Passons en revue les divers traitements qui correspondent à ces indications.

Nous n'étudierons que les traitements des urticaires relevant des facteurs étiologiques et pathogéniques les plus habituels, que nous avons envisagés dans ma leçon précédente.

***

La première indication thérapeutique est de *mettre l'enfant à l'abri des facteurs qui sensibilisent l'organisme et déclenchent les processus urticariens* et de *traiter les affections qui jouent un rôle étiologique*.

Quand l'urticaire survient *après l'ingestion d'un ou de plusieurs aliments électifs*, on supprime ces aliments : lait, œuf, viande, poisson, farines, lentilles, etc., suivant le cas. Cette suppression empêche l'éruption urticarienne.

Pour certains malades la suppression de l'aliment n'est pas indispensable, car l'aliment responsable de l'urticaire peut être inactif dans certaines conditions.

Ainsi l'œuf à la coque ou en omelette peut provoquer l'urticaire, alors que le jaune d'œuf mélangé à la farine, au riz, à la semoule, au tapioca, à des pâtes peut être indifférent.

Ainsi encore le lait pur peut provoquer de l'urticaire ; mais mélangé à de la farine, sous forme de bouillie, au riz, etc., il peut être indifférent. De même le fromage, tel que le petit Suisse, le Gruyère, le Hollande, etc., le babeurre pur ou donné en bouillie, le lait caillé acide, le Yogourth, le Kéfir.

Quand l'urticaire ne dépend pas d'aliments électifs et est provoquée par des régimes très divers, on se demande s'il s'agit d'une urticaire alimentaire ou d'une urticaire d'origine digestive.

L'alimentation est alors particulièrement difficile. On procède par tâtonnement. On prescrit des régimes mixtes, constitués, en principe, surtout par des aliments d'origine végétale, céréales, légumineuses, pommes de terre, légumes herbacés, fruits, et en moindre proportion, par des aliments d'origine animale, choisis en tenant compte des indications que je viens de donner. Je reparlerai de l'alimentation à propos du syndrome colique fétide.

Dans tous les cas il faut rechercher les *facteurs digestifs* qui peuvent éventuellement intervenir dans l'étiologie de l'urticaire.

Tantôt on ne trouve pas de troubles digestifs appréciables ; *Tantôt* on découvre un syndrome intestinal ou hépatique caractérisé ; il faut alors instituer le traitement approprié.

Je n'envisagerai que les éventualités principales : 1° les *insuffisances de certaines sécrétions digestives*, ; 2° *l'hypohépatie* ; 3° le *syndrome colique fétide*.

Considérons tout d'abord l'INSUFFISANCE DES SÉCRÉTIONS DIGESTIVES.

Lorsqu'il y a de l'*hypopepsie*, on prescrit de la pepsine en paillettes à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et de la limonade chlorhydrique à la dose de 20 à 60 cc., du suc gastrique de porc ou dyspeptine de Hepp, à la dose d'une demi ou d'une cuiller à café.

Ces médicaments sont donnés un peu avant ou pendant le repas.

Le *suc duodéno-pancréatique*, total, activé et additionné de maltose, est donné de préférence dans un enrobage qui lui permet de traverser l'estomac pour être mis en liberté dans le duodénum. On le prend à la fin du repas.

S'il s'agit d'un nourrisson on a recours au lait digéré artificiellement par l'extrait pancréatique. J'ai précisé la préparation de cet aliment et son action dans le *Bulletin général de thérapeutique* de juin et juillet 1927, où j'ai étudié avec M. Bize *Le lait traité par l'extrait de pancréas dans l'alimentation des nourrissons atteints de troubles digestifs*, et dans une leçon sur *La Dyspepsie gastro-intestinale des nourrissons élevés au lait de vache. Opothérapie pancréatique*, publiée par *Le Concours Médical* du 18 mars 1928.

Il faut encore mentionner la *Papaïne*. On la donne pendant ou à la fin du repas, à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 30, en comprimés, en cachets ou en sirop.

Je vous ai dit, l'autre jour que certaines urticaires étaient provoquées par des farines ou des légumes secs. On utilise alors la *diastase de l'orge germé*, appelée encore maltase, maltine, amylase, sous forme de bouillies maltosées ou en nature au moment du repas.

L'HYPOHÉPATIE joue un rôle important.

On prescrit les *médications stimulantes des fonctions hépatobiliaires*.

Elles sont très nombreuses, je ne vous parlerai que de celles dont la pratique m'a montré l'efficacité.

L'*eau de Vichy*, Grande Grille ou Hôpital, eau bicarbonatée sodique forte, est bue tiède à raison de 30 à 60 gr. avant chacun des trois principaux repas, pendant dix à quinze jours.

S'il y a de la constipation, on y fait dissoudre des petites doses de *sulfate de sodium*.

Pour augmenter son action, on y ajoute du *Boldo* sous forme de teinture ou d'extrait fluide. On donne, par année d'âge et par jour, III à V gouttes de teinture, ou I à III gouttes d'extrait.

L'*eau de Vittel, source Hépar*, peut être employée, pour certains malades, à la place de l'eau de Vichy.

L'eau d'Evian, additionnée de benzoate de sodium (0 gr. 05 à 0 gr. 10 par année d'âge et par jour) et de bicarbonate de sodium (0 gr. 10-0 gr. 20 par année d'âge et par jour) réalise un bon lavage de l'organisme, utile surtout quand à l'hypohépatie s'ajoute un état cholémique ; on la fait boire trois-quarts d'heure avant les repas.

On a recours parfois aux *extraits hépatiques*.

Les cures de Vichy, de Vittel, d'Evian, faites à la source pendant la saison, renforceront les effets du traitement à domicile.

Il nous reste à décrire le traitement du SYNDROME COLIQUE FÉTIDE.

Je résume la leçon que j'ai donnée le 25 juin 1921 sur le *Traitement des syndromes coliques des enfants* ; elle est publiée dans le *Journal des Praticiens* du 24 septembre 1921.

Ce traitement comporte trois ordres d'indications.

1° Il faut stimuler les fonctions des organes de la digestion et le foie

2° Il faut désinfecter et désintoxiquer le gros intestin.

3° Il faut prescrire une alimentation destinée à combattre les processus de putréfaction dans le gros intestin.

Contre l'hypohépatie on peut conseiller le traitement par l'eau de Vichy et le sulfate de soude.

Mais il existe des médications mieux appropriées, qui agissent sur les sécrétions gastro-intestinales, sur la musculature de l'intestin et sur le foie.

J'ai l'habitude d'employer la solution suivante :

Chlorure de magnésium	} àâ	2 grammes
Chlorure de sodium		
Bicarbonate de sodium	} àâ	5 grammes
Sulfate de sodium		
Eau bouillie		1 litre.

A prendre trois-quarts d'heure avant les repas, à la dose de 30 à 50 cc. suivant l'âge et l'effet cherché.

J'ai exposé les raisons qui militent en faveur de cette solution dans un mémoire *Sur le Chlorure de magnésium dans le traitement du syndrome colique des enfants*, publié par le *Journal des Praticiens* du 23 août 1921.

L'*eau de Châtel-Guyon*, qui doit une partie de son activité au chlorure de magnésium, a une efficacité incontestable. On conseille son emploi à la maison, en cures de quinze, vingt ou vingt cinq jours, qui préparent ou complètent les cures effectuées à Châtel-Guyon même, lesquelles sont plus efficaces.

Avec les médications dont je viens de parler, il convient de combiner l'emploi des *poudres inertes*, astringentes, adsorbantes ou antiseptiques : carbonate de magnésie, carbonate de chaux, phosphate tricalcique, carbonate de bismuth, kaolin, acétyltannin, benzonaphtol.

On les combine de façons diverses suivant les indications particulières à chaque malade.

On donne par périodes alternées les solutions et les poudres inertes.

Les *ferments lactiques*, les *vaccins microbiens* ont leur utilité dans certains cas.

Le traitement médicamenteux, n'agit bien que si en même temps l'enfant suit le *régime alimentaire* convenable.

Les aliments, qui entretiennent les putréfactions intestinales, sont le lait, l'œuf, la viande ; les aliments, qui s'y opposent, sont les végétaux et notamment les farines de céréales et de légumineuses riches en hydrates de carbone. Ce sont les mêmes que ceux qui provoquent ou ne provoquent pas l'urticaire.

Les aliments indiqués pour le régime des enfants atteints d'un syndrome colique fétide sont donc les mêmes que ceux qui conviennent aux urticariens. Les méthodes sont les mêmes et Combe, de Lausanne, les a bien codifiées :

1° Supprimer momentanément ou restreindre les protides animales ; autoriser les aliments végétaux riches en hydrates de carbone.

2° Rendre graduellement les protides animales, en les associant toujours avec des aliments végétaux riches en hydrates de carbone.

On peut combiner des régimes très variés et très nombreux. Voici un schéma :

Premier stade : régime strictement végétarien. On donne des bouillies à l'eau, des bouillies et des potages au bouillon de légumes, des panades, des purées de pommes de terre et de légumes secs, des pâtes, des compotes, des gelées de fruits.

Deuxième stade : régime de transition. Il comprend les mé-

mes aliments qu'au premier stade et en outre des bouillies au lait, du babeurre, du yogourth, du Petit Suisse.

Troisième stade : régimes de plus en plus complexes. On introduit graduellement les divers aliments d'usage courant en quantités d'abord faibles, puis augmentées petit à petit, mais en conservant les aliments végétaux en bonne proportion.

Ces régimes sont antiputrides et, en outre dans une certaine mesure désensibilisants : tout au moins ils conduisent à l'accoutumance.

Les traitements que je viens de décrire ont souvent de bons effets sur les urticaires alimentaires et digestives.

Les poussées s'espacent, puis disparaissent.

Certains malades guérissent définitivement au bout de quelques mois ou de quelques années ; ils peuvent même dès lors tolérer les aliments qui auparavant déclenchaient l'urticaire.

D'autres conservent pendant longtemps une certaine sensibilité et ont, de temps en temps, des poussées urticariennes avec ou sans cause appréciable.

***

La DEUXIÈME INDICATION THÉRAPEUTIQUE est d'obtenir l'*accoutumance* ou *la désensibilisation vis-à-vis des substances agissant comme antigènes.*

Cette accoutumance ou cette désensibilisation est mise en œuvre depuis longtemps, de façon empirique, dans les régimes dont je viens de parler.

Après les recherches de Ch. Richet sur l'anaphylaxie, de Widal sur la colloïdoclasie on a étudié méthodiquement les procédés d'accoutumance et de désensibilisation. Ces procédés sont bien décrits dans les livres, que j'ai déjà cités, de M. Edouard Joltrain et de MM. Pasteur-Vallery-Radot et Lucien Rouquès.

L'objectif de la désensibilisation est double, écrit M. Pasteur-Vallery-Radot.

Le premier objectif est de « mettre l'organisme dans un état d'insensibilité *transitoire*, qui lui permette de ne pas réagir à une action colloïdoclasique »; c'est le *traitement préventif du choc* ou *skeptophylactique.*

Le second objectif est d'obtenir une « modification humorale durable », de sorte que le sujet » ne puisse plus faire de choc sous l'influence des agents colloïdoclasiques ».

Les méthodes qui conduisent à ces résultats sont nombreuses.

Deux éventualités sont à considérer.

Ou bien l'antigène est connu et dans ce cas on peut tenter la *désensibilisation spécifique.*

Ou bien l'antigène est inconnu et dans ce cas on recherche la *désensibilisation non spécifique.*

Quand il s'agit d'urticaire d'origine alimentaire ou digestive, on cherche à obtenir la désensibilisation par voie digestive et à défaut par voie parentérale.

Le TRAITEMENT PRÉVENTIF DU CHOC est une application de la méthode de Besredka utilisée dans la sérothérapie poursuivie chez un malade sensibilisé par des injections antérieures de sérum. On lui fait, une heure avant l'injection thérapeutique, une injection sous la peau d'un cc. de sérum.

Se basant sur cette méthode, MM. Pagniez et Pasteur-Vallery-Radot, en 1916, ont conseillé de faire prendre au malade, une heure avant le repas, soit quelques grammes de l'aliment responsable de l'urticaire, soit un cachet de peptone de Witte ou mieux de peptones polyvalentes de viandes, de poissons, avec une petite quantité d'œuf et d'extrait de lait, sous forme de dragées ou de granulés.

Les personnes ainsi traitées se trouvent, au moment de l'ingestion des aliments, en état d'immunité transitoire ; mais ce résultat n'est pas suffisant ; il faut rechercher une MODIFICATION humorale durable.

Un premier procédé pour obtenir une modification humorale durable est l'*accoutumance graduelle à l'aliment responsable.*

On supprime cet aliment. Ensuite on le reprend à doses d'abord très faibles, puis graduellement croissantes, en tâtonnant ; il ne faut jamais suspendre son usage, même un jour, et cela pendant très longtemps.

C'est en somme la méthode suivie pour la réalimentation dans les syndromes coliques : on peut se comporter comme je l'ai dit à leur propos.

Par cette méthode on obtient plutôt l'accoutumance à l'aliment qu'une désensibilisation véritable.

MM. Pasteur-Vallery-Radot et L. Rouquès écrivent très justement : ce procédé est « dans la majorité des cas une méthode d'accoutumance à l'antigène et non une méthode de désensibilisation à proprement parler ... Il n'est pas rare de voir un individu que l'on croyait désensibilisé devenir sensible au bout de quelques mois à l'antigène auquel il semblait désensibilisé... »

Le deuxième procédé pour obtenir une modification humorale durable est l'*accoutumance au choc* par les *méthodes antichoc.*

« Ces méthodes, écrivent MM. Pasteur Vallery-Radot et Lucien Rouquès, consistent à provoquer des petits chocs successifs par administration de protéines ou de cristalloïdes. L'organisme finit par s'habituer aux causes provocatrices à tel point qu'il devient indifférent et ne réagit plus aux agents de perturbation colloïdoclasique. »

On utilise de nombreux procédés. Je n'en citerai que quelques-uns.

M. Ravaut, en 1913, a conseillé l'*auto-hémothérapie.*

On prélève dans la veine du malade de 2 à 10 cc. de sang, qu'on injecte immédiatement dans les muscles de la fesse. On commence par des doses très faibles. Les injections sont faites tous les deux jours.

L'*auto-sérothérapie* est une methode moins pratique à cause des manipulations nécessaires pour obtenir et conserver le sérum. M. Joltrain fait des injections intra-veineuses tous les deux ou trois jours, à des doses de 0,5 cc. à 1 cc., en augmentant graduellement ; la série est de douze injections.

La solution de *peptone de Witte* à 5 %, en injections sous-cutanées de 1 cc. à 5 cc. tous les jours ou tous les deux jours, est conseillée par M. Pasteur-Vallery-Radot.

Tous ces traitements donnent un certain nombre de résultats satisfaisants, mais les échecs sont nombreux.

Il faut d'ailleurs être très prudent et se rappeler les conclusions de MM. Pasteur-Vallery-Radot et Rouquès.

« En terminant cette étude des méthodes anti-choc, nous devons insister sur la prudence que le clinicien doit toujours montrer en les employant... Widal et ses élèves ont constaté que, chez les colloïdoclasiques, l'injection intra-veineuse de substances en apparence les plus inoffensives, tel que le chlorure de sodium à l'isotonie, pouvait être suivie d'une forte crise humorale. Aussi faut-il toujours, en particulier pour les injections intra-veineuses, débuter par des doses minimes, utiliser des solutions diluées et pousser très lentement les injections... »

Un troisième procédé pour obtenir une modification humorale consiste dans l'emploi de divers médicaments.

M. Ravaut conseille l'*Hyposulfite de sodium* par voie buccale, à la dose de 4 à 15 gr. pour l'adulte.

On prescrit :

Hyposulfite de sodium................	20 grammes
Sirop de sucre	125 »
Eau bouillie Q. S. pour................	300 cc.

Une cuillerée à soupe contient 1 gr. d'hyposulfite. Une cuillerée à café ou à soupe suivant l'âge avant chaque repas, les trois premiers jours de chaque semaine.

On emploie encore l'hyposulfite de sodium en injections intra-veineuses : mais, pour celles-ci l'*hyposulfite de magnésium* est préférable, d'après M. Lumière et Mme Malespine.

Il vaut mieux d'ailleurs faire des injections intra-musculaires. On injecte 10 cc. d'une solution à 10 %.

On peut utiliser également cette solution par la voie digestive.

Le *chlorure de calcium* a été conseillé par M. Netter.

On le donne par la bouche à la dose de 2 à 5 gr.

Chlorure de calcium	20 grammes
Sirop de limons	ãã 60 »
Sirop de fleurs d'oranger	
Eau bouillie Q. S. pour	300 cc.

Il existe dans la pharmacopée des préparations concentrées qui permettent de donner le chlorure de calcium sous un faible volume.

L'action de ces médicaments est inconstante.

* * *

Il me reste à vous parler de la TROISIÈME et DERNIÈRE INDICATION THÉRAPEUTIQUE, qui est de modifier le terrain. Il faut, pour chaque malade, tenir compte des indications cliniques.

S'il existe des *troubles du système nerveux* et notamment des *troubles neuro-végétatifs*, on prescrit les traitements appropriés.

Si ces troubles sont à prédominance vagotonique on donne de la belladone ou de l'atropine ; s'ils sont à prédominance sympathicotonique, de la pilocarpine.

Le gardénal, l'extrait fluide de Passiflore, l'extrait fluide de Cratægus oxyacantha sont également de bons médicaments.

S'il y a des *troubles endocriniens*, on a recours à l'opothérapie.

Mais il est un facteur qu'il ne faut pas négliger, c'est le facteur *milieu*. Les *cures climatiques*, à la campagne ou à la montagne, ont souvent une action manifeste : sans modification du régime elles peuvent amener la disparition de l'urticaire.

Certaines *cures thermales*, celle de la Bourboule en particulier, ont parfois également leur utilité.

Comme vous le voyez, les traitements des urticaires ne manquent pas. Malheureusement, il y a des cas rebelles à tous les traitements connus : « Il faut convenir, pour être modeste, écrit M. Joltrain que certaines variétés d'urticaires chronique, si logique et si rationnelle que soit la thérapeutique, échappent à toutes les indications... ».

Il serait intéressant, si j'en avais le temps, de comparer le traitement des urticaires à celui de l'ASTHME, affection qui présente avec celle-ci des relations étroites.

Ce traitement que j'ai exposé dans ma leçon du 13 janvier 1923 sur *Etiologie et traitement de l'asthme chez les enfants*, leçon qui se trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*, est le même quand il s'adresse aux asthmes d'origine alimentaire et digestive. Mais ici également il est très efficace quand l'étiologie est précise, tandis que les résultats sont médiocres ou nuls, quand elle est incertaine.

* * *

J'en reviens à notre petite Nelly.

Elle est entrée dans le service le 27 novembre, à 8 ans et 9 mois. Elle a une urticaire commune, géante, chronique, qui dure depuis six mois avec des poussées d'œdème aigu de Quincke.

Cette urticaire reconnaît vraisemblablement une origine alimentaire. Mais nous n'avons pas pu trouver d'aliment électif provoquant le choc colloïdoclasique. Le seul fait précis est une hérédité hépatique et une hérédité similaire, ainsi que des troubles d'insuffisance hépatique.

Il n'existe donc pas d'indications d'un régime particulier.

A partir du 7 janvier, elle reçoit un régime mixte : le matin, une bouillie à l'eau ; à midi, une purée de pommes de terre, 100 gr. de viande, une compote ; au dîner, un potage de légumes, une purée, une compote.

A partir du 8 janvier, nous instituons, un traitement stimulant des fonctions hépatiques.

Elle boit, avant chacun des trois repas, 80 gr. d'eau de Vichy à laquelle on ajoute, avant les deux principaux repas, XXV gouttes de teinture de Boldo.

En outre, du 18 au 21 janvier, on lui fait chaque jour une injection sous cutanée de 0gr. 10 d'extrait de foie.

Au début du traitement l'urticaire est intense : chaque jour Nelly a une éruption urticarienne plus ou moins forte après chaque repas. Au bout de trois ou quatre jours de traitement l'urticaire diminue ; nous pouvons espérer une amélioration ; le 19 et 20 janvier, notamment l'éruption d'urticaire est discrète. Mais le 21 et le 22 se produisent des éruptions généralisées.

Il faut noter que nous avons introduit, avec les injections d'extrait hépatique, des albumines animales qui jouent peut, être un rôle. Nous allons donc supprimer ces injections.

En somme, malgré nos essais thérapeutiques, depuis deux mois que Nelly est à l'hôpital, son état est le même. Sa température est normale. A son entrée elle pesait 21 kgr. 250 ; mais elle avait de l'œdème ; quand celui-ci s'est résorbé, son poids est tombé à 20 kgr. 660 le 5 décembre ; puis elle a perdu encore du poids et actuellement elle ne pèse plus que 19 kgr. 700. Cette diminution de poids ne doit pas nous surprendre, étant donné les régimes de restriction auxquels la malade a été soumise, il faut donc essayer de l'alimenter davantage.

Nous allons continuer la médication hépatique pendant quelques jours. Si elle échoue définitivement nous devrons chercher une autre thérapeutique Le choix est embarrassant.

Bien que nous n'ayons pas constaté de choc colloïdoclasique, il me semble que le mieux est d'instituer tout d'abord le traitement préventif du choc .

Nous donnerons donc une préparation de peptones complexes, une heure avant les repas.

Dans la suite nous essaierons de réaliser une modification humorale durable, en donnant de l'hyposulfite de sodium par la bouche ou en faisant des injections intra-musculaires d'hyposulfite de magnésium.

Par ailleurs, Nelly présente de l'hypervagotonie, qui indique l'usage de la belladone.

Souhaitons d'obtenir un résultat. Mais dans les cas de ce genre il faut toujours s'attendre à un échec (1).

(1) Après cette leçon, devant l'échec de la médication hépatique, nous donnons des peptones polyvalentes, sans plus de succès ; puis nous faisons des injections intra-musculaires d'hypochlorite de magnésium ; après quelques injections l'urticaire disparaît. Nous allons supprimer le médicament pour voir si l'effet est durable.

«..... Il semble que la chrysothérapie des adénopathies tuberculeuses constitue une méthode de traitement facile et utile pour le malade. Si elle n'a pas la sûreté, la constance, la rapidité de la chimiothérapie dans les lésions syphilitiques, elle peut cependant réserver des résultats inattendus, comme dans ces formes suppurées et presque fistulisées. Le traitement peut être conduit sans la moindre perturbation dans la vie du malade comme le traitement de la syphilis. Il semble qu'avec quelques précautions, on n'ait pas à craindre d'accidents graves ..... ». (René HUGUENIN, MYRIAM LIBERSON et YVES DUPONT. La chrysothérapie des adénopathies tuberculeuses. *La Presse médicale*, 6 juin 1931.)

« En France, les syphiligraphes commencent à s'apercevoir que, malgré les dispensaires, chaque année plus nombreux, malgré une cure intensive et régulière, la syphilis non seulement ne recule pas, mais gagne du terrain. C'est qu'à la lutte contre ce fléau social, il manque presque partout l'élément essentiel, les mesures de police sanitaire dirigées contre le propagateur. « Dans une de nos colonies, malgré l'activité des dispensaires la presque totalité des jeunes soldats contracte la syphilis », parce que la prostitution y est libre. Même dans les maladies à transmission directe comme les affections vénériennes, la thérapeutique la plus suivie n'a pas l'efficacité préventive des mesures sanitaires. » (J. LEGENDRE. Vaut-il mieux guérir que prévenir ? *La Presse Médicale*, 25 novembre 1931.)

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de la méningo-encéphalite ourlienne primitive et de la méningo-encéphalite ourlienne autonome

Par R.-J. WEISSENBACH

Médecin de l'Hôpital Broca

Dans un très intéressant article du *Progrès Médical* (n° 4, 23 janvier 1932) sur une « Nouvelle conception de la pathogénie des oreillons », André Philibert nous fait l'honneur de citer à plusieurs reprises et de commenter longuement nos travaux et ceux de nos collaborateurs, concernant les méningo-encéphalites ourliennes primitives (1).

On sait que nous avons proposé ce terme, en 1929, pour désigner l'*ensemble des symptômes et des signes, qui traduisent l'atteinte des méninges et du système nerveux central, au cours de l'infection par le virus ourlien, avant l'apparition, ou, même indépendamment de toute autre localisation de celui-ci.*

Nous avons été heureux de voir André Philibert utiliser aussi largement et aussi judicieusement nos observations personnelles et celles des auteurs étrangers que nous avons fait connaître en France, pour marquer, au point de vue de la pathogénie de l'infection ourlienne, toute l'importance des localisations primitives du virus ourlien sur le parenchyme nerveux, faits sur lesquels nous avions nous-même longuement insisté dans ces différents travaux, en défendant des idées très voisines de celles que défend André Philibert, dans son bel article.

Mais il s'est glissé dans les citations d'André Philibert une erreur, que nous voulons de suite rectifier, pour éviter qu'elle se perpétue, étant donné le retentissement qu'aura certainement cet article, du fait de la notoriété de son auteur.

Parmi les faits de méningo-encéphalites ourliennes primitives, il en est un certain nombre que nous avons groupés, individualisés et proposé de désigner du nom de « *Méningo-encéphalites ourliennes autonomes* ». Il s'agit des cas, dans lesquels l'infection ourlienne ne se traduit que par des signes méningo-encéphalitiques, sans que jamais apparaissent des manifestations *cliniques*, même légères, de localisation sur aucun autre organe, en particulier les parotides, les autres glandes salivaires ou les glandes génitales. Nous avons longuement insisté, dans nos deux derniers mémoires, sur la nosographie de ces faits et leur importance pour la pathologie générale de l'infection ourlienne.

Par trois fois, dans les citations qui les concerne, André Philibert nous fait dire que nous avons désigné ces faits du nom de *méningites ourliennes autonomes*. Nous attribuer le terme de *méningite* ourlienne autonome au lieu de celui de *méningo-encéphalite* est une erreur de fait que nous voulons rectifier. Nous n'attacherions pas, en effet, d'importance à cette erreur, qui, même répétée, pourrait n'être qu'une erreur typographique, si le terme de *méningo-encéphalite*, choisi et employé par nous, n'était pas représentatif d'une conception que nous avons été les premiers à exprimer ou, du moins, à définir, tel que nous l'avons fait, et dont nous avons montré toute l'importance au point de vue doctrinal.

Pour nous, le syndrome humoral céphalo-rachidien et les signes cliniques méningés ne sont pas une manifestation primitive, mais une réaction secondaire à la localisation du virus ourlien sur le parenchyme cérébro-médullaire, sur les cellules nerveuses. Et ceci nous paraît être vrai, comme nous l'avons écrit, non seulement pour les méningo-encéphalites ourliennes autonomes, mais aussi pour les méningo-encéphalites ourliennes primitives suivies de parotidites ou d'autres localisatious cliniques du virus, et encore pour les manifestations nerveuses ou les modifications latentes du liquide céphalo-rachidien observées au décours des oreillons. Nous avons apporté toute une série d'arguments en faveur de cette conception et nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici le texte même des conclusions de notre mémoire des *Annales de Médecine*, consacré à ce sujet.

« Il est enfin une notion nouvelle, sur laquelle nous voudrions insister, en terminant, notion concernant la physiopathologie générale des oreillons. Cette notion nous a été suggérée par l'étude de nos deux observations de méningo-encéphalite ourlienne primitive et celle des observations que nous venons de rapporter, mais elle est confirmée par l'étude des troubles nerveux des méningites et des réactions méningées observés au cours de l'évolution de l'infection ourlienne, quelle que soit l'époque de leur apparition.

« Certaines modifications du liquide céphalo-rachidien, observées au cours des méningites ourliennes tardives, manifestées ou latentes, et des méningites ourliennes primitives, s'apparentent étroitement aux modifications observées dans les réactions méningées secondaires symptomatiques des lésions des encéphalo-myélites à virus neurotropes : encéphalite épidémique, maladie de Heine-Médin, zona, etc... Elles se différencient au contraire des modifications observées au cours des leptoméningites proprement dites, dans lesquelles les lésions nerveuses parenchymateuses sont secondaires ou contingentes. Tel est le cas pour l'absence de fibrine, le taux de l'albumine, du sucre et des chlorures, les caractères et le degré de la réaction leucocytaire.

« Si on recherche attentivement dans les cas de méningites ourliennes primitives, et si on étudie dans les méningites ourliennes secondaires, surtout dans les formes frustes, les signes de localisation parenchymateuse, on est frappé de la fréquence avec laquelle on observe des signes d'une atteinte parcellaire, discrète ou fugace du parenchyme nerveux. Dans certains cas exceptionnels, ce sont même des signes de lésions importantes ou définitives. L'énumération complète en serait trop longue, nous ne signalerons que les plus importantes : névralgies diverses et plus spécialement névralgie du trijumeau, lésions des nerfs optique et acoustique, paralysie du facial (du type nucléaire) et des autres nerfs craniens, paralysies des membres diagnostiquées polynévrites, monoplégies, paraplégies, aphasies, éruptions zostériennes (Apert, H. Roger et Margarot) (1).

« Ces signes de localisations, quand ils n'ont pas, pour les plus graves, été mis sur le compte d'infections associées, ont été attribués, sans raison suffisante, par analogie avec les méningites aiguës suppurées à gros exsudat fibrineux, à des lésions des troncs nerveux et des racines, dépendant de la formation d'exsudats, de phénomènes diapédétiques ou fluxionnaires méningés. Nous ne retiendrons ici pour la discussion qu'un des signes les plus constants mis sur le compte de la réaction méningée, décrit par Chauffard et Boidin, Dopter et complètement étudié par P. Teissier et Schoeffer (2) et G.-Cl. Roux (3) : la bradycardie.

« Teissier, Schoeffer et Roux ont démontré que la bradycardie des oreillons est une bradycardie d'origine nerveuse

(1) WEISSENBACH (R.-J.) et BASCH. (G.). Un cas de méningite ourlienne primitive avec aphasie et hémiparésie transitoires. La méningo-encéphalite ourlienne primitive. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, séance du 14 juin 1929, p. 813. — WEISSENBACH (R.-J). BASCH (G.) et BASCH (M.). La méningite et la méningo-encéphalite ourliennes primitives. *Annales de Médecine*, Tome XXVII, n° 1, janvier 1930. — WEISSENBACH (R.-J.). BASCH (G.) et BASCH (M.). La méningo-encéphalite ourlienne primitive. Signification des altérations du liquide céphalo-rachidien dans l'infection ourlienne. *Paris médical*, juin 1930.

(1) On pourrait encore ajouter à cette énumération les troubles psychiques et les psychoses observés dans certains cas d'oreillons.

(2) TEISSIER (P.) et SCHŒFFER.— *XIe Congrès français de médecine*, Paris, 13 15 octobre 1910.

(3) ROUX. G.-Cl.). — Thèse de Paris, 1913, et Etude d'ensemble des méningites ourliennes. *Gazette des Hôpitaux*, 21 mars 1914.

vagale et ils la considèrent comme un signe de la réaction méningée. Or, l'observation montre que la bradycardie peut être constatée en dehors de tout signe anormal tiré de l'examen du liquide céphalo-rachidien. Teissier et Esmein écrivent même (1) que la bradycardie est « un signe régulier mais non exclusif de la réaction méningée, puisqu'il peut se manifester dans des cas où il n'existe aucun témoignage apparent de méningite ». Ce fait oblige à conclure que la méningite ne conditionne pas l'atteinte nerveuse : celle-ci existe pour elle-même, conséquence de l'action directe du virus sur la substance nerveuse.

« Ces constatations nous font donner aux altérations du liquide céphalo-rachidien, observées au cours de l'infection ourlienne, une signification différente de celle qu'on leur attribue actuellement. Nous les considérons non comme une manifestation primitive, mais comme une réaction secondaire à des lésions parenchymateuses cérébro-médullaires, elles-mêmes dues à la localisation du virus ourlien sur le système nerveux central. L'atteinte du parenchyme nerveux par le virus ourlien a toujours été considérée comme une conséquence de l'extension de la méningite ourlienne et une complication de celle-ci. L'affinité directe du virus pour le parenchyme nerveux est méconnue ou même niée. Si certains auteurs l'ont soupçonnée, elle n'a jamais été, à notre connaissance, définie, et, son importance formulée, comme nous le faisons ici. On peut même penser que les perfectionnements apportés dans la sémiologie nerveuse par l'emploi de la ponction lombaire et l'étude du liquide céphalo-rachidien, mettant si facilement en évidence les altérations cytologiques de celui-ci, ont relégué au second plan la sémiologie clinique des lésions parenchymateuses, surtout dans les cas frustes, de beaucoup les plus fréquents. Les cliniciens ont été ainsi orientés vers une interprétation inexacte des rapports de filiation, qui unissent les lésions parenchymateuses et les modifications du liquide céphalo-rachidien.

« **L'affinité du virus ourlien pour le parenchyme nerveux présente d'ailleurs, en général, les mêmes caractères que son affinité pour les parenchymes glandulaires : début brusque des manifestations symptomatiques, évolution rapide, sédation complète ou presque complète. Si des atteintes intenses du système nerveux, d'ailleurs exceptionnelles, peuvent néanmoins laisser des séquelles, c'est que, comme nous l'avons signalé ci-dessus, la fragilité et la spécialisation des éléments nerveux rendent ceux-ci plus vulnérables que les cellules glandulaires.**

« **Le double tropisme du virus ourlien apparente celui-ci, d'une façon frappante, aux virus de la rage et de l'encéphalite épidémique, doués l'un et l'autre, comme lui, mais à un degré inégal, d'un tropisme nerveux et glandulaire.** Mais le caractère fluxionnaire, en général léger et éphémère, des atteintes nerveuses du virus ourlien, le distingue nettement des virus de la rage et de l'encéphalite épidémique. **L'immunité qu'il confère le différencie encore de ces deux virus, le rapprochant, par contre, d'autres virus neurotropes, comme ceux du zona et de la maladie de Heine-Médin. »**

(1) TEISSIER (P.) et ESMEIN (Ch.) — Article *Oreillons* du *Nouveau traité de médecine*, Masson, éditeur, Paris, 1928, page 594.

1° La santonine ne possède pas d'action nette sur la glycémie des animaux normaux ;

2° L'action antiglycosurique de la santonine est probablement due à l'élévation du seuil rénal du glucose ; elle est antagoniste de celle de la phloridznie ;

3° Au point de vue thérapeutique, la santonine peut être un adjuvant utile de l'insuline dans le traitement de certains diabètes. L'expérimentation clinique de ce corps mérite d'être reprise.

(Albert LEULIER et Mme Andrée ROCHE. — *Sur le mécanisme de l'action antiglycosurique de la santonine.* Académie des sciences 6 juillet 1931).

Indications opératoires du goitre exophtalmique

(Note préalable)

Etude basée sur 68 cas de goitre exophtalmique, dont 30 ont été opérés de thyroïdectomie sub-totale

Par **Eduardo COELHO** (de Lisbonne)

Le traitement du goitre exophtalmique demande le concours du médecin et du chirurgien. Toutefois, le traitement devant être, tout d'abord et surtout médical, c'est au médecin qu'il appartient de donner l'indication opératoire, car, une grande partie des malades arrivent à guérir sans l'aide de la chirurgie, et c'est encore de la préparation médicale que dépend le succès opératoire.

Dans ces trois dernières années, nous avons étudié 68 cas de goitre exophtalmique sous ces aspects : 1° les malades qui guérissent par le traitement médical ; 2° les malades qui ont besoin du traitement chirurgical (après la préparation médicale) ; 3° conséquences immédiates et lointaines de l'opération.

Le traitement médical a été fait par l'iode à petites doses en suivant la technique que nous avons déjà décrite (1). Nous avons employé la solution Neisser : iodure de potassium à 1 pour 20. Les malades sont au lit pendant les deux premières semaines de traitement et les repas sont riches en hydrates de carbone. La dose employée est de trois gouttes deux fois par jour ; tous les jours, nous ajoutons une goutte pour arriver à quinze gouttes deux fois par jour. Cette dose sera maintenue pour un temps variable d'après la réaction des malades à l'iode, temps qui va de deux à trois mois. Chez quelques malades qui manifestaient un amaigrissement trop accentué, nous avons associé à l'iode le traitement par l'insuline aux doses que nous avions données aux premiers malades soignés par nous avec l'insuline (2). Chez nous l'iode a donné les mêmes résultats dans la maladie de Basedow que dans l'adénome toxique ou goitre basedowifié.

En commençant l'étude de ces cas, nous pensions que l'iode ne constituait pas une médication curative, mais uniquement une préparation à l'acte opératoire. Et nous avions conclu : « pour grand que soit le rôle de l'iode dans la préparation des malades, il ne suffit pas de l'administrer pour obtenir les effets désirés » (3). Notre pratique de ces trois dernières années d'étude du goitre exophtalmique nous a amené à revoir ces idées et nous a convaincu qu'un grand pourcentage de malades arrivent à guérir par le traitement médical. Il faut faire évidemment une sélection des cas. Chez tous nos malades qui possédaient l'hyperthyroïdisme fruste, la guérison a été obtenue au moyen de l'iode. Les malades jeunes, surtout les femmes, qui présentaient de l'hyperthyroïdisme dans la période de croissance, n'ont pas eu, en général, besoin de l'opération. Tous les symptômes ont disparu avec l'iode et le repos. Dans d'autres formes du goitre exophtalmique, il faut donner nettement les indications opératoires absolues ou relatives.

D'après les grandes statistiques, la mortalité opératoire du goitre exophtalmique est à peu près de 0,5 à 3 % ; tandis que la mortalité des malades soignés seulement par le traitement médical est d'après la statistique de Hale White, du Guy Hôpital de Londres, de 10 %, d'après H. Mackenzie, de 25 %, d'après la statistique d'Eppinger de 5,1 %.

Le traitement au moyen de la radiothérapie ne nous semble pas à conseiller ; il y a le danger de l'emploi des doses très grandes qui peuvent amener un myxœdème. Nous avons vu un cas de ce genre. Chez les malades qui possèdent une forme grave de maladie de Basedow, la radiothérapie peut produire des réactions aiguës, graves, en donnant la mort (cas de Rahn et Gœtte). De plus, dans le goitre exophtalmique très vascula-

(1) *Presse médicale*, n° 40, 1930.
(2) *Lisboa Medica*, n° 12, 1926.
(3) *Presse médicale*, n° 40, 1930.

BIBLIOGRAPHIE

L'Histoire de la pharmacie à travers les âges, par REUTTER DE ROSEMONT. 2 forts volumes in-8 raisin (format 16 × 25) sur beau papier surglacé, les 2 volumes, 200 francs ; sur papier de luxe (exemplaire numéroté), 400 francs. J. Peyronnet et Cie, éditeurs, 7, rue de Valois, Paris (1er).

On a écrit l'histoire du droit, l'histoire de philosophie, et même celle de la médecine, jamais encore d'une façon satisfaisante celle de la pharmacie.

Le sujet, si vaste, aurait-il découragé les auteurs quelque intérêt qu'il présente ? quel service cette histoire peut rendre aux praticiens et aux savants, quel attrait n'offre-t-elle pas aux profanes eux-mêmes qui voient se transformer et se perfectionner chaque jour l'art de guérir.

On peut dire de la pharmacie que, comme science certaine, elle date de la chimie. C'est la chimie qui, en révélant aux chercheurs du laboratoire la composition des corps ou des substances a, peu à peu, conduit la thérapeutique à leur assigner un rôle curatif et à mesurer l'efficacité de leur emploi.

Si nous remontons le cours des siècles, que trouvons-nous ? La pharmacie a toujours, dans ses attributs, le serpent, et ce n'est pas un vain symbole. Mais ne serions-nous pas bien aises de savoir à qu'elle cure s'appliquait le reptile et comment il était trituré sous les pilons antiques, pour quel prélèvement ou quelle macération ?

Au XVIIe siècle, la polypharmacie en était arrivée à un véritable tohu bohu empirique. N'est-il pas désirable qu'un savant classe et nous montre ses poudres, ses onguents, ses bouillons, ses décoctions, remèdes anodins, potions téméraires, philtres paradoxaux au temps des esprits animaux et des humeurs peccantes ?

Mais ne sourions pas des apothicaires. L'esprit gaulois leur ayant donné une arme officielle, ils semblent nous convier constamment à l'injection pour déterger. Ce furent avant la chimie de précieux alchimistes et avant les grands classificateurs scientifiques, de savants botanistes.

Ils ont sérié et trié les végétaux, ils ont étudié les minéraux, leur lancette à la main, ils ont été les précurseurs de la chirurgie.

Leur histoire prolongée par l'histoire moderne des traitements et des préparations actuelles, est la matière d'un beau livre riche, vivant, coloré, attrayant, véritable monument de la science, élevé à la pharmacopée et à la pharmacie.

Depuis quelque jours, ce livre existe ; bientôt il sortira des presses, illustré avec art et avec goût. Le Docteur L. Reutter de Rosemont, ancien professeur agrégé à la Faculté de pharmacie de Genève, lauréat de l'Académie de médecine, s'est consacré à ce labeur.

Après nous avoir donné un *Traité de Matière médicale* et de *Chimie végétale*, un *Traité de chimie médico-pharmaceutique*, etc., etc., il nous montre aujourd'hui comment nos pères se soignaient, se parfumaient, comment, à travers les âges, les corps se sont conservés par l'enbaumement : il indique ses sources, il mentionne ses auteurs, et tous ceux qui se sont consacrés, amis de la médecine et de la pharmacie, à leur développement ou à leur histoire, trouveront leur nom dans ce magnifique ouvrage auquel dès maintenant on peut souscrire.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le n°, 4 fr. 50. Abonnement : un an, 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 janvier 1932. — G. Baclulard : Essai d'une classification des intentions atomistiques (I) : La complexité fondamentale de l'Atomistique. — F. Strowski : Les réactions de la vie contemporaine sur la littérature (II) : L'homme moderne et le sentiment de l'interdépendance universelle. — A. Vaillant : Les chants épiques des slaves du sud (I). — A. Mathiez : L'Eglise et la Révolution française (II) : Le programme des philosophes et des révolutionnaires. — A. Puech : Esthétique et critique littéraire chez les Grecs (VII) : Aristote : la Poétique ; l'Epopée. — R. Guignard : Romanciers allemands contemporains (II) : Le problème de la décadence chez Thomas Mann. — R. Bray : Chronologie du romantisme (1804-1830) (IV) : Politique et littérature. — A. Forest : Figures et doctrines de philosophes au XIIIe siècle (IV) : La réforme d'Albert le Grand et de Saint Thomas d'Aquin.

Revue d'Histoire littéraire de la France, publiée par la *Société d'Histoire littéraire de la France*. Paraît tous les trois mois. Abonnement : France, 50 francs. Librairie Armand Colin, 103, Bd Saint-Michel, Paris.

Sommaire du n° de juillet-septembre 1931 : I. René Bray : La dissertation sur « Joconde » est-elle de Boileau ? — Marcel Bouchard : Un précurseur de La Bruyère. Les « Réflexions sur l'éloquence » du P. Rapin et le « Chapitre de la Chaire ». — G. Vanwelkenhuysen : L'antiromantisme de « l'Eclair » (1827-1829).

II. *Mélanges.* — Ronsard et l'Or du Limousin (H. Franchet) — Un manuscrit de Lamartine : « Les Harmonies sacrées » (Henri Bernès). — Quelques corrections de Renan (J.-E. Erhard). — Premières cristallisations d'un esprit critique : Sainte-Beuve (Mme Paul de Samie). — Notes sur l'indianisme de Leconte de Lisle (E. Carcassonne). — Rodenbach, Barrei et Vigny (Henri Glaesner).

III. Comptes rendus.

IV. Chronique : Articles, dépouillement de catalogues d'autographes.

risé, on voit apparaître quelquefois, sous l'action des rayons X la fibrillation ou la tachysystolie auriculaires ; nous avons vu un cas de ce genre.

Trois de nos malades qui ont fait la radiothérapie pendant quelques mois n'ont obtenu aucun résultat. Deux de ceux-ci ont été opérés après la préparation au moyen de l'iode ; l'opération a été très difficile à cause des adhérences. Le troisième a été guéri par l'iode. La radiothérapie ne doit donc pas être employée, même comme préparation opératoire.

Deux malades ont présenté l'hyperthyroïdisme après des séances de rayons X, afin de les soigner d'une maladie de la peau.

La thyroïdectomie subtotale, d'après la technique indiquée par Plummer, même en des cas très graves, a autant de dangers qu'un autre traitement médical. Et elle a donné dans les mains des auteurs américains et allemands 80 à 90 % de guérisons et d'améliorations accentuées.

Des 68 malades que nous avons étudiés — y compris une malade de iode-Basedow, — afin d'arriver à une conclusion sur les indications opératoires, un est mort de *coma basedowicum*, un d'insuffisance cardiaque, un d'embolie cérébrale par stase auriculaire consécutive à la fibrillation, et 30 ont été opérés de thyroïdectomie sub-totale. Les 29 malades restantes ont guéri complètement ou présentent de grandes améliorations, en possédant le métabolisme basal normal.

Le tableau suivant montre les résultats de l'opération des 30 cas de goitre exophtalmique soumis au traitement chirurgical (1). Il s'agit de 23 cas de maladie de Basedow proprement dite et six cas de goitre basedowié ou adénome toxique des auteurs américains.

N°	Nom et sexe	Diagnostic	M. B. % avant trait.	M. B. % après l'iode avant l'opération.	M.B. % 15 jours après thyroïdectomie sub-totale.	Observations.
1	E. F., femme.	Adénome toxique unilatéral.	+ 33	+21	+11	
2	J. O. S., femme	Maladie de Basedow	+108	+48	+ 8	Dix mois après l'opération, la malade a présenté des signes d'hyperthyroïdisme et d'élévation du métabolisme basal ; nous l'avons soignée par l'iode et ce traitement a réussi.
3	A. B., femme	Maladie de Basedow.	+ 63	+30	+10	
4	P. A. C., femme	Adénome toxique.	+ 22	+ 7	+ 5	
5	C. N., femme	Maladie de Basedow.	+ 54	+20	+ 5	
6	M. J. P., femme	Adénome toxique.	+ 35	+22	+ 8	
7	M. V., femme	Maladie de Basedow.	+ 69	+22	—	Elle est morte 24 heures après l'opération.
8	I. T. C., femme	Maladie de Basedow.	+ 79	+40	+ 9	
9	M. O. B., femme	Maladie de Basedow.	+101	+45	+15	La malade a été opérée avec fibrillation auriculaire. Iode après l'opération.
10	J. J., femme	Maladie de Baedow.	+ 38	+25	+12	
11	A. R. R., homme	Maladie de Basedow.	+ 55	+28	+ 5	
12	Z. S. J. femme	Adénome toxique.	+ 30	+18	+ 3	
13	P. R. E., femme	Maladie de Basedow.	+ 30	+20	— 4 (1 mois après —20).	Exophtalmie prédominante unilatérale. Elle a été opérée pendant une grossesse de 6 mois qui a eu bonne suite. Myxœdème post-opératoire (*).
14	M. A. S., femme	Maladie de Basedow.	+ 58	+40	+ 4	La malade a été opérée avec fibrillation auriculaire.
15	J. A. F., femme	Maladie de Basedow.	+ 40	+24	+ 7	
16	M. V. M., femme	Maladie de Basedow.	+ 32	+22	+ 5	
17	E. S. C., femme	Adénome toxique.	+ 20	+15	+ 8	
18	L. M., femme	Maladie de Basedow.	+ 33	+20	—10	Cette malade a présenté un tableau d'insuffisance parathyroïdienne, en présentant alors le M. B. = — 20 % Elle est maintenant guérie, et le M. B. = — 1 %.
19	C. M. S., femme	Maladie de Basedow.	+ 25	+19	+ 7	
20	J. S., femme	Adénome toxique.	+ 33	+28	+18	La malade a été opérée en état d'insuffisance cardiaque en ayant des troubles de conductibilité intraventriculaire.
21	L. C., femme	Maladie de Basedow.	+ 59	+22	+ 5	Elle a été opérée pendant une grossesse de 5 mois qui a évolué normalement.
22	M. L. A., femme	Maladie de Basedow.	+ 48	+25	+10	
23	C. M., femme	Maladie de Basedow.	+ 33	+20	+ 2	
24	T. . L., femme	Maladie de Basedow.	+ 27	+19	+ 8	
25	M. S., femme	Maladie de Basedow.	+ 68	+31	+12	
26	M. S. S., femme	Maladie de Basedow.	+ 98	+30	+38	Iode après l'opération. Après un mois M. B. = + 28 %.
27	J. R., homme	Maladie de Basedow.	+ 38	+24	+11	
28	F. N. B., homme	Maladie de Basedow.	+ 49	+18	+10	
29	M. R. C., femme	Maladie de Basedow.	+110	+30	+15	
30	M. D., femme	Maladie de Basedow.	+ 52	+24	+12	

(*) Les symptômes d'insuffisance thyroïdienne de cette malade en dehors de la baisse du métabolisme basal, ont été très prononcés ; elle a commencé à présenter le *facies* de lune pleine, et le myxœdème de la face et des membres supérieurs et inférieurs, la chute des cheveux et des poils, une grande sensibilité au froid et la peau sèche. Cependant, elle a conservé l'exophtalmie et la tachycardie. Nous assistions, dans le développement des phénomènes, à la combinaison de l'hyperthyroïdisme avec l'hypothyroïdisme. Tous ces symptômes ont disparu postérieurement.

Les suites opératoires de ces 30 cas ont été les suivantes : un est mort ; un a eu une récidive, qui a été guérie par l'iode ; un a vu son état s'aggraver à la suite de l'opération et il a eu le besoin de reprendre l'iode ; un a présenté de l'insuffisance parathyroïdienne très grave qui a été guérie par la parathormone Collip ; cinq se sont beaucoup améliorés et dix-huit sont guéris.

De ceux-ci, un a présenté un myxœdème de petite durée. Chez les 25 malades guéris ou améliorés par la thyroïdectomie le poids a augmenté, le pouls est devenu normal ou presque normal, les sueurs, les vomissements, la diarrhée ont disparu ; il ne reste que l'exophtalmie, moins accentuée, comme souvenir de la maladie.

La malade qui est morte a eu une grande réaction après l'opération ; nous pensons qu'elle aurait été sauvée si la thyroïdectomie avait été faite en deux séances. Chez les 30 malades, nous avons eu seulement un cas de mort, c'est-à-dire un pour-

(1) Les malades ont été opérés par les chirurgiens : Dr A. Pinto, 22 cas ; Dr A. Costa, 3 ; Dr Vilar, 2 ; Prof. José Gentil, 1 ; Dr Sacadura Bote, 1 ; Dr C. Henriques, 1.

centage de 3,3 %. Les malades ont pris l'iode jusqu'au jour de l'opération. Après l'opération, nous n'avons donné l'iode qu'aux malades qui présentaient le métabolisme basal élevé. Les thyroïdectomies ont été faites dans une séance et sans ligature préalable des artères thyroïdiennes.

Indication de l'opportunité de la thyroïdectomie

Nous envoyons les malades au chirurgien seulement après la diminution des signes d'intoxication thyroïdienne ou d'hyperthyroïdisme qui sont accompagnés de la diminution accentuée du métabolisme basal. Il y a un symptôme très important, à notre avis, qu'indique l'opportunité de la thyroïdectomie sub-totale : c'est l'augmentation de consistance de la glande thyroïde, la fermeté qu'elle présente dans le courant du traitement par l'iode. Ce symptôme — un signe très important que nous avons toujours constaté — est accompagné de la diminution du métabolisme basal et donne l'indication de l'opportunité de l'opération. En dernière instance, c'est la baisse du métabolisme basal qui marque cette indication. Nous avons eu connaissance de malades qui ont été opérés, en possédant le métabolisme basal très élevé, malades préparés par le chirurgien même ou par d'autres cliniciens qui nous ont demandé la détermination du métabolisme basal, et qui n'ont pas réussi l'opération. La mort fut la conséquence de la mauvaise préparation médicale. Le chirurgien ne doit jamais opérer les malades qui possèdent le métabolisme basal très élevé (au-dessus de + 48 à 50 % après la préparation).

Indications de la thyroïdectomie

Quelle est l'orientation qui nous a amené à faire opérer seulement 30 cas des 68 malades que nous avons étudiés au point de vue de l'opération ?

En un mot : quelles sont les indications opératoires du goitre exophtalmique ? Nous les réduisons à quatre. Il faut opérer :

1° Les cas de maladie de Basedow qui, même très améliorés, par le traitement médical, en comprenant la réduction à la normalité du métabolisme basal, donnent une compression mécanique de la trachée (indication absolue).

2° Le soi-disant adénome toxique ou goitre basedowifié.

3° Les cas de maladie de Basedow qui, après un traitement médical de 2 à 3 mois n'ont pas normalisé le métabolisme basal. Dans la maladie de Basedow, le métabolisme basal donne donc, à notre avis, la principale indication opératoire en dehors de son opportunité.

4° Les cas de maladie de Basedow qui ont été guéris par le traitement médical, mais qui présentent des récidives résistantes à l'iode.

La grossesse ne constitue pas une contre-indication pour l'opération comme nous avons vu chez deux malades. De la même manière, l'insuffisance cardiaque et la fibrillation, si elles ne sont pas complètement réduites par le traitement médical ne contre-indiquent pas l'opération. Un de nos cas a été opéré en état d'insuffisance cardiaque avec dilatation du cœur et deux autres avec fibrillation auriculaire et l'opération a réussi ; la fibrillation n'a été réduite dans ces deux malades qu'après l'opération. Mais nous ne devons pas chez ces malades laisser de côté le traitement du cœur. Les malades ont été narcotisés par l'anesthésie locale, à l'exception du 26e cas qui a été narcotisé par l'éther et qui a présenté une grande réaction thyroïdienne post-opératoire.

Nous conseillons, d'une manière générale, l'anesthésie locale et chez les malades très timides l'avertine.

Conclusion

En matière de conclusion, nous pouvons affirmer que la thyroïdectomie totale a perdu tout à fait son caractère dangereux et que la partie principale du traitement revient au médecin. C'est là une donnée qui nous semble définitivement établies.

Nous ne devons livrer au chirurgien que les malades soigneusement préparés — préparation toujours individuelle, il n'y a pas de cas surposables — suivant les conditions que nous avons exposées et ayant en vue les indications opératoires indiquées ci-dessus. Mais il ne faut pas trop prolonger l'action de l'iode qui peut devenir dangereuse comme nous avons constaté chez un malade.

En général, les conséquences opératoires lointaines sont bonnes. S'il y a une récidive qui n'est pas réduite par l'iode, il faut faire de nouveau la thyroïdectomie. Aucun de nos cas n'a eu besoin d'être réopéré. Et nous avons suivi les malades longtemps : de trois années à un *minimum* de sept mois.

Anesthésie de base au bromure de sodium

Par A. BRÉCHOT

L'anesthésie continue justement à être une des préoccupations les plus importantes et les plus justifiées des chirurgiens.

Nous savons tous quel facteur de gravité elle constitue dans les opérations. Les recherches multiples qu'elle provoque, les divers types d'anesthésie qui sont proposés, anesthésie locale, régionale, rachianesthésie, témoignent des appréhensions que laisse subsister l'anesthésie générale.

Si l'anesthésie locale pour certaines opérations permet de résoudre le problème, il n'en est pas de même pour la plupart et la rachianesthésie si elle étend comparativement à l'anesthésie locale considérablement le champ des interventions, n'apparaît point comme dénuée de tout ennui.

C'est pourquoi sont justifiées les tentatives faites pour déterminer une anesthésie générale de base à laquelle il suffira d'ajouter une anesthésie légère par voie respiratoire.

Faut-il encore pour réaliser dans d'heureuses conditions ce but que les substances employées comme anesthésiques basaux soient aussi peu toxiques que possible, d'un maniement facile, d'une élimination organique aisée. Il ne me paraît pas que ces conditions soient actuellement facilement réalisées et l'avertine qui devient à la mode ne me paraît point devoir échapper aux critiques. Son usage est complexe, sa composition est largement toxique, son prix de revient est élevé.

Il m'a paru que les bromures, en particulier celui de sodium par leur innocuité, par leur action élective relativement sur la moelle, par la facilité de leur maniement, par la facilité de leur élimination échappaient aux critiques.

J'ai donc expérimenté dans mon service le bromure de sodium en injection intraveineuse à la dose de 10 à 12 grammes une heure avant l'opération. J'ai déjà pratiqué 10 anesthésies de cette sorte. Les résultats que j'en ai obtenus sont bons.

Qu'observe-t-on ? L'injection intraveineuse de bromure de sodium faite est admirablement supportée, le malade accuse seulement une sensation de calme sans même de tendance à la somnolence.

Je me trouve bien, je suis calme, disent seulement les malades. Or, transportés à la salle d'opération dans cet état il suffit d'une éthérisation alternant entre 1 et 3 divisions du masque d'Ombrédanne pour obtenir une anesthésie suffisante pour des opérations importantes. Il n'y a point de période d'excitation, quelques bouffées d'éther et l'opération peut commencer ; la résolution musculaire abdominale est bonne.

La figure reste rose, le sang garde sa coloration normale.

Le réflexe oculaire n'est pas modifié. L'on peut dire que l'aspect du malade en sortant de la salle d'opération n'a pas changé.

Les suites sont simples, la conscience revient immédiatement et un grand calme persiste pendant plusieurs heures. Les vomissements sont exceptionnels. Nous n'en avons eu qu'un.

Il semble que l'action du bromure s'exerce presque exclusivement sur les centres médullaires et qu'il faille seulement un peu d'éther pour troubler l'idéation, apaisement médullaire du bromure, griserie d'éther me semblent résumer l'action exercée.

LABORATOIRES SUBSTANTIA S. A.
F. Guillemoteau, pharmacien
13, Rue Pagès - Suresnes (Seine)



ÉMULSION ORIGINALE
d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine.

LORAGA

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal.
Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales.
Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS. — Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite.
Aucune action secondaire.
Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Traitement de la Constipation

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février 1932

Les mastites non suppurées de la typhoïde. — *M. J. Sabrazès* rapporte un nouveau cas de mastite typhique qui vient s'ajouter à celui qu'il avait déjà publié dans la thèse de son élève Mathié-Matheu.

Il est survenu au déclin de la dothiénentérie chez une femme, âgée de quarante-cinq ans, en période de ménopause.

C'était, dans le sein gauche, un tableau, à développement aigu, au déclin de la fièvre typhoïde, d'une mastite. La palpation permettait de constater un gâteau induré et un empâtement entrecoupé de petits nodules. Cette mastite était douloureuse, de caractère microkystique. Elle était accompagnée de petits ganglions axillaires, sensibles, paraissant inflammatoires.

La mastite, les ganglions ont rétrocédé au bout d'une vingtaine de jours.

M. Sabrazès souligne, chez cette femme de quarante-cinq ans, dont la dernière grossesse remontait à vingt-trois ans, et qui n'avait, depuis lors, jamais présenté de signes de cet ordre, l'apparition d'un suintement lactescent du mamelon durant cette mastite typhique. La sécrétion qui ramenait plus abondante la succi-pompe était du type cytologique du colostrum.

Fréquence de la fièvre ondulante dans le Gard. — *MM. Dubois* et *Sollier*. — La fièvre ondulante sévit avec intensité dans le Gard, comme l'établit le nombre de 400 à 500 cas environ observés annuellement dans ce département

Sur ce chiffre, une vingtaine seulement sont signalés aux autorités.

De ce fait, les difficultés du problème prophylactique à résoudre à l'égard de cette maladie, s'en trouvent considérablement augmentées.

Recherches expérimentales concernant l'influence de l'opothérapie parathyroïdienne associée à la vitamine B. sur le développement du squelette et la croissance de l'individu. — *M. A. Ranson*. — L'association parathyroïde-ergostérine irradiée, en favorisant la fixation du calcium sur l'organisme, accélère la croissance du squelette et de tout l'organisme, sans qu'il y ait à redouter de calcifications anormales des organes.

Ce résultat présente un intérêt capital en prouvant que la croissance de l'organisme est en rapport étroit avec l'assimilation de la chaux et que favoriser cette assimilation par l'association parathyroïde-ergostérine irradiée constitue un puissant moyen d'aider la croissance de l'individu.

Paralysie causée par l'éther tri-ortho-crésylphosphorique. — *M. L. Van Itallie*. — La littérature ne décrit pas beaucoup de cas d'intoxication causés par l'apiol. Un aperçu de ces cas et un nouveau cas ont été décrits récemment par M. Trillat et Thiers.

Or, dans les Pays-Bas (et aussi en Yougo-Slavie), on a remarqué pour ainsi dire une épidémie de polyneurite causée par l'apiol. Les symptômes remarqués avaient grande ressemblance avec ceux qui ont été décrits *ginger paralysis* qui a fait tant de victimes dans les Etats-Unis pendant l'année 1930. Plus de 15.000 cas de paralysie ont été enregistrés dont 10 avec issue mortelle. La paralysie fut causée par un extrait de gingembre contenant à peu près 2 p. 100 de l'éther tri-ortho-crésylphosphorique.

L'Institut pharmaco-thérapeutique des Pays-Bas examina les préparations prises par les malheureuses femmes. Dans 5 espèces d'apiol vert (dont 2 d'une fabrique de Hambourg et 1 d'une maison de Nuremberg) et dans 1 espèce jaune (dénommée « goutte d'apiol naturel ») on rencontra le même corps, c'est-à-dire tri-ortho-crésylphosphate et notamment en des quantités très grandes qui variaient de 28 à 50 p. 100.

Etant donné cette grande quantité, la dose toxique de ces remèdes devait être beaucoup plus petite que dans les cas américains, le ginger-extract ne contenant pas plus de 2 p. 100 de l'éther toxique.

Les recherches effectuées en Amérique qui ont été décrites par Smith, Elvove et Frazier ont déjà démontré que cet éther peut causer, en effet, la paralysie.

Sur l'activité réductrice de divers produits opothérapiques à base de foie. — *MM. Augustin Boutaric et Tonny Jacquirot*. — Les propriétés réductrices vis-à-vis du bleu de méthylène dans divers produits opothérapiques à base de foie sont toujours moindres que celles des extraits glycérinés préparés à froid. De tous ces produits ce sont les poudres de foie qui ont les propriétés réductrices les plus accentuées, bien qu'à cette égard leur activité soit nettement inférieure à celle du produits glycériné frais. Viennent ensuite certains extraits liquides, dits « buvables et non injectables », n'ayant subi aucune préparation speciale pour l'élimination des lipides et des protides. Enfin les produits injectables ou les produits buvables déprotéinés et délipoïdés n'ont plus aucune activité réductrice appréciable.

Variations du pH urinaire sous l'influence d'eaux minérales sulfatées calciques Vittel Grande-Source. — *MM. P.-L. Violle*.

Elections de deux correspondants étrangers dans la 1re division. — *Classement des Candidats* :

En première ligne : M. Kund Faber (de Copenhague) et Minovici (de Bucarest).

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique :

MM. Baldwin (de Saranac-Lake), Bensis (d'Athènes), Haskovec (de Prague), Egas Moniz (de Lisbonne) et Roch (de Genève).

Ont été élus : MM. Hund Faber et Minovici.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 février 1932

L'association des sels d'acridine aux violets du triphényl-méthane, dans la cure de la gonococcie et des états septicémiques. — *MM. Jausion, Pecker, Soleil* et *Medioni* ont emprunté à Churchman l'idée d'associer aux sels d'acridine un violet dérivé du triphényl-méthane. Ce mélange, connu en Amérique sous le nom d'*acriviolets*, est capable d'agir également sur la flore Gram-négative et sur les microbes Gram-positifs, ceux-ci particulièrement influencés par le violet de gentiane.

Ce colorant était jusqu'ici plus spécialement utilisé par la majorité des thérapeutes. Après vérification, et essai comparatif d'autres violets rosaniliques, tels le violet de méthyle, le violet cristallisé et le violet d'Hofmann, c'est à ce dernier composé, encore dénommé violet à l'iode, que les auteurs accordent momentanément la préférence.

On injecte simultanement dans la veine, et par la même seringue, 5 cc. de gonacrine à 1/50 et autant de violet à 1/500. Pareille technique est rigoureusement inoffensive.

Après essai de cure sur 62 uréthrites blennorrhagiques, tant aiguës que chroniques, il s'avère, qu'en dix injections de ce mélange, l'on peut obtenir un tarissement stable, pour les 5/6 des patients. Le chiffre des interventions pourra être vraisemblablement abaissé, par de nouveaux artifices techniques, à déduire d'une plus longue pratique.

L'acriviolet s'est aussi montré très efficace dans deux cas de streptococcémie, où l'hémoculture était, il est vrai, négative, mais où le streptococcus viridens, de provenance cutanée, a pu être retrouvé, abondant et pur, dans l'uroculture.

Pour la gonococcie, l'acquisition de ce mélange pantochromatique et sensibilisateur à de nombreuses radiations lumineuses, permettra sans doute à la chimiothérapie d'atteindre ses fins de dispensaire et de gagner de plus nombreux partisans.

Les substances à groupement sulfhydrile dans la peau et dans le foie (variations provoquées). — *MM. Léon Binet, Jean Verne* et *A. Arnaudet* rapportent les résultats d'expériences poursuivies chez le lapin et chez le chien qui les amènent aux conclusions suivantes :

L'administration d'hyposulfite de soude au lapin, par voie digestive ou voie intra-veineuse, détermine une élévation des corps à fonction sulfhydrile dans le corps muqueux de l'épiderme, avec réactions des noyaux des cellules de cette région.

La ligature du canal cholédoque chez le chien amène une chute considerable du glutathion dans le foie : l'administration d'hyposulfite de soude s'oppose à cette chute.

M. Gutmann apporte, à l'appui des faits expérimentaux

présentés par M. Binet, l'observation d'un malade qui, malgré un drainage des voies biliaires pratiqué pour cirrhose du foie compliqué de pancréatite chronique, fit des accidents d'ictère grave ; alors que son état était considéré comme désespéré, on tenta un traitement par l'hyposulfite de soude administré d'abord par voie rectale en raison de l'intolérance gastrique, puis par voie buccale (3 à 4 gr. par jour) qui fut suivi d'une véritable résurrection du malade.

A propos d'un cas de septicémie à protéus. — *MM. Ph. Pagniez, A. Plichet* et *Ph. Decourt* relatent le cas d'une septicémie à protéus survenue chez un jeune homme, porteur d'une otite chronique depuis l'enfance.

Malgré une intervention chirurgicale qui fit découvrir un cholestéatome de l'oreille gauche, le malade succomba une quinzaine de jours après l'intervention, et quarante jours après le début de la maladie du fait de la septicémie et d'une pleurésie purulente. Aucun symptôme particulier en dehors des signes habituels d'une infection n'a marqué cette septicémie. L'hémoculture a permis d'isoler du sang un protéus vulgaris que l'on retrouva dans le pus de l'oreille à l'opération et dans la collection pleurale.

Ces septicémies à protéus sont extrêmement rares. Il semble bien qu'elles aient toujours un point de départ otitique et qu'elles soient observées plus spécialement dans les suppurations anciennes compliquées de cholestéatome. Contrairement aux affections locales à protéus, angines, entérites, affections des voies génito-urinaires, qui guérissent le plus souvent, les septicémies sont d'une gravité exceptionnelle, se compliquent de pleurésie purulente et sont presque toujours mortelles en dépit des interventions sur le foyer suppurant, des auto-vaccins et de la thérapeutique anti-infectieuse habituelle.

A propos de l'étiologie de certaines hématémèses. — *MM. Loeper, Lemaire* et *Merklen* présentent un malade hospitalisé pour une hematémèse dont l'abondance fit discuter l'opportunité d'une transfusion d'urgence qui, cependant, ne fut pas pratiquée. L'examen ultérieur ne montra aucun signe d'ulcère (anachlorhydrie, pas de déformations radiologiques de l'estomac). On notait, en outre, des signes d'acromégalie sans augmentation de la selle turcique, et une pigmentation cutanée rappelant celle que l'on observe dans la maladie de Recklinghausen. L'examen du sang révéla un retard de la coagulation tandis que le temps de saignement était normal. Les auteurs pensent que l'hématemèse est en rapport avec ce syndrome hémocrasique.

Ils rapprochent de cette observation le cas d'une femme qui présenta des hematémèses abondantes sans lésion gastrique. Elle était porteuse d'angiomes de la face et du tronc. Dans ce cas, on peut suspecter l'origine vasculaire des hématémèses.

Il semble donc qu'à côté des hématémèses de cause locale, il faut faire place à celles d'origine hémocrasique et d'origine angio trophique.

Métrorragies de la puberté. — *MM. M. Pinard* et *P. Robert* rapportent l'observation d'une jeune fille dont les métrorragies très abondantes nécessitèrent une transfusion ; 75 jours après apparurent une angine, une éruption et des lésions des organes genitaux faisant songer à la syphilis dont le diagnostic fut confirmé par l'examen du sang. L'enquête permit de découvrir que la donneuse présentait elle-même uue syphilis clinique et sérologique. Un curettage permit de découvrir une métrite fongueuse poly-adénomateuse mais ne suffit pas à entraîner l'arrêt des hémorragies.

M. Brûlé contate que si les métrorragies font immédiatement songer chez les femmes à une lésion utérine, on ne pense pas assez à la rechercher chez les vierges. On éviterait cependant ainsi des traitements longs, insuffisants qui ne visent pas la cause locale des hémorragies.

Hémoptysies à répétition dues à un polype de l'éperon trachéal diagnostiqué par la bronchoscopie. — *MM. Armand Delille* et *Soulas* rapportent l'observation d'un jeune homme qui présentait depuis un an des hémoptysies à répétition. Toutes les investigations relatives à la recherche de la tuberculose furent négatives, de même que la recherche de l'échinococcose et l'injection intra-trachéale de lipiodol pour dilatation bronchique. Seule la bronchoscopie permit de reconnaître l'existence d'un polype siégeant à l'éperon bronchique. Il put être opéré et l'intervention amena la cessation des hémoptysies.

Spirochétose ictérique ; azotémie et fièvre ; rétention chlorurée sèche. — *MM. Pr. Merklen* et *Adnot* rapportent l'observation d'une spirochétose ictérique de moyenne intensité, qui évolua sans incident et avec la recrudescence classique.

La rapprochant d'autres observations, ils voient que les rapports de l'azotémie avec la fièvre ont été envisagés de trois manières différentes : action hypothermisante de la rétention uréique qui coupe la courbe fébrile en son milieu et explique ainsi la recrudescence, taux de l'urée plus élevés lors des périodes fébriles que dans la période intercalaire, diminution progressive de l'azotémie du début sans rapport avec la température. Leur cas rentre dans ce dernier type, dont l'existence permet difficilement à un point de vue plus général d'interpréter la seconde poussée fébrile comme la fin d'une courbe que l'azotémie aurait momentanément brisée.

Les auteurs, après avoir vérifié les données classiques relatives à la retention et à l'élimination de l'urée, étudient spécialement dans leur cas les chlorures. Hypochlorémie au début, puis retour du chlore du sérum à la normale avec forte élévation du chlore globulaire au-dessus de cette normale, jusqu'à 2,50, et cela sans aucun apport chloruré en injection ou ingestion. Absence de rétention hydrique. Il y a eu au contraire une véritable rétention chlorurée sèche qui persista malgré une élimination chlorée des mieux précisées.

Bien plus, après la recrudescence fébrile, isolée cliniquement et anodine selon la règle, il y a eu une seconde élimination uréo-chlorée, ce qui montre que l'organisme a été plus touché à ce moment qu'on aurait pu le croire.

Traitement des parotidites. — *M. Paul Claisse* relate le cas d'une parotidite qui put être enrayée dès le debut par le déblocage du canal de Sténon. Il ne s'agissait pas d'une inflammation suppurée de la glande mais de cette obstruction du canal de Stenon avec rétention salivaire pour laquelle MM. Claisse et Dupré avaient jadis proposé le terme d'hydroparotide.

A propos de ce cas d'observation courante, l'auteur insiste sur le mécanisme de l'infection salivaire. Elle ne peut survenir que dans le cas où le balayage des voies salivaires est suspendu. Donc chez tous les malades à bouche sèche, on doit tenter de réhydrater l'organisme (boissons, goutte à goutte rectal, sérum sous-cutané).

Si l'infection se produit, elle est au debut limitée au canal de Sténon, dont l'obstruction produit la rétention salivaire (hydroparotide). On parvient souvent à le débloquer par un massage d'arrière en avant — entre les deux index — l'un à l'extérieur, l'autre dans la bouche.

Dans les cas récents on obtient ainsi l'expulsion de pus compact, puis d'un flot de salive claire. On prend ensuite les mesures utiles à la rehydratation de l'organisme.

Le traitement chirurgical (incision, injection de bactériophage) doit être réservé aux cas de parotidites confirmées.

Séance du 19 février 1932

Polypose intestinale et infantilisme. — *MM. R. Bensaude, P. Hillemand* et *P. Augier*, rapporient deux observations d'infantilisme chez des malades atteints de polypose intestinale. Des cas antérieurs en ont été rapportés par Niemac, par Lahm et surtout par Wheeler qui le premier a rapproché l'infantilisme et la polypose. Pour les auteurs, le trouble du developpement serait en rapport avec la déperdition d'eau, avec les modifications du transit et de l'absorption intestinale, conséquence de la polypose. A l'appui de leur iuterprétation, ils citent les cas de chétivisme, secondaires à des restrictions alimentaires, à des syndromes coliques, à des troubles gastro-intestinaux, ils précisent enfin, les rapports de cet infantilisme intestinal avec la maladie cœliaque.

Modifications urinaires au cours des crises gastriques. — *M. Hayem*, après avoir rappelé les travaux auxquels a donné lieu la question du rôle du NaCl dans l'équilibre des humeurs, précise les modifications urinaires qui apparaissent au cours des crises gastriques : abaissement des chlorures urinaires pendant la crise, avant que n'apparaissent les vomissements qui ne contiennent pas plus de 5 à 6 gr. de sel par 24 beures ; diminution d'abord brutale puis progressive du volume des urines jusqu'à l'apparition de la diurèse, qui annonce la fin de la crise et débute avant la reprise de l'alimentation ; oscillations analogues de l'élimination de l'urée. Il conclut à la nécessité d'être prudent quand, chez un malade déchloruré, on tente la rechloruration qui peut amener des chocs à forte concentration.

Intoxication saturnine par une poudre nasale ; troubles urinaires au cours de la colique. — *MM. Gendron*

et *Auvigné* (de Nantes) rapportent l'observation d'un curé de campagne qui pour combattre un coryza chronique prisait une poudre à base d'étain dans laquelle par méprise fut incorporee de la mine de plomb.

Au bout de trois mois survint une violente colique saturnine se compliquant de rétention d'urine.

Les auteurs insistent sur la rareté de l'intoxication par une poudre nasale et sur la rareté des troubles urinaires au cours de la colique métallique.

Les anomalies électro-cardiographiques de l'épanchement péricardique. — ***M. E. Coelho***, comparant les tracés recueillis chez l'homme et dans le cas d'épanchement péricardique provoqué chez le chien, conclut à leur similitude. Dans les deux cas on observe l'abaissement des complexes, l'inversion de l'onde T. et des extrasystoles multiples, tout cela sous l'influence de la compression du myocarde par l'épanchement : quant aux tracés faisant supposer une oblitération des coronaires, ils indiqueraient une compression intense et localisée.

A propos des électro-cardiogrammes recueillis au cours de la péricardite aiguë. — ***MM. A. Clerc, M. Bascourret*** et ***M. Schwob*** rapportent une observation de péricardite rhumatismale, sans grand épanchement appréciable, où les électro-cardiogrammes révélèrent des anomalies se rapprochant de l'onde dite coronarienne, et qui disparurent à la convalescence. D'une manière générale à côté de la diminution du voltage observée en cas de grand épanchement et liee à la défaillance générale du cœur par compression, il faut distinguer les réactions qui évoquent en principe un trouble coronarien, mais qui peuvent tout aussi bien indiquer la seule irritation locale du myocarde sous-jacent. L'électro-cardiogramme indique surtout la souffrance du cœur et ne peut donc servir à diagnostiquer la péricardite elle-même.

M. Laubry se range à l'avis de M. Clerc.

Le cœur dans la maladie d'Addison. Etude électro-radiographique. — ***M. E. Coelho*** publie des électro-cardiogrammes recueillis chez des addisoniens et insiste sur la diminution de voltage présenté par les tracés.

Anémie aplastique à forme fébrile et réaction embryonnaire. — ***MM. Ed. Benhamou, A. Nouchy*** et ***R. Raynaud*** (Alger).

Exploration transthoracique des abcès du poumon. — ***MM. Loeper*** et ***Soulié*** préconisent à leur tour l'exploration radiologique des abcès du poumon après injection de lipiodol dans la cavité. Cette méthode permet la limitation exacte de la lésion et paraît avoir une influence favorable sur l'évolution de l'abcès dont la guérison est accélérée.

Les abcès profonds, péri-hilaires constituent la seule contre-indication absolue à ce procédé d'exploration qui n'est pas tout à fait sans danger dans les abcès putrides où il semble que l'injection de lipiodol ait donné cependant des résultats assez intéressants au point de vue évolutif pour être signalés.

Les auteurs attirent l'attention sur une cause d'erreur possible : l'injection du lipiodol non pas dans la cavité de l'abcès mais dans le parenchyme pulmonaire voisin qui se traduit par une image irrégulière, policyclique facile à interpréter.

La participation du pancréas au syndrome de l'ictère catarrhal. — ***MM. Loeper*** et ***Soulié*** font la critique des diverses méthodes d'exploration de l'insuffisance pancréatique, souvent difficile à dissocier de l'insuffisance hépatique.

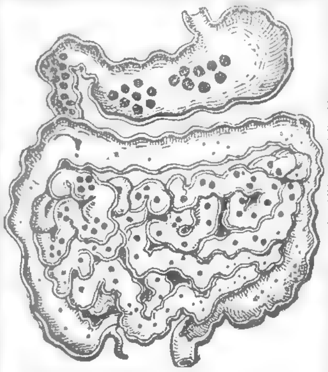
Ils s'arrêtent au dosage de la lipase dans le liquide prélevé par tubage duodénal. Au cours de l'ictère catharral, on constate une augmentation considérable de la lipase qui précède le plus souvent la crise en même temps que la bile reparaît dans l'instestin. Cette augmentation de la lipase est d'autant plus marquée que se dessine la guérison. Il se peut donc que l'ictère catarrhal soit le fait d'une pancréatite avec rétention biliaire dans les cas où l'on ne trouve pas de bile dans l'intestin, ou sans rétention si le tubage ramène de la bile ; dans ce dernier cas, il faudrait invoquer une hépatite concomitante. On peut ainsi conclure que l'ictère catarrhal est une hépato-pancréatite aiguë légère à type ictérique.

M. Dufour pense qu'il existe des cas incontestables d'ictère catarrhal liés à l'existence d'un bouchon muqueux que l'on peut retrouver au cours des interventions chirurgicales.

M. Lemierre soutient que l'ictère catarrhal est un ictère infectieux bénin, maladie spécifique qui procède souvent par petites épidémies, due à un virus encore inconnu qui peut toucher à la fois le pancréas et la glande hépatique.

Michelle VALENTIN.

« En regardant ce qui se fait en France de nos jours, nous pensons à l'appréciation qu'un journal allemand donnait il y a quelques mois sur notre patrie : il la comparait à une vieille dame, des bésicles sur le nez, tricotant derrière les carreaux d'une maison de style. Elégance, race, mais pour une cause que nous ne croyons pas foncière, défaut d'évolution « figeage ». L'organisation de la chirurgie civile, de nos jours, c'est cela : technique racée, clarté d'esprit, mais pas assez d'évolution. » Jacques BARANGER. L'organisation de la chirurgie dans le présent et dans l'avenir.)



Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

A propos du secret professionnel. — *Le Dr J. Noir écrit dans le* Concours Médical (24 janvier 1932) :

Notre pauvre secret professionnel, proclamé mille fois intangible et inscrit dans la charte du Corps médical français, subit, avouons-le, bien des accrocs. A propos de la maladie du regretté ministre de la Guerre, M. A. Maginot, tous nos confrères ont pu lire et relire les bulletins de santé très précis indiquant le diagnostic et précisant l'évolution de la maladie. Le cas de M. Maginot est récent, mais n'est pas unique. Il est habituel et il n'est pas un homme ayant quelque notoriété, dont les tares ne soient affichées, commentées dans la presse et dans les conversations publiques et privées, s'il a le malheur de tomber malade.

Que pensent de ces mœurs relativement nouvelles les fougueux défenseurs du secret médical, qui poussent jusqu'à l'absurde son respect par le *praticien* ?

M. Charles Richet et le travail féminin. — *On lit dans le* Cri de Paris (24 *janvier* 1932) :

On se rappelle l'émotion que provoqua l'article du Professeur Charles Richet, dans lequel l'éminent savant proposait, comme un remède à la crise et au chômage, la suppression du travail féminin dans toutes les branches où il n'était pas indispensable.

Nous ne répéterons pas toutes les objections formulées à l'encontre de cette thèse, du moins, on ne peut nier qu'elle découlât d'un excellent principe : la place normale d'une femme est à son foyer.

De bons esprits se sont depuis lors penchés sur le problème qu'a soulevé l'article du Professeur Richet. S'ils ont reconnu l'impossibilité de refuser aux femmes le droit de travailler, ils sont cependant arrivés à cette conclusion que la présence de la femme dans sa maison constituant un bien pour la communauté, c'est à celle-ci qu'il appartenait de lui donner les moyens d'y demeurer.

Pour cela, un excellent système s'offre aux législateurs : l'extension et la généralisation des primes à la maternité. S'il est un avantage indiscutable pour la société à ce qu'une femme reste chez elle pour y élever et soigner ses enfants, c'est à la société qu'il revient de l'aider dans cette tâche.

L'idée est en marche. Si elle aboutit jamais, les femmes françaises ne devront pas oublier qu'elles le doivent au Professeur Richet. Ainsi, la grande colère qu'il attira sur sa tête pourra se muer en bénédictions.

La mode et l'école chez les naturalistes. — *Extrait, de: Dr A. Labbé: Le conflit transformiste. Préface par E. Rabaud, 1 vol. in-16 de* XI-201 (15 *fr.*). (*Félix Alcan, édit.*).

Comme dans le costume, il y a en biologie *des modes* qui créent en nous des imitations imposées, des « réactions circulaires » suivant le terme de Baldwin, qui rappellent, probablement nos parentés simiennes, car, dit Buffon, « les singes sont tout au plus des gens de talent que nous prenons pour des gens d'esprit ». Par la mode, chaque époque acquiert un rythme et un décor caractéristiques. A chaque génération, les questions se transposent, et ce qui intéressait nos pères ne nous intéresse plus ; les mots et les idées sont dans l'air et nous les respirons sans même savoir d'où ils proviennent ; mais ces mots et ces idées ne sont représentatifs que de choses semblables à celles que connaissait la précédente génération et ne sont que la mode d'un costume. Le darwisnisme, l'haeckelisme, les connexions, la théorie des feuillets, la gastræa, les arbres phylogénétiques, sont des caractéristiques d'époques, comme la romance sentimentale, le drame romantique, la crinoline, et les bas blancs. Cela apparaît, grandit, s'épanouit pour sembler disparaître ; puis cela ressuscite sous une autre forme. Que n'a-t-on pas écrit de l'absurdité des idées de Cuvier sur la stabilité des espèces ? Pourtant ces idées persistent et continuent de vivre, et le transformisme, tout puissant, il y a cinquante ans, subit une crise évidente. La morphologie pure, elle aussi, subit une crise, mais c'est bien de sa faute ; elle se complaît au fixisme. Les vertébrés, abandonnés pour les protozoaires, reviendront certai-


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé
25

nement à la mode. Et aujourd'hui, le créatonisme semble plus fort qu'un transformisme qui n'a pas su se défendre.

Quelles sont les théories qui peuvent résister à deux générations de savants ? Où sont les théories d'antan, qui passionnaient notre jeunesse ? La gastræa, les feuillets, le cœlome, la philogénèse, etc. Les idées changent de forme, les mots changent de sens ; ils ont charmé, vieilli, mais ils ne sont pas morts. Il n'y a pas d'hôpital pour les idées malades, ni de maisons de retraite pour les théories âgées. Mais il y a des médecins pour ces vieilles dames, des médecins qui se chargent de les rajeunir, des instituts de beauté, qui nous les renvoient fardées et fraîches d'un bain d'eau de Jouvence, leur ayant simplement « retourné le nez de cire ». Il est difficile de ne pas suivre la mode. Heureux, cependant, les naturalistes qui ne l'ont pas suivie. Méconnus par leurs contemporains, ils sont réhabilités par les générations suivantes qui leur dressent des statues de précurseurs : Lamarck, Mendel, Chabry, Naudin. . .

Le naturaliste n'échappe pas mieux à l'influence de l'école qu'à celle de la mode.

Car, l'*école*, ce n'est pas seulement une communauté d'amphithéâtre et d'enseignement ; c'est une communauté d'idées, inspirées par la parole ou les écrits d'un maître, ou consentie librement ; mais surtout une communauté d'idées-forces, émanant d'une élite qui s'affirme surtout par son dogmatisme: le chef d'école, le « patron », vous pénètre de son enseignement, de ses théories, de ses méthodes de travail, de ses défauts comme de ses qualités ; il est et doit être dogmatique, sinon il ne sera ni écouté ni cru. C'est sa faiblesse, c'est aussi sa force. Le maître doit être un meneur, un homme de domination et de passion, dont la forte volonté tend à créer chez ses disciples une volonté mêmement dirigée.

Et c'est pour cela que le disciple garde toujours la marque du maître. Mais s'il pense comme le maître, sa pensée va souvent plus loin, parce qu'il ne voit pas les exceptions, les difficultés, les objections que le maître avait vues ; et cette pensée exagérée peut aller jusqu'à l'erreur absolue.

Exagération et généralisation des idées du maître, voilà les dangers auxquels le disciple est exposé. L'hypothèse formulée par le maître pour un cas particulier, et qu'il a enveloppée de toutes les restrictions et de tous les doutes, devient une loi infaillible ; et pour sauvegarder cette infaillibilité, l'élève complique l'hypothèse, accumule les suppositions et roule de théorie en théorie jusqu'à l'absurde. Voyez ce qui se passe actuellement dans la génétique morganienne ! N'en est-il pas de même dans la statique cuviérienne ?

Ainsi l'école devient facilement une secte ; et la secte fait malheureusement des sectaires, qui ne sont qu'une méprisable caricature de l'apôtre, et veulent être les seuls détenteurs de la vérité absolue.

Le rôle du maître est donc capital. « Il faut qu'un maître mette ses disciples en garde contre lui-même. Cela fait partie de l'humanité (Nietsche) ». Il ne faut pas qu'il annihile le coefficient personnel de ses élèves, il doit s'efforcer, au contraire, de le développer. Et comme chacun a son violon d'Ingres, comme une mère aime mieux ses enfants les plus débiles et les plus souffreteux, il faut que le maître se défie de lui-même, car les disciples, ont instinctivement tendance à accentuer les idées du « patron » surtout celles qui sont les plus contestables. Puis, le maître fut ordinairement un précurseur, un animateur ; il a brûlé les étapes et fut de l'élite ; mais devenu vieux, il est vite rejoint, dépassé et marque un retard sur la médiocrité du moment ; ancien révolutionnaire, il devient réactionnaire et plus nuisible qu'utile ; car s'il continue à être pour les siens une sorte de totem sacré, il devient alors le centre d'un groupement de retardataires, adversaires du progrès.

Comment M. Charles Nicolle découvrit le rôle des poux dans la propagation du typhus exanthématique. — *Passage cité par M. Léon Daudet* IN « Action Française » *et extrait de : Charles Nicolle.* — Biologie de l'invention, *Félix Alcan, édit. Un vol.* (15 *fr.*). — Comme tous ceux qui, depuis de longues années, fréquentaient l'hôpital musulman de Tunis, je voyais, chaque jour, dans ses salles, des typhiques, couchés auprès de malades atteints des affections les plus diverses. Comme mes devanciers, j'étais le témoin quotidien et insoucieux de cette circonstance étrange qu'une promiscuité, aussi condamnable dans le cas d'une maladie éminemment contagieuse, n'était cependant point suivie de contaminations. Les voisins de lit

d'un typhique ne contractaient pas son mal. Et, presque journellement, d'autre part, au moment des poussées épidémiques, je constatais la contagion dans les douars, dans les quartiers de la ville et jusque chez les employés de l'hôpital, préposés à la réception des malades entrants. Les médecins, les infirmiers se contaminaient dans les campagnes, dans Tunis et point dans les salles de médecine.

Un jour, un jour comme les autres, un matin, pénétré sans doute de l'énigme du mode de contagion du typhus, n'y pensant pas consciemment toutefois (de cela, je suis bien sûr), j'allais franchir la porte de l'hôpital lorsqu'un corps humain, couché au ras des marches, m'arrêta.

C'était un spectacle coutumier de voir de pauvres indigènes, atteints de typhus, délirants et fébriles, gagner, d'une marche démente, les abords du refuge et tomber, exténués, aux derniers pas. Comme d'ordinaire, j'enjambai le corps étendu. C'est à ce moment précis que je fus touché par la lumière. Lorsque, l'instant d'après, je pénétrai dans l'hôpital, je tenais la solution du problème. Je savais, sans qu'il me fût possible d'en douter, qu'il n'y en avait pas d'autre, que c'était celle-là. Ce corps étendu, la porte devant laquelle il gisait m'avaient brusquement montré la barrière à laquelle le typhus s'arrêtait. Pour qu'il s'y arrêtât, pour que, contagieux dans toute l'étendue du pays, à Tunis même, le typhique devînt inoffensif, le bureau des entrées passé, il fallait que l'agent de la contagion ne franchît pas ce point. Or, que se passait-il en ce point ? Le malade y était dépouillé de ses vêtements, de son linge, rasé, lavé. C'était donc quelque chose d'étranger à lui, qu'il portait sur lui, dans son linge, sur sa peau qui causait la contagion. Ce ne pouvait être que le pou. C'était le pou. Ce que j'ignorais la veille, ce que nul de ceux qui avaient observé le typhus depuis le début de l'histoire (car il remonte aux âges les plus anciens de l'humanité) n'avait remarqué, la solution indiscutable, immédiatement féconde du mode de transmission venait de m'être révélée...

La solution qu'une intuition aiguë, presque étrangère à moi, étrangère en tout cas à ma raison, m'avait apportée, si elle s'imposait à cette raison éveillée, avait cependant besoin d'une démonstration expérimentale.

Le typhus est une maladie trop grave pour qu'on puisse expérimenter sur l'homme. J'avais reconnu déjà, heureusement, la sensibilité du singe. L'expérience était donc possible. Elle ne l'eût pas été, j'aurais publié sans retard ma découverte, tellement celle-ci était riche de bienfaits immédiats pour tous les hommes. Puisque je pouvais apporter la démonstration avec la découverte, je gardai pour quelques semaines le secret, même dans mon entourage, et j'entrepris les essais, nécessaires pour la preuve. Ce travail ne me causa ni émotion, ni surprise. Il fut mené à sa fin en deux mois.

Au cours même de cette brève période, je subis ce que, sans doute, bien d'autres inventeurs ont éprouvé comme moi, un sentiment étrange, celui de l'inutilité de la démonstration, un détachement total d'esprit, un lassant ennui. L'évidence était si forte qu'il m'était impossible de m'intéresser à l'expérience. S'il s'était agi d'un fait qui n'eût concerné que moi, je crois bien que je n'aurais point poursuivi. C'est par discipline, par amour-propre que j'ai continué. De toutes autres pensées m'occupaient aussi. Je confesse cette défaillance. Elle n'a pas arrêté mes recherches. Celles-ci, je l'ai dit, ont, sans peine et sans un jour de retard, amené la confirmation de la vérité que je portais depuis la rencontre révélatrice dont j'ai parlé.

Cet éclat de la vérité naissante est si fort que de plus grands que moi ont été parfois tentés de publier leurs résultats, la démonstration en cours, par conséquent avant la preuve. Témoin le plus grand, Pasteur.

Jurisprudence. — *Non déclaration de la naissance dans le délai de trois jours. Sage-femme. Négligence. Amende. Sursis.* (Trib. corr. de Périgueux, 27 novembre 1931.)

Est punissable, aux termes de l'article 346 du Code pénal, le fait, de la part d'une des personnes énumérées à l'article 56 du Code civil, de n'avoir pas déclaré une naissance dans le délai légal.

Le défaut d'intention délictuelle ne constitue qu'une circonstance atténuante.

Le Tribunal,

Attendu que des pièces de la procédure et des débats, il résulte que la prévenue, ayant assisté seule, avec une infirmière, le 31 août 1931, à l'hôpital de Périgueux, à la naissance de deux jumeaux, a omis de faire la déclaration prescrite par l'article 56 du Code civil dans le délai de trois jours ; que le délit est établi ; mais qu'il existe des circonstances très atténuantes ;

Attendu qu'il y a lieu, en outre, de faire application de la loi de sursis ;

Par ces motifs, le Tribunal, après en avoir délibéré, condamne dame X... à 25 francs d'amende et aux dépens ; fixe à cinq jours la durée de la contrainte par corps ; dit qu'il sera sursis à l'exécution de la peine qui vient d'être prononcée.

(*Le Quotidien Juridique*, 8 février 1932.)

Réponses aux questions posées par les parlementaires

Un médecin de la marine en activité peut-il être chargé d'une consultation ophtalmologique dans un hôpital civil, alors qu'il existe dans la ville un spécialiste des mêmes maladies ? — 14.530. — *M. Pierre Taittinger demande à M. le* ministre de la Santé publique *s'il est admissible qu'un service public (consultations hospitalières pour les maladies des yeux et des oreilles) soit assuré — après décès du titulaire — par un médecin de la marine en activité, alors qu'il existe dans la ville un spécialiste des mêmes maladies, y exerçant depuis plusieurs années, et qui avait posé sa candidature au poste vacant* (Question du 14 décembre 1931.)

Réponse. — L'honorable député est prie de bien vouloir fournir des précisions sur le cas d'espèce visé par la question écrite.

Assurances sociales. Un pharmacien docteur en médecine peut-il faire acte de médecin et de pharmacien envers le même malade ? — 13.929. — *M. Camboulives expose à* M. le ministre du Travail *que la loi du 30 avril 1930 laisse aux assurés sociaux le libre choix du médecin ou du pharmacien ; et lui demande :*

1° si un pharmacien qui est docteur en médecine peut faire acte de médecin et de pharmacien envers le même malade (exception faite pour les médecins pro-pharmaciens) ; 2° s'il n'y aurait pas lieu d'admettre pour les assurés sociaux, la réglementation qui a été établie pour les mutilés de guerre et pour l'assistance médicale gratuite (Question du 11 novembre 1931.)

Réponse. — 1° Rien ne s'oppose à ce qu'un pharmacien, qui est docteur en médecine, fasse acte de médecin et de pharmacien envers le même malade dans les conditions où les règles de l'exercice de ces professions le permettent ; 2° l'application de la réglementation visée par l'honorable député ne permettrait pas le libre choix du praticien et le payement direct de ses honoraires par le malade, tels qu'ils sont prévus par la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales (*J. O.* 15 janvier 1932.)

Assurances sociales. Honoraires du médecin appelé par une sage-femme. — 1194. — *M. Viellard, sénateur, demande à M. le ministre du Travail* : *1° si lorsqu'un accouchement n'est pas normal, et que la sage-femme doit faire appel au médecin, la caisse d'assurances sociales doit rembourser les honoraires du médecin et de la sage-femme ; et si elle n'en rembourse qu'un lequel ; 2° quel est, dans ce cas, le tarif qui doit être majoré d'après le circulaire ministérielle du 31 mars 1931 ; celui de la sage-femme ou celui du médecin et dans quel cas la majoration est-elle portée de 20 à 50 p. 100.* (*Question du 8 décembre* 1931.)

Réponse. — 1° Lorsqu'un accouchement n'est pas normal et que la sage-femme doit faire appel au médecin, la caisse d'assurances sociales doit rembourser les honoraires payés à ces deux praticiens, soit globalement si l'intervention du médecin est de pratique médicale courante (délivrance artificielle, application de forceps) sur la base du forfait prévu dans son tarif de responsabilité pour l'accouchement par la sage-femme avec majoration de 50 p. 100, soit séparément, si l'intervention rentre dans les actes de chirurgie et de spécialités (réfection du périnée, césarienne vaginale ou abdominale), sur la base du forfait sans majoration, pour les honoraires de sage-femme, et du chiffre-clé applicable à la nomenclature des spécialistes, pour les honoraires du médecin ;

2° La majoration de 20 p. 100 du forfait prévu, par le tarif de responsabilité de la caisse s'applique au cas où l'accouchement a donné lieu à l'application de forceps par le même praticien, par conséquent sans appel d'un autre praticien.

Ces majorations qui résultent de la circulaire ministérielle du 31 mars 1931, ont été établies sur la base de la relation existant entre les coefficients adoptés par les interventions susvisées par la Fédération des Syndicats médicaux de la Seiene. (*J.O.*, 29 janvier 1932.)

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4261

FONDÉ EN 1873. — N° 10 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 5 MARS 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V°)

Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790

Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Le gala de la médecine. — Le gala de la médecine parisienne, qui aura lieu le 15 mars au Lido des Champs-Elysées, au profit de la Caisse de secours de l'Association corporative des étudiants en médecine, promet d'être particulièrement brillant.

Outre le dîner dansant avec deux orchestres et intermèdes attractions, le gala comportera un défilé de mannequins : « Les élégances de la maladie » et un sketch médical inédit « Radio-consultation », interprété par Jean Marsac et Colette Andris.

Le gala est déjà assuré en outre du gracieux concours de vrais artistes tels que Maud Loty, Alanova, Georgia Graves, Emmy Magliani et Terence Kennedy, Tony Gregory, le chef indien Os-Ko-Mon, Margaret Severn, Clothilde Vail, Victor Prahl, etc.

Rappelons que le prix de la carte est de 150 francs (dîner, taxes et service compris). Pour la bonne organisation, on est prié de retenir les places le plus tôt possible et avant le 8 mars : 8 *bis*, rue de l'Arrivée (XVe), Littré 72.02.

Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux chirurgicaux et pharmaceutiques. — Sont désignés pour faire partie de cette Commission pendant l'année 1932 :

Membres titulaires : comme représentants de l'administration, MM. le Médecin inspecteur Odile, président, et Paloque, chef des services médicaux au ministère des Pensions.

Comme représentants des médecins : MM. Lenglet, Noir et Fanton d'Andon, de la Seine.

Membres suppléants : comme représentant de l'administration, M. Legendre, chargé du service des expertises médicales au ministère des Pensions.

Comme représentants des médecins, MM. Caillaud, du Loiret ; Bourguignon, Piot, de la Seine.

Les congrès du mois de mars. — 6-9 mars. Lyon. IIIe Congrès international et IIIe exposition internationale de technique sanitaire et d'hygiène urbaine. — Commissaire général : Professeur Garin, rue Ménestrier, Lyon.

15-18 mars. Madrid. IXe Congrès international de chirurgie. — Président : Professeur de Quervain, de Berne. — Secrét. gén. : Prof. Léopold Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

24 mars. Berlin. Cinquantenaire de la découverte du bacille de Koch.

29 mars. Besançon. Congrès des Sociétés savantes. Président : M. le ministre de l'Instruction publique. — Inscriptions 2e bureau. Direction de l'enseignement supérieur, ministère de l'Instruction publique.

Mars. Rabat. XXXVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.

Mars. Montpellier. Réunion hydrologique et climatologique. — Secrétaire général : Professeur agrégé A. Puech, 32, rue Aiguillerie, Montpellier. (*Gazette des hôpitaux*.)

En faveur du service sanitaire en Roumanie. — Plusieurs membres du comité de la fondation Rockefeller, notamment le directeur général de cette fondation, M. Frédéric Russel, se trouvent actuellement à Bucarest, où ils vont, en collaboration avec le ministère de l'Hygiène, intensifier le fonctionnement du service sanitaire et de recensement.

Médaille offerte au docteur Ernest de Massary. — A l'heure où le Docteur Ernest de Massary quitte son service hospitalier, ses élèves ont pensé lui témoigner leur affection en lui offrant une médaille souvenir dont l'exécution a été confiée à M. G. Prud'homme.

Toute souscrpition de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille. Pour les étudiants la souscription est fixée à 50 francs.

Adresser les souscriptions à M. Georges Masson, trésorier de la souscription, boulevard Saint-Germain, 120, Paris (6e). Compte chèques postaux, Paris 599.

Médecins sanitaires maritimes. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille le 18 mars 1932.

S'inscrire auprès du directeur de l'Inscription maritime à Marseille.

Un congrès d'humanistes. — L'Association Guillaume Budé qui rend de si grands services à la culture humanistique par son admirable publication d'auteurs grecs et latins, et multiplie ses initiatives avec le concours de la Société d'édition « Les Belles-Lettres », tiendra à Nîmes, du 30 mars au 2 avril 1932, un congrès consacré à l'antiquité classique.

Le travail sera réparti entre cinq sections : philosophie, présidents M. A.-M. Desrousseaux (Bracke à la Chambre des députés) et M. A. Ernout ; art et archéologie, présidents, MM. Albert Grenier et Ch. Picard, directeur honoraire de l'Ecole d'Athènes ; relations scientifiques et internationales, présidents MM. J. Bidez, de l'université de Gand et A. Meillet (suppléant : M. J. Vendryès) ; enseignement, MM. Henri Bernès et Ph.-E. Legrand ; humanisme, présidents, MM. Georges Davy, recteur de l'Académie de Rennes, et A. Thibaudet.

Le mercredi 30, à la séance solennelle d'ouverture, M. Gaston Doumergue, ancien président de la République, président d'honneur de l'association, prononcera une allocution. Et le même jour, M. J. Carcopino, membre de l'Institut, donnera une conférence sur un sujet relatif à l'histoire romaine. Le commandant Espérandieu parlera le jeudi 31. Enfin, le vendredi, à la séance de clôture, M. Paul Valéry, de l'Académie française, traitera un sujet relatif à la Grèce.

Le Congrès sera coupé d'excursions ; et pour le dimanche 3 avril, sont prévues deux excursions supplémentaires facultatives : au pays de Mireille ou au pays des Camisards.

7e Congrès de stomatologie. — Le VIIe Congrès de stomatologie aura lieu à Paris à la fin octobre 1932, sous la présidence du Docteur Bozo.

Il tiendra ses assises à la Faculté de médecine.

MM. Cadenat (Toulouse) et Vilenski (Paris) sont chargés du premier rapport sur « Les ostéites non spécifiques du maxillaire supérieur ».

M. Dechaume (Paris) rédigera le second rapport sur « Les mycoses cervico-faciales ».

M. Raison (Paris) présentera la question mise en discussion sur « Les indications et les contre-indications des extractions à chaud ».

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétaire général, Docteur Lattes, 54, boulevard Saint-Michel, Paris, VIe.

La cotisation fixée à 100 francs est reçue dès à présent par le trésorier, Docteur Boutroux, 22, rue des Sablons, Paris, XVIe. Compte de chèques postaux n° 28.193 ou chèque sur Paris.

XVIe Croisière « Bruxelles - Médical » aux Iles de Soleil. — Grandes vacances 1932, durée 25 jours. Itinéraire : Bordeaux, Porto, Lisbonne, Punta-Delgada et Horta (Açores), Madère, Canaries, Casablanca, Tanger, Ceuta, Palma de Major-

que, Cagliari (Sardaigne), Livourne, Marseille (longueur du trajet : 8.708 kilomètres). Places depuis 2.325 francs français en 2e classe, 4.975 en 1re classe. Excursions facultatives dans toutes les escales (ces excursions seront divisées en quatre séries indépendantes : Portugal ; Iles de l'Océan ; Maroc ; Baléares, Sardaigne et Livourne). Excursions facultatives complémentaires permettant notamment d'effectuer par terre les parcours Porto-Lisbonne, via Coimbre, et Casablanca-Ceuta, via Rabat, Larache, Tétouan.

Réduction sur les chemins de fer français de Paris à Bordeaux et de Marseille à Paris.

Brochure détaillée de la croisière, brochure spéciale des excursions et inscriptions à la Section des voyages de *Bruxelles-médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

Semaine de Pâques sur la Côte d'Azur. — *Excursions en Corse et en Italie.* — La date du voyage annuel de la Société médicale du littoral méditerranéen (voyage rose) est définitivement fixée à la semaine de Pâques (27 mars au 3 avril). Voici le résumé du programme :

Rassemblement à Cannes, visite de l'Esterel et de la Corniche d'Or, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Le Trayas, Le Cannet, Super-Cannes, Le golfe Juan, Juan-les-Pins, le Cap d'Antibes, Grasse, Vence et Nice. Après un arrêt à Nice et une excursion dans les Alpes, on parourra la Grande Corniche en visitant l'Observatoire et le monument d'Auguste, puis le château de Roquebrune, le Cap Martin, Menton, le château de Grimaldi, le laboratoire du Docteur Voronoff et les Jardins de la Mortola.

Le retour sera effectué par Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu et la Moyenne Corniche jusqu'à Nice, où se fera la dissociation.

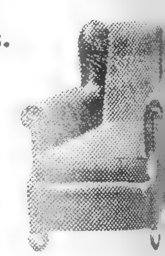
Rappelons que ce VIe voyage international de Pâques sera placé sous la présidence de M. le Professeur Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, et la direction scientifique de MM. les Professeurs Perrin (de Nancy), de Nobèle (de Gand) et Thévenot (de Lyon). Il réunira les plus beaux parcours touristiques aux principaux attraits scientifiques et médicaux de la Côte d'Azur, selon la tradition de la Société médicale. Les adhérents sont assurés de recevoir partout l'accueil le plus cordial. Comme de coutume, les membres de la famille des médecins sont admis, ainsi que les étudiants en médecine. Des séjours plus prolongés pourront être préparés sur la Côte d'Azur, avant ou après le voyage. Des excursions en Corse et en Italie, selon plusieurs itinéraires, pourront être ajoutées au programme, pour les voyageurs qui en feront la demande.

En raison du délai nécessaire pour obtenir les permis de circulation à demi-tarif sur les chemins de fer français, italiens, roumains et yougo-slaves, les adhérents sont priés de se faire connaître immédiatement, en précisant les itinéraires qu'ils désirent suivre, à l'aller et au retour. Les permis sont valables en toutes classes, du 16 mars au 15 avril inclus.

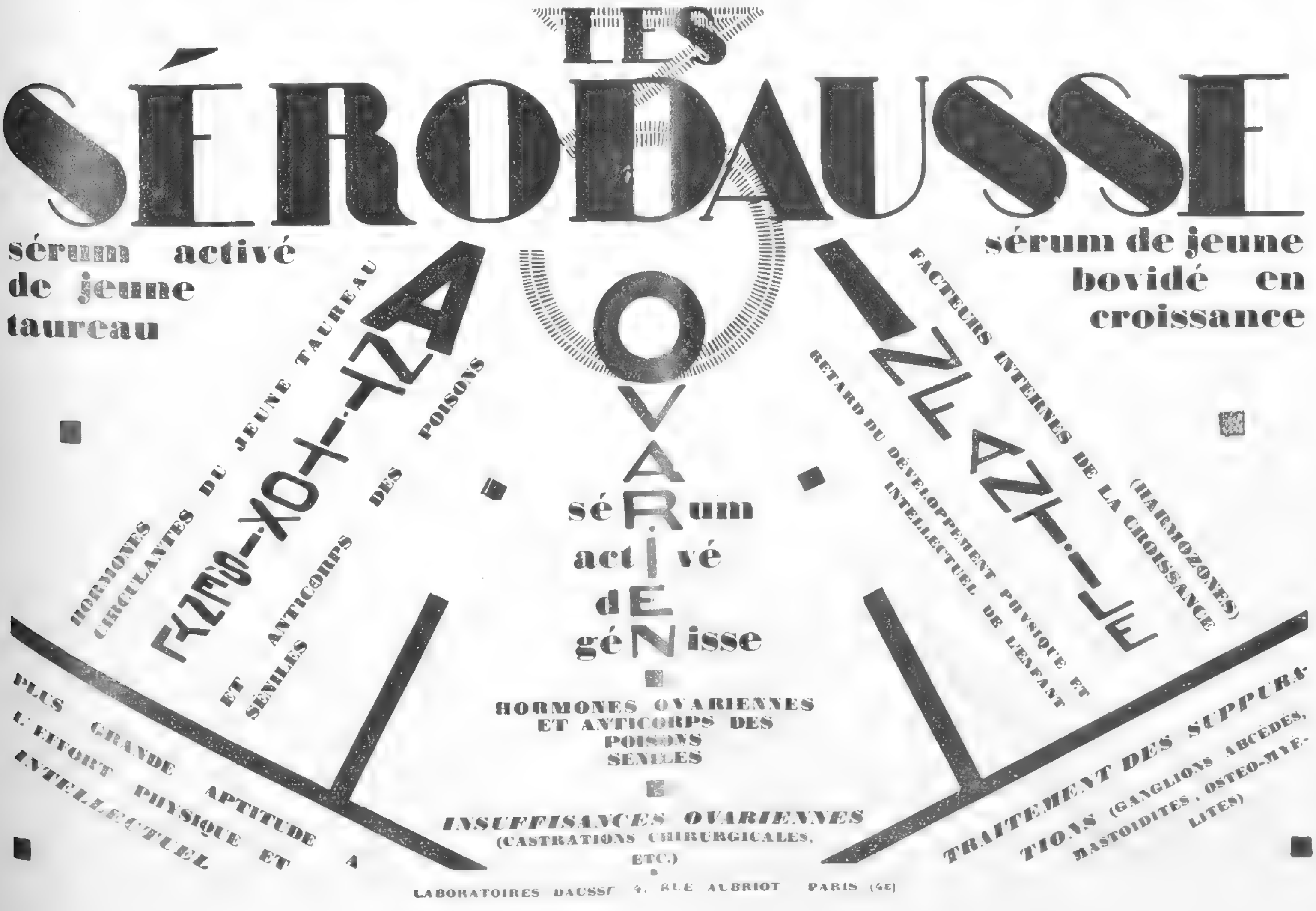
Prière d'écrire, sans retard, au Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, qui répondra gratuitement à toutes demandes.

Nécrologie. — Docteur Albert Cayla, de Neuilly, ancien président de la Société de médecine de Paris. — Docteur Eugène Courbis, vice-président de l'Association générale des médecins de France, décédé dans sa 84e année. — Docteur Charles Firbach, radiographe de l'hôpital de Saint-Tropez (Var), décédé à l'âge de 37 ans. — Docteur Olga Kantzel (Madame), de Paris, 21, rue Laugier (XVIIe). — Docteur Joseph Rieder député du Haut-Rhin.

« Tout le subconscient est inscrit dans le rythme de l'écriture. » (Dr Pierre Ménard. L'écriture et le subconscient. Psychanalyse et graphologie. Félix Alcan, édit.)




LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
OVAIRE
(Vache)
corps jaune
Follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY 48, rue Théophile Gautier PARIS (XVI°)


LES
SÉRODAUSSE
sérum activé de jeune taureau
sérum de jeune bovidé en croissance
HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU ET ANTICORPS DES POISONS SENILES
FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE (HARMOZONES)
RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT
sérum activé de génisse
HORMONES OVARIENNES ET ANTICORPS DES POISONS SENILES
INSUFFISANCES OVARIENNES (CASTRATIONS CHIRURGICALES, ETC.)
PLUS GRANDE APTITUDE A L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL
TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS ABCÉDÉS, MASTOIDITES, OSTÉO-MYÉLITES)
LABORATOIRES DAUSSE 4, RUE AUBRIOT PARIS (4e)

BIBLIOGRAPHIE

Sénilité et rajeunissement, par Auguste LUMIÈRE. Un vol. in-8° (14 × 19) de 160 pages avec 54 figures, 18 francs. Actualités scientifiques et industrielles. Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Tous les grands peuples de la terre sont actuellement pourvus de vastes organisations expérimentales où, dans tous les domaines, des milliers de travailleurs poursuivent sans cesse l'étude d'innombrables problèmes, capable d'élargir encore notre patrimoine scientifique déjà formidable. Les ouvrages et publications qui témoignent d'une telle activité sont tellement abondants que c'est par millions qu'il faudrait les compter.

Or, fait presque incroyable, parmi tous ces problèmes, l'un des plus graves et des plus troublants, celui de la sénilité, a été jusqu'ici à peu près complètement négligé !

Avant d'aborder l'étude des deux classes de facteurs qui conditionnent la sénescence, l'auteur examine, dans un premier chapitre, comment varie la longévité dans l'échelle des êtres vivants. Un deuxième chapitre est consacré à l'étude de la pérennité de certaines cellules. Dans les chapitres suivants il cherche à définir et à caractériser la vie et la mort en tant que manifestations colloïdales et c'est seulement après cette analyse qu'il aborde, par le détail, l'examen des causes de la sénilité et des moyens de la retarder, ainsi que des procédés de rajeunissement qui ont été proposés jusqu'à ce jour.

En abordant ces mystérieuses questions, l'auteur n'a nullement la prétention de les résoudre définitivement ; son but principal est d'attirer l'attention sur elles, de les préciser si possible un peu mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici, d'apporter, en somme, à leur étude une modeste contribution qui permettra sans doute d'engager de nouvelles recherches dans ce domaine.

Condorcet journaliste (1790-1794), par Hélène DELSAUX. Un vol. in-8° de 354 pages. Prix : 50 francs. Librairie Ancienne Honoré Champion, Paris, 1931.

Condorcet, devenu, à l'âge de 26 ans, membre de l'Académie des Sciences et, quatre ans plus tard, son secrétaire perpétuel, appartient aux figures les plus extraordinaires d'une humanité géniale et désintéressée. Comme on se sait, ce avant illustre et aristocrate-né n'a pas hésité de quitter sa magnifique tour d'ivoire. Après 25 ans d'une existence de grand penseur et de scientifique prodigieux, il s'est lancé dans la bataille, avec une ardeur sans bornes, qui fait oublier les avantages d'un passé, plein de quiétude et de bonheur.

Condorcet est allé jusqu'au bout du chemin, choisi en pleine connaissance de cause, malgré les graves dangers. A l'âge de 51 ans, il se suicida dans sa cellule de prisonnier, en épargnant, ainsi, comme le dit Michelet, « à la République, la honte du parricide, le crime de frapper le dernier des philosophes, sans qui elle n'eut point existé ».

La courte période, si tragique, si riche en sacrifices, de la vie de Condorcet (1790-1794) fait l'objet du volume excellent d'Hélène Delsaux. Rarement, un sujet difficile a été traité avec tant de clairvoyance et de talent. On est entraîné, sans s'en apercevoir, par les pages instructives, qui produisent une profonde impression.

Derrière le cas Condorcet se lève le problème général du savant qui se croit obligé de participer à la lutte politique. Pour cette raison, l'ouvrage intéressant et palpitant d'Hélène Delsaux acquiert une portée générale qui le classe parmi les documents exceptionnels à la fois de psychologie et de sociologie.

Sans doute, il n'est pas aisé de traiter ces questions poignantes qui transforment l'homme serein en « mouton enragé », mais Hélène Delsaux s'est acquittée de sa tâche, d'une façon magistrale et humaine, à laquelle on doit rendre l'hommage mérité.

G. ICHOK.

Ces Messieurs de Port-Royal, par Cécile GAZIER. Un volume de in-8° écu, orné de gravures. Prix : 25 francs. Librairie académique Perrin, 35, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

Continuant ses travaux sur Port-Royal, Cécile Gazier donne cette année, comme suite à son *Histoire du Monastère*, puis à celle des nobles dames qui en furent les *Belles Amies*, une étude détaillée des Solitaires.

Après le grand Directeur, l'abbé de Saint-Cyran, après le premier ermite, l'avocat Le Maître, les principaux d'entre eux nous sont successivement présentés, marqués chacun de leur caractère distinctif. Et nous voyons ici que ce caractère ne fut pas toujours, loin de là, une sombre austérité.

Nous apprenons qu'ils furent d'heureux collégiens, les élèves des Petites Ecoles ; que Robert Arnauld d'Audilly fut un aimable courtisan avant d'être un toujours aimable anachorète ; que si M. Singlin reste grave, M. de Saci sut parfois sourire, et que le docteur Pallu, lui, rit tout à fait.

La figure de l'Hippocrate chrétien, l'exquis docteur Hamon s'y profile d'un ascétisme infiniment captivant, et il n'est pas jusqu'au célèbre Antoine Arnauld qui n'apparaisse un peu débarrassé de l'armure théologique dont il semblait toujours bardé. En Nicolas Fontaine dont l'étude termine l'ouvrage et qui le premier biographe des Solitaires, nous trouvons, pieux et naïf, un sire de Joinville égaré sous Louis XIV.

Enfin, voilà encore un beau livre, écrit sans passion comme les précédents, et, comme eux, d'une lecture facile. L'érudition s'y cache sous une forme agréable.

Ajoutons que l'illustration est des plus soignées et fait grand honneur aux éditeurs.

Victor Hugo raconté par ceux qui l'ont vu, par Raymond Escholier. Un vol. de la collection *Figures vivantes*. Prix : 12 francs. Librairie Stock, 7, rue du Vieux-Colombier, Paris.

Dans ce recueil la vie de V. Hugo est déroulée comme un film.
Souvenirs, lettres, documents ont été réunis, annoncés et accompagnés de résumés bibliographiques.
Le tout fait un volume bien attrayant.

Cambronne, par W. Sérieyx. Un volume in-broché de 230 pages, illustré de 16 hors-textes en héliogravure, publié aux éditions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris 1932. Prix : 25 francs.

Cambronne !... Nom populaire entre tous que celui du héros devenu célèbre pour avoir, à Waterloo, « fait du dernier des mots le premier en y mêlant l'éclair de la France » (Victor Hugo)... On évoque ce qu'il a *dit*, mais combien ignorent ce qu'il a *fait* ! Qui connaît la vie, les prouesses, la psychologie de ce curieux personnage ?

W. Sérieyx nous les expose dans un livre qui a tout l'attrait d'un roman. A travers l'Epopée de la Révolution et de l'Empire, le miracle du retour de l'île d'Elbe, la tragédie de Waterloo, les drames de la Restauration, la silhouette de Cambronne, incarnation du « grognard » légendaire, apparaît, singulièrement vivante, sous la plume d'un auteur au talent vigoureux.

Revue des cours et conférences. Le nº 4 fr. 50. Abonnement : France, un an : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du Nº du 15 février 1932 : P. Couissin : Virgile et l'Italie primitive (I) : Le dessein de Virgile. — F. Strowski : La réaction de la vie contemporaine sur la littérature (III) ; Le sentiment de l'indépendance. — G. Bachelard : Essai d'une classification des intuitions atomistiques (II) ; La métaphysique de la poussière. — A. Vaillant : Les chants épiques des Slaves du Sud (II). — A. Mathiez : L'Eglise et la Révolution française (III) : Le mariage de l'Eglise et de l'Etat. — R. Lebègue : La tragédie française au XVIe siècle (II) ; Robert Garnier.

L'Orléanais, par Marcel Langlois. Un vol. (17,5 × 23) avec 134 gravures et une carte. Broché 20 francs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris, VIe.

Dans les « *Anthologies illustrées des Provinces françaises* » publiées par la librairie Henri Laurens, paraît *l'Orléanais* par Marcel Langlois.

Pour faire connaître cette vieille et glorieuse province, placée au cœur de la France, qui, dès le Xe siècle, lia son sort à celui de la Monarchie française, aucune méthode ne convenait mieux que celle dont les fondateurs de la Collection ont imagé l'heureuse formule et combiné les trois éléments Etude documentaire, citations empruntées aux meilleurs écrivains, gravures répandues à profusions à travers tout l'ouvrage.

M. Langlois dans l'étude a su dégager de l'*Orléanais* tout ce qu'il importe de connaître : différents aspects géographiques, histoire, conditions économiques, coutumes, Lettres et Beaux-Arts.

Puis vient un choix très heureux de textes empruntés aux écrivains les plus variés : Jules César, Suger, Grégoire de Tours, Froissard, Rabelais, Ronsard, Scarron, La Fontaine, Mme de Sévigné, Augustin Thierry, Vigny, Victor Hugo, Musset, Flaubert, Louis Veuillot, Jules Lemaître, Péguy, Vidal de la Blache, etc...

Les nombreuses illustrations empruntées à toutes les sources miniatures, gravures, peintures, architecture, paysages, costumes, forment comme un commentaire vivant au texte.

David d'Angers, par Marcel Valotaire. Un volume (21,5 × 15,5), 128 pages, 24 planches hors texte. Broché 12 francs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris, VIe.

Dans la collection *Les Grands Artistes*, M. Valotaire fait paraître un *David d'Angers*.

Cette monographie, écrite par un auteur qui a été pendant des années un familier du Musée David à Angers, est bien faite pour apporter sur l'œuvre du grand sculpteur des précisions utiles, et pour éclairer d'un jour nouveau le portrait d'un artiste, dont on parle beaucoup sans le connaître assez.

Faire table rase des opinions reçues quant à David, apporter une critique sérieuse des documents nombreux que nous possédons de sa main, tenter de découvrir sous les apparences le sens réel de ses efforts et de ses réalisations, en un mot s'efforcer de restituer à *David d'Angers* son caractère vrai, avec ses contradictions, ses erreurs, ses enthousiasmes, et arriver à juger son œuvre sans parti pris, telle est la tâche que M. Valotaire s'est donnée.

Le présent travail modifiera sans doute pour beaucoup l'opinion généralement adoptée, quant à *David d'Angers* ; il fera ressortir surtout la valeur réelle du talent d'un très grand sculpteur et sa sensibilité très souvent méconnue.

L'illustration abondante et variée est tout à fait remarquable. On retrouvera ici, auprès du fronton du Panthéon, les bronzes bien connus de Chateaubriand, de George Sand et de Musset, parmi tant d'autres. Un fragment du monument de Bernardin de Saint-Pierre, représentant Paul et Virginie, peu souvent reproduit, mérite une mention spéciale.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

La sympathicothérapie, par Paul GILLET. Un volume in-8° de 222 pages 32 francs. Gaston Doin et Cie, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans cet ouvrage, intitulé *La sympathicothérapie*, le Dr Paul GILLET indique comment l'excitation du sympathique nasal ou rectal permet d'obtenir des améliorations chez un grand nombre de malades du système nerveux.

Vers l'inaccessible, par L. BARBEDETTE, Luxeuil. Imp.M.Pattegay. «La Fraternité Universitaire ».

Un ouvrage de Barbedette est toujours un régal pour les philosophes et pour les lettrés.

Celui-ci est consacré à l'étude de la force constitutionnelle de l'espèce humaine qui impose à celle-ci la conquête du mieux, du progrès, la tend vers l'Inaccessible.

L'Homme est un être inassouvi. Le premier chapitre : *l'évasion* traite du besoin, incoercible qui pousse l'homme dès l'enfance à échapper au déjà-vu, au déjà-fait, à la routine quotidienne, au besoin qui, selon les aptitudes de chacun, selon ses dispositions sentimentales et aussi selon les circonstances se manifeste chez les privilégiés par la création intellectuelle ou artistique, chez la plupart par des réactions fort diverses, du rêve fait tout éveillé par exemple au désir incessant de se déplacer, de voyager par exemple.

Bien entendu, il est telles évasions qui, de quelque point de vue que l'on se place, ne paraissent saines ni pour l'individu ni pour la collectivté. La deuxième partie de l'ouvrage : *Sables mouvants* énumère avec beaucoup de compétence ces sortes d'évasions : évasions du malade, du sujet mal conformé, du faible qui a rencontré la tentation... enfin toute la floraison des appétences et des satisfactions anormales ou morbides, du sadisme aux intoxications par l'alcool, par l'opium, la morphine, le haschisch, etc.

Le troisième et dernier chapitre de l'œuvre est un hymne en faveur des évasions saines et profitables, celles auxquelles sont dues les merveilles de la création scientifique et de la création artistique, celles qui conduiront l'Humanité aux conquêtes insoupçonnées de la domination intégrale de l'univers.

Je *sens* tout à fait comme Barbedette et le panthéisme auquel j'incline de plus en plus (sans pouvoir, en bon sceptique dire s'il est spiritualiste ou matérialiste) m'a conduit en des points où lui et moi (qu'il pardonne la vanité de cette comparaison) nous nous rencontrons intégralement. Mon Dieu ! quel plaisir j'aurai, si j'en trouve le temps, à traiter le sujet !

Mais Barbedette a-religieux ou même anti-religieux et anti-religieux au point de perdre sa sérénité au seul mot : *religion* est de l'essence des *croyants*, alors que, défenseur plutôt exagéré qu'insulfisant de la religion je suis et — sauf accident cérébral — demeurerai un sceptique.

Ainsi, quant à l'altruisme, je pense et surtout je ressens comme Barbedette — et comme pensent et ressentent la plupart des gens éclairés de notre civilisation judéo-latine ou si l'on veut de notre culture judéo-chrétienne.

Mais avons-nous raison de penser ainsi ?

La sensibilité juive qui a fait explosion dans l'Evangile est-elle la règle normale, universelle ? Le Juif est-il le Messie qui, par les morales, religions ou systèmes politiques religieux ou laïques qu'il a essaimés — et qui d'ailleurs chaque fois qu'ils dominèrent se chargèrent d'atrocités : ainsi les supplices de l'Inquisition, les guillotinades de la Révolution française — le Juif est-il le Messie dont la sensibilité épanouie dans notre Occident grâce à des conditions ethniques et climatiques, finira par rallier et assujettir la planète ?

Il est aussi d'autres Asiates que le Juif.

Je voudrais entendre les meilleurs esprits de l'Asie discuter de l'altruisme — mais discuter entre eux, loin de toute oreille européenne, de tout espionnage occidental. Que diraient-ils de l'altruisme ? (Soitdit en passant ce serait un beau sujet de recherches que l'étude de l'altruisme, dans les différents peuples et peuplades).

Bref les morales — fussent-elles de celles que nous autres, Occidentaux nous disons belles et élevées, fussent-elles de celles que nous traitons de barbares, de funestes ou d'odieuses — les morales sont-elles autre chose que des expressions de la nécessité pour les hommes de vivre en commun (nécessités présentant des modalités fort diverses selon les temps, les latitudes, etc., etc.) Et les morales les plus perverses à notre estime, les plus odieuses, les plus sataniques ne répondent-elles pas à des fonctions de la vie de l'Univers ?

En un mot, si je désire passionnément, de par ma constitution anatomo-physiologique d'Occidental, la conquête par l'intelligence *et* par le cœur, alors que la première me paraît inéluctable parce que conforme aux lois de la nature, je ne suis pas du tout persuadé que la seconde corresponde à une nécessité de valeur universelle qu'elle soit indispensable ou seulement nécessaire

Que le Maître Barbedette excuse mon outrecuidance de le critiquer. Elle n'empêche pas mon admiration pour le philosophe qui, à ma connaissance, est allé le plus loin, dans la conquête de l'accessible, frôle au plus près et, dans la limite des moyens humains pénètre au mieux l'Inaccessible.

J'ajoute que ses dons lui ont permis de choisir parmi les évasions, la plus belle, la plus haute, celle qui est le plus caractéristique de l'espèce — *l'évasion par la philosophie.*

Aussi quelque dures qu'aient pu être les traverses que lui valut le despotisme sans affinement des Maîtres du temps, financiers, mandarins, sophistes vautrés dans la fange aux pieds du peuple, si cruelles que puissent paraître les traverses que lui réserve l'avenir, on peut certifier que Barbedette est heureux autant qu'l'Homme peut l'être.

(*Reproduction autorisée*). Dr G. SAINT-PAUL (G. Espé de Metz.)

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de la vitamine B

Par M. BROCQ-ROUSSEU

Membre de l'Académie de médecine

Le Professeur S. Belfanti de Milan a publié, depuis une année, soit seul, soit avec le Professeur A. Contardi, des études extrêmement intéressantes sur la dislocation des lécithines du riz, et son rapport avec le béribéri.

J'ai pensé qu'une courte analyse de cette question intéresserait les lecteurs de ce journal.

I. Les lysocytines.

Delezenne et Fourneau découvrirent, en partant de l'œuf, une substance qu'ils appelèrent lysocytine. Cette substance, étudiée par Ledebt, dissout les globules rouges, et les cellules du système nerveux.

Belfanti a montré, en 1924, que les lécithines sont transformées en lysocytines sous l'influence du poison des Ophidiens protéroglyphes, et il pense que c'est en raison de leurs propriétés que les lysocytines sont l'agent mortel de la morsure des serpents. Le poison hydrolyse en partie les lécithines, et l'acide gras non saturé est éliminé.

On peut avoir ainsi, des lysocytines dérivant de diverses lécithines : toutes sont douées d'un pouvoir hémolytique considérable.

Cette propriété de dissoudre les globules rouges peut servir à déceler des traces de ces substances, car elles sont actives à des dilutions supérieures à 1/30.000.

Belfanti a constaté que l'enzyme du poison du venin des serpents, existe aussi dans le poison des abeilles et des scorpions. Il a pu isoler, du pancréas de bœuf et de cheval, une substance de nature lipoïdique qui correspond aux lysocytines.

Des recherches assez nombreuses des auteurs italiens ont montré que des lécithines partiellement hydrolysées existent dans les tissus normaux et surtout, dans certains états pathologiques, caractérisés par des hémorragies diffuses.

II. La vitamine B ou vitamine antinévritique.

Lors des premières études sur le béribéri, Eijkmann avait pensé que l'amidon du riz décortiqué pouvait produire des toxines pendant la digestion, et que cette action toxique était neutralisée par l'addition des enveloppes du riz.

Des travaux récents des auteurs japonais nous ramènent à une conception analogue.

En 1929, Y. Teru-Uchi, T. Oyama, N. Nakamuri et O. Wada, ont trouvé qu'on peut extraire par l'alcool, du riz poli, une substance qui, administrée à des poulets à régime avitaminique, provoque le béribéri. Si on ajoute une certaine quantité d'embryons de riz, la maladie ne se produit pas. Il y a donc un rapport entre le poison du riz poli, et le contre-poison contenu dans l'embryon. Ils ont appelé orizotoxine, le poison du riz poli.

M. Iwata a obtenu, par extraction du riz poli, par l'alcool, de la lysocytine ; et il se demande si ce n'est pas là l'orizotoxine. Si bien que l'on peut penser, légitimement, que l'avitaminose produite par le riz poli n'est pas une maladie de carence, mais bien une intoxication.

Cette hypothèse change tout à fait notre façon de concevoir ces phénomènes. On dit, et avec apparence de raison : s'il y a quelque chose de trop dans un régime alimentaire qui cause des accidents, on se trouve en face de phénomènes d'intoxication ; si, au contraire, il y manque quelque chose, on a des phénomènes de carence. On peut dire, avec autant de logique que dans le premier cas, il y a aussi une carence d'anti-toxine. La notion de carence pure pouvait être admise lorsque les études sur la composition du grain de riz étaient peu avancées. Après ce que nous ont enseigné les Japonais, nous sommes autorisés à conclure à une « carence antitoxique ». Nous rentrons dans le cadre des phénomènes généraux de toxicité et d'antitoxicité, tels que les avait conçus Eijkmann au début de l'étude des vitamines.

III. Le rôle du phosphore.

L'idée que le phosphore était en cause dans cette question, fut discutée. Gryns pensait que le manque de phosphore pouvait être la cause du béribéri ; Aron et Hocson pensaient que la phytine, riche en phosphore, pouvait le guérir. Ces hypothèses furent controversées. Funk démontra, du reste, que la substance curative (vitamine B) extraite de la balle de riz ne contient pas de phosphore.

IV. Les phosphatases.

Belfanti et Contardi ont préparé de l'orizotoxine suivant la méthode des auteurs japonais, et ils ont trouvé une forte quantité de choline. La présence de ce corps ne peut être expliquée que comme conséquence de l'action, sur la lécithine, d'un enzyme comme celui du poison de la guêpe. Le poison des guêpes, en effet, n'arrête pas son action, comme celui des serpents ou des abeilles, à la scission d'un seul acide gras ; il décompose entièrement la lécithine.

Si l'on prend une solution à 1 % de lysocytine, et qu'on y mette un peu d'extrait aqueux de balle ou de bourgeon de riz, la choline se sépare d'abord, après quelques heures à l'étuve à 50°. Après 24 heures, elle est complètement libérée ; plus tard, il en sera de même pour l'acide gras et l'acide glycéro-phosphorique.

Belfanti a appelé le ferment du poison de la guêpe phosphatase β, et il nomme phosphatase α celui du bourgeon du riz ou de la balle. Elles se distinguent par ce fait que la phosphatase β n'a pas d'action sur l'acide glycéro-phosphorique, alors que la phosphatase α peut encore le décomposer.

Sans adopter l'idée des Japonais de l'empoisonnement avitaminique, Belfanti dit cependant que le fait important démontré est un rapport bien défini entre le facteur de la maladie (70 gr. de riz décortiqué par jour), et l'agent thérapeutique (2 gr. de bourgeon par jour). Tout changement de ce rapport déplace l'équilibre qui permet à l'animal de survivre.

Ainsi donc, au mot vitamine qui n'a jamais rien voulu dire, et qui n'exprimait qu'une hypothèse, on peut opposer aujourd'hui ce fait : que dans le bourgeon et la balle du riz, il existe des ferments d'importance biologique considérable.

Il est probable que nous reviendrons de plus en plus, en cette matière, aux notions de diastases ou de toxines que nous n'aurions sans doute jamais dû abandonner.

V. La phytase.

Suzuki, Yoishimura et Takaishi avaient découvert, en 1907, un ferment capable de décomposer la phytine en acide phosphorique et inosite.

Cette phytase a-t-elle des rapports avec la phosphatase ? Suzuki avait extrait la phytase de la balle du riz, par l'eau et l'alcool. Par la même méthode, Belfanti et Contardi extraient, de la balle du riz, une phosphatase. Or, cette phosphatase hydrolyse la phytine, de même que la phytase hydrolyse la lysocytine. Il est donc probable que c'est le même ferment.

La phytase est très répandue dans la nature. Comme on trouve de la choline dans de nombreux extraits d'orga-

nes animaux, on peut penser que les phosphatases ou les phytases sont aussi très répandues dans les tissus.

***

Il est bien évident que nous ne connaissons rien de la nature chimique de la vitamine B. On ne connaît que le mode de préparation d'une substance qui, donnée à des volailles en convulsions, arrête la maladie. Comme le dit Belfanti, cela rappelle la guérison des lapins hypo-glycémiques par l'insuline, traités par les injections de glucose.

Cette vitamine B ne se trouve que là où il y a une phytase ou une phosphatase. Et c'est déjà un progrès d'avoir substitué au mot vitamine qui ne signifie rien, un autre mot qui définit l'indication physiologique de la substance active.

L'exploration transthoracique des abcès du poumon

Par M. LOEPER, A. LEMAIRE et P. SOULIÉ

Les échecs du radio-lipiodol dans l'exploration des abcès du poumon par les voies trans ou sous-glottiques sont bien connus. Ils s'expliquent parfaitement, ainsi que Sergent et Cottenot l'ont montré, par les conditions anatomo-pathologiques elles-mêmes : il faut évidemment pour qu'un abcès s'injecte, que le lipiodol s'écoule exactement dans la bronche de drainage et celle-ci par son trajet irrégulier, sinueux, accidenté, réalise toutes les conditions nécessaires pour arrêter l'huile iodée.

C'est en raison de ces échecs que deux nouvelles méthodes d'exploration lipiodolée ont été proposées.

D'une part l'injection dans la trachée sous contrôle bronchoscopique, qui ne paraît pas, du moins dans les conditions actuelles, d'application courante ou pour mieux dire clinique ; d'autre part l'injection trans-thoracique qui paraît préférable bien qu'elle soit très discutée. C'est en faveur de cette dernière exploration que nous rapportons quelques observations d'abcès du poumon ou de collections thoraciques ; son intérêt vient précisément de certains côtés cliniques, évolutifs et thérapeutiques, de ces observations mêmes.

Fiessinger avec Lemaire et Olivier l'a proposée puis utilisée dans les abcès du poumon : au cours d'une ponction exploratrice, il injectait du lipiodol lourd afin de dessiner le fond de la cavité et du lipiodol léger pour en déterminer le niveau supérieur.

Ameuille, après lui, avait surtout envisagé l'exploration des cavernes tuberculeuses.

Mais beaucoup d'auteurs paraissent redouter que cette voie trans-thoracique puisse disséminer l'infection dans les tissus perforés aussi tendent-ils à la rejeter actuellement.

Nous ne partageons pas leurs craintes, et, si nous n'apportons pas une exploration nouvelle, nous voulons en montrer à nouveau la valeur, en préciser la technique, en peser à la fois les inconvénients et les avantages dont beaucoup sont, à notre avis, jusqu'à présent peu connus.

Chacune de nos observations permet d'étudier un point de la question, aussi les rapporterons-nous d'abord en détail. Les deux premières concernent des abcès à *pneumocoques.*

Observation I. — M. R... entre dans notre service le 7 avril 1931 pour des douleurs violentes dans l'épaule droite accompagnées d'une ascension thermique autour de 39°. Les signes infectieux sont apparus trois jours auparavant et l'examen clinique ne montre, à son entrée, qu'une légère diminution de la sonorité dans la partie toute supérieure de l'aisselle droite. A ce niveau il n'existe aucune modification stéthacoustique.

Une radiographie, faite le 14 avril 1931 montre l'existence dans la région axillaire droite d'une masse à contours assez nets, plaquée contre la paroi thoracique, de teinte absolument uniforme.

On pratique une ponction exploratrice dans l'aisselle, après radioscopie, et l'on retire du pus bien lié contenant uniquement du pneumocoque.

Le malade tousse fréquemment mais n'expectore pas.

Le diagnostic posé après ce premier examen, fut celui de collection pleurale enkystée de la grande cavité, localisée dans l'aisselle droite ; l'absence d'expectoration, de tout signe pouvant faire penser à une vomique, même très fractionnée, la date récente des accidents constituaient autant d'arguments pour écarter semblait-il, le diagnostic d'abcès cortical.

Un nouveau cliché fait le 18 avril montre une image hydroaérique des plus nettes bien qu'aucune trace d'air n'ait pu pénétrer pendant la ponction évacuatrice de l'abcès. La collection était donc fistulisée dans les bronches : le malade devait déglutir son expectoration.

Il était difficile, cependant, d'admettre qu'une collection pleurale de formation aussi récente ait pu se vider déjà dans une ramification bronchique.

L'exploration lipiodolée vînt lever tous les doutes.

Après repérage radioscopique l'injection lipiodolée est pratiquée à la partie supérieure du creux axillaire (22 avril). Le lipiodol dessine le fond de la poche ovoïde déjà notée et, fait intéressant, montre exactement la voie de drainage intra-pulmonaire d'un abcès cortical.

On suit la traînée lipiodolée tout le long des parois bronchiques et trachéales jusqu'à la glotte.

Une partie du parenchyme pulmonaire avoisinant la poche est injectée par le lipiodol sorti de l'abcès.

La voie trans-thoracique a donc permis dans ce cas la différenciation impossible par l'interrogatoire, par la clinique, d'une collection pleurale enkystée de la grande cavité et d'une collection parenchymateuse vraie.

Insistons, en passant, au cours de cette évolution, sur l'absence complète de signes d'auscultation, même atypiques, alors que l'examen radiographique montrait l'existence indiscutable d'une collection hydro-aérique proche de l'oreille.

L'évolution de cet abcès cortical apporta, par ailleurs, une surprise intéressante.

Six jours après l'exploration radio-lipiodolée, il n'existe plus que des traces à peine reconnaissables de cet abcès cortical.

Le lipiodol presque complètement évacué, ne persiste que sous forme de quelques traînées discrètes. Les parois de la poche s'effacent, le niveau liquide a disparu, le malade quitte le service le 29 avril, complètement apyrétique et guéri.

Cette guérison s'est maintenue par la suite et des clichés ultérieurs n'ont montré qu'une très légère image de sclérose cicatricielle au niveau de l'ancienne collection.

Devons-nous considérer cette observation comme celle d'un banal abcès à pneumocoques curable, comme en ont rapporté de nombreux auteurs et voir dans l'exploration transthoracique une simple curiosité radiologique ?

Nous ne l'estimons pas et pensons que l'huile iodée a servi dans le cas présent d'agent thérapeutique particulièrement actif. La courbe thermique paraît, d'ailleurs, explicite sur ce point. Le profil thermique se maintenait entre 38° et 39°5 avec grands clochers successifs bien que l'examen radiographique ait montré une collection ouverte dans les bronches.

Et, immédiatement après l'exploration lipiodolée, la température tombe brusquement : elle s'abaisse de 39°8 à 37 et va se maintenir à ce niveau par la suite.

Les observations suivantes sont d'ailleurs venues confirmer ces divers points.


LAXAMALT
TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de paraffine
50% extrait de malt
LABORATOIRES LICARDY
38, Bd Bourdon
NEUILLY-PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

OBSERVATION II. — Le malade B.... âgé de 35 ans, entre dans notre service le 25 avril 1931 pour un point de côté violent dans l'hémithorax droit et une température oscillant entre 38° et 40° depuis six semaines.

L'examen clinique à son entrée montrait une zone de matité hydrique avec abolition des vibrations vocales dans la moitié inférieure de l'hémithorax droit.

Trois ponctions exploratrices successives restent blanches, bien que pratiquées à des niveaux différents en pleine zone de matité. On pense alors à un syndrome pseudo-pleurétique, peut-être bacillaire, bien qu'il existe une expectoration purulente très abondante et particulièrement riche en pneumocoques. Un examen radioscopique pratiqué le 7 mai n'apporte aucun éclaircissement.

Le 11 mai, une radiographie montre un aspect très particulier. Il existe une opacité franche occupant entièrement la moitié inférieure de l'hémithorax droit. Sa limite supérieure est nette, rectiligne, mais un examen attentif montre, s'ébauchant au-dessus de cette limite horizontale, une image en coupole, qui impose le diagnostic d'abcès du poumon.

Il s'agit d'un gros abcès occupant presque toute la largeur de l'hémithorax droit : l opacité inférieure relève non d'une réaction pleurale, que les ponctions infructueuses ont éliminée, mais d'un état d'hépatisation ou de splénisation du parenchyme sous-jacent à la collection.

Un nouveau cliché le 20 mai 1931 confirme ces hypothèses : la partie inférieure du poumon droit a récupéré presque totalement sa transparence et le pôle inférieur de l'abcès se dessine nettement.

Il s'agit donc d'un abcès évoluant depuis près de deux mois et demi : la rupture de la poche remonte environ à deux mois, date à laquelle brusquement, d'un jour à l'autre, le malade se mit à cracher très abondamment.

Le 21 mai on pratique l'injection transthoracique de lipiodol dans la cavité de l'abcès ; 40 cmc. de lipiodol sont poussés prudemment.

Le cliché obtenu montre l'aspect très particulier de l'image obtenue :

Le lipiodol dessine la paroi inférieure de la poche : paroi irrégulière avec cinq prolongements d'importance inégale.

On distingue deux niveaux très nets : le niveau lipiodolé et un niveau supérieur dû au pus que contient encore la vaste poche.

Avant d'injecter le lipiodol on a pu recueillir 5 cmc. de ce pus, qui contient uniquement du pneumocoque.

Le 23 mai, l'image est déjà différente : la plus grande partie du lipiodol a été évacuée.

Il en persiste encore une lame dans le fond de l'abcès dont les parois sont déjà moins nettes.

Des clichés successifs faits dans les jours suivants montrent la disparition progressive du lipiodol, mais l'image d'abcès subit des modifications parallèles non moins importantes : le niveau s'efface, les contours s'estompent et un cliché, fait le 10 juin 1931, ne montre plus qu'une réaction scléreuse au niveau de l'ancienne collection.

Depuis le jour où l'injection lipiodolée a été pratiquée, la courbe thermique s'est brusquement rapprochée de la normale ; l'expectoration a diminué rapidement, puis elle a disparu.

La guérison totale s'est maintenue.

Depuis le mois de juin 1931, la guérison totale s'est maintenue.

Des clichés ultérieurs n'ont montré qu'une atténuation progressive de l'image cicatricielle.

Dans cette observation, l'exploration lipiodolée transthoracique vient donc, comme dans le cas précédent, apporter deux ordres de faits intéressants :

L'exploration de la cavité au point de vue de sa forme et de sa capacité : la valeur du lipiodol comme agent thérapeutique actif.

Ce malade est traité au bout d'une évolution déjà longue : deux mois, au moins, se sont écoulés lorsque le lipiodol est injecté : c'est l'échéance habituellement admise par la plupart des auteurs pour établir le diagnostic d'abcès spontanément curable ou d'abcès à évolution chronique. Certaines publications récentes ont bien relaté des observations d'abcès spontanément curables au bout de quatre et cinq mois, mais qui sont à coup sûr des exceptions.

Or, rien dans l'état général, dans l'expectoration, dans l'examen radiologique de notre malade ne paraissait indiquer une ébauche d'amélioration lorsque le lipiodol fut injecté par voie trans-pariétale.

Il est difficile en présence de l'évolution, que nous avons rapportée, de ne pas lui attribuer un rôle dans une guérison aussi rapide et aussi complète.

***

Les deux cas que nous venons d'étudier concernent des abcès à pneumocoques. Notre troisième observation est relative à un abcès *putride* mais dont l'évolution subaiguë nous paraît aussi intéressante du point de vue thérapeutique.

OBSERVATION III. — Le malade P..., âgé de 22 ans, entre dans notre service une première fois en janvier 1931 pour un abcès putride para-hilaire gauche évoluant depuis le mois de juin 1930.

Depuis le début de l'affection l'expectoration putride n'a cessé d'exister. L'état général est mauvais, la température largement oscillante.

Dans ce premier séjour, on applique une thérapeutique mixte en associant les arsénobenzènes, le sérum antigangréneux, la teinture d'ail et l'hyposulfite de soude.

Un résultat notable est ainsi obtenu, mais non une guérison totale : le malade quitte le service le 20 février 1931, avec une expectoration très peu abondante mais encore nettement putride à prédominance matutinale.

Une radiographie faite le 23 janvier montre dans la région para-hilaire gauche une cavité irrégulière, sans image de niveau appréciable, au centre d'une ombre de condensation pulmonaire à contours flous.

Le malade revient dans le service le 19 avril 1931 avec une reprise nette de l'expectoration putride, une altération franche de l'état général.

Un nouveau cliché montre la persistance d'une image identique à celle du premier examen.

C'est en somme le tableau d'une suppuration putride évoluant d'une seule tenue sans rémission franche.

Le 10 avril 1931 après repérage soigneux, on injecte prudemment 15 cmc. de lipiodol par voie transthoracique postérieure dans la cavité para-hilaire gauche.

Celle-ci se remplit de façon irrégulière, une partie du lipiodol passe dans une bronche descendante voisine comme on peut le voir sur le cliché n° 10.

On répète cette injection à trois reprises différentes en l'espace d'une semaine.

Peu après ces injections, l'expectoration diminue nettement, devient moins putride puis finit par disparaître définitivement en l'espace de trois semaines.

Une nouvelle radiographie le 16 mai 1931, montre un éclaircissement notable de la région para-hilaire gauche : il persiste quelques vestiges de lipiodol de ce côté et une partie a injecté le lobe inférieur droit. Toute image cavitaire a disparu.

Enfin un dernier cliché, le 21 juin 1931, montre la disparition totale du lipiodol et montre seulement une légère grisaille autour du hile gauche.

La guérison clinique s'est maintenue totale depuis cette date et la putridité de l'expectoration n'a pas reparu ; aucune poussée nouvelle ne s'est esquissée.

Ce cas nous paraît particulièrement intéressant et comporte quelques remarques, mais :

Tout d'abord, on pourra nous reprocher d'avoir ponctionné par voie trans-pariétale une collection putride, mais l'évolution a montré, du moins dans ce cas, le caractère inoffensif de notre exploration.

Peut-être la crainte de la plupart des auteurs vis-à-vis de la ponction dans de telles conditions, n'est-elle pas entièrement justifiée ? En tous cas, la gravité et l'évolution de cet abcès nous ont paru suffisantes, pour nous permettre de tenter la ponction et le résultat thérapeutique nous a largement récompensés du danger, peut-être un peu hypothétique, que notre malade a pu courir.

On pourra, certes, nous opposer encore ici la possibilité d'une rémission spontanée : la durée de l'affection, l'échec presque complet de la thérapeutique habituelle s'élèvent contre une telle objection. Nous estimons que l'huile iodée a joué dans l'évolution favorable un rôle thérapeutique des plus actifs.

***

Nous joindrons enfin à ces trois observations d'abcès du poumon, un dernier cas de *collections thoraciques multiples* et complexes où l'investigation est surtout intéressante au point de vue topographique, mais malheureusement pas thérapeutique.

Nous ne rapporterons pas en détail l'observation de ce malade, car, nous n'avons pu en suivre suffisamment les divers épisodes.

Seule l'image thoracique est intéressante et mérite d'être étudiée.

Elle montre l'existence dans l'hémithorax droit de trois images très curieuses accolées ou superposées :

a) Dans le tiers supérieur : une image hydro-aérique en coupe (la ponction antérieure retira à ce niveau du pus à pneumocoques).

b) Derrière cette image une clarté accolée à l'image du pédicule vasculaire : image de pneumothorax enkysté de la grande cavité.

c) Dans le tiers inférieur une image faisant penser par sa convexité supérieure régulière et nette à une coupole diaphragmatique droite surélevée.

L'injection trans-pariétale de lipiodol par voie antérieure permit de donner de cette image complexe une interprétation :

Le lipiodol après avoir dessiné le fond de la cavité supérieure (pyopneumothorax enkysté ou abcès ?) descendit par la face postérieure de la cavité pleurale cloisonnée pour aboutir dans le bas-fond d'une pleurésie sus-diaphragmatique enkystée à pneumocoques.

Il s'agit ici d'une simple curiosité d'exploration thoracique au cours d'un syndrome particulièrement compliqué et où l'examen clinique, et cela se comprend, était resté largement en défaut.

Le malade n'a pu être suivi car il quitta le service au bout de quelques jours. L'étendue et la gravité des manifestations permettent, sans l'avoir plus longuement étudié, de porter un pronostic des plus mauvais.

***

Tels sont les détails d'exploration et de thérapeutique sur lesquels nous avons tenu à insister ; nous les résumerons dans les conclusions suivantes :

a) L'exploration lipiodolée trans-pariétale constitue une détermination topographique utile et intéressante dans les abcès du poumon simples et putrides et dans certaines suppurations pleuro-pulmonaires étagées.

Elle permet non seulement d'explorer la paroi inférieure d'une cavité pulmonaire, mais encore d'étudier la voie de son drainage.

b) Elle apporte un élément de diagnostic important pour différencier une suppuration enkystée de la grande cavité d'un abcès cortical dont le syndrome clinique et radiologique peut être identique.

c) Elle paraît constituer, en outre, un mode de traitement particulièrement actif des abcès à pyogènes, peut-être même de certaines suppurations putrides. Sans doute ainsi que Fiessinger et Lemaire (1) l'ont avancé, le lipiodol n'agit pas comme antiseptique direct mais comme excitant leucocytaire.

***

Deux points nous restent à discuter :

La méthode est-elle sans danger ?

Quelle en est la technique exacte ?

Si nous nous posons la première de ces questions, ce n'est pas à l'occasion des abcès du poumon que nous venons de citer, car ils n'ont donné lieu à aucun incident.

C'est à propos d'un cas observé récemment et qui fut suivi de mort.

Il s'agissait d'une caverne de petites dimensions, parahilaire, très proche du hile droit chez un tuberculeux fibreux : pendant la ponction avant même toute injection lipiodolée la mort survint brutalement par syncope.

C'est là un cas exceptionnel et qui ne peut, certes, affaiblir les conclusions que nous avons données plus haut, mais qui nous doit cependant inviter à la plus grande prudence lorsqu'il s'agit de collections très proches des gros vaisseaux et des centres nerveux hilaires. Ici, il faut rejeter la voie transthoracique.

Lorsque la collection est suffisamment volumineuse et facilement abordable, lorsqu'elle siège à distance appréciable du hile, nous estimons la voie transpariétale comme dépourvue de tout danger.

Nous ne pouvons affirmer certes qu'elle soit aussi bénigne dans les suppurations fétides ou putrides, mais elle paraît l'être encore.

La gravité du cas, sa prolongation, les dangers que court le malade par échec de la thérapeutique habituelle seront autant d'arguments qui viendront plaider en faveur de l'injection trans-pariétale de lipiodol.

La technique en est simple.

L'anesthésie de l'espace intercostal doit être absolue et largement poussée. La traversée pariétale est pratiquée après repérage radioscopique soigneux.

Il est préférable pour traverser le parenchyme lui-même et gagner sûrement la cavité de l'abcès d'avancer l'aiguille sous un contrôle radioscopique.

(1) FIESSINGER et A. LEMAIRE, *Presse Médicale*, 1926.

« Je ne suis pas de l'avis de ceux qui ont rêvé d'une ou plusieurs super-écoles où se formeraient les maîtres chirurgiens — les *as* — comme on dit depuis la guerre. On ne peut pas songer à produire des chirurgiens comme des polytechniciens et des normaliens. Il n'y a peut-être pas entre eux et nous la différence que nous nous imaginons, mais chacun de nous quand même a son tempérament et son individualité... ». (Professeur LAMBRET, de Lille. Extrait du discours prononcé à la séance inaugurale du Congrès de Chirurgie).

« Le jour où on arrivera à débarrasser le chirurgien de toutes les préoccupations d'argent, quand il n'aura plus à traiter *directement* avec le client, et avec le médecin, sa vie sera transformée..... Voici comment je vois l'avenir ; centres chirurgicaux possédant toutes les ressources en matériel et en hommes. Séparation absolue des services techniques et financiers. » (R. TOUPET. *In Préface* : J. BARANGER. L'organisation de la chirurgie dans le présent et dans l'avenir.)

« Le temps n'est pas encore venu où on pourra grouper en France des hommes d'élite, travaillant avec un idéal commun, sous une direction intelligente dans un Institut de recherches, analogue, je ne dis pas au Rockfeller, ce serait trop beau, mais à un simple H. O. E. en planches comme Bouleuse ou la Gironcelle ». (R. TOUPET. *In Préface* : J. BARANGER. L'organisation de la chirurgie dans le présent et dans l'avenir).

L'insuffisance cardiaque et le nouveau complexe thérapeutique L'insuline-sucre

Par C. DIMITRACOFF

Il y a bien longtemps que les physiologistes avaient constaté l'influence favorable du glucose sur l'activité du muscle cardiaque.

Déjà en 1903, J. Muller avait montré que, si l'on fait passer du liquide de Ringer-Locke glucosé dans le cœur isolé du chat, le liquide perd une partie de son glucose, cette partie étant proportionnelle au travail réalisé par le cœur, et Athanasiu et Gradinesco (en 1912) avaient observé que l'on peut maintenir en survie, pendant trente jours un cœur isolé de grenouille en y faisant circuler le liquide de Ringer-Locke glucosé.

Depuis, ces doubles constatations ont été confirmées et complétées par de nombreux travaux.

Les recherches sur les substances contenues dans les différents muscles de l'organisme ont montré que le muscle cardiaque contient du glycogène en proportions considérables, et Knowlton et Starling, Patterson, Cruickheink, etc., ont démontré expérimentalement que c'est le pancréas qui règle la consommation du glucose par le cœur.

Hepburn et Latchford ont vu que la consommation du sucre par le cœur est doublée par l'insuline, constatation qui a été confirmée par Burne et Dale en 1924.

Kogan, se servant du liquide de Ringer-Locke glucosé et concurremment d'insuline, a confirmé les faits précédents et démontré en plus que, sous cette double influence, la force contractile du cœur augmente.

Il est intéressant de souligner l'importance des faibles doses d'insuline si l'on veut obtenir une action favorable sur le dynamisme cardiaque. En effet, Edward et Irvine Page, ayant injecté à des chiens anesthésiés des doses fortes d'insuline, ont eu des résultats contraires aux précédents, c'est-à-dire une augmentation de la fréquence des contractions du cœur et une diminution rapide de sa capacité dynamique. Cet état n'était amélioré que par des injections intraveineuses de glucose.

Ces constatations expérimentales n'ont été appliquées en clinique humaine que bien tardivement. Büningen, en 1926, avait recommandé le sucre aux sujets atteints de maladie de cœur. Puis Osato, Allard, Bickel ont observé la sédation rapide de troubles fonctionnels cardiaques importants par l'association glucose-insuline.

D'une façon plus systématique, le traitement a été étudié par Loeper et ses collaborateurs, d'une part et par N. Kisthinios et Gomez, d'autre part ; ces auteurs ont publié en même temps leurs observations, montrant les effets favorables de l'association insuline-sucre en thérapeutique cardiaque. L. Rimbaud, A. Balmes et G. Anselme-Martin, en France, et Maccioro, en Italie, sont venus confirmer tout récemment ces constatations cliniques.

***

La technique de cette nouvelle thérapeutique est très facile et nullement dangereuse si l'on n'emploie que 5 unités cliniques d'insuline, comme le recommande Kisthinios, dose avec laquelle le malade ne court aucun risque.

Le plus souvent, nous nous sommes servis de la dose de 5 unités cliniques, injectées sous la peau, avant le repas de midi et, dix à quinze minutes après, nous faisions absorber aux malades trois cuillerées à soupe de sirop de glucose à 50 % ou bien de sirop simple, dilué ou non dans un peu d'eau, en prenant soin de ne pas faire ingérer au malade plus de 100 grammes de liquide.

Les auteurs recommandent aussi les doses de 100 grammes de sirop de glucose ou de sucre, absorbées 15 à 20 minutes après l'injection d'insuline. N. Kisthinios et D. M. Gomez font absorber le sucre, puis injectent l'insuline en ne dépassant pas la dose de 5 unités cliniques par dose.

Nous avons employé indifféremment le glucose et la saccharose, cette dernière étant dédoublée par la salive et le suc pancréatique en levulose et glucose avant son absorption.

De nos observations, nous sommes persuadés que l'association insuline-sucre, sans pouvoir se substituer complètement aux tonicardiaques habituels, constitue un élément important de l'ensemble thérapeutique.

Ses indications s'étendent sur toutes les formes cliniques d'insuffisance cardiaque, soit consécutives à une lésion orificielle, soit due à une défaillance du muscle cardiaque.

Les cas d'asystolie irréductibles, par inefficacité des toni-cardiaques habituels, ont été très souvent favorablement influencés par le traitement insuline sucre.

L'insuffisance cardiaque avec pouls alternant qui, d'habitude, est rebelle aux tonicardiaques, comme l'ont montré Kisthinios et Gomez, est bien influencée par le nouveau complexe thérapeutique, ainsi que l'insuffisance cardiaque des basedowiens (Kisthinios et Gomez). Nous avons aussi observé une malade atteinte de maladie de Basedow et de phénomènes d'insuffisance cardiaque, sur laquelle l'association insuline-glucose a produit une influence favorable sur les signes fonctionnels.

D'après Rimbaud et ses collaborateurs, seules les cardiopathies infectieuses aiguës ont résisté à ce traitement.

La durée habituelle du traitement insuline-sucre est de 8 à 10 jours. Son influence favorable commence à se manifester dès le deuxième ou le troisième jour et porte sur la tension artérielle, le rythme cardiaque, la dyspnée, l'insomnie et la polyurie.

L'association insuline-sucre est capable à elle seule d'améliorer les phénomènes d'insuffisance cardiaque. Mais, administrée avec d'autres médicaments cardiaques ou rénaux, elle renforce manifestement leur action et la rend plus durable.

***

Déjà en 1926, nous avons eu l'occasion d'observer l'effet favorable de l'insuline sur les phénomènes d'insuffisance cardiaque. A vrai dire, il s'agissait d'une observation isolée que nous n'osions pas publier, la considérant comme insuffisante à elle seule pour parler d'un nouveau traitement.

Il s'agissait d'un malade âgé d'une quarantaine d'années, manœuvre, bronchitique chronique et emphysémateux, qui était entré à l'hôpital pour des phénomènes d'insuffisance cardiaque : dyspnée d'effort, cyanose accentuée, stase aux deux bases pulmonaires, gros foie, œdème aux membres inférieurs, insomnie ; pouls petit à 120 ; cœur avec dilatation globale moyenne ; arborisations de l'artère pulmonaire visibles aux rayons, caractéristiques de la sclérose de l'artère. Le malade fut mis au traitement classique (purge, diète réduite, ouabaïne, digitale), mais la gravité de son état ne fut pas amendée. Après des essais renouvelés pendant plus d'un mois, le malade restait toujours en hyperasystolie irréductible. On avait considéré son état comme relevant d'une insuffisance du cœur droit, ce qui expliquait en partie l'échec de la thérapeutique. Puis un jour, nous avions décidé de lui faire une série de piqûres d'insuline, 10 unités cliniques par injection, dans le but de relever son état général en stimulant les phénomènes de nutrition. Quelle ne fut pas notre surprise quand nous avons vu qu'au bout d'un certain nombre d'injections, 8 à 10 en tout, notre malade fut métamorphosé : ses œdèmes disparurent ainsi que sa cyanose, les phénomènes de stases hépatiques et pulmonaires s'amendèrent et l'état cardiaque du malade s'améliora à un tel point qu'il quitta la clinique en état de pouvoir vaquer à ses affaires.

En attendant de pouvoir appliquer le même traitement dans des états aussi graves, nous avions délaissé ce mode de traitement.

Puis, en 1930, quand nous avons eu connaissance des travaux de Loeper, de Kisthinios et de leurs collaborateurs, nous avons de nouveau repris l'association insuline-sucre dans le traitement de l'insuffisance cardiaque.

Pendant une période de dix mois, nous avons eu l'occasion d'observer l'influence de cette association médicamenteuse sur une vingtaine de malades.

Ci-dessous, nous donnerons, en résumé, quelques-unes de ces observations.

M. M. Lev., 68 ans, est venu nous consulter, en juin 1931 pour des phénomènes cardiaques datant de plus de trois mois : dyspnée au moindre effort, insomnie rebelle, toux fréquente, œdème aux membres inférieurs. A l'examen général, nous trouvons un léger œdème des membres inférieurs ; le foie descend à trois travers de doigt sous les fausses côtes ; stases aux deux bases pulmonaires. Le cœur, considérablement dilaté cliniquement, sa pointe battait dans le sixième espace intercostal gauche, en dehors de la ligne mamelonnaire. Cette dilatation cardiaque fut confirmée par l'examen radiologique. A l'auscultation, les bruits étaient sourds ; on entendait un souffle systolique à la pointe ; il existait une tachy-arythmie complète modérée aux environs de 120. Sa tension artérielle était 18/11 au Vaquez. Avant notre examen, le malade avait été soigné par son médecin et avait déjà reçu une série d'injections intraveineuses d'ouabaïne dont les effets favorables n'avaient pas été de longue durée.

Nous l'avons hospitalisé et, après l'avoir purgé, nous avons commencé chez lui le traitement iusuline-sucre (5 unités cliniques d'insuline et 60 gr. de sirop simple, donné 10 à 15 minutes après l'injection) ; en même temps nous lui avons fait une série de six injections intraveineuses d'ouabaïne, suivies de 50 gouttes de Digitaline Nativelle, à raison de 10 gouttes par jour. Le traitement insulinien a duré une quinzaine de jour. Déjà le troisième jour de traitement, le malade était très amélioré : les phénomènes de stases s'étaient amendés ; il pouvait se coucher dans son lit et son sommeil était revenu. Sa tension artérielle n'avait pas beaucoup changé : 18/10. Le cœur était encore arythmique, mais le pouls battait à 80 à la minute. L'amélioration ne faisait que s'affirmer avec le traitement et trois semaines environ après, son état lui permettait de quitter la clinique pour aller passer deux mois à la campagne. Pendant ce temps, nous lui avons conseillé de faire de légères cures digitaliques d'entretien.

Nous avons revu ce malade à sa rentrée, à la fin de ses vacances. L'amélioration acquise persistait et le malade se sentait d'une parfaite santé, malgré sa légère arythmie et sa tension artérielle à 18/10.

M. Bass.., 63 ans, est venu nous consulter en mars 1931 pour des phénomènes d'insuffisance du ventricule gauche, avec douleurs angineuses au moindre effort, phénomènes qui avaient débuté depuis environ un an. Progressivement, son état avait empiré et il avait été confiné au lit. A notre examen, nous avons constaté un pouls à 110, régulier, tendu ; la tension artérielle était 22/12, elle avait atteint les chiffres de 25/14 au Vaquez, lors de crises angineuses. Il ne présentait pas de phénomènes de stase, mais il ne pouvait pas se coucher à plat dans son lit et faisait usage de trois oreillers. Déjà il avait eu des phénomènes d'œdème aigu du poumon qui avaient nécessité une saignée d'urgence. Il avait reçu une série d'injections intraveineuses d'ouabaïne qui l'avaient médiocrement soulagé. Notre examen nous a permis de poser le diagnostic d'aortite. avec hypertension, phénomènes angineux et signes d'insuffisance ventriculaire gauche. Nous l'avons mis au repos, à la diète avec réduction des liquides et nous lui avons appliqué le traitement mixte ouabaïne et insuline-glucose (5 unités cliniques et 60 gr. de sirop de glucose à 50 %). Après un traitement de 15 jours par l'insuline, nous avons obtenu une certaine sédation des phénomènes d'insuffisance cardiaque, mais qui n'a été que de courte durée, le malade ayant présenté les mêmes troubles après une période d'accalmie de vingt jours.

Dans ce cas, l'amélioration n'a pas été aussi bien prononcée que dans le cas précédent et l'influence sur la tension artérielle était presque nulle.

Nous avons soigné, en octobre 1931, un malade, K. S..., 53 ans, par l'association ouabaïne, insuline-sucre. Il s'agissait d'un employé de commerce, très actif, mais grand mangeur et buveur de bière. Depuis cinq mois, il avait présenté des phénomènes prémonitoires d'insuffisance cardiaque, auxquels son médecin n'attachait aucune importance, se contentant de surveiller sa pression artérielle qui, disait le malade, était augmentée. Puis, un examen radioscopique fortuit avait révélé une dilatation cardiaque notable et de la sclérose aortique. C'est alors que nous avons été appelé en consultation et voici ce que nous avons constaté : un malade anhélant, assis dans son lit depuis cinq mois, mais il n'y avait pas dormi et s'était contenté d'appuyer sa tête sur une table pour prendre quelque repos ; son foie débordait légèrement les fausses côtes, mais il ne présentait pas d'œdèmes périphériques. A l'auscultation du cœur, les bruits étaient très sourds, avec bruit de galop manifeste ; pouls régulier à 110 ; tension artérielle à 27/17 au Vaquez. Le diamètre longitudinal du cœur avait atteint 20 cm.

Après la préparation habituelle, nous avons commencé à lui faire les injections intraveineuses d'ouabaïne de 1/4 de milligramme ; nous lui en avons fait une série de 6 en 8 jours. En même temps, nous lui avons fait les injections d'insuline (5 unités cliniques avec 60 gr. de sirop simple). Il a suffi de trois jours de traitement combiné pour voir les phénomènes morbides s'amender et l'amélioration s'affirmer de plus en plus. Dix jours après, nous avons arrêté le traitement. L'examen nous a permis de constater l'affaiblissement du bruit de galop ; le pouls était ramené à 90 ; la tension artérielle à 22/13 ; le malade avait retrouvé son sommeil. L'examen radioscopique nous révéla une diminution d'un centimètre du diamètre longitudinal.

Chez ce malade, l'action médicamenteuse combinée avait été manifeste et avait porté sur l'état fonctionnel et sur la pression artérielle.

Dans l'observation ci-dessous, l'insuline-glucose et les tonicardiaques divers n'ont pas pu arrêter l'évolution fatale de l'insuffisance cardiaque. Il s'agissait d'un malade, âgé de 64 ans, A. Benb., qui était atteint d'insuffisance ventriculaire gauche à la suite d'une hypotension (18/10 au Vaquez) longtemps bien supportée et d'une aortite déjà bien avancée. Il était sous notre observation depuis quatre ans. Lors de sa dernière cure tonicardiaque à l'ouabaïne, qui d'habitude lui procurait un soulagement durable, avec disparition des phénomènes de stase hépatique, nous lui avions fait un traitement insuline-glucose, aux doses ci-dessus indiquées. Amélioration pendant le traitement, puis quelques jours après une syncope mortelle l'a emporté.

Nous pourrions citer encore un certain nombre d'observations, mais il est inutile d'en allonger la liste. Parmi nos malades, nombreux furent ceux qui en tirèrent un profit certain. Le myocarde de certains d'entre eux, tout en réagissant temporairement, n'a pas pu obtenir une amélioration en dehors de sa possibilité anatomique.

Bref, nous pourrons dire que l'association insuline-sucre aux tonicardiaques habituels est un complexe médicamenteux qui ne peut qu'être utile aux malades et est une arme nouvelle dans les mains du praticien. Aux doses habituelles, c'est un traitement facile à appliquer et ne présentant aucun danger.

BIBLIOGRAPHIE

1. M. Loeper, A. Lemaire et R. Degos. *Presse Médicale*, n° 81, 8 octobre 1930.

2. N. Kisthinios et D. Gomez. *Presse Médicale*, n° 81, 8 octobre 1930.

3. R. Giroux et N. Kisthinios. Société de Médecine de Paris, séance du 14 novembre 1930.

4. N. Kisthinios et D. Gomez. *Presse Médicale*, n° 6, 21 janvier 1931.

5. N. Kisthinios et D. Gomez *Presse, Médicale*, n° 54, 8 juin 1931.

6. G. Macchioro. *Riforma Medica*, n° 34, 24 août 1931.

7. L. Rimbaud, A. Balmés et G. Anselme-Martin. *Presse Médicale*, n° 90, 11 novembre 1931.

Etude expérimentale sur l'anavaccin provenu des bacilles paratyphiques B et des bacilles dysentériques du type Shiga

Par **Ikuma NAKATOMI** (1)

L'anavaccin sera préparé avec des bacilles paratyphiques B ou des bacilles dysentériques du type Shiga par le procédé suivant. On met une certaine quantité de microbes qui sont des produits d'une culture de deux jours dans de l'eau salée physiologique à une concentration définie. On fait diminuer au maximum la toxicité du mélange ainsi obtenu par l'action simultanée de la chaleur et du formol. Le produit résultant sera l'anavaccin des microbes utilisés.

L'anatoxine sera obtenue avec des microbes dysentériques du type Shiga. Pour cela, on effectue la culture de ces microbes dans du bouillon qui reste à 37°C pendant trois semaines. On filtre, ensuite, le produit et on ajoute du formol au taux de 0.4 %. Après cela, on laisse le mélange à 40°C pendant deux mois. Le produit sera l'anatoxine dysentérique.

En prenant des animaux sensibles aux maladies considérées, nous les avons vacciné avec l'un des anavaccins ou l'anatoxine ainsi préparé correspondant à la maladie observée. Dans ces conditions, on ne peut presque pas obtenir pour tous les cas la toxi-infection ordinairement attendue.

Nous avons, ensuite, cherché à trouver le pouvoir antigénique de l'anatoxine et de deux sortes d'anavaccin qui ont totalement perdu la toxicité propre par la présente méthode, en donnant l'un d'eux aux lapins ou aux souris par l'injection. Voici le résumé de ces expériences.

1° Pour des lapins qui étaient inoculés avec l'anavaccin paratyphique B, on trouve qu'il existe dans leur sérum des éléments immunisants en quantité considérable tels que l'élément agglutinant, l'élément qui cause la fixation du complément et l'élément microbicide.

2° Pour les lapins inoculés avec l'anavaccin dysentérique, on constate dans leur sérum l'existence des éléments antigéniques tels que l'élément agglutinant, antitoxique, floculant, microbicide et celui qui cause la fixation du complément.

3° Même qu'on leur donne par l'injection une quantité du virus toxique qui est quelque dix fois plus puissante que la dose mortelle, si les animaux examinés ont été préalablement inoculés avec l'anavaccin dysentérique, ils résistent complètement à la maladie.

4° Quand on utilise le vaccin usuel (le vaccin obtenu par l'action calorifique), le pouvoir antigénique est très inférieur à celui qu'on obtient par le présent anavaccin.

5° Par les expériences effectuées sur les animaux, nous avons constaté la coïncidence complète entre l'anavaccin et l'anatoxine de la dysentérie, en ce qui concerne le pouvoir antigénique. La seule différence qui existe entre eux se manifeste dans le point de l'action agglutinante. Le sérum obtenu des lapins inoculés avec l'anatoxine dysentérique montre l'action agglutinante comparativement faible et, en même temps, l'action antitoxique bien puissante, tandis que l'action agglutinante de celle provenant de l'anavaccin est au contraire très puissante.

On peut donc conclure que, bien que l'anavaccin perde presque totalement la toxicité originale, il conserve parfaitement le pouvoir antigénitique. De cet effet et des résultats des expériences sur les animaux, nous croyons qu'on peut appliquer cet anavaccin au corps humain sans aucunes réactions nuisibles.

(1) Le travail *in extenso* du Dr IKUMA NAKATOMI, rédigé d'après ses recherches poursuivies sous la direction du Prof. MEGURO, directeur de l'Institut sérothérapeutique d'Osaka est paru dans *The Sei-I-Kwaï medical Journal* (n° de juin 1931).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mars 1932

Sur l'action hypoglycémiante propre de la vagotonine. — *MM. D. Santenoise, Th. Brieu, G. Fuchs* et *M. Vidacovitch* exposent la série de faits qui les ont conduits à conclure au rôle glyco-régulateur de la vagotonine et à son rôle hypoglycémiant.

« Nous croyons, disent-ils par cette série expérimentale pouvoir réfuter les arguments que l'on pourrait opposer à la notion de la dualité hormonale de la sécrétion glyco-régulatrice du pancréas.

« Toutefois, il semble bien que l'intensité des hypoglycémies obtenues à la suite d'administration de vagotonine désinsulinée soit généralement moins accusée que nous ne le pensions au début de nos recherches.

« Il semble que la chute de glycémie consécutive à l'administration de vagotonine désinsulinée ne dépasse pas ou dépasse rarement, chez des animaux normaux, en bon état de nutrition, le chiffre de 0,60 p. 1.000, c'est-à-dire un chiffre correspondant à la limite compatible avec un exercice normal des fonctions organiques. »

La stérilisasion des sondes urétérales par la chaleur. — *M. Maurice Chevassu.* — On se sert presque universellement des vapeurs de formol pour la désinfection du matériel urologique. Ce procédé ne donne aucune sécurité bactériologique, en particulier pour les sondes urétérales, dans lesquelles les vapeurs de formol ne pénètrent complètement qu'au bout d'un temps extrêmement long.

La chaleur, seul moyen réel de stérilisation, est parfaitement utilisable pour la stérilisation des sondes urétérales, et cela sous forme pratique, puisque depuis douze ans le service des voies urinaires de Cochin n'emploie pas d'autre mode de stérilisation.

Le Pavillon Albarran possède une salle de stérilisation des sondes dans laquelle toutes les sondes vésicales sont stérilisées par ébullition et toutes les sondes urétérales stérilisées à l'autoclave.

Essai de liquidographie céphalo-rachidienne. Encéphalo-myélographie par le thorotrast sous-arachnoïdien. — *MM. A. Radovici* et *O. Meller.*

Antropophilie ou zoophilie chez le moustique commun « Culex pipiens ». — *M. J. Legendre.* — J. Legendre expose qu'il a trouvé dans une ville du Centre-Ouest deux races du moustique commun Culex pipiens : une race autochtone, qui vit dans les fosses d'aisance à *chasse d'eau*, très aggressive pour l'homme, et une autre race, des eaux de surface, qui fuit l'homme, ou vit près de ses foyers d'éclosion sans voir, entendre ni sentir un seul moustique. Celle-ci provient probablement d'une souche bretonne de C. pipiens inoffensif introduite par l'auteur en 1929.

Il n'y a aucune raison pour qu'un insecte utile ou inoffensif ne se multiplie pas dans un habitat nouveau comme les insectes nuisibles.

En ce qui concerne les moustiques stercoraires, l'auteur a montré dans un établissement scolaire, que par des moyens simples on en supprimait totalement et rapidement la production.

Election de deux correspondants nationaux dans la 3e division. Classement des candidats : en première ligne, MM. Blanc (Athènes) et Mouisset (Lyon) ; en seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bouffard (Brazzaville), Parisot (Nancy), Violle (Marseille).

Sont élus : M. Blanc (60 voix), M. Mouisset (50 voix).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 janvier 1932

Résorption partielle de la tête du fémur. — *M. Robineau* a observé quatre fois des résorptions de la tête fémorale après fractures du col du fémur traitées par enchevillement avec os de bœuf. Il a put prélever une pièce quatre ans après

l'opération ; il y avait concordance parfaite entre le trait de la pseudarthrose et le trait de l'ancienne fracture. Aussi préfère-t-il maintenant ne pas forer le trou jusqu'à la calotte mais se limiter à quelques millimètres au delà du centre de la tête. De plus il emploie des vis sans tête qu'il bloque avec un écrou.

Hémorragies intestinales survenues après laminectomie. — *M. de Martel* rapporte un travail de *MM. Ledoux* et *Tisserand* (de Besançon). L'intervention fut commandée par des signes de compression médullaire ; elle consiste, après la minectomie, à enlever les filaments les plus importants d'un feutrage de lepto-méningite diffuse. Neuf jours plus tard, apparaît une hémorragie intestinale importante qui dura une journée et cessa pour ne plus reparaître. La pathogénie de cet accident est bien obscure.

Hématome sous-dural.— *M. de Martel* relate une observation de *M. Alfredo Monterro* (de Rio-de-Janeiro). L'hématome s'était constitué lentement, en donnant des signes de tumeur cérébrale avec troubles mentaux. Sous anesthésie locale, en position assise, l'hématome fut extirpé. Guérison.

Perforation d'ulcère sous l'influence d'un traumatisme. — *M. Guimbellot* rapporte cette observation de *M. Ferey* (de Saint-Malo). Le blessé avait reçu un choc violent au niveau du creux épigastrique ; trois quarts d'heure après, il ressent une vive douleur sous hépatique. A l'intervention, on trouva un ulcère duodénal perforé. Il est à noter comme intéressant l'intervalle libre de trois quarts d'heure.

Ostéoporose post-traumatique.— *MM. Larget, Lamare* et *Gourdon* envoient un travail qui est analysé par *M. Mathieu*. A la suite d'une entorse du poignet, une malade a une décalcification considérable des os de la main et du poignet. Une sympathectomie péri-humérale fait disparaître les douleurs et diminuer l'impotence et l'ostéoporose.

L'éphédrine au cours de la rachi-anesthésie. — *M. Desplas* utilise préventivement l'éphédrine chez les malades hypotendus et curativement l'adréphédrine dans les hypotensions au cours de la rachi-anesthésie. Il considère cet emploi comme un perfectionnement considérable.

Arthrodèse de la hanche pour coxalgie en évolution. — *MM. Yortchitch* et *Vassitch* (de Belgrade) qui versent leurs observations au débat en cours.

Pneumopéritoine spontané.— *M. Lauwers* (de Courtrai) a observé ce cas chez un malade de 56 ans qui présentait une diverticulite perforée passée inaperçue. Ce serait le quinzième cas publié.

M. Proust a observé chez un blessé de guerre un pneumopéritoine à soupape, qui guérit par un simple drainage de la cavité abdominale.

Corps étrangers ostéo-articulaires du coude.—*M. Chaton* (de Besançon) a vu chez un homme de 32 ans une quantité considérable d'arthrophytes. Une intervention pratiquée par voie trans-olécranienne permit d'en extraire la majorité et montra l'aspect hypertrophique et dystrophique des surfaces articulaires.

M. A. Mouchet ainsi que *MM. Sorrel* et *Fredet* croient que le terme d'ostéo-chondromatose est le plus convenable pour une telle lésion.

Prothèse élastique perdue. —*M. Lambotte* chez un enfant de cinq ans atteint de paralysie infantile du membre supérieur gauche n'ayant respecté que les fléchisseurs, a réalisé une prothèse perdue par un fil de bronze fixé au condyle huméral externe et se terminant sur un anneau de caoutchouc, lequel fut suturé à la partie distale des tendons extenseurs. Le résultat encore récent est remarquable.

Nouvelle observation de « carpe bossu ». — *M. Fiolle* et *Billaud*. — *M Tavernier* se demande s'il ne s'agit pas simplement d'une adaptation fonctionnelle à certains efforts.

Maladie ulcéreuse de l'estomac.— *M. Moiroud* (de Marseille) relate l'histoire d'un homme de 60 ans qui, à la suite d'une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal et d'une résection de la bouche vingt mois plus tard avec anastomose en γ, fit une perforation d'un ulcus du duodénum qui paraissait récent.

Fracture de Monteggia. — *M. Mocquot* présente un malade chez qui une adaptation fonctionnelle suffisante s'est faite.

Cancer du pancréas. — *M. Grégoire* présente une pièce d'autopsie d'un volumineux cancer de la totalité de la glande, et qui n'avait donné ni troubles des voies digestives, ni troubles des voies biliaires.

Séance du 3 février 1932

Corps étrangers du coude. — *M. Moulonguet*, à propos de la communication de *M. Chaton* à la dernière séance, croit qu'on ne peut pas appliquer à ce cas le nom d'ostéochondrite disséquante. Ce terme implique en effet une concordance exacte entre le corps étranger et une lacune osseuse. Les corps étrangers étaient certainement d'origine synoviale.

Hémorragie traumatique intra-durale retardée. — *M. Lenormant* fait un rapport sur deux travaux de *M. Burgeat* (de Cosne) et de *M. Guibal* (de Nancy). Ces deux auteurs sont intervenus respectivement cinquante et cinquante-deux jours après l'accident. Ils ont trouvé chacun un volumineux hématome enkysté sous-dural qui ont été évacués, l'un par ponction, l'autre par incision dure-mérienne. L'effet sur la somnolence fut immédiat et la guérison complète survint rapidement.

M. Lenormant montre que la fréquence de ces hémorragies sous-durales est certainement beaucoup plus grande que celle des hémorragies extra-durales, mais qu'il faut distinguer absolument les formes diffuses et les hématomes circonscrits. Il faut séparer aussi celles qui sont consécutives à un foyer de contusion cérébrale sous-jacent et celles qui sont indépendantes de toute attrition de la substance cérébrale.

Le rapporteur montre aussi que l'intervalle libre peut être long, que les symptômes de compression s'installent progressivement, qu'ils sont variables avec chaque cas, et enfin que le liquide céphalo-rachidien peut être parfaitement clair.

Quant à l'incision de la dure-mère, à la condition qu'elle soit faite aseptique, elle n'a certainement pas la gravité qu'on a bien voulu lui accorder. La suture, toujours difficile, n'est pas absolument obligatoire.

Enfin, parfois, la mort survient rapidement après la trépanation ; elle paraît due à une décompression trop brusque avec hypertension ventriculaire.

Hernie intra-anale d'un utérus gravide. — *M. J.-L. Faure* relate cette observation de *M. Brandas Filho* (de Rio-de Janeiro). Il s'agissait d'une hédrocèle survenant brusquement et contenant un utérus gravide de cinq mois. On put obtenir la réduction par extraction du fœtus et refoulement par la voie basse. La réduction fut maintenue par un cerclage de l'anus. Guérison.

Pièce de greffon pour mal de Pott. — *M. A. Richard*, *M. Sorrel*, rapporteur. — Cette pièce, prélevée au 40e jour montre qu'à cette période, le greffon est complètement soudé aux apophyses épineuses.

M. Sorrel enregistre ce fait, mais ne croit pas qu'on doive réduire pour cela la durée de l'immobilisation, après greffe d'Albee, telle qu'on la conçoit actuellement.

Lithiase rénale.— *M. Heitz-Boyer* croit que l'on peut faire plus souvent qu'on ne le croit une chirurgie conservatrice dans les calculs du rein. Il insiste surtout sur : 1° la mise en œuvre d'une préparation pré-opératoire par vaccination et cathétérismes urétéraux prolongés ; 2° l'emploi de la voie lombo-costale permettant une manipulation plus douce, plus aisée du rein ; 3° l'utilisation du bistouri électrique qui facilite l'hémostase ; 4° l'emploi d'une table opératoire spéciale, permettant la prise de clichés radiographiques au cours de l'intervention, le rein garni d'une grille métallique permettant le repérage exact des calculs.

La restauration tubaire dans les salpingites bilatérales. — *M. Leveuf* apporte sa statistique de 53 cas où, après avoir constaté à l'opération une oblitération tubaire bilatérale, il a cherché à restaurer la perméabilité des trompes. Sur 24 cas anciens, l'auteur compte douze échecs, contrôlés au lipiodol. Sur 29 cas récents, au contraire, six sont devenues enceintes et douze autres ont une perméabilité normale.

M. Schwartz, L. Bazy protestent contre les conclusions de M. Leveuf, à savoir d'opérer précocement les salpyngites.

Echinococcose scapulo-humérale. — *M. Moiroud* (de Marseille) relate une observation où il existait des kystes mul-

ti-lobulaires dans l'humérus et l'omoplate droites. Il fit une scapulectomie avec conservation de l'acromion et la résection du tiers supérieur de l'humérus. Le résultat fonctionnel fut bon, mais une récidive apparut quatre ans après dans le segment acromial laissé en place qu'il fallut réséquer. Aucun autre kyste n'a pu être décelé chez cette malade.

Duodénostomie à la Witzel. — *M. Basset* montre un malade atteint de néoplasme infiltrant très étendu de l'estomac chez qui il a fait une duodénostomie permanente.

Résection dans les pieds bots. — *M. Mathieu* présente les radiographies d'un pied bot bilatéral invétéré de l'adulte chez qui une résection correctrice bilatérale donna un bon résultat.

Séance du 10 février 1932

Invagination intestinale. — *M. Lagrot* (d'Alger), *M. Sorrel*, rapporteur. — A propos de deux observations personnelles, l'auteur signale qu'à côté de l'invagination proprement dite, il peut exister des lésions accessoires graves, telles un infarctus appendiculaire qu'il a observé. Aussi propose-t-il, même si la désinvagination a pu être obtenue sous l'écran radioscopique, une courte incision de la fosse iliaque droite de vérification.

Rupture de la rate chez l'enfant. — *MM. Oberthür* et *Mérigot* ; *MM. Fèvre* et *Armingeat* ; *M. Sorrel*, rapporteur. — Des six observations qui sont relatées, M. Sorrel tire quelques conclusions nouvelles. D'abord la rate saine est susceptible, chez l'enfant, de se rompre sous l'influence d'un traumatisme minime. De plus, il n'est pas nécessaire que le coup ait porté dans la région splénique. D'ailleurs, la rupture de la rate est la lésion la plus fréquemment observée au cours des contusions abdominales de l'enfant. En dehors des signes d'hémorragie interne, qui peuvent être discrets et retardés, la contracture localisée et la douleur locale et irradiée à l'épaule gauche ont une grande valeur diagnostique.

Adénofibrome du sein. — *M. Moure* attire l'attention sur les adénofibromes arborescents et proliférants du sein qui, par leurs récidives après une opération limitée, peuvent faire croire à un cancer, alors qu'il ne s'agit que de la repullulation sur place d'une tumeur bénigne.

Suture transversale du cholédoque. — *M. Papin* relate une observation où la guérison s'est maintenue depuis dix ans.

Rupture de l'artère axillaire au cours de la réduction d'une luxation de l'épaule. — *M. Mocquot* présente cette malade qu'il traita par la double ligature. Ultérieurement apparut un syndrome de Wolkmann typique.

Traitement du cancer du rectum. — *M. Aglave* décrit sa méthode personnelle qui consiste, après anus iliaque gauche et lavage du bout inférieur, à mettre en place des tubes de radium par l'anus.

Perforation tuberculeuse de l'intestin. — *MM. Proust, Wilmoth* et *Baumann*.

Séance du 17 février 1932.

Calculs rénaux. — *M. Marion* ne juge pas que la radiographie soit tout à fait indispensable pour se rendre compte de l'ablation complète des calculs. A son avis d'ailleurs, la radioscopie avec bonnette est supérieure à la radiographie.

Chirurgie conservatrice dans les salpingites. — *M. Métivet* insiste sur le caractère catharral des salpingites gonococciques, et cellulo-péritonéal des salpingites streptococciques.

L'auteur estime que la conservation est illusoire dans les premières et que, dans les secondes, au contraire, la guérison est presque la règle.

Rhumatisme et appendicite. — *M. Auvray* rapporte une observation de *M. Roviralta* (de Barcelone) qui voit dans l'appendicite rhumatismale une lésion tout à fait analogue à l'amygdalite si fréquente dans le rhumatisme articulaire aigu. M. Auvray rappelle à ce sujet les poussées péritonéales sans aucune lésion ni macroscopique ni microscopique, rencontrées si souvent au cours du rhumatisme et qui ne justifient nullement la laparatomie.

Kyste hydatique du poumon. — *M. Grégoire* relate trois observations de kyste hydatique du poumon traité par simple incision. Les trois fois la plèvre était symphysée et les malades guérirent tous en moins d'un mois. M. Grégoire étudie ensuite les indications thérapeutiques propres aux kystes du poumon et, avec la majorité des auteurs, est d'avis de ne pas opérer les petits kystes centraux.

Urétéro-pyélographie ascendante. — *M. Chevassu* étudie longuement les indications spéciales de cette méthode et ses résultats. G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 février 1932

Un cas de rhumatisme cardiaque évolutif avec cavité nodulaire type Aschoff. — *MM. Pichon, Layani, Pautrat* et *Mlle de Cursay* rapportent un cas de rhumatisme cardiaque évolutif avec cardite nodulaire type Aschoff. Le diagnostic entre pareille affection et des endocardites malignes plus ou moins lentes est souvent difficile. Les auteurs insistent sur la délicatesse des nuances sémiologiques distinctives. Ils apportent ensuite les résultats de l'autopsie de leur attente, qui outre les lésions endocarditiques de l'efflorescence perlée, présentait des nodules aschoviens typiques dans toutes les parties du cœur : à fleur d'endocarde, dans le tissu sous-endocardique, coupant les faisceaux musculaires et même sous l'épicarde. La grosse cellule aschovienne à contour flou, à protoplasme basophile sombre et souvent plurinucléée est nettement caractéristique de la maladie de Bouillaud. Elle est identique à elle-même en toute situation. Les auteurs rejettent la théorie de Letulle, qui les faisait dériver du tissu musculaire, et penchent plutôt vers l'origine réticulo-endothéliale admise par MM. Darré et Albot. Quant à l'infiltration de cellules rondes, présente dans ce cas comme dans bien d'autres, elle est beaucoup plus banale.

M. Grenet reconnait que l'abondance des nodules d'Aschoff constitue un argument important en faveur de la nature rhumatismale d'une endocardite, bien que leur présence dans le cœur ne soit pas spécifique.

M. Debré, reprenant les idées de Letulle, croit au contraire que la constatation de tels nodules est à peu près spécifique, et équivaut à la preuve de l'étiologie rhumatismale d'une atteinte de l'endocarde.

Un cas de brucellose contractée en Lorraine. Traitement par le jaune d'acridinine. Guérison.. Psychose post-infectieuse. — *MM. A. Lemierre* et *D. Mahondeau-Campoyer* rapportent l'histoire d'une jeune femme qui fut atteinte d'une fièvre ondulante. A la troisième poussée, l'hémoculture donna un microbe du groupe brucella (micrococcus melitensis ou bacille de Bang) agglutiné à un taux élevé par le sérum de la malade qui agglutinait également un bacille de Bang.

La guérison définitive survint immédiatement après deux injections de 0 gr. 10 et 0 gr. 20 de jaune d'acridine, pratiquées à 48 heures d'intervalle.

Pendant la convalescence se développe chez cette femme, d'ailleurs prédisposée, une psychose à type dépressif avec idées de persécution, qui ne guérit qu'au bout de trois mois.

Un des points curieux de cette observation est que cette ondulante a été contractée en Lorraine, près de Sarrebourg, dans une ferme où il n'y avait pas de chèvres, mais où plusieurs avortements s'étaient produits parmi les brebis. Il s'est donc agi probablement d'une fièvre ondulante d'origine ovine.

Le père de la malade, demeuré en Lorraine, dans la même ferme, a été, en même temps qu'elle, atteint d'une maladie fébrile prolongée. Son sérum sanguin n'agglutinait ni le bacille d'Eberth, ni les bacilles paratyphiques, mais à un taux très élevé, le microbe isolé du sang de sa fille et un bacille de Bang.

Ces deux nouveaux cas de fièvre ondulante contractés en Lorraine viennent s'ajouter à ceux qui ont déjà été signalés dans l'Est de la France.

M. Netter souligne l'intérêt qu'il y aurait à essayer d'identifier le germe isolé dans ce cas par les épreuves colorantes.

M. Debré rapporte un cas de fièvre ondulante d'origine bovine observé dans le Nord de la France chez un homme de 57 ans, cardiaque, qui tous les matins, depuis des années, buvait du lait de vache cru. L'hémoculture montra qu'il s'agissait d'une brucellose ; le malade, traité par des injections intra dermiques de mélitine, mourut de collapsus cardiaque.

Ce cas montre que si la fièvre ondulante d'origine bovine

est dans la règle moins grave que la fièvre d'origine caprine, elle le devient cependant chez les tarés. M. Debré insiste encore sur la difficulté qu'il y a à identifier le germe, quant à son origine bovine, ovine ou caprine, en dehors des notions d'épidémicité, et sur la rareté des cas de fièvre ondulante observés chez l'homme comparée à l'extension de l'avortement épizootique des bovidés.

M. P.-E. Weil rappelle l'observation d'un cas de fièvre ondulante d'origine bovine observé en 1911, chez un malade qui prenait un demi-litre de lait tous les matins mais qui n'avait jamais eu de contact avec les chèvres.

Il rapporte les effets du traitement par le rhodium colloïdal.

M. Hallé attire l'attention sur les manifestations pulmonaires, que l'on peut observer dans cette maladie ; toux, ombres radiographiques floues qui disparaissent rapidement quand s'ébauche la guérison.

M. Abrami n'a pas obtenu d'amélioration par le jaune d'acridine malgré des doses élevées (0 gr. 40) dans six cas observés par lui.

Recherches étiologiques sur le rhumatisme articulaire aigu. — *MM. P. Nobécourt* et *Jean Paraf*, ont repris l'étude de l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu, à la lumière de la statistique de la Clinique médicale des Enfants depuis quinze années, portant sur près de 200 cas.

Si le sexe ne semble jouer aucun rôle, l'âge est un facteur étiologique important, la grande majorité des cas ayant de sept à quatorze ans.

De même, le rôle des saisons est de première importance, avec deux maxima en juillet et en janvier (froid et chaud excessif).

Le rhumatisme est par excellence une maladie de la classe hospitalière, d'autant plus fréquente et plus grave que la misère physiologique et la fatigue sont plus marquées.

L'hérédité par contre, ne paraît jouer aucun rôle dans l'étiologie de la maladie de Bouillaud.

M. Grenet insiste sur la gravité de la maladie en Angleterre mais ne croit pas qu'elle soit imputable au climat.

Il pense que le rôle de la contagion existe, mais qu'il est modéré.

Grippe et système nerveux. — *MM. Dufour* et *A. Hurez.* — En 1929, dans un article paru dans le *Bulletin Médical*, l'un des auteurs a essayé de démontrer que la grippe, influenza, bien différente des affections pulmonaires ou nasales saisonnières, était entièrement une maladie du système nerveux central et périphérique et devait être rangée dans les septinévrites par opposition avec les septicémies.

Postérieurement à cette conception, M. Etienne Bernard a publié à la Société médicale des hôpitaux un cas de mort presque subite due à la grippe. A cette occasion, plusieurs membres de la Société ont apporté des relations de grippe nerveuse de type varié.

Cette année les auteurs ont observé des cas de grippe impressionnants par la gravité de leurs manifestations nerveuses ; ce qui les autorise encore plus qu'en 1929 à déclarer qu'il s'agit bien d'une septinévrite.

En premier lieu, ils relatent trois cas de mort presque subite survenant chez des malades pulmonaires grippés et tarés par une affection antérieure.

Dans les cas vérifiés à l'autopsie, seule une atteinte bulbaire pouvait expliquer la rapidité de la mort.

Chez deux autres malades il y a eu une crise comitiale typique.

Une femme de 50 ans a fait une méningite fébrile aiguë, avec purée de polynuclaires dans le liquide céphalo-rachidien et sans microbes. Elle a guéri complètement.

Une femme de 52 ans a pendant huit jours présenté une confusion mentale avec très légère élévation de température.

Une jeune fille de quinze ans avec une atteinte légère de grippe est tombée sans connaissance pendant une heure environ.

Une femme de 33 ans, à l'occasion d'une grippe, a présenté un hémi-tremblement avec mouvements choréo-myocloniques du côté droit. Ces symptômes ont persisté quatre jours seulement.

Un homme de 37 ans a eu, avec une diplopie transitoire, un syndrome méningé s'accompagnant de vomissements, vertiges, céphalée, hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Les auteurs mentionnent également deux observations de jeunes enfants pris subitement de troubles gastro intestinaux avec asthénie très alarmante.

Ils ne retiennent que pour mémoire toutes les manifestations douloureuses, telles que, céphalée, névralgies.

En résumé, en l'espace de moins de deux mois, MM. H. Dufour et A. Hurez ont relevé facilement dix observations d'atteinte grave du système nerveux dont trois morts subites et ils insistent de nouveau sur l'existence d'une septinévrite, notion introduite par l'un deux il y a trois ans dans la pathogénie de la grippe.

Lèpre et acromégalie. — *MM. G. Delamare* et *R. Jimenez Gaona* étudient les particularités d'une acromégalie observée chez un lépreux, par ailleurs syphilitique et atteint d'insuffisance génitale, de gynécomastie sans lipodystrophie et de xanthélasma.

Significations des signes radiologiques de l'ulcus duodénal. — *M. R.-A. Gutmann.* — Le diagnostic radiologique des ulcères duodénaux est fondé sur les descriptions d'Akerlund, niche, incisures, encoches, rétractions, etc. Ces aspects pathologiques ont deux caractères classiques : ils siègent presque toujours sur les *bords* du bulbe ; ils produisent sur les clichés d'extraordinaires *déformations*. Or, aux opérations, on constate que les ulcères siègent à peu près toujours sur une *face* et que, sauf dans les vieux ulcères à tissu fibreux, le bulbe est extérieurement *normal*.

Il faut donc réformer la conception classique. Les clichés projetés par l'auteur montrent que : 1° presque toujours, dans l'ulcus duodénal, la niche, marque de l'ulcère, est un milieu de la face bulbaire ; elle est d'origine méconnue et ce qu'on prend pour une niche du bord est produit par des ombres radiologiques sans grande importance ; 2° les aspects si variés du bulbe ulcéreux (corail, croix de Malte, queue d'arronde, etc.) ne traduisent en général pas de modifications extérieures ; ils sont dus au gonflement, par un œdème inflammatoire irrégulier, de l'*intérieur* du bulbe ; la baryte, restée dans ces sillons réservés entre ces coussinets d'œdème, donne sur les clichés, autour de la niche, des images irrégulières dont la constatation est importante, mais dont la systématisation importe peu.

Comme l'œdème inflammatoire subit des modifications évolutives (fin de la poussée, hémorragies), on comprend que ces conditions puissent parfois atténuer et même effacer transitoirement les signes radiologiques.

Il y a donc dans l'ulcère des stades plus ou moins favorables pour le diagnostic radiologique.

Nouveaux membres de la Société médicale des hôpitaux. — Sont élus à l'unanimité : M. Collignon (Val-de-Grâce), MM. Ravault (Lyon), Pellé (Rennes), Longchampt (Toulouse). A titre de membres correspondants : MM. Ascoli (Palerme), Bensis (Athènes) et Portocolis. Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 février 1932

A propos de la syphilis infundibulaire. — *M. Lhermitte*, revenant sur cette question, précise que ce qu'il importe de retenir au point de vue clinique, c'est que les désordres de la série infundibulaire : polyurie, polydipsie, hypersomnie, syndrome adiposo-génital sont la traduction la plus décisive d'une altération de la région ventrale du ventricule moyen et non pas l'indication d'une lésion de la glande hypophysaire.

Récurrentothérapie par ponction cérébrale. — *M. Marie* présente quatre cas traités avec *MM. Levaditi et P. Lépine* par injection de la fièvre récurrente dans les lacs sylviens par ponction cérébrale (quatre rémissions partielles).

Dix ans de pratique des insufflations gastriques rythmées dans le traitement des maladies de l'estomac. — *M. René Gaultier*, s'appuyant sur des centaines d'observations personnelles et sur celles de ses élèves ou de ses confrères, montre l'efficacité de cette méthode qui, dans les maladies de l'estomac, amène une amélioration immédiate des signes subjectifs et objectifs, particulièrement un relèvement notable de l'appétit, d'où une meilleure alimentation et des digestions plus faciles, conditionnant l'augmentation de poids et la guérison.

Glandes endocrines et rhumatisme. — *M. Delacroix* (de Bourbonne les-Bains) pense que les syndromes rhumatismaux sont très souvent d'origine endocrinienne (foie, thyroïde, ovaire, etc.). Dans les cas d'hypo-fonctionnement endocrinien, le métabolisme et la tension artérielle sont abaissés. Tous les

rhumatismes sont très améliorés ou guéris par la médication émanothérapique, soit naturelle, soit artificielle, qui régularise le métabolisme et la tension artérielle.

Neo-interventionnisme en matière de tuberculose osseuse. — *M. Galland* (de Berck) s'efforce de démontrer que le principe conservateur classique du traitement des tuberculoses osseuses n'a pas changé. Les ostéo-synthèses et greffes osseuses sont des adjuvants très précieux du traitement climatique, mais rentrent essentiellement dans le cadre de la chirurgie conservatrice. Il n'y a pas de néo-interventionnisme.

Lever matutinal précoce. — *M. Léopold-Lévi* fonde, sur une quarantaine d'observations, la conclusion d'un traitement opothérapique, à base de glande d'énergie, permet à un grand nombre de sujets de se lever de bonne heure, alors que, par tempérament, ils ont de la difficulté, parfois de la souffrance, à sortir de leur lit.

Il rapporte au fonctionnement des glandes endocrines et de l'appareil sympathique les quatre tendances des êtres humains : à se coucher tard et à se lever TÔT ; à se coucher tôt et à se lever TARD ; à se coucher tôt et à se lever TÔT ; à se coucher tard et à se lever TARD.

P. PROST.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 5 février 1932

Le silence des calculs du rein. — *M. Pasteau.* — La radiographie doit être appliquée pour ainsi dire par principe : dans tous les cas d'hématurie dont la cause vésicale n'est pas nettement démontrée par l'exploration simple de la vessie ou par la cystoscopie ; dans tous les cas de douleurs persistantes ou répétées siégeant au niveau de la région rénale ou dans les points où se trouvent normalement les irradiations douloureuses dans les maladies du rein ; dans tous les cas enfin où il existe une purulence des urines qui ne cède pas à un traitement urétrovésical bien conduit. Elle fait ainsi bien souvent découvrir des calculs « silencieux » parfois anciens qu'aucun symptôme ne permettait de soupçonner.

M. Peugniez communique l'observation d'un malade qu'il a opéré de néphrectomie pour des calculs du rein droit qui avaient fini par occuper la totalité de l'organe. Ce malade n'avait jamais souffert que du rein gauche qui était considérablement hypertrophié.

M. Le Gac présente l'observation d'une malade et la radiographie de ses deux reins. Cette radio montre : à gauche, un très volumineux calcul corralliforme, à droite, un calcul de l'uretère du volume d'une banane. Les petits signes dataient de longtemps ; mais, pyurie et phénomènes urémiques, résultats de la destruction du rein, ont évolué en huit jours, rendant inutile toute intervention.

Etranglement du cæco ascendant à travers l'hiatus de Winslow : gangrène de l'appendice et péritonite généralisée secondaires. — *M. Henri Blanc* communique cette observation dans laquelle l'enchevêtrement des signes d'occlusion et de péritonite a égaré le diagnostic. La mort a suivi l'intervention.

Traitement des séquelles de la coxalgie : le grand raccourcissement. — *M. Raphaël Massart*, en présentant un excellent résultat opératoire, étudie le traitement chirurgical du raccourcissement qui dépasse six centimètres. La résection d'une partie de la diaphyse du fémur du côté sain paraît le seul traitement rationnel ; c'est celui qu'il a exécuté chez la malade présentée. L'auteur étudie les objections qu'on peut faire à la méthode ; mais il montre tous les avantages pour le malade de ne plus avoir une boiterie grave et gênante.

A propos de quatre tumeurs rénales volumineuses. — *MM. Victor Pauchet, Le Gac, Luquet* et *Hirchberg* communiquent les observations de quatre malades opérés pour de volumineuses tumeurs rénales de variétés différentes.

1° Tumeur à symptômes rénaux, grosse comme une tête de nouveau-né ; hystologiquement, hypernéphrose ;

2° Tumeur prise cliniquement pour une tumeur splénique, de la grosseur d'une tête de fœtus, développée aux dépens du pôle supérieur et de la convexité du rein ; histologiquement, tumeur atypique à cellules éosinophiles ;

3° Tumeur ressemblant à une tumeur mésentérique, développée aux dépens du pôle supérieur du rein ; histologiquement, épithélioma ;

4° Tumeur prise pour un néoplasme intestinal, adhérente au mésocôlon et au côlon ; histologiquement, sarcome de type spécial.

Les trois derniers malades ne présentaient pas de symptômes rénaux ; la tumeur était le siège principal. Dans les quatre cas, néphrectomie avec bonne guérison opératoire. La symptomatologie des volumineuses tumeurs rénales est donc pauvre et simulatrice ; la pyélographie semble le meilleur moyen de diagnostic.

Péritonite appendiculaire aiguë généralisée et grossesse. Opération au onzième jour. Guérison. — *M. Muller* (de Belfort) communique l'observation d'une primipare de 22 ans, qui au septième mois de sa grossesse fait une crise d'appendicite méconnue. Elle est opérée au douzième jour en pleine péritonite généralisée : on trouve un appendice gangrené et perforé. Accouchement quatre jours après l'opération d'un fœtus mort. Guérison.

Perforateur courbe des os. — *M. Judet* présente ce perforateur qu'il utilise en particulier, pour suturer les extrémités osseuses après résection du genou, pour fixer les greffes dans l'opération d'Albec, pour compter les os du pied au cours des arthrodèses.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Nutrition

L'étude de 523 cas d'obésité a permis de faire les remarques suivantes :

1° L'hérédité est un facteur étiologique important ; 69,2 % des sujets avaient des parents obèses.

2° La plus importante erreur de diététique est l'absorption excessive d'hydrates de carbone ; 45 % des sujets en consommaient trop.

3° L'obésité atteint son degré individuel dans les cinq premières années ; la durée de l'obésité n'a que peu d'influence sur la corpulence.

4° Contrairement à ce que l'on croit, il y a plus d'obèses excités (59,7 % que flegmatiques (10,4 %).

5° Les obèses sont très fréquemment voués à la lithiase biliaire.

6° Le régime seul donne une perte d'un kgr. par semaine.

7° Le corps thyroïde ne remplace pas le régime, mais il peut le renforcer.

8° La longue durée de l'obésité n'est pas un obstacle au succès du régime.

9° Un régime hypocalorique a un effet constipant.

10° Le traitement discontinu permet une légère reprise de poids.

(D. M. Dunlop et R. M. Murray Lyon. A study of 523 cases of obesity. *Edinburgh Médical Journal,* octobre 1931.)

Circulation

La biochimie du sang dans l'artériosclérose cérébrale présente un très grand intérêt pour l'étude de la pathogénie de l'artériosclérose ; l'attention est principalement concentrée sur l'échange cholestérineux, car la teneur en cholestérine augmente dans l'artériosclérose ; on a remarqué aussi une surcharge du sang en calcium et en sucre.

Les modifications biochimiques ont été étudiées chez 50 artérioscléreux, dont six femmes et 44 hommes, répartis d'après leur âge : deux de 28 ans, 11 de 30 à 40 ans, 22 de 40 à 50 ans et 14 plus âgés.

L'artériosclérose était à son début ; les symptômes neurologiques (maux de tête, affaiblissement de la mémoire, etc.) étaient très typiques ; la syphilis était sérologiquement exclue ; il y avait fréquemment des antécédents éthyliques. La pression artérielle entre 98 et 220 millimètres, les chiffres les plus élevés s'observant chez les malades les plus âgés.

La teneur en cholestérine varie dans d'assez larges limites : supérieure à la normale dans vingt cas, inférieure dans sept cas ; il n'y a, comme on l'a dit à tort, aucun parallélisme entre la tension artérielle et la teneur en cholestérine.

Le calcium est en excès dans 18 cas, en déficit dans un cas

le potassium est en augmentation dans 34 cas, en diminution dans deux cas. Le coefficient de Loebe rapport entre Ca et K) présente des oscillations normales.

La teneur en sucre est supérieure à la normale dans dix cas et inférieure dans un cas ; la surcharge s'observe surtout chez les sujets âgés.

(A. E. Koulkov, V. I. Veiland et M. E. Tarnopolskaia. Sur les modifications biochimiques dans l'artériosclérose cérébrale. *Acta Medica Scandinavica*, 30 septembre 1931).

Tuberculose

La tuberculose sévit dans les campagnes de l'Olténie ; Canciulescu présente une statistique personnelle comprenant trois groupes : 1° les enfants du service de l'hôpital philanthropique de Craiova, de 1922 à 1930 ; 2° les adultes de l'Institut de physiothérapie d'Olténie, de 1922 à 1926 ; 3° les adultes de sa clientèle de cabinet, de 1923 à 1931.

Les constatations faites sont alarmantes ; on voit que 30 % des ruraux examinés présentent un tuberculose pleuro-pulmonaire active, évolutive, et que plus de la moitié succombe.

(M. Canciulescu. Tuberculoza in mediul rural al Olteniei. *Miscarea Medicala*, mai, juin 1931.)

Les formes pseudo-grippales de la tuberculose constituent un intéressant problème clinique, difficile à résoudre dans certains cas, surtout au début, où le praticien se demande s'il s'agit simplement d'une grippe thoracique plus ou moins intense ou d'un processus évolutif sournois.

Il y a beaucoup de lésions tuberculeuses qui commencent en simulant la grippe avec son cortège symptomatique (fièvre plus ou moins élevée, fatigue inappétence, amaigrissement, céphalalgie, courbature générale, etc.) ; il faut avoir présent à la mémoire ce syndrome toxique, puisqu'il masque parfois une forme grave de tuberculose.

On connaît parfaitement les relations étroites qui existent entre la grippe et la tuberculose ; la grippe est un élément causal de la tuberculose ; elle débilite l'organisme et favorise le réveil des foyers tuberculeux latents.

La grippe prépare le poumon à l'invasion et à la pullulation des germes les plus divers, en privant les muqueuses des voies respiratoires de leurs propriétés défensives naturelles, en diminuant les moyens de défense de l'organisme, ce qui en fait une affection anergisante par excellence.

Indépendamment de la grippe, il existe des manifestations symptomatiques qui la simulent et qui cependant reflètent d'une manière exclusive l'exaltation du processus tuberculeux, qui existait déjà, bien que passé inaperçu ; quand un tuberculeux déclare avoir eu de fréquents accès de grippe à des époques où cette affection n'était pas épidémique, on est en droit de penser que ces épisodes répétés et successifs représentaient des poussées évolutives de foyers tuberculeux.

Le cas suivant est curieux. Une famille composée de trois frères et d'une sœur, allant de 17 à 32 ans, contracte la grippe au moment où l'épidémie est la plus forte. Trois d'entre eux présentent l'accès grippal caractéristique (température élevée céphalgie, trachéo-bronchite, etc.) ; chez le dernier le cadre clinique est différent : fièvre modérée (37° 5 à 37° 9), toux moins accentuée, céphalée légère, inappétence, surtout asthénie profonde, qui est le symptôme dominant.

Les antécédents héréditaires sont bons ; les parents sont vivants bien portants ; un frère est mort, mais dans un accident de chemin de fer. Comme antécédents personnels, la rougeole à dix ans, une blennorragie à vingt.

Ce tableau clinique si peu clair déconcerte et, malgré le foyer épidémique familial, on pense à une évolution tuberculeuse du sommet droit (submatité, diminution du murmure vésiculaire, râles fins), mais la famille croit simplement à une forme grippale plus légère. Huit jours après tout le monde est rétabli sauf le malade en question.

Une radiographie confirme les soupçons : infiltration du sommet et de la région sous-claviculaire, avec adénopathie hilaire marquée.

(F. Garcia Trivino. Las formas seudogrippales de la tuberculosis pulmonar. *Revista Espanola de Tuberculosis*, oct. 1931.

La coexistence de la tuberculose et des caries multiples, contractée chez 10.000 sujets, met en relief l'importance du facteur décalcification, qui joue un grand rôle comme cause prédisposante.

Il y a lieu de croire que ce n'est pas le bacille de Koch qui trouble le métabolisme du calcium, mais que c'est la décalcification qui prépare le terrain au bacille de Koch.

La flore microbienne buccale n'est pas la cause de la décalcification dentaire, mais elle trouve dans la décalcification les conditions qui favorisent ses effets pathogènes.

(Antonio Gongora Duran. La décalcification como causa prédisponente de la tuberculosis y caries dentarias. *Siglo Medico*, 3 octobre 1931).

La chimiothérapie a donné à Uzed Moreira de S. Paulo un succès remarquable dans un cas de tuberculose pulmonaire et laryngée.

En août 1930, il reçoit, de la part de Mattos Barreto, un homme de 50 ans, pesant 48 kgr. pour une taille de 1 m. 70 et porteur du diagnostic suivant : Infiltration de la corde vocale supérieure droite et de la région aryténoïdienne correspondante. Le radiologiste, Cabello Campos, signale une infiltration disséminée uniformément (forme miliaire aiguë) et une lésion cavitaire du sommet droit. Fleury da Silveira y trouve l'expectoration positive. La vitesse de sédimentation est de 45 minutes d'après la méthode de Linzenmeier.

Ce cas, d'un assez mauvais pronostic, a été amélioré en six mois, d'une façon inespérée, par un traitement énergique, dont l'aurothérapie représentait l'élément essentiel.

Le solganal a été injecté, par voie intraveineuse et une fois par semaine, aux doses progressives suivantes : un centigramme, cinq, dix et vingt-cinq centigrammes, dose maximum qui a été maintenue pendant toute la durée du traitement.

(Uzeda Moreira. Um caso de tuberculose pulmonar e laringea aos 6 mezes de chimiotherapia. *Brasil-Medico*, 12 septembre 1931).

Pédiatrie

Les hyperthermies de l'enfance demeurent souvent obscures ; cela tient à ce que la régulation thermique est troublée beaucoup plus facilement que chez l'adulte, pour les raisons les plus banales : exercice physique violent, longue promenade, infection légère ; tout redevient normal avec la même rapidité.

Si, chez l'adulte le problème se limite à l'étude des fébricules, chez l'enfant le champ est plus étendu, puisqu'il existe conjointement des élévations thermiques brusques et intenses, généralement fugaces, dont l'interprétation reste énigmatique.

La première question qui se pose est la suivante : Faut-il considérer comme de la fièvre toute augmentation de température ? Les auteurs varient à ce sujet ; ils sont à peu près d'accord cependant sur le fait qu'une température rectale de 38° ne représente pas nécessairement de la fièvre.

En dehors des fébricules qui se rencontrent aussi chez l'adulte, il y a les fièvres essentielles, ou soi-disant telles, que l'on attribue tour à tour à la croissance, aux poussées dentaires, au système nerveux, sans raison bien valable.

Les fébricules d'origine tuberculeuse sont plus rares que chez l'adulte, la tuberculose infantile étant souvent apyrétique.

(Federico Gonzalez Deleito. Las hipertermias inexplicadas en la infancia. *Siglo Medico*, 13 juin 1931).

L'épidémie de rougeole, qui a sévi, en janvier et février 1930, à la Crèche de Saint-Vincent-de-Paul, à Québec, s'est révélée d'une malignité désastreuse : un tiers de décès.

A. Jobin prononce un réquisitoire courageux et violent contre les crèches, contre leur organisation, contre leur principe : « Le seul fait d'accumuler des nourrissons crée des conditions d'insalubrité générale qui s'oppose au développement normal de l'organisme. »

L'encombrement a pour conséquence le manque de personnel nécessaire ; les nourrissons restent trop couchés, ce qui entraîne l'hypostase. La crèche est en outre le refuge des débiles, des tarés, des syphilitiques. Les nourrissons vigoureux et pleins de santé survivent à tout, il se fait une sélection.

Une maladie infectieuse quelconque se propage avec la plus grande facilité dans un tel milieu.

Les conclusions de l'auteur valent d'être citées pour leur netteté, leur franchise, leur valeur :

« *Je n'aurais pas entrepris la narration de cette épidémie hospitalière, s'il ne se dégageait quelques considérations d'ordre pratique que je crois utile de signaler. Autrement elle aurait été stérile.*

« *La première, c'est qu'on ne doit pas placer un enfant de famille dans une crèche : c'est un milieu dangereux. Pendant que, dans une famille privée, cet enfant a neuf chances sur dix de survivre dans sa première année d'existence, dans une crèche il ne lui en reste plus que cinq ou six. Dans une maison privée l'air est meilleur, les conditions hygiéniques sont aussi meilleures et surtout le danger de contagion est beaucoup moindre. Advenant une maladie contagieuse, cet enfant à sept ou huit fois plus de chances d'en guérir.*

« Deuxièmement, il faut se rappeler que les complications pulmonaires, qui sont si fréquentes dans la rougeole, sont non seulement mortelles dans la proportion de 5 à 70 %, mais surtout très communicables... D'où la nécessité absolue d'isoler un cas ainsi compliqué dans une chambre spéciale, appelée « Boxe » en France. C'est le seul moyen d'empêcher la propagation de ces cas graves. Malheureusement il n'y a pas de ces « Boxes » à la crèche. Aussi ce fut un désastre à ce point de vue.

« Et ce qui découle pour ainsi dire des deux considérations précédentes, c'est qu'on ne doit pas envoyer à l'hôpital un enfant atteint de maladie contagieuse, à moins que cet hôpital de contagieux ne soit pourvu de boxes ou de chambres séparées pour chaque malade. »

(A. Jobin. Historique d'une épidémie de rougeole à la « Crèche ». *Bulletin Médical de Québec*, avril 1931.)

Petite chirurgie.

Le traitement des fistules, congénitales ou accidentelles, donne lieu à bien des déboires ; aussi l'idée ingénieuse de Roberto Restrepo, de Manizales, doit-elle être signalée.

16 fistules à *sécrétion pathologique*, une fistule sans sécrétion ont été traitées par des injections de solution sclérosante de quinine et d'uréthane avec 17 succès. Une seule injection peut suffire et la guérison se produit en quelques jours.

L'auteur a fait construire une seringue spéciale dont l'extrémité est un cône métallique, dont la base a un centimètre de diamètre et le sommet un demi-millimètre ; cet instrument, introduit dans l'orifice de la fistule, permet d'obtenir la pression nécessaire, sans reflux de liquide ; mais une seringue ordinaire et une aiguille suffisent pour obtenir de bons résultats.

(Roberto Restrepo. Nuevo tratamiento de las fistulas por las sustancias esclerosantes. *Revista Medica de Colombia* juin 1931.)

Varia

La grande majorité des malades, qui déclarent souffrir de l'estomac, n'a pas d'affection gastrique (L. B. Neal, de Jackson, Mississipi).

La grosse difficulté pour l'otologiste, et partant pour le médecin, c'est de poser le diagnostic de la mastoïdite en temps opportun (Albert Barraud de Lausanne). J. Lafont.

« En France, même pour un grand médecin, un professeur de médecine, le chic suprême est d'être appelé monsieur, par ses étudiants mêmes. » (André Thérive, *L'Œuvre*.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Un cas de paludisme autochtone

MM. Mouriquand, Sedallian et Lyonnet (Société médicale des hôpitaux de Lyon, 23 juin 1931), relatent l'observation d'un jeune garçon de 13 ans, traité dans leur service pour polynévrite diphtérique et qui au cours de son séjour, a présenté des accès paludéens typiques avec présence de *Plasmodium vivax* dans le sang, et rapidement jugulés par la quinine. Or ce jeune garçon n'avait jamais quitté la France et on ne retrouve dans ses antécédents qu'un court contact avec un oncle paludéen de guerre et un séjour de quelques mois au voisinage des Dombes. De toutes façons, il s'agit bien d'un cas de paludisme autochtone.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Une pommade anesthésique : le Percaïnal

On voit immédiatement de quoi il s'agit : une pommade dont le principe anesthésiant est la Percaïne, cette substance douée d'une puissance anesthésique énorme, puisqu'elle est dix fois celle de la cocaïne ou de la novocaïne. Et non seulement cette puissance anesthésique de la percaïne est dix fois plus élevée, mais encore l'insensibilisation par elle procurée se prolonge 4 à 5 fois plus dans le temps. Ce sont là des conditions particulièrement bonnes pour la réalisation d'une pommade anesthésique, qui doit avoir parmi ses qualités d'être efficace d'abord, et que son action ne soit point fugace, reproche que l'on peut faire à la plupart de celles actuellement existantes. Il ne faut pas, non plus, qu'une telle pommade soit toxique, ni qu'elle renferme des substances stupéfiantes correspondant à la législation du tableau B, puisqu'elle doit être généralement utilisée plus de sept jours et être mise entre toutes les mains. Ce sont là encore des qualités que possède le Percaïnal.

Ses indications sont larges, mais nous ne nous y étendrons pas beaucoup puisqu'elles découlent immédiatement de son mode d'action. Mentionnons, toutefois, que grâce à son excipient, en partie résorbable en partie couvrant, le Percaïnal réalise un excellent pansement des lésions cutanées. Analgésié, ne sollicitant plus par le prurit ou la douleur le grattage ou les attouchements du malade, le tégument peut se réparer sous la couche protectrice dont il le revêt, et ainsi guérir beaucoup mieux et plus rapidement que sous tout autre topique. Le malade n'est plus torturé par l'insomnie, il repose, et, de ce fait, sa nutrition également se trouve améliorée, d'où guérison plus facile des troubles trophiques et des lésions ulcérées.

Parmi les affections où l'action du Percaïnal est le plus favorable, citons les diverses variétés d'eczéma, surtout ceux à forme aiguë avec poussées paroxystiques, les dermites professionnelles des blanchisseuses, les intertrigos, le prurigo prétibial, les dermites variqueuses, l'herpès et le zona, l'impétigo à sa période de cuisson et dans ses formes fissurées, tous les prurits, y compris ces cas assez désespérants de prurit sénile, de prurit anal et vulvaire, où le traitement symptomatique est de rigueur et où il est le seul, avec le Percaïnal, à procurer de longues heures de calme et de répit.

Dans les hémorroïdes enflammées, les fissures anales, les crevasses du sein, les brûlures, l'action calmante et insensibilisante du Percaïnal n'est pas moins précieuse.

Cette pommade, au total, anesthésique et antiprurigineuse, antiphlogistique et astringente, est un médicament externe qui, dans la multitude des affections cutanées, complète admirablement les prescriptions causales internes, parce qu'elle calme la douleur et le prurit, libère le psychisme du malade de l'obsession de son mal, lui évite d'y ajouter l'aggravation du grattage, lui permet le repos et le sommeil et, par là, le place dans les meilleures conditions pour guérir.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

Les concours des hôpitaux devant le Parlement. (Chambre des députés, 1re séance du 16 février 1932, *J. O.*, 17 février.)

. . . .

M. Louis MARIN. — Puisqu'il n'y a pas eu de discussion générale, je voudrais à propos du premier chapitre intéressant le choix des médecins dans les services de l'assistance de l'Etat, des départements et des communes, présenter une observation d'ordre général à ce sujet. Quand une commune, un département ou l'Etat choisit, pour un service public, un médecin ou un chirurgien, ce choix doit être exclusivement dicté par ses qualités professionnelles, par son intelligence, sa culture médicale et son dévouement. Personne ne le conteste, pas plus que personne ne conteste la grandeur du rôle dévolu à ces praticiens et la nécessité de la confiance que les malades, et tous les déshérités, doivent avoir en eux pour qu'ils puissent accomplir leur tâche avec le maximum d'efficacité. Or, depuis dix ou douze ans, plus exactement depuis la guerre, dans les différents services de l'assistance, le choix des médecins a donné lieu à un certain nombre d'incidents dont quelques-uns, très graves permettaient de craindre que la capacité ou le dévouement professionnel ne fût pas toujours la raison du choix effectué. Pour l'affirmer, je ne m'appuie pas seulement sur des faits bien connus et qui se multiplient, mais sur l'aveu que comportent les mesures officiellement prises pour lutter contre le favoritisme et le triomphe de l'incompétence. Dans beaucoup de cas, par exemple, le règlement des concours a été changé à la suite d'incidents. A l'Assistance publique de Paris, pour le concours le plus élevé — celui de médecin des hôpitaux — on a pu cons-

tater que chacune de ces modifications avait pour but d'obvier, dans l'avenir, à un scandale passé ou à une nomination sujette à critique. Je ne dis pas qu'on y ait réussi ; j'y trouve du moins la justification des craintes manifestées à propos de choix si importants, effectués dans des conditions qui ne semblent pas offrir toute la sécurité nécessaire. Il ne faut pas, en effet, que le titre de médecin des hôpitaux ne soit recherché que pour le dehors. Il ne faut pas que ces concours soient seulement suspectés de favoritisme ou de négligence. Or, on n'a pas réussi jusqu'ici, malgré d'innombrables changements depuis douze ans, à établir un règlement de concours — et dans les autres domaines il en est de même — qui satisfasse notre désir d'équité et de sincérité.

La preuve en est dans les contradictions qui foisonnent dans le dernier règlement de ce grand concours que je prends comme type, le concours des hôpitaux de Paris. Actuellement, il y a trois concours : l'un de médecin, l'autre, de chirurgien, le troisième de médecin spécialiste. Ils ont des règlements différents, basés sur des principes distincts, sinon opposés.

Pour les médecins des hôpitaux, par exemple, on a cru, pour parer à certains inconvénients, devoir instituer deux jurys distincts : l'un pour l'admissibilité, l'autre pour la nomination définitive. On a introduit le principe de l'anonymat à toutes les épreuves d'admissibilité. L'admissibilité est définitive après deux admissibilités. En ce qui concerne les lecteurs des copies — puisque ce sont des lecteurs spéciaux qui lisent les copies à la place des intéressés plus ou moins inconnus — on en est arrivé à prendre les internes des hôpitaux. Pour le concours de chirurgien des hôpitaux, il y a aussi deux jurys ; l'anonymat est partiel aux épreuves d'admissibilité ; il n'y a que l'admissibilité définitive ; on prend comme lecteurs les jeunes chirurgiens des hôpitaux. Enfin, au concours de spécialiste des hôpitaux, il y a aussi deux jurys ; l'anonymat est partiel aux épreuves d'admissibilité, pas d'admissibilité définitive et, comme lecteurs, des internes des hôpitaux non spécialisés. Ces détails — je pourrais en donner beaucoup d'autres — montrent que le règlement d'importance capitale du concours des hôpitaux de Paris, est remanié perpétuellement, et cela pour faire face à des incidents où il apparaît que ce n'est pas toujours la compétence professionnelle qui préoccupe le jury. On a même pu dire que ce concours était devenu, en réalité, une élection dont le résultat était connu d'avance dans la plupart des cas. En outre, nous sommes très loin, devant de tels règlements, de pouvoir considérer en toute confiance que leurs modalités aient été bien choisies pour éviter toute fraude, tout favoritisme et pour mettre les meilleurs au premier plan. Ces pratiques se sont répandues un peu sur tout le territoire. Je me permets donc, sans plus de détails, de vous suggérer, Monsieur le ministre, de prescrire à l'un de vos services une étude des conditions de ces nominations et de ces concours...

M. Alexandre LEFAS. — Très bien !

M. Louis MARIN. — ... de façon à ne pas les laisser entièrement aux mains des municipalités ou des départements. Si excellentes que puissent être leurs intentions, ils risquent de méconnaître les données de l'expérience la plus élémentaire. Il finirait ainsi par se produire de véritables scandales. En tout cas, si cela continue, vous n'aurez plus l'assurance d'avoir, dans les services publics, des médecins de valeur professionnelle certaine. Je souhaite que cette étude nous donne des résultats qui soient rassurants. Mais des événements récents montrent qu'il est urgent d'y porter remède pour empêcher, dans une profession où la valeur individuelle est capitale, le développement de l'incompétence professionnelle et du favoritisme. (*Applaudissements sur de nombreux bans.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le ministre de la Santé publique.

M. LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — J'ai été saisi, il y a quelques semaines, des faits qu'a signalés l'honorable M. Marin, et qui intéressaient l'Assistance publique de Paris. Or, au point de vue de l'organisation des concours, l'Assistance publique de Paris ne dépend pas directement du ministre de la Santé publique. Cependant, les arrêtés de nomination des médecins et chirurgiens des hôpitaux devant être signés par lui, il a, de ce fait, un droit de regard certain sur les conditions du concours.

Je remercie M. Marin de m'avoir signalé une anomalie qui peut justifier des réclamations. Je continuerai à veiller, comme je le fais depuis de longs mois, à ce qu'il y ait de la méthode et de la discipline dans les nominations de médecins des hôpitaux pour l'ensemble du pays. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Marin.

M. Louis MARIN. — Je ne veux pas rappeler en ce moment des faits scandaleux qui ont déjà fait l'objet, depuis dix ans, de plusieurs demandes d'enquêtes et qui manifestent un grand changement dans la mentalité de tous ceux, à quelque degré que ce soit, qui sont chargés de procéder à des choix évidemment difficiles et délicats, mais desquels toute possibilité de favoritisme et d'insuffisance doit être exclue. Il s'agit d'un domaine sacré où ni l'un ni l'autre ne sont admis par personne. Pour me contenter, en ce moment, de l'exemple que j'avais pris, celui du concours si important, des médecins des hôpitaux de Paris, une enquête avait été ordonnée à ce sujet à la demande de notre collègue M. Denais. Mais les enquêteurs se

sont heurtés à l'autonomie des services d'assistance communaux et départementaux, comme l'indiquait M. le ministre de la Santé publique. Cette autonomie, dont le principe est excellent, ne doit pas empêcher une tutelle du ministère de la Santé publique, surtout quand les événements montrent qu'elle est nécessaire pour éviter des scandales. Il n'y aura personne en France pour ne pas condamner, je le répète, le favoritisme dans le choix des médecins et, par suite, leur incompétence. (*Très bien, très bien.*)

Servitude et grandeur du médecin de campagne. — *Une page du Dr Gil. Robin, extraite de* Servitude et grandeur médicales, Revue des vivants (*janvier et février* 1932.)

« ... Le Docteur Broche est médecin de campagne. Il est resté célibataire. Il vient à Paris pour les grandes occasions : l'Exposition universelle, les Arts décoratifs, l'Exposition coloniale. Il descend toujours chez Béliard, qui ne tolèrerait pas qu'il en fît autrement. Broche est de quelques années plus jeune que Béliard. Il l'a connu autrefois externe, à l'hôpital Bichat. Aussi Béliard appelle-t-il en riant son vieux camarade : « Mon élève... mon seul élève... »

Broche n'est jamais content. Il se décharge près de Béliard des griefs qu'il a accumulés contre sa clientèle :

« ... On me réveille une nuit pour un enfant qui étouffe. Je mets des heures à parcourir des kilomètres dans le brouillard. J'arrive au bourg et ne trouve pas la maison. Je cogne chez plusieurs paysans endormis qui m'injurient et me renseignent mal. A une lueur, je reconnais enfin la demeure de la maladie. » C'est le croup. Sans mot dire, je me hâte. Je n'aperçois ni le père, ni la mère qui sont confondus dans l'obscurité de la pièce. A la lumière d'une lampe Pigeon, je pratique la trachéotomie, mais il est trop tard. Le petit meurt à l'aube. Harassé de fatigue, je reviens chez moi. J'étais fier et triste. Fier d'avoir fait mon devoir. Triste de n'avoir pu empêcher un malheur.

« A quelque temps de là, j'envoie ma note, très modeste, car il s'agissait de gens modestes. Le père arrive, pénètre dans mon cabinet et m'insulte. Il me déclare qu'il ne paiera pas.

« Je dis que ce n'est pas juste, que j'ai roulé toute la nuit, que j'ai fait l'impossible pour sauver son enfant, qu'il m'a soufflé des fausses membranes au visage, que j'aurais pu attraper la diphtérie.

« Je suis couvreur, m'a-t-il répondu, je répare les tuiles sur n'importe quel toit. Quand j'ai mal posé les tuiles et qu'il pleut dans la maison, on ne me paie pas. »

Qu'aurais-je ajouté ? Je l'ai laissé filer. Et il est parti la conscience tranquille.

Broche est toujours remonté : « ... Tenez, pas plus tard que l'autre jour, pour éprouver son jugement, je demande à une maman qui me présente son jeune idiot, mais là un vrai idiot :

« Il est intelligent votre enfant ?

« Savez-vous ce qu'elle m'a répondu ?

« Je pense bien, docteur, il a déjà eu deux méningites. »

« Vous n'êtes pas content ? Mais c'est très amusant ! Mais c'est classique ! Ah ! toujours jeune ce vieux Broche !

Broche hausse les épaules. La bouche est dégoûtée :

— Et cet hémiplégique, continue-t-il, emporté par sa fureur, cet hémiplégique qui m'a injurié et qui a claqué les portes parce que je lui proposais une prise de sang ? Ça vous fait rire ? On ne vous eng.... jamais vous ?

— Moi ? fait Béliard étonné. Je ne crois pas. Je ne m'en aperçois pas.

— Et ce gosse rachitique qui marche comme un canard et que sa mère ne fera pas soigner parce que, dit-elle fièrement, le père a aussi les jambes arquées, et le rebouteur qu'on m'oppose ; et le curé qui guérit les cancéreux, c'est-à-dire déconseille toute intervention et envoie ses malades *ad patres* ; et les trois familles bien pensantes qui m'ont lâché parce que ma gourde de petite bonne — qui n'a pas seize ans — s'est fait engrosser par un garçon du pays... Amusant... Amusant... Vous en parlez

à votre aise... Ce qui m'étouffe, c'est la bêtise, ah ! mon cher dans cette région, lourde, épaisse, insoulevable ...

— Mes clients, à moi, ne sont pas bêtes. »

Broche, une fois de plus, hausse les épaules :

« Et la solitude ? Vous ne la connaissez pas, vous, la solitude ? La solitude dans le désert, chez les sauvages, enfin toutes les solitudes, ce n'est rien, c'est normal ; mais au sein même des hommes, et des hommes de mon pays, de mon sang ! Et comprenez-moi bien, ce n'est même pas qu'ils soient pour la plupart inintelligents... Certains sont sans doute très intelligents. Mais cette bêtise qui les recouvre, cette mort de toute chose...

... Savez-vous le seul regard humain que je rencontre avec plaisir ? C'est celui de mon chien qui m'attend dans mon auto. Et la seule conversation un peu déliée, possible enfin, devinez avec qui je peux la tenir ? Avec mon garagiste. Oui, mon vieux, mon garagiste... »

Réponses aux questions posées par les parlementaires

La gallophobie d'un « potard » de Marienwerder (Prusse). — M. J. Gaudefroy-Demombynes, dans un article consacré à la crise allemande et paru dans *La Grande revue*, rapporte le fait suivant :

« ... Les Français (ville de Marienwerder) n'y sont pas en odeur de sainteté, ainsi que le prouve cette annonce d'un pharmacien dans le journal local du 15 août 1931 : *Die Wiechsel* :

Fourmis, cafards, puces, Français, Polonais et bestioles de même engeance sont anéantis par la poudre « Sicherol ». Dose (la boîte) 80 pfennig, droguerie..... rue ......, etc.

Le nombre des cures thermales accordées aux militaires, pensionnés de guerre, pendant l'année 1931. — 14420. — M. Rivière demande à M. le ministre de la guerre : 1° quel est le nombre de cures thermales gratuites et externes accordées pour la saison 1931 dans les différents établissements thermaux ; *a*) aux militaires et marins *en activité* ; *b*) aux militaires et marins en *non activité* ; *c*) aux pensionnés de guerre bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ; 2° quel est le montant des dépenses occasionnées à l'Etat pour cures thermales pendant l'année 1931 ; 3° quelles sont les prévisions budgétaires de 1932 pour ce même objet. (*Question du 8 décembre* 1931.)

Réponse. — 1° Le nombre de cures thermales gratuites et externes accordées pour la saison 1931 dans les différents établissements thermaux militaires se détaille comme suit : cures avec hospitalisation gratuite : militaires et marins en activité 1.229 ; militaires et marins en non activité ou retraités : 529 ; pensionnés de guerre bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 : 5.010 ; *cures externes* : militaires et marins en activité : 199 ; militaires et marins en non activité ou retraités, 140 ; pensionnés de guerre bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 : 878 ; 2° le montant des dépenses occasionnées à l'Etat pour cures thermales pendant l'année 1931 s'élève à 5.108.910 francs ; 3° la dépense ci-dessus est supportée par divers départements ministériels tels que les Pensions, la Marine et la Guerre. En ce qui concerne le département de la Guerre, les services ci-après concourent à la dépense : *a*) service du génie (construction et amortissement des bâtiments ; *b*) service de l'intendance (solde des médecins militaires ; solde, habillement et couchage des infirmiers militaires) ; *c*) service de santé (alimentation des infirmiers militaires et des malades, médicaments et pansements, traitements des personnels civils). Dans ces conditions, il n'est fait, aux budgets de ces services, aucune prévision spéciale pour les hôpitaux thermaux, dont les dépenses sont fusionnées avec celles de même nature aux divers chapitres auxquels elles se rapportent. (*J. O.*, 17 février 1932.)

L'Etat paie trop tardivement les honoraires des médecins phtisiologues. — 14.832. — M. Jean Montigny demande à M. le ministre des Finances quelles mesures il se propose de prendre afin que soient réglés les honoraires et frais de déplacement des médecins phtisiologues assermentés, chargés de pratiquer les examens généraux et d'établir les certificats des candidats aux congés de longue durée pour tuberculose et à une fonction administrative de l'Etat ; ajoute qu'en application de l'article 51 de la loi des finances du 30 mars 1929, les conditions de rémunération de ces médecins ont été fixées par la circulaire du 28 juillet 1931, et que ces praticiens n'ont pu obtenir encore le règlement des honoraires qui leur sont dus par le Trésor depuis plus de deux ans. (*Question du 14 janvier* 1932.)

Réponse. — Toutes dispositions ont été prises pour que les honoraires et frais de déplacement susvisés soient ordonnancés et payés aussitôt que les mémoires produits en vue de la liquidation de la dépense auront été correctement établis et la liquidation elle-même régulièrement effectuée.

FONDÉ EN 1873. — N° 11 — LE NUMÉRO : 50 Centimes — 12 MARS 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

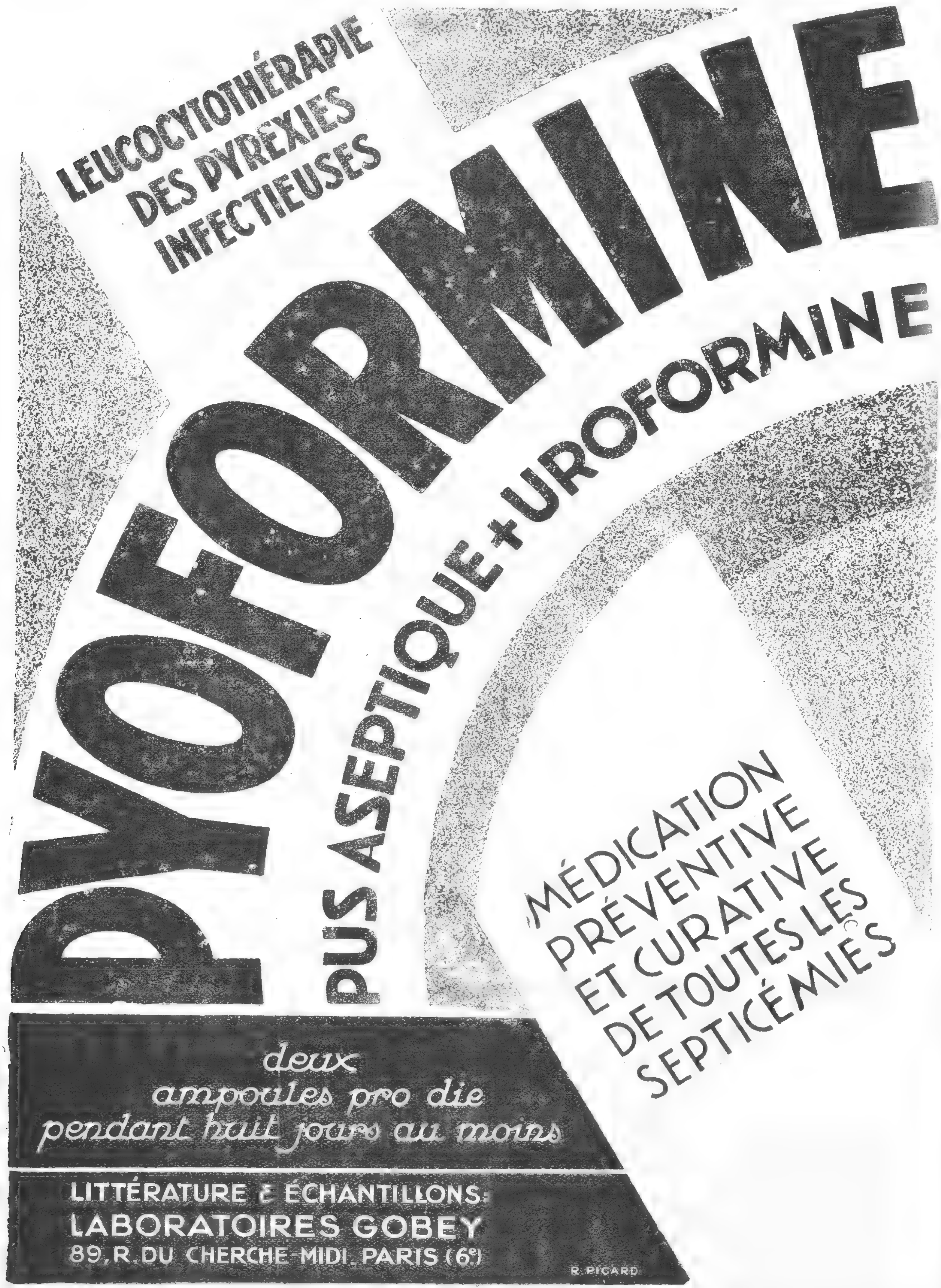
ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE-MIDI, PARIS (6e)
R. PICARD

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 1er mars. — M. JOANNIDÈS. Le cycle génital de la femme dans la pratique gynécologique. — M. KOHN. La césarienne abdominale dans l'éclampsie. — M. LE GALL. A propos du traitement de la grossesse interstitielle. — M. GUILLOT. Des formes graves d'arthrites aiguës post-traumatiques du genou. — M. THOMAZI. Le médecin de l'assurance sociale dans nos départements alsaciens.

2 mars. — M. MURIDSANY. A propos d'un cas de pouls lent permanent. — M. FAVRE. Contribution à l'étude du traitement des infections méningococciques chez l'enfant. — M. MENDAILLES. Les bases physiologiques de la calcithérapie.

5 mars. — M. WECHSLER. Le traitement des septicémies par les dérivés de l'acridine. — M. CASANOVA. Remarques sur l'épidémiologie du paludisme en Indo-Chine. — M. MOUGIN. Les complications neurologiques du syndrome de Keypel-Feil.

1er mars (Thèses vétérinaires). — M. FLAMENT. Staphylodémodécie canine. Rôle des lavages et des bains dans la généralisation de l'affection. — M. SUZEAU. Elevage au Niger. « La lutte contre la peste bovine (1925-1926). »

8 mars. — M. BOHOSIEWICZ. Etude comparative sur les examens sérologiques de la syphilis. — M. DE PERETTI DELLA ROCCA. Les arthrites micro-traumatiques. — M. STEINER. Etude de la méningite à bacille de Pfeiffer chez l'enfant. — M. SLUCKI. Etude de la maladie de Ritter, dermatite exfoliatrice du nouveau-né. — M. MARMASSE. Le service social auprès des cardiaques à l'hôpital Broussais.

9 mars. — M. MUHLRAD. Avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne transpéritonéale basse. — M. PETIT. Assurances sociales et consultations prénatales. — M. FOLLIASSON. Etude sur l'anatomie chirurgicale des glandes parathyroïdes.

10 mars. — M. FANG. L'hémolythographie. — M. LABIGNETTE Traitement des fractures de l'humérus par la méthode ouatée (travail du service du docteur Dujarier). — M. STREICHER. Contribution à l'étude des métastases rachidiennes des cancers du sein.

9 mars (Thèses vétérinaires). — M. DINDINAUD. Variabilité des formes cliniques du rouget. — M. REICHENSHAMMER. La paratyphose du pigeon et son traitement. — M. BANSSE. Réglementation de la vente des viandes en Basse-Normandie et particulièrement à Honfleur pendant l'ancien régime et la période révolutionnaire.

Clinique médicale thérapeutique de la Pitié (Professeur F. RATHERY.) — *Leçons du dimanche sur les thérapeutiques nouvelles.* — Une série de dix conférences sur les *thérapeutiques nouvelles* sera faite à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, le dimanche, à 10 h. 1/2, à partir du 10 avril 1932.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — 10 avril, M. le Professeur RATHERY : Les régimes chlorurés et déchlorurés. — 17 avril, Docteur FROMENT, assistant de la clinique : Le traitement des ulcères digestifs. — 24 avril, M. le Professeur L. BINET : Le traitement des asphyxies. — 1er mai, Docteur DEROT, ancien interne des hôpitaux : Le traitement de l'asthme. — 8 mai, Docteur Maurice RUDOLF, chef de clinique : Le traitement des colites. — 22 mai, Docteur E. BOLTANSKI, chef de clinique : Le traitement des périviscérites. — 29 mai, Docteur Germaine DREYFUS-SÉE, chef de clinique : Les stérols irradiés en thérapeutique. — 5 juin, Docteur KOURILSKY, chef de clinique : Le traitement des abcès du poumon. — 12 juin, Docteur Julien MARIE, chef de clinique : L'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire. — 19 juin, Docteur MOLLARET, chef de clinique : Le traitement de la paralysie générale.

Ces conférences sont libres.

Hôpital de la Pitié. — *Cours de clinique thérapeutique médicale.* (Deuxième semestre. Professeur F. RATHERY.) — M. le Professeur F. RATHERY fera son cours de clinique thérapeutique, tous les jeudis, à 11 heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital.

Leçon de policlinique thérapeutique par le professeur tous les lundis à 11 heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital.

Tous les autres jours, à 11 heures, conférences de clinique thérapeutique avec le concours de MM. BOLTANSKI, DEROT, Mlle DREYFUS-SÉE, de MM. KOURILSKY, LARGEAU, Julien MARIE, MAXIMIN, MOLLARET, Maurice RUDOLF, SIGWALD, THOYER.

Tous les lundis, mercredis, vendredis de 9 heures à 9 h. 1/2, conférences élémentaires de séméiologie et de thérapeutique par les chefs de cliniques et les internes.

Tous les jours, visites dans les salles de 9 h. 1/2 à 11 heures.

Consultations externes, assistant, Docteur FROMENT : le mardi et le vendredi, à 9 heures, maladies de la nutrition ; le mercredi à 9 heures, maladies des reins.

Examens radiologiques : le mercredi et le samedi, sous la direction du Docteur PIFFAULT, assistant radiologique.

COURS DE PERFECTIONNEMENT. — I. *Les thérapeutiques nouvelles* : Dix conférences qui auront lieu le dimanche à 10 h. 1/2 à partir du 10 avril 1932, à l'amphithéâtre des cours de la Pitié (ces conférences seront libres).

II. *Maladies du rein* : Cours de perfectionnement du 31 mai au 11 juin 1932. Leçons théoriques et exercices de laboratoire.

III. *Le diabète sucré* : Cours de perfectionnement qui aura lieu en octobre-novembre 1932.

Des affiches spéciales donneront des renseignements détaillés au sujet de ces cours.

Centenaire du Professeur Alfred Fournier (Paris, 8-12 mai 1932.) — PROGRAMME. — Dimanche 8 mai, 10 h. 30 : Assemblée générale de l'Union internationale contre le péril vénérien, au Ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, Paris, XVIIe.

Lundi 9 mai, 9 heures : Inauguration de l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XVIe), par M. le ministre de la Santé publique. — 14 h. 30 : à l'hôpital Saint-Louis, ouverture de la Conférence internationale de défense sociale contre la syphilis. Exposition de produits et d'appareils. — 17 heures : Réception à l'Hôtel de Ville.

Mardi 10 mai, 11 h. 30 : à l'hôpital Saint-Louis, inauguration des nouveaux bâtiments de la clinique de la Faculté de médecine. — 17 heures : Séance de la Société française de sérologie appliquée.

Mercredi 11 mai, 11 h. 30 : Visite de la Cité universitaire sous la direction de M. André Honnorat, sénateur, ancien ministre de l'Instruction publique. — 14 h. 30 : A l'hôpital Saint-Louis, séance de clôture de la Conférence internationale. — 16 heures : Inauguration du Musée d'histologie de l'hôpital Saint-Louis, sous la présidence de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique. — 17 h. 30 : Réception offerte par le Comité du centenaire.

Jeudi 12 mai, 9 heures : Séance de la Société française de

dermatologie et de syphiligraphie à l'hôpital Saint-Louis. — 15 heures : Cérémonie du Centenaire d'Alfred Fournier à la Sorbonne en la présence de M. le Président de la République. — 17 heures : Réception à l'Elysée. — 20 heures : Banquet par souscriptions.

Toute la correspondance doit être adressée à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, secrétaire général du Comité du centenaire, 44, rue de Lisbonne, Paris, VIIIe.

Concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 2 juin 1932, à 9 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. le docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 heures à 17 heures, du vendredi 6 mai au mercredi 18 mai 1932, inclusivement.

Fondation J.-B. A. Chauveau.— On nous prie de rappeler qu'une fondation scientifique distribuant annuellement un prix de 2.000 francs, non divisible, a été créée par les élèves et les amis du Professeur A. Chauveau auprès de la Faculté de médecine et de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon.

Le prix J. B. A. Chauveau est destiné à récompenser les médecins ou les vétérinaires français ou ressortissants sans conditions d'âge ou de fonctions, auteurs de travaux d'anatomie des animaux domestiques, d'anatomie humaine ou comparée, de médecine expérimentale ou comparée, de physiologie normale ou pathologique, de bactériologie générale, spéciale ou appliquée, ainsi qu'à soulager des infortunes sociales vétérinaires ou médicales.

En l'absence de travaux scientifiques dignes d'être récompensés, le jury pourra décerner le prix Chauveau à un chercheur qui n'aurait pas fait acte de candidature.

Le prix J. B. A. Chauveau a été attribué pour l'annee 1931 *à la Section scientifique vétérinaire* et décerné à M. G. Ramon, directeur de l'Institut Pasteur de Garches et auteur de travaux universellement estimés.

Le prix pour 1932 *est réservé à la Section médicale.* En conséquence, les candidats médecins sont invités à faire parvenir dès maintenant leurs travaux, en double exemplaire, sous pli recommandé, au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon, 8, avenue Rockefeller, à Lyon, jusqu'au 15 octobre 1932, dernier délai de présentation.

Les travaux seront présentés au jury sous le nom de leur auteur. Ils devront être manuscrits lisibles, dactylographiés ou imprimés, originaux, inédits ou publiés dans le cours des cinq années précédant la date de la clôture du registre de réception des travaux postulant le prix. Ces travaux ne devront pas avoir été récompensés antérieurement. Les travaux en collaboration sont admis.

Ligue française contre le rhumatisme. — *Assemblée générale et réunion scientifique de printemps.* (Lundi 14 mars 1932.) — 10 heures : Hôpital Necker (consultation du Dr Hagueneau). Séance de présentation de malades : M. H. Hagueneau et Gally. La radiothérapie des affections rhumatismales. — 16 heures : Assemblée générale de la Ligue sous la présidence du Professeur Bezançon, à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris. — 17 heures : Séance scientifique. Il ne sera accepté de communications que sur le sujet mis à l'ordre du jour au prochain Congrès de la Ligue internationale contre le rhumatisme : 1° Sujet clinique : *a)* Les symptômes initiaux des rhumatismes chroniques ; *b)* rhumatisme et tuberculose ; 2° Sujet médico-social : Rhumatisme et profession.

Prière de s'inscrire dès maintenant auprès du Docteur Justin Besançon, 2, rue Guynemer, à Paris.

Un dîner amical réunira les membres de la Ligue, le même soir, à 20 heures au restaurant Calvet, 165, boulevard Saint-Germain, à Paris (prix 35 francs). Prière d'adresser son adhésion au Dr Justin Besançon.

Nécrologie. — Docteur François Arnaud, de Marseille, 131, cours Lieutaud, médecin honoraire des hôpitaux, professeur honoraire à la Faculté. — Docteur Julien Isay, de Pantin, 1, rue Etienne-Marcel. — Dr A. E. E. Reboul, de Chatel-Guyon, décédé à Cannes. — Dr Griffiths, physicien anglais, décédé à Cambridge, à l'âge de 80 ans.

« On a construit des laboratoires splendides, ruisselant de lumière et d'électricité, et pourvus d'appareils compliqués et merveilleux. Cependant Lavoisier, Pasteur, Würtz, Claude Bernard, Marey, Curie ont fait leurs fécondes découvertes dans des taudis. Et je me demande anxieusement si ce luxe des laboratoires n'entraîne pas l'indigence des idées. L'avenir dira si cette crainte est paradoxale. » (Charles Richet. Réflexions sur la science. *La Revue des Deux Mondes*, 1er novembre 1931.)

BIBLIOGRAPHIE

Le livre des plus de soixante ans, par les Drs Pierre BOULOUMIÉ et Maurice BOIGEY. Un volume in-16 broché, prix : 44 francs. Albin Michel 22, rue Huyghens, Paris, XIVe.

Quiconque veut subsister jusqu'au terme de ses jours, sans connaître l'amertume des disgrâces physiques et des tristesses du cœur, doit s'y prendre à temps.

Le *Livre des plus de soixante ans* sera leur bréviaire.

Ce que doivent être les jours, les nuits, la table, les travaux, les exercices des vieillards s'y trouve indiqué. Les maladies qui peuvent les atteindre y sont décrites et leur traitement y est donné.

Ce livre est une somme de l'hygiène physique et morale de l'homme moderne qui, ayant longtemps vécu, désire, jusqu'au bout, goûter la douceur des jours.

Encyclopédie par l'image. La grande guerre 1914-1918, 115 illustrations. Un volume in-8°, sur papier de luxe, couverture en 4 couleurs, broché : 5 francs. Librairie Hachette.

Grande, certes, cette guerre l'a été par sa durée, par la masse des belligérants par l'ampleur des opérations, par l'immensité et l'éloignement de ses théâtres, par son horreur, et aussi parce qu'elle a porté à leur paroxysme les vices et les vertus de l'âme humaine.

Grande, elle l'a été sans doute bien d'avantage par ses conséquences, que l'on entrevoit à peine. Du moins est-il déjà possible d'affirmer qu'avec elle s'achève une époque pour l'univers et s'annonce l'aube de temps nouveaux.

Tout Français voudra donc lire, conserver le raccourci puissant et admirablement illustré qu'en donne, après un recul de quinze à vingt ans, ce nouveau fascicule de l'« Encyclopédie par l'Image ».

Troppmann, par Pierre BOUCHARDON. Un volume in-16 broché, impression sur vélin supérieur. Prix 15 francs. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris (XIVe).

L'affaire Troppmann a fait frissonner toute une génération. Accompli aux portes même de Paris, dans les mois qui précédèrent la guerre de 1870, ce crime en plusieurs actes dépasse en horreur tout ce que l'imagination peut concevoir. Une famille entière — huit personnes — exterminée et enterrée par un scélérat de vingt ans que certaines lectures pervertirent et que la cupidité poussa ! Lui seul combina tout, exécuta tout, un assassinat en appelant d'autres. Il n'employa même que des armes fragiles, la difformité de ses pouces ayant suffi à une besogne d'étrangleur.

En écrivant l'histoire de cette cause célèbre, l'auteur a pu ne jamais s'écarter de la vérité judiciaire. Un hasard favorable l'a servi, car le dossier criminel est le seul que les incendies de la Commune n'aient pas anéanti en 1871.

Anthologie littéraire du Corps médical. — *La Revue des indépendants* va faire paraître une *Anthologie littéraire du Corps médical*, ouverte à tous les praticiens littérateurs. Cette anthologie comprendra une notice biographique sur chaque auteur, son portrait en hors texte et des extraits de ses œuvres littéraires, sociologiques ou para-médicales. Ecrire, pour tous renseignements, à la direction de la *Revue*, 143 *bis*, Promenade des Anglais, Nice.

Les trois couleurs de la lumière, par Hélène DUFAU. Illustré de planches en couleurs. Volume in-8°, sur beau papier de Charavine (tirage limité) : 15 fr. « Les œuvres représentatives », 41, rue de Vaugirard, Paris.

Une femme, un peintre, met ici sous nos yeux le secret plus intime de la lumière cosmique, tel qu'il est envisagé par la science actuelle des radiations, et tel qu'il nous a été transmis par la grande tradition humaine.

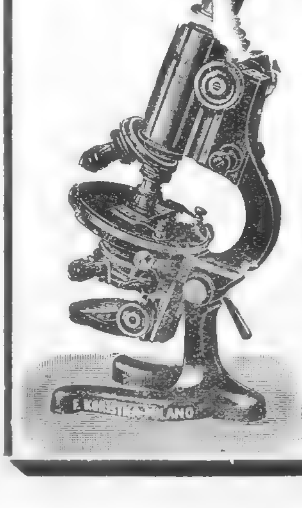
Les agents physiques dans le traitement des maladies nerveuses, par Henri SCHÆFFER et Elio BIANCANI. Un volume de 190 pages (Collection médecine et chirurgie pratiques), 20 francs. Masson et Cie, éditeurs 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'introduction de la physiothérapie a changé du tout au tout l'évolution et le pronostic de certaines affections du névraxe. Qu'il suffise de rappeler le rôle des rayons de Rœntgen dans le traitement de la syringomyélie ou des algies ; celui des courants diathermiques dans la poliomyélite aiguë ; l'action de l'ionisation dans certaines névralgies.

Ce livre est destiné au praticien, les auteurs ont voulu simplifier et clarifier toutes les connaissances qu'il lui est indispensable de connaître dans ce domaine. On y trouvera exposés, à côté de procédés désormais classiques communément employés, des procédés à l'étude dont les premiers résultats méritent de retenir l'attention.

Pour chaque affection envisagée l'exposé du traitement est précédé d'une brève description clinique. Les auteurs ont également rapporté brièvement les données de l'électro-diagnostic dans les affections pour lesquelles leur connaissance offre le plus grand intérêt.





TRAVAUX ORIGINAUX

Sur deux nouvelles méthodes radiographiques et leur importance dans l'exploration du système cardio-vasculaire

Par MM. N. KISTHINIOS et V. DAVYDOFF

La radiologie cardiaque, basée sur deux techniques excellentes, l'orthodiagraphie et la téléradiographie, se présente actuellement comme un admirable édifice, capable de donner au clinicien des renseignements utiles et souvent précis.

Toutefois, la radiographie cardiaque actuelle n'est basée en réalité que sur l'étude statique du profil du cœur ; elle ne nous donne des renseignements quesur les deux dimensions de cet organe et il faut bien admettre que les procédés proposés jusqu'à présent, et ayant comme but d'étudier la troisième dimension ne nous fournissent que des renseignements partiels.

L'imperfection de la radiographie classique pourrait peut-être diminuer par l'introduction de la stéréographie spéciale, c'est-à-dire de la télestéréographie, en profil et en projection oblique.

Mais le cœur est un organe mobile par excellence et toutes les méthodes que nous avons citées, gênées par cette mobilité, se bornent à nous donner des résultats qui sont basés sur un aspect statique de cet organe.

Dans ces derniers temps, deux méthodes nouvelles ont été envisagées capables de compléter les méthodes classiques, dont personne ne peut discuter ni l'utilité ni l'excellente maniabilité, et de nous fournir des renseignements souvent extrêmement intéressants.

Nous tâcherons de donner une courte description de ces méthodes, en insistant particulièrement sur les avantages qui pourraient résulter de leur application pour les cliniciens.

* * *

La densographie. — Dans l'utilisation diagnostique d'un cliché radiographique, deux éléments nous intéressent : la forme des images et les degrés de leur opacité. Jusqu'à présent, si nous doutons du pouvoir de notre perception visuelle pour préciser la forme et les dimensions d'un organe, nous pouvons recourir à la mensuration ; mais, si nous voulons juger les degrés d'opacité d'une image radiologique, nous sommes encore obligés de faire confiance à notre appréciation subjective. Il est évident que celle-ci ne peut nous renseigner que très médiocrement. La densographie nous en donne la preuve.

Cette méthode, en effet, nous permet d'obtenir, sous forme d'un graphique, les différences de densité du cliché, qui passeraient absolument inaperçues. Elle est introduite dans la pratique courante par Pl. Stumpf et se trouve basée sur ce fait bien connu que l'opacité d'une image radiologique est fonction du poids atomique et du volume de l'objet examiné. Si le poids atomique reste constant, chaque variation de volume se traduit sur l'image par une variation de l'opacité.

En regardant une radiographie du cœur, notre première impression est celle d'une opacité homogène ; par conséquent, nous ne pouvons avoir aucune idée de la profondeur et du degré de remplissage des différentes parties de cet organe. Si, par une méthode quelconque, nous pouvions mettre en évidence, dans cette teinte en apparence homogène, des variations d'opacité, ces différences devraient correspondre à des variations de volume et de remplissage.

Or, ces différences doivent exister et elles existent en réalité. Elles doivent exister, car un organe comme le cœur, présentant des épaisseurs variables, laisse passer des quantités de rayons différents, ces rayons influencent la pellicule photographique d'une manière proportionnelle à leur quantité. Si ces différences assez petites ne sont pas observées par notre œil, cela est dû à son imperfection. Mais ces différences n'en existent pas moins et la technique de Stumpf nous permet de les préciser.

Voici cette technique :

Un faisceau de lumière, concentré par un système d'optique, tombe sur une cellule photo-électrique en passant par le film radiographique et surtout par la partie du film dont nous cherchons à préciser le degré d'opacité.

La cellule photo-électrique devient le siège d'un courant qui est enregistré au moyen d'une corde galvanométrique, dont les mouvements sont photographiés comme dans l'électrocardiographe. Le papier photo-sensible et le film se trouvent sur le même chariot. La courbe enregistrée traduit exactement les différences de transparence du cliché sur la ligne densographiée. L'appareil utilisé par Stumf est automatique et fonctionne de telle manière qu'en mettant le film et le papier sensible sur le chariot, et en faisant fonctionner l'appareil, on obtient, dans le délai de 10 minutes, la courbe densographique de la partie du film examinée.

Il est évident que, pour obtenir un densogramme parfait, il faut utiliser seulement de bons clichés.

Sur la courbe densographique, la hauteur de la courbe traduit le degré de transparence du cliché (l'opacité de l'objet radiographié).

Ainsi dans la fig. 1, chaque courbe correspond aux modifications de la densité de la ligne respective figurant sur le cliché du cœur.

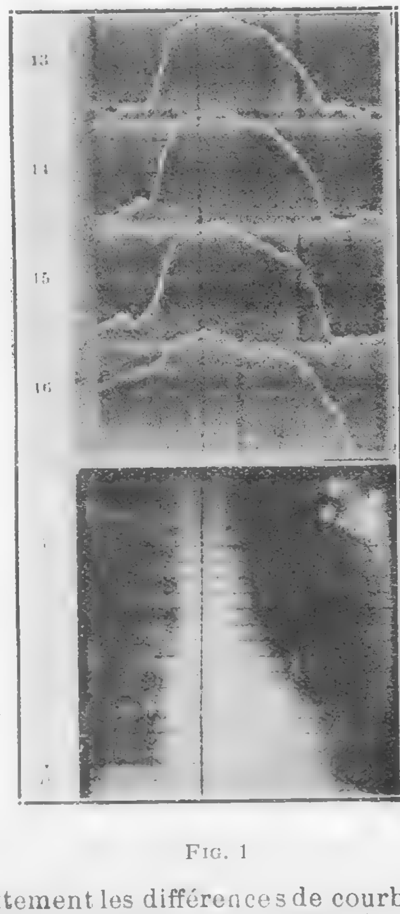


FIG. 1

On voit nettement les différences de courbe dans diverses lignes, qui montrent que la profondeur de l'organe est variable aux différents niveaux.

Néanmoins, l'interprétation des courbes obtenues par la densographie des lignes horizontales nous paraît très difficile. Nous pensons qu'il serait plus utile de modifier la technique de la façon suivante :

On déterminera d'abord la densographie d'une ligne partant du point D jusqu'au point G, ainsi on obtiendra une courbe que nous proposons d'appeler « courbe densographique de la base du cœur », correspondant, en effet, aux deux orifices auriculo-ventriculaires.

On étudiera ensuite la densographie des ventricules, en inscrivant les courbes des lignes parallèles à cette première ligne jusqu'à la pointe.

Il est à noter que, pour densographier toute la région ventriculaire, dégagée de l'ombre très gênante de la colonne, il faut que la téléradiographie soit prise dans une légère OAD.

Les lignes horizontales, d'après nous, ne doivent être conservées que pour l'étude de la densographie des grands vaisseaux, car, même la densographie des oreillettes, d'interprétation très délicate, à cause des multiples superpositions, doit être faite également sur des lignes parallèles à la ligne basale.

Dans ces conditions, la densographie pourra nous fournir des renseignements utiles.

La distinction des hypertrophies et des dilatations des différentes cavités cardiaques pourra être faite plus facile-ment. Et sur les clichés en oblique intéressant les différentes parties de l'aorte, on pourra peut-être mettre en évidence les plaques athéromateuses localisées, qui ne sont pas toujours découvertes par l'examen à l'œil nu.

*
* *

La seconde méthode que nous nous proposons de passer en revue est la kymographie. Cette méthode a comme but l'inscription du mouvement des diverses parties du contour cardiaque, comme aussi les mouvements des bords des grands vaisseaux, sur un cliché pris par une méthode spéciale.

Cette méthode n'est pas tout à fait nouvelle. Déjà, en 1912, Sabat a obtenu un tracé capable de donner des renseignements sur le mouvement d'un point du contour cardiaque, photographié à travers une fente et enregistré sur une pellicule tombante. Des tentatives analogues ont été faites par Fort et Rosenthal (1912), Crawe (1916), Cohn et Stewart (1924), Knok (1925) et par Stemkom et Westermann (1926). Mais il faut reconnaître que la solution du problème de représenter des aspects *dynamiques* du corps vivant a été obtenu tout dernièrement par Stumpf, qui a inventé la kymographie de surface, consistant en un radiogramme fait à travers un système de diaphragmes de fentes parallèles, dispersées sur toute la surface du radiogramme.

Ce système de diaphragmes consiste en une plaque de plomb du format du radiogramme, avec des fentes parallèles placées entre elles avec une certaine distance choisie. Un appareil spécial fut construit, ayant pour but de mettre en mouvement la grille ou la pellicule radiographique avec la vitesse nécessaire.

Ce mouvement de la grille ou de la pellicule est effectué au moyen d'un électromoteur. La vitesse du mouvement, effectué par un pignon et des rhéostats, est réglable (environ de 2, 3 secondes à une minute, pour la distance de 12 mm.).

L'appareil peut être suspendu, comme l'écran, sur tous les supports usuels ou au plafond avec un poids.

Les kymoradiogrammes obtenus diffèrent selon que la grille ou la pellicule ont été mises en mouvement.

Si la grille se déplace, des barres de lumière du faisceau des rayons totaux passent à travers les fentes de la grille et parcourent, dans le corps du malade, un chemin qui correspond à l'intervalle d'une fente à l'autre de la grille. Les parties inertes sont alors représentées comme dans tout radiogramme usuel. Les parties *mobiles* sont enregistrées continuellement avec le mode de leur mouvement. Si au contraire la pellicule est déplacée pendant que la grille reste immobile, la grille n'emporte, sur le négatif du corps du malade, que les lignes qui correspondent aux fentes immobiles de la grille. Le mouvement des contours des organes est enregistré, sur la pellicule mise en mouvement, sous la forme d'un escalier. Les parties inertes tracent des lignes droites, les parties mobiles des courbes, tandis que les parties qui se trouvent dans l'ombre des barrages de plomb ne sont pas enregistrées sur la pellicule.

La kymoradiographie ne présente aucune difficulté. Le kymoradiogramme du cœur se fait comme un radiogramme banal. La charge de l'ampoule est de 50 mA.-70 Kv. eff., pendant 3 secondes avec distance foyer-plaque normale.

Cette charge est à la portée de chaque appareil radiologique et de chaque ampoule ; pendant les 3 secondes, on reçoit 3, 4 pulsations du cœur.

La fig. 2 montre l'aspect d'une kymographie du cœur. On distingue très nettement la systole de la diastole, comme le montre le schéma.

L'intérêt de la kymographie consiste dans la possibilité de différencier les diverses parties de l'ombre cardio-médiastinale, car les battements s'inscrivent sur le film sous la forme de diverses courbes dont le contour forme des arcs et des crochets de différentes formes, par exemple :

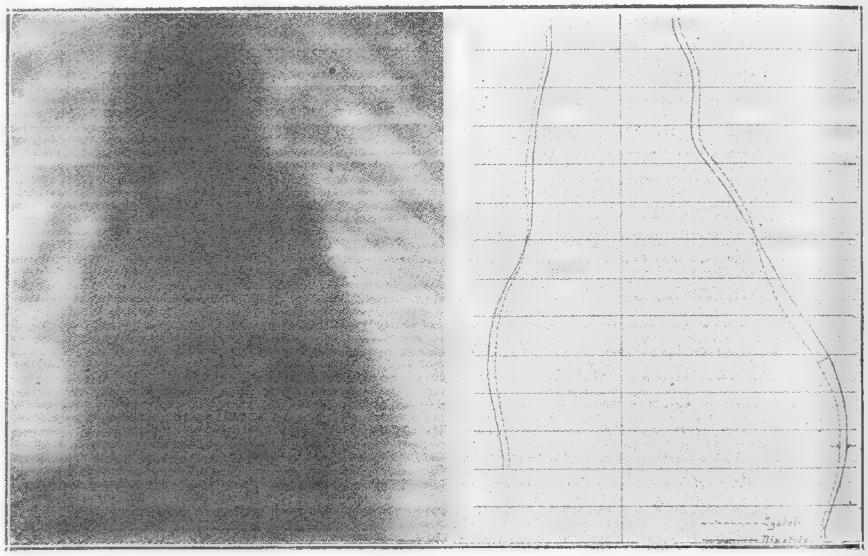


Fig. 2

La pointe du cœur donne un arc avec courbure uniforme ; le ventricule gauche donne un arc avec crochet, à branche montante plus douce que la branche descendante ; les vaisseaux (aorte ou pulmonaire) donnent des arcs à branche montante brusque et à branche descendante douce ; les oreillettes et les veines donnent un crochet double pendant une seule révolution cardiaque ; le premier crochet est transmis par le mouvement ventriculaire, le deuxième correspond à la diastole.

La kymographie peut fournir aussi des renseignements intéressants sur l'action des substances employées en thérapeutique sur la forme contractile du cœur. Les troubles du rythme pourraient également être étudiés par cette méthode, car il est évident que l'électrocardiographie nous fournit des résultats très précis et certainement supérieurs. Le seul trouble du rythme qui pourrait être étudié par la kymographie est, d'après nous, l'alternance du cœur, car on sait que ni l'électrocardiogramme, ni les inscriptions graphiques habituelles ne nous fournissent souvent la possibilité d'enregistrer la différence des contractions cardiaques au cours de cette arythmie.

L'urobilinurie doit être mesurée sur l'urine de 24 heures plusieurs jours de suite. Si au bout de ce temps la quantité journalière a été supérieure à 30 milligr., il est possible d'affirmer que l'intégrité hépatique n'est pas complète. (Marcel Roger. L'urobiline à l'état normal et pathologique. Masson, édit.).


AUVERGNE THERMALE
la Bourboule
Enfants-Ganglions . Anémie
Voies Respiratoires
Peau . Paludisme . Diabète
Chatel Guyon
Chlorure de Magnésium (1gr 85pl)
Intestin . Foie . Colibacillose
Entérites Infantiles et Coloniales
le Mont-Dore
Asthme . Emphysème
Bronchites . Nez . Gorge
Royat
Coeur . Artères
Hypertension
Troubles du Sympathique
St Nectaire
Maladies des Reins
Anémies . Gynécopathies


Gallois & Cie
LYON
PARIS
Appareils pour Traitements
par
AGENTS PHYSIQUES
ULTRA-VIOLET
INFRA-ROUGE
Electrodes en Quartz

Considérations sur l'activité générale du nourrisson

Par le Dr SCHACHTER (Nancy)

La question de l'activité du cortex du nouveau-né et de celui du nourrisson présente un intérêt très grand pour l'étude de la médecine infantile mais les difficultés sont encore très grandes, pour pouvoir dire quelque chose de décisif en cette matière trop délicate. Ceci explique pourquoi la littérature concernant cette question est encore assez pauvre.

Il est vrai que des expériences sur l'animal ont été faites, et certains auteurs ne se sont pas sentis gênés à transporter au domaine humain, des enseignements tirés des animaux de laboratoire, comme le chat et le chien. Nous ne disons pas que ces expériences sont dénuées de valeur. Ce qu'il faut faire c'est observer seulement l'enfant, et tirer des observations faites, des conclusions qui cette fois, malgré leur imperfection, inhérente aux études en cette discipline, auront la valeur d'un fait purement humain.

On est d'accord à refuser au futur être tout mouvement actif dans l'utérus maternel. Or, des observations de Peiper, il semble que cette affirmation ne doit plus être si catégorique. Cet auteur qui a étudié d'une façon très minutieuse la physiologie cérébrale du nourrisson, a montré que mettant au repos des femmes enceintes pendant les derniers mois de la gestation, on peut en provoquant des bruits sonores assez forts (après avoir averti la mère des expériences que l'on poursuit) déceler assez nettement des mouvements chez le fœtus *in utero*. Peiper est sobre d'explications, mais il relate l'existence du fait. Il cite aussi le témoignage de femmes très instruites, qui lui ont raconté avoir perçu des forts mouvements du fœtus pendant des auditions musicales très bruyantes. Personnellement, nous n'accordons nulle importance à ces faits, très criticables, mais nous restons réservés en ce qui concerne cette autre remarque de Peiper, qui ajoute que la répétition tend à faire disparaître ces mouvements en quelque sorte « réactifs » du futur être humain.

Nous savons que les mouvements du fœtus sont de type lent, tonique et influencés par des agents venant du placenta. Citons parmi ces agents l'anoxémie maternelle, l'adrénaline, la strychnine et aussi les rayons X (Lhermitte). On a aussi, montré l'existence de mouvements de succion et de déglutition, actes moteurs, très compliqués dans leur jeu physiologiques, déjà *in utero* (Feldman).

D'après Lhermitte, l'enfant né prématurément, présente des mouvements d'ordre réflexe qui peuvent être mis en évidence par l'excitation cutanée de la région cervicale et de l'appareil labyrinthique.

Tout ce que nous venons de dire concernant l'enfant *in utero* ou le prématuré, indique bien que l'on ne peut pas parler encore chez eux d'une activité cérébrale proprement dite, car les anencéphales sont capables des mêmes réactions.

Passons maintenant au nouveau-né normal, c'est-à-dire celui qui n'a pas connu les dégâts de l'application du forceps (Waitz).

A la naissance, le nouveau-né, a changé la vie de relative inactivité avec une vie dorénavant active. La nourriture ne lui arrivera plus de façon automatique, il sera obligé de la chercher, de la déglutir et plus encore, il apprendra à rejeter le mamelon artificiellement humecté d'une solution amère par exemple. Il sera obligé de se défendre contre le froid en mettant en œuvre des réactions comme le frisson, etc. C'est dire que la vie externe va stimuler la sortie à la lumière d'une série d'actes multiples qui ont pour but (si l'on admet un finalisme en biologie) de lui permettre l'adaptation de plus en plus adéquate aux nouvelles conditions. En effet, comment la vie serait-elle possible sans le déclenchement de ces actes moteurs élémentaires ?

Il est vrai que ceci il peut le faire même s'il n'a pas de cortex. En effet, les anencéphales étudiés par Edinger et Fischer, sont capables de déglutir de façon très satisfaisante, ils font des mouvements corrects de succion, ils crient. Ces monstres peuvent même répondre par des mouvements aux excitations tactiles (Lhermitte). Ceci ne nous paraît pas neuf, mais quand Lhermitte dit que le nouveau-né est sourd, anosmique, agueusique, se comportant seulement de façon automatique (réflexe) quoique, à cela, se relie quelques réactions très imparfaites et de caractère instinctif, il semble pouvoir être contredit par des observations faites dans des conditions assez rigoureusement scientifiques. Il est vrai que l'opinion de Lhermitte ne fait que suivre nos connaissances classiques déjà anciennes, basées en grande partie sur les expériences faites chez des animaux.

A notre modeste savoir, c'est surtout le Professeur Peiper, de Berlin, qui a consacré une série d'études dans le but de préciser ou de soumettre à un contrôle très serré, les opinions concernant l'activité cérébrale du nourrisson et du nouveau-né (peut-être aussi celle que l'on pourrait appeler activité psychique, tout en donnant à ce mot une compréhension aussi scientifique que possible). Peiper fut à notre savoir le seul à montrer la valeur de la leçon instructive que nous donne l'examen méthodique et patient du nouveau-né et du nourrisson. Les psychologues à leur tour ont su tirer des enseignements très intéressants de leurs observations faites sur des mêmes sujets.

Déjà Küssmaul avait étudié les réactions du nouveau-né aux excitations sensorielles. Après lui, Preyer un psychologue de grande valeur, a eu la curiosité de noter journellement l'évolution psycho-cérébrale de son enfant, mais ce fut surtout cet homme si génial et méthodique, que fut le Professeur Heubner, qui a su entrevoir l'intérêt de l'étude globale de cette question.

En effet, les histologistes et les embryologistes avaient nié toute possibilité fonctionnelle au cerveau du nouveau-né, se basant surtout sur leurs constatations microscopiques. On sait que c'est seulement après la myélinisation que l'on accordait aux centres nerveux la capacité de pouvoir fonctionner. Or, des observations faites dans des circonstances assez rigoureuses, ont montré que cette constatation n'est pas inébranlable. Paneth a montré que l'écorce des jeunes chiens était excitable, alors que l'examen histologique du territoire excité montrait une absence de myéline. Les neurologistes russes C. O. Vogt aboutissent aux mêmes conclusions. Comme la maturation du système nerveux est trop sujette à la variation, Peiper croit que ce serait une erreur, de vouloir baser nos opinions sur l'absence ou non de la myéline. Les études de chimie du système nerveux ont d'ailleurs montré que les rapports entre le fonctionnement cérébral et la composition chimique sont beaucoup plus complexes, qu'on ne le croyait au début, et ainsi l'argument histologique passe un peu dans un plan secondaire (Tilney et Rosett).

A Peiper, et aux autres chercheurs comme Lowenfeld, Preyer, Shinn, Canestrini, Genzner, Demetriades, etc., la meilleure méthode d'étude et d'observation fut celle de regarder ce qui se passe avec le petit patient qu'ils étudiaient.

Il est vrai que l'étude de ces enfants est très difficile. Il faut éliminer d'abord les enfants ayant subi des traumatismes pendant leur naissance. Peiper croit que les meilleurs sujets pour l'étude sont les enfants venus au monde par césarienne, car ceux-ci, ont subi selon Peiper, le minimum de traumatisme de naissance possible.

Il ne faut pas oublier en plus que l'irritabilité du petit sujet est très inégale dans le temps et il est banal de répéter qu'il lui faut souvent une excitation assez forte pour le faire abandonner le sein de sa mère. Il faut donc que le sujet soit au repos, dans une chambre tranquille, éloignée de tout bruit et de sa mère. Or, ces conditions ne sont pas toujours facilement réalisables.

Une fois ces précautions prises, on n'a qu'à commencer les expériences. Remarquons encore que cette façon de faire est très clinique, car elle ne pose pas le petit sujet dans des conditions spéciales, non réalisées dans la vie de chaque moment. L'étude faite dans ces conditions ne force en rien la réalité des choses. Naturellement, cette façon de faire peut s'appliquer aussi bien pour l'étude du nouveau-né, que pour celui du petit prématuré.

Peiper a montré que malgré la différence qui existe entre le prématuré et le nouveau-né à terme, en ce qui concerne l'imperfection physiologique fatale en quelque sorte, il n'y a pas une différence sensible entre eux en ce qui concerne leur excitabilité et activité cérébrale. Il est intéressant de suivre la voie sur laquelle les auteurs cités ont fait leurs observations si belles. Nous savons que les respirations du nouveau-né prématuré sont très irrégulières comportant même des crises d'apnée, étudiées par beaucoup d'auteurs et par Peiper aussi Nous pouvons encore avancer que ces crises, sont en rapport avec une insuffisance ou une inadaptation (à cause de son état fœtal) du centre nerveux de respiration. D'autre part nous savons qu'une excitation quelconque est capable de modifier le type respiratoire ; ceci est valable jusqu'à un certain degré chez l'adulte aussi.

Basé sur ces faits, Peiper, fixe une capsule (tambour) de Marey au thorax du prématuré qu'il étudie et déclenche des excitations sonores, tactiles (piqûres) ou lumineuses. Il est facile à comprendre que les modifications de la respiration incrites sur le cylindre seront témoins très fidèles de la réaction aux excitations perçues. La précaution initiale à prendre est de laisser (après avoir fixé le tambour) l'enfant au repos pour s'habituer à l'appareil. Avant de commencer l'expérience, on inscrit la respiration normale pour la comparer ensuite avec celle qui suit aux excitations déclenchées. Nous avons déjà dit que les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que l'on obtient en expérimentant sur des enfants nés normalement et à terme. Avant de passer à l'analyse des résultats obtenus par les auteurs cités, disons dès maintenant que toutes les constatations ont été confirmées par Epstein et Rominger.

L'étude du nouveau-né nous montre déjà au premier abord, que la réponse à une excitation peut être locale ou générale. Locale quand il ferme ou rétrécit la pupille à l'entrée d'un rayon de lumière par exemple, générale, quand il est excité sur n'importe quelle région sensible de la surface de son corps. Nous avons dit tout à l'heure que parmi les réactions générales aux excitations, il y a aussi une modification rapide du type de sa respiration. A une forte excitation ou à un simple attouchement, il réagit en rapprochant les membres du corps. On comprend que la réussite des expériences demande que le petit sujet soit au calme parfait ; les cris l'empêcheraient de percevoir les excitations de façon bien nette, et les résultats seront inutilisables.

Nous passerons maintenant en revue les réactions dont sont capables ces sujets. Commençons avec l'appareil de la vision.

Fermés presque toujours, les yeux du nouveau-né s'ouvrent quand la lumière est douce et faible. Un rayon de lumière tombant sur l'œil, la pupille se rétrécit et l'occlusion palpébrale se fait comme chez l'adulte. Il est à remarquer que l'invasion brusque de lumière ne se limite pas à déclencher la réaction locale ; tout le corps s'en ressent et l'on verra une contraction qui rapproche les quatre membres du tronc. Il n'y a pas encore de ptose palpébrale réflexe quand on fait un geste de menace en face du petit sujet, et il ne peut pas encore suivre des yeux un objet que l'on promène devant ses yeux. Pour Preyer, la possibilité de suivre un objet se fait seulement aux environs du troisième mois. Cathala donne le même chiffre d'âge. Nous mêmes avons pu observer en nous mettant dans des conditions très superposables à celles de Peiper, que l'objet peut être suivi déjà à l'âge de trois à quatre semaines. Nous avons répété plusieurs fois l'expérience et avons obtenu la même réaction. Donc l'âge où le nouveau-né est capable de faire un mouvement coordonné semble pouvoir être modifié.

On sait qu'à la naissance et quelques semaines encore après la naissance les yeux roulent dans des directions opposées et de façon indépendante, chose qui donne le strabisme bien connu. Preyer qui fixe à trois mois l'aptitude de faire des mouvements coordonnés, dit que certains nouveau-nés peuvent coordonner leurs mouvements oculaires déjà dès les premiers jours après la naissance. L'établissement chez ces êtres de l'existence de mouvements coordonnés veut dire mettre en évidence chez eux un rudiment de volonté au sens le plus pur de ce mot.

Dans une belle étude sur le mouvement en haut des yeux, Ed. Bramwell (Edinbourg) dit entre autres : « J'ai remarqué plusieurs fois chez ces enfants, une tendance à diriger les globes en haut de façon à mettre à nu la sclérotique, avec chute de la paupière en même temps. Mon impression est que cela est un mouvement de coordination bien défini et qui existe déjà à la naissance ; M. Kennedy qui a étudié sur ma recommandation la même question aboutit aux mêmes conclusions ». Quant à l'interprétation de ces mouvements, Bramwell, tout en reconnaissant leur nature coordonnée, ajoute qu'ils sont inférieurs et innés.

Le strabisme physiologique et le manque de mouvements de coordination est attribué par Berberich et Wicher aux petites hémorragies causées par le traumatisme de naissance, mais leur opinion n'est plus soutenue et l'on peut plutôt parler d'une faute de fonction, qui s'installe seulement plus tard. On a montré que, contrairement à ce qui se voit plus tard, la dilatation pupillaire réflexe par excitation externe n'existe pas encore (Pfister) et l'hippus physiologique manque aussi (Peiper).

En ce qui concerne la perception des couleurs, la majorité des auteurs est d'avis qu'elle s'installe assez tardivement. Néanmoins, Krasnogorsky, à l'aide de l'étude des réflexes conditionnels, a montré que dès l'âge de cinq à six mois, la distinction du rouge et du blanc est parfaitement possible. Chez des enfants moins âgés, les résultats ont été nuls. Donc à un âge inférieur de cinq à six mois, la fixation de réflexes conditionnels est irréalisable.

A l'imperfection dans laquelle se trouve l'œil chez le nourrisson très jeune encore, nous voulons ajouter un mot concernant une glande annexe de l'œil, avant de passer plus loin dans notre exposé. En effet, la glande lacrymale est active chez le nouveau-né déjà à la naissance, mais le petit crie malgré cela sans verser des larmes. Il est vrai que Darwin avait observé un nourrisson qui versait des larmes en criant à un âge de seulement vingt semaines. Nous ne connaissons pas d'autres observations superposables.

L'audition du nouveau-né a donné naissance à des opinions très variées. Laissons de côté l'opinion vulgaire qui admet que le nouveau-né est sourd ; rappelons ici encore une fois que Lhermitte est du même avis. La croyance concernant la surdité du petit être est née des constatations qui ont montré que la caisse du tympan n'est pas remplie d'air et que le conduit audif externe est collabé. Stilles a montré que la caisse est remplie de sérosités ; or, d'après Peiper, cela ne ferait que rendre plus fine l'audition. Tout au contraire, le remplissage de la caisse du tympan d'un exsudat au lieu de causer de la surdité causerait plutôt une audition défectueuse ou difficile.

En se mettant dans des conditions favorables, les auteurs ont pu infirmer la croyance à la surdité du nouveau-né, qui durait environ un mois après la naissance. En provoquant des excitations sonores suffisamment fortes, on a pu reconnaître que le nouveau-né les a perçues, car il réagit par une occlusion palpébrale forte, une crispation du visage et une contraction de tout son organisme. Feldbusch détermine cette réaction déjà au troisième jour. Genzner au premier et deuxième jour, Peiper

au premier et troisième jour encore, Moldenhauer dans les premières heures suivant la naissance, Sachs après cinq heures, et enfin Poli dans un cas, dix minutes après la naissance. Peiper a repris de nouveau la question et il est arrivé à la conclusion que le nouveau-né réagit nettement après la première heure suivant sa naissance. Kutwit est plus catégorique ; il résume ainsi le fait : « J'admets que certainement trois quarts des nouveau-nés réagissent dans les premières vingt-quatre heures après la naissance ». La chute palpébrale, comme réaction à la perception du son, est nettement observée quatre à huit heures après la naissance (Demetriades). Cet auteur trouve que le réflexe cochléo-palpébral des 105 cas étudiés par lui, existait déjà dans les premières trois heures qui ont suivi la naissance.

Des auteurs, comme Barany et Böcke, estiment que ces chiffres sont trop faibles. Peiper, croit qu'il faut compter aussi avec la conductibilité osseuse. En tout cas, il se dégage des faits exposés, que l'audition du nouveau-né se fait beaucoup plus précocement que ne l'admettait l'opinion classique. Naturellement, le nouveau-né ne sait pas encore diriger ses yeux du côté de la source du son.

Les auteurs qui ont exploré l'appareil labyrinthique du nouveau-né ont conclu, qu'il fonctionne. En effet, Bartel obtint un nystagmus le septième jour après la naissance, de même Alexander et ensuite Thornal. Déjà la mère, quand elle berce son petit, elle lui excite son appareil labyrinthique (Peiper).

En ce qui concerne l'impressionnabilité au toucher, Küssmaul avait déjà montré que celle-ci existe chez le nouveau-né. En effet, si l'on irrite la muqueuse nasale ou le conduit auditif, ils réagissent en faisant des mouvements des membres et des grimaces. Touche-t-on son front, il ferme ses yeux ; il les ferme aussi si l'on touche ses cils. Le toucher des lèvres ou du dos de la langue, déclenche un mouvement de succion, surtout quand l'enfant a faim. Si l'on touche la face interne de la main, elle se ferme en emprisonnant les doigts de l'explorateur ; ce réflexe, que nous étudierons plus tard, dure environ une demi-minute.

Le nouveau-né sait aussi localiser les excitations. Cela se voit en étudiant l'excitation douloureuse par piqûre avec l'aiguille. La réaction à la douleur est spéciale ; tout le corps se contracte. Cette réaction se fait d'après Genzner et Canestrini en deux secondes après l'excitation. Voilà comment Peiper a étudié la sensibilité à la douleur : il touche la peau avec l'aiguille qu'il enfonce ensuite un peu dans la peau : immédiatement l'enfant devient inquiet et fait des mouvements pour se débarrasser du corps étranger. Ces réactions sont valables si l'on touche n'importe quel endroit de la surface de son corps.

Il est curieux de noter que malgré sa sensibilité à la douleur, le nouveau-né supporte mieux que l'adulte le courant électrique (faradique) (Peiper). D'après Czerny et Westfal la sensibilité au courant électrique augmente avec l'âge.

La sensibilité à la température peut être étudiée en appliquant sur la peau un tube où l'on met successivement des liquides à des températures variables. Les réactions sont très nettes surtout au froid et se constatent par une modification de la respiration. Le prématuré présente les mêmes modifications que l'enfant né à terme ; au contraire, l'anencéphale est indifférent à la température (Lhermitte).

En ce qui concerne la gustation, on a remarqué les faits suivants : si l'on donne au nouveau-né ou bien au nourrisson des substances amères, salées, ou autrement désagréables, il réagit par une grimace et salive beaucoup. Par contre si ces substances sont sucrées, il y a comme réponse un mouvement réflexe de succion et puis de déglutition. Ces réactions sont automatiques, car les anencéphales les présentent aussi (Sternberg, Heubner, Brouwer). Lhermitte n'est pas du même avis ; en effet, il dit : « Quant aux organes de sens, ils se montrent complètement inexcitables et l'anencéphale ne réagit ni à la quinine déposée sur la langue, ni au camphre qu'on lui donne à respirer, ni aux excitations visuelles et auditives ».

L'étude de l'odorat est très difficile chez le nouveau-né et plus facile chez le nourrisson. Celui-ci réagit aux corps odorants comme pour la gustation.

L'étude de la motilité et des réflexes est très instructive, mais elle est trop complexe pour l'aborder ici. Nous nous limitons ici seulement à quelques notions très sommaires. Quand on expose le nouveau-né ou le petit nourrisson à un choc, par exemple, on observe ce que le pédiatre allemand Moro (Heidelberg) a appelé le réflexe de cramponnement (au corps de sa mère par exemple). On peut le mettre en relief, en mettant le sujet sur la table et en le frappant légèrement sur la fesse. Peiper a décrit un réflexe de posture qu'il appelle « optischer Stellreflex » (réflexe optique de posture). En effet, en faisant tomber sur les yeux du nouveau-né un rayon de lumière, il y a un rejettement de la tête en arrière, puis il s'y associe un réflexe tonique qui a comme résultat de fixer le corps dans une attitude d'opistotonos. Ce réflexe disparaît chez l'enfant plus grand, mais peut être mis en évidence chez des enfants arriérés.

En 1926, le Professeur J. Bauer a observé et décrit chez le nourrisson un réflexe qu'il a appelé « Kriechreflex ». Voilà en quoi il consiste et comment il faut le chercher. On met le nouveau-né en position abdominale sur une table. Avec sa main, l'explorateur soutient la plante du pied sans pousser le sujet ; ceci suffit pour déclencher chez le nourrisson le réflexe de Bauer qui consiste dans le fait que le nourrisson se met à ramper ; il fait des mouvements de progression, tire ou mieux avance un pied après l'autre, fait dessiner à sa colonne vertébrale des mouvements de latéralité en rapport avec sa progression en avant. Il change aussi successivement une main avec l'autre.

Naturellement, cette progression se fait de façon assez rudimentaire, mais le fait est incontestable. L'auteur dit avoir remarqué ce phénomène seulement dans les quatre premiers mois après la naissance. Au cours, et surtout après le quatrième mois, ce phénomène disparaît totalement. Peiper a, confirmé les constatations de Bauer. Ce réflexe de Bauer a en ce qui concerne la durée, a une ressemblance avec le réflexe de Moro, que nous avons traduit avec le mot de réflexe de « cramponnement » (Bauer). Ce qui est digne de noter, c'est que pour Bauer, l'existence au delà du cinquième mois de ce réflexe, dénote une atteinte du fonctionnement cérébral. Son réflexe fut trouvé existant chez des enfants plus âgés que 4 mois, mais ces enfants étaient des arriérés dans leur développement cérébro-mental. Remarquons avant de passer plus loin, que tant le « Kriechreflex » de Bauer, que « l'optischer Stellreflex » de Peiper, ont ce seul point commun intéressant (peut-être au point de vue pratique) qu'ils prétendent nous dire que leur persistance au delà d'un âge assez nettement défini, est un témoignage d'une atteinte très sérieuse du cerveau du petit enfant. Il est, je crois, superflu d'insister sur la valeur qu'aurait en clinique infantile l'exploration de ces faits pour poser des pronostics, qui parfois sont si difficiles à cet âge si fragile. L'avenir mettra en valeur ces faits qui, pour l'instant doivent encore subir non seulement des révisions et des nouvelles expériences, mais encore et surtout l'épreuve du temps.

On peut facilement déclencher le signe de Brudzinsky, en fléchissant en avant la tête (il y a dans ce cas, comme on le sait, une flexion symétrique des membres inférieurs). J'ai pu observer deux fois ce phénomène sur des nouveau-nés normaux.

Freudenberg, qui l'a étudié, le considère comme un réflexe tonique du cou : en effet, on sait que Minkowski, qui a étudié les réflexes toniques chez le nourrisson et le nouveau-né, les a trouvés déjà à l'âge de 3 à 5 mois. Ces réflexes manquent chez l'adulte et persistent seulement quand il y a des lésions de la voie pyramidale. Les ré-

◆◆◆

flexes toniques témoignent donc de l'état inachevé ou du manque de fonction de la voie pyramidale.

L'enfant arrive à reconnaître facilement le mamelon avec sa bouche. Il suffit que sa joue touche le mamelon pour qu'il tourne sa tête du côté intéressé. Ce réflexe peut être déclenché même quand l'enfant n'a pas faim.

Le réflexe de la succion, étudié avec la gustation a sa voie centripète dans le Ve nerf cranien et la voie centrifuge dans le même nerf avec l'association des nerfs facial et hypoglosse. Pour Basch, le centre du réflexe serait dans le voisinage du centre respiratoire. Le centre de la déglutition fonctionne de manière défectueuse chez le prématuré (Marfan), chose qui explique la nécessité de l'alimentation à la sonde de ces sujets.

Nous avons déjà dit plus haut que toute la surface cutanée excitée, déclenche des mouvements réactifs massifs, irréguliers ; remarquons que les anencéphales ont la propriété de réagir de la même façon. D'ailleurs, la réaction massive et simultanée de tout le corps, à une excitation donnée, semble caractériser et le nouveau-né et le nourrisson. Pour C. et O. Vogt, Fœrster, Jakobi, Runge, etc., les formes des mouvements du nouveau-né ressemblent à ceux de l'athétose, où le jeu musculaire est très compliqué et massif, explosif, en quelque sorte.

Pour des neurologistes comme C. et O. Vogt, c'est le pallidum qui explique la capacité de répondre par des mouvements en masse, à une excitation unique. C'est seulement plus tard avec l'entrée en fonction du striatum, que l'enfant perd la faculté de réagir avec des mouvements en masse. Ceci nous fait comprendre pourquoi les époux Vogt, voient dans le réflexe de cramponnement de Moro, un souvenir « archaïque », rappelant la fonction pallidale. Après le pallidum chronologiquement plus ancien, entre en fonction comme nous l'avons dit, le triatum, chronologiquement plus jeune, et qui servira aux mouvements de la marche, station debout, assise, etc., mouvements typiques à l'homme. Ce système strié, supra ordiné au pallidum, aurait d'après ces auteurs, la fonction d'inhiber les réactions massives, et de permettre seulement le mouvement unique. Un argument en faveur des théories des neurologistes O. et C. Vogt, est le fait que ces auteurs ont pu voir que la myélinisation se fait de façon plus précoce au niveau du pallidum qu'au striatum.

Disons encore que le signe de Babinski est facilement déclenché, mais que sa signification n'est pas la même que chez l'adulte. On admet que chez le nouveau-né et le nourrisson, il est en quelque sorte physiologique.

L'attitude du nourrisson pendant le sommeil n'est pas, comme on l'a dit, la même que celle qu'il a eu *in utero* ; tout au contraire, il ferme ses poings et tient ainsi ses mains à la hauteur de ses oreilles.

Le réflexe du grattage n'est pas inné ; mais il est très rapidement appris. Chez un nouveau-né âgé de dix jours et atteint de pemphigus épidermique banal, on a dû lier les mains, pour empêcher le grattage. Des réflexes, comme le bâillement, le sanglot, existent déjà à la naissance.

Après ce rapide examen de la motilité, qui nous a montré l'existence de mouvements réflexes et massifs, qui avec le temps tendent à se remplacer par des mouvements uniques, traduisant le fonctionnement pallidal d'abord et strié dans la suite, il convient de se poser la question psychique du nourrisson.

Tout ce que nous avons vu jusqu'ici, nous a montré que l'activité propre de la corticalité n'y intervenait presque pas. La richesse des réactions observées, est du domaine de la réflectivité, et tout le travail des savants depuis Preyer, Küssmaul, jusqu'à nos jours, n'est en somme que l'étude de la réflectivité du nourrisson, quoique des choses et idées nouvelles se soient ajouté à celles que l'on considérait comme définitivement acquises. Avec l'entrée en jeu de la fonction corticale, des réactions plus compliquées remplacent celles que nous avons décrites.

Nous reconnaissons que le domaine de la vie psychique du nourrisson est de nos jours une *terra ignota*, et on doit être très prudent dans ses affirmations, quand on veut aborder cette question.

Nous savons que le nourrisson et le nouveau-né s'habitue vite aux pauses de repas imposées par la mère. Le résultat est que le petit ne demande à boire qu'aux heures habituelles. Ce sens du temps est mis en évidence par Peiper, en changeant le rythme de l'alimentation. Si en effet, on refuse un repas au petit sujet, il criera, mais de nouveau il contractera l'habitude imposée cette fois-ci, il se pliera donc au rythme nouveau. L'anencéphale étudié par Edinger et Fischer ne fut pas capable de cela. Nous voyons ici une lueur de ce que l'on peut appeler activité psychique. Kroh (le psychologue de Tübingen) a aussi étudié les premières manifestations psychiques de l'enfant. Il a observé un enfant de 14 jours, élevé au sein de sa mère. A la suite d'une gastro-entérite on a changé l'alimentation, en lui donnant de façon alternée, une fois le sein et une fois le biberon. L'enfant prenait bien. Pour l'allaitement au biberon on employait deux tétines dont les trous avaient des dimensions diverses. Avec la tétine aux orifices plus petits, l'enfant devait faire un effort naturellement plus grand pour arriver à boire la quantité qu'il voulait : il cria au début, mais finit par s'accommoder. En lui changeant sa tétine pour être remplacée par l'autre aux grands orifices, il ne fit nulle résistance, il but sans crier. Comme la qualité du matériel des deux tétines était le même, on ne peut pas invoquer l'argument qu'il préférait cette seconde, et en conséquence il ne criait pas. En remplaçant la deuxième tétine par le sein, il se comporta comme la première fois avec la tétine aux petits orifices, mais cette fois encore, il finit par s'adapter. Enfin si de nouveau, après cette alimentation au sein on lui donnait de nouveau la tétine aux orifices étroits, il se comportait comme si c'était la seconde tétine aux orifices larges, c'est dire que le nourrisson avait en quelque sorte perçu que l'alimentation au biberon nécessitait un moindre effort que la succion au sein maternel. Donc ces choses semblent plaider en faveur de l'existence chez cet enfant d'une mémoire rudimentaire, et de la différence de l'effort fait dans deux ou trois circonstances différentes. Il est vrai que des auteurs, comme Müller, nient cette explication : ce dernier croit qu'il s'agit d'une simple disposition motrice, à la charge des centres inférieurs. Nous pouvons néanmoins admettre que cet ou ces actes moteurs appris, sont la forme primitive des acquisitions démontrables plus tard chez l'adulte aussi.

Un signe certain de l'activité psychique est la reconnaissance, qui peut se faire déjà à l'âge de deux mois : vers l'âge de trois à quatre mois on peut voir un réflexe associatif de ce genre : l'enfant pousse un cri quand il voit le sein ou le biberon. Krasnogorski a réalisé des réflexes conditionnels chez des enfants âgés de cinq à six mois et a montré, comme je l'ai dit plus haut, qu'à cet âge l'enfant peut faire la distinction entre le rouge et le blanc. A l'âge de sept mois, un enfant refusait d'aller dans les bras de son père, qui l'avait frappé une à trois heures avant. Nous avons répété ces expériences plusieurs fois et nous avons obtenu les mêmes résultats.

Le Professeur Kroh expérimenta sur un enfant âgé de huit mois, en éteignant et en ouvrant la lumière électrique, en même temps qu'il répétait à voix haute un mot spécial quand il ouvrait et un autre quand il fermait la lumière. Après une série de répétitions de cet exercice, l'enfant fermait ses yeux seulement à la parole correspondant à la fermeture de la lumière. C'est aussi un réflexe conditionnel ; la chose ne nous étonne plus maintenant, quand nous savons que Krasnogorski, a pu réaliser ces réflexes à l'âge de six mois environ.

Vue sous cet angle, la barrière entre le très petit enfant et le grand enfant, se fait plus lâche, et l'on peut entrevoir la route qui mène à la vie psychique de l'adulte. Nous nous arrêtons ici.

Comme nous l'avons dit plus haut, il ne faut pas tirer des conclusions trop hâtives, si l'on veut rester dans le

BIBLIOGRAPHIE

Anaphylaxie, par Auguste LUMIÈRE, correspondant de l'Institut, correspondant de l'Académie de médecine. Un volume in-8° (14 × 21) de 158 pages avec 19 figures : 18 francs. Actualités scientifiques et industrielles. Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris-VI°.

Après un aperçu historique résumé de la question, l'auteur étudie en premier lieu les phénomènes de choc, parce que leur intensité et leur importance donnent de grandes facilités pour analyser les processus dont ils relèvent. Il s'occupe ensuite des manifestations chroniques de l'anaphylaxie et de l'instabilité humorale qui paraissent s'y rattacher ainsi que des traitements capables de remédier à leurs effets.

Il passe encore en revue quelques-uns des grands syndromes de cette anaphylaxie chronique, considérés en particulier.

Enfin l'étude de l'immunité qui est pour l'auteur l'une des conséquences de l'anaphylaxie, dans un grand nombre de cas, mais non dans tous, termine son travail. Il a allégé son texte de toutes les indications bibliographiques, en se contentant de rappeler, dans un index final, les principales sources auxquelles le lecteur pourrait s'adresser en vue de recueillir des renseignements plus détaillés sur des points déterminés du vaste domaine de l'anaphylaxie, qui pourraient l'intéresser plus spécialement.

Le lecteur ne trouvera pas dans cet exposé, une compilation des œuvres antérieures, il n'y rencontrera pas que des idées orthodoxes, mais un ensemble paradoxal, qui si le mot « paradoxe » ne l'effraie pas, lui permettra de trouver quelque intérêt à cet ouvrage.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I. — Historique. — Les précurseurs. La découverte de Portier et Richet. Le néologisme « anaphylaxie ». Les diverses manifestations de l'anaphylaxie. La colloïdoclasie. En quoi consiste l'anaphylaxie ?

Chapitre II. — Phénomènes de choc. Leur mécanisme. — Symptomatologie et lésions. Mécanisme du choc : *a*) Théories proposées ; *b*) Théorie personnelle. Effet de l'injection de précipités insolubles dans les vaisseaux. Influence de la forme des précipités. Formation des floculats par la réaction de l'antigène sur les humeurs du sujet sensibilisé. Conclusions relatives au mécanisme du choc. Anti-chocs. Accidents consécutifs aux chocs. Lésions.

Chapitre III. — Les troubles polymorphes de l'anaphylaxie chronique et l'instabilité humorale. — Les symptômes. Pathogénie des troubles anaphylactiques chroniques. L'instabilité humorale. Les causes et la spécificité de l'anaphylaxie. Généralités sur le traitement des troubles polymorphes de l'anaphylaxie chronique et de l'instabilité humorale.

Chapitre IV. — Quelques troubles de l'anaphylaxie chronique et de l'instabilité humorale considérés en particulier. Le prurit. L'urticaire. Les dermatoses. L'asthme. — Les autres troubles chroniques divers : migraine, coryza spasmodique, œdèmes locaux. — L'arthritisme.

Chapitre V. — Le phénomène d'Arthus. — Historique. Constance du phénomène d'Arthus. Relation entre les accidents (locaux et généraux) et la floculation. Spécificité du phénomène d'Arthus. Conclusions.

Chapitre VI. — Immunité. — Les théories. Anaphylaxie et immunité. Mécanisme anaphylactique de l'immunité acquise dans les infections et les intoxications par les poisons protéiques. L'immunité en général.

Chapitre VII. — L'anaphylaxie cellulaire. — 1° L'anaphylaxie sur les organes isolés ; 2° Le remplacement du sang de l'animal sensibilisé par le sang d'un animal neuf ; 3° Le rôle du système réticulo-endothélial.

Chapitre VIII. — L'anaphylaxie locale. — Les faits avancés comme preuves de l'anaphylaxie et de l'immunité locales et leur discussion : 1° L'anaphylaxie et l'immunité limitées à une région ; 2° L'anaphylaxie et l'immunité limitées à un tissu. Rôle de certains tissus dans l'immunité en général. Les deux immunités.

Chapitre IX. — Quelques réflexions relatives au mécanisme de la sensibilisation et à sa spécificité.

Index bibliographique.

Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme. Vie de relation et vie végétative, par P. GILIS, Deuxième édition revue par J. Euzière. Un volume de 236 pages avec 37 figures, 24 francs. Masson et Cie, éditeurs 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les mêmes raisons qui avaient engagé le Professeur Gilis à écrire ce livre il y a quelques années ont déterminé cette deuxième édition.

Entièrement revue par le Docteur Euzière suivant les indications laissées par l'auteur lui-même.

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Technique, indications et résultats, par A. CHARRIER et E. LOUBAT. Un volume de 366 pages avec 168 figures, 65 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Trois grandes méthodes chirurgicales de collapsothérapie ont fait leurs preuves à des degrés divers, ces trois méthodes sont étudiées dans l'ordre suivant :

1° La phrénicectomie ; 2° La pneumolyse intra ou extra-pleurale ; 3° La thoracoplastie.

Le chirurgien peut être appelé à intervenir dans deux catégories de cas, soit qu'il s'agisse de traiter la lésion pulmonaire seule, soit qu'il y ait à traiter en même temps les complications pleurales qui l'accompagnent parfois et qui sont souvent des complications du pneumothorax artificiel. Il y a donc deux ordres d'indication opératoire : 1° *Les opérations d'indication pulmonaire* ; 2° *les opérations d'indication pleurale*. Les premières (phrénicectomie, pneumolyse, thoracoplastie), de beaucoup les plus importantes, concernent le véritable traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, ce sont celles que les auteurs ont en vue dans la plus grande partie de leur étude. Ils examinent ces trois grandes méthodes de collapsothérapie chirurgicale avec, pour chacune, l'étude des diverses techniques, des résultats, des indications.

Le traitement chirurgical des infections pleurales chez les tuberculeux pulmonaires, considérées isolément ou dans leur association aux lésions pulmonaires, font l'objet d'un chapitre terminal.

cadre de l'observation scientifique. Des recherches nouvelles sont nécessaires pour consacrer les faits exposés.

BIBLIOGRAPHIE

BAUER J. — *Kinderärztliche Praxis*, 1931, n° 6.
BRAMWELL E. — *Brain*. 1928. vol. 51.
COLLIN. — Les convulsions infantiles, Paris 1926.
LESCHKE. — *Science méd. prat.*, 1931.
LHERMITTE — Les fondements biologiques de la psychologie. 1925.
LOWENFELD. — *Zeitsch. f. psych. u. phys. Sinnes*, 1929.
PEIPER. — *Jahrbuch. f. Kinder.*, 1926 ; *Jahrbuch. f. Kinder.*, 1924 (il y a trois travaux) ; *Monatsschr. f Kinder*, 1924 ; *Zeitschr. f. Kinderhlk*, 1927 ; *Zeitschr. f. psych. u. phys. Sinnes*, 1929.
KROCH. — *Zeitschr. f. psych. u. phys. Sinnes*, 1929.
MARFAN. — *Clinique des maladies de la première enfance*, 2 vol., Masson.

Influence des conditions circulatoires sur la réaction locale de certains médicaments (1)

Par MM. H. BUSQUET et CH. VISCHNIAC

Le rôle que les conditions circulatoires jouent dans la résorption médicamenteuse a attiré l'attention des chercheurs depuis fort longtemps et il existe sur ce sujet une abondante littérature. Une question moins connue est celle de savoir si la vitesse d'absorption d'un médicament au niveau du point injecté ne modifie pas ses réactions locales habituelles : autrement dit, une substance ordinairement inoffensive ne peut-elle pas provoquer des effets irritants si les vaisseaux qui doivent l'absorber sont rétrécis, ralentissant ainsi son passage dans la circulation générale, et, inversement, une substance normalement irritante ne cesse-t-elle pas de l'être, si on augmente la vitesse de sa résorption ?

I. Dans le but d'examiner le premier terme de notre hypothèse, nous avons injecté à un lot de lapins, par voie hypodermique, 1 c.c. de solution de camphosulfonate de soude à 10 %, et à un autre lot une quantité égale de camphosulfonate de soude additionné, dans la seringue même, au moment de l'injection, de 1/2 c.c. de solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1/1.000, soit 1/2 mgr. d'adrénaline. Chez les premiers animaux, il ne s'est manifesté aucune irritation locale ; les autres, ayant reçu l'adrénaline en plus du camphosulfonate, ont présenté, le lendemain, au point d'injection, un empâtement qui a dégénéré ultérieurement en escharre plus ou moins étendue.

Pour faire la contre-épreuve nous avons injecté aux animaux du premier lot, du côté opposé à la première injection, du camphosulfonate de soude adrénaliné, et à ceux du second lot du camphosulfonate de soude seul. L'effet constaté précédemment s'est reproduit : les lapins traités par le camphosulfonate adrénaliné ont présenté des escharres et les autres sont restés indemnes.

Dans toutes ces séries d'expériences, le seul facteur variable est le diamètre des vaisseaux et, par voie de conséquence, le temps de la résorption du médicament. Par conséquent, la durée du contact de la substance avec les tissus est la cause de la réaction inflammatoire.

Il est inutile de signaler que, dans des essais à blanc, c'est-à-dire avec l'adrénaline seule, aucune réaction locale n'a été observée.

II. Pour l'examen de la deuxième partie de notre hypothèse, nous avons utilisé la berbérine et la novocaïne.

(1) Extrait du *Bulletin de la Société de thérapeutique*, n° 4, mars 1931.

L'injection de sulfate de berbérine est irritante. Après l'introduction sous-cutanée de ce médicament, même à la dose faible de 0 gr. 01 dilué dans 2 c.c. d'eau, on constate, au bout de 24 heures, un empâtement qui devient de plus en plus envahissant et peut aboutir à une ulcération. Nous avons donc administré du sulfate de berbérine à deux lots de lapins. Le premier lot a reçu 0 gr. 01 de sulfate de berbérine en solution dans 2 c.c. d'eau, le second lot une quantité identique, accompagnée de 0 gr. 02 de novocaïne. Une demi-heure après la première injection, ces derniers animaux ont encore reçu, au même endroit, une deuxième injection de novocaïne. Ce produit étant un vasodilatateur local, sa présence devait augmenter la vitesse de résorption de la berbérine. Il était donc intéressant de suivre la réaction consécutive à l'injection chez les deux lots de lapins.

Tandis que tous les animaux du lot témoin ont présenté le lendemain une infiltration notable, les animaux ayant reçu la berbérine et la novocaïne ont été, dans leur grande majorité, indemnes de toute réaction locale ; les rares lapins ayant réagi à la berbérine additionnée de novocaïne n'ont manifesté qu'une irritation très atténuée, à peine perceptible. La démonstration est ainsi faite que si on augmente la rapidité de résorption d'une susbtance normalement irritante, celle-ci n'a plus le temps nécessaire pour exercer son effet.

L'ensemble de ces expériences est suffisamment démonstratif pour conclure que, dans l'équation de l'irritation locale, le facteur temps doit être nécessairement introduit. Cette conception était, d'ailleurs, évidente *a priori* dans son sens mathématique. Des réactions instantanées ne sont guère concevables. L'expérience était, toutefois, nécessaire pour montrer que, même dans la pratique courante, en limitant la durée de la réaction, on peut éviter des irritations locales ou, au contraire, les intensifier en maintenant plus longtemps le contact entre le tissu et la substance agissante.

Au point de vue pratique, ces expériences nous fournissent l'explication des réactions anormales provoquées localement par certains médicaments habituellement inoffensifs, par exemple le camphre. Ces réactions reconnaissent pour cause le ralentissement fortuit ou pathologique du débit sanguin et de la résorption médicamenteuse au niveau des tissus injectés.

Nous pouvons multiplier nos moyens d'exploration, et gonfler nos dossiers avec des documents qui montrent que nous sommes chaque jour plus savants. Une chose ne trouvera jamais sa place sur aucune fiche, c'est la communion de sentiments que, sous peine de manquer à notre devoir, il nous appartient d'établir entre nos malades et nous ». (Professeur LAMBRET de Lille. Extrait du discours prononcé à la séance inaugurale du Congrès de Chirurgie).

« J'ai dans la mémoire une phrase du discours de Miller, de la Nouvelle-Orléans, qui présidait le dernier Congrès des Chirurgiens américains et qui disait en substance à ses collègues : « Nous avons standardisé nos hôpitaux et nos écoles de médecine nous avons standardisé notre thérapeutique chirurgicale et nos malades en ont retiré bénéfice, mais prenons garde, voilà que nous courons le danger de standardiser et nos malades et nous-mêmes ; ce sera mauvais pour les deux, car le corps et l'âme ne peuvent pas être séparés. » (Professeur LAMBRET, de Lille. Extrait du discours prononcé, à la séance inaugurale du Congrès de Chirurgie.)

« Le Congrès de Genève a pris pour la première fois le nom de Congrès des accidents et des maladies du travail ; cet essai paraît avoir donné satisfaction et il en sera de même dans la prochaine réunion ..... Je dois signaler encore une fois que les médecins et chirurgiens français paraissent porter à ces réunions un intérêt médiocre ». (Léon IMBERT. Congrès international des Accidents du travail et des Maladies professionnelles de Genève. *Gazette des Hôpitaux*, 7 octobre 1931).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos des réformes dans l'enseignement de la médecine

L'enseignement médical est en train de se réformer sur bien des points. Il n'était que temps.

Les questions doivent être sériées. On s'est attaqué tout d'abord à celles qui n'ébranlent en rien l'édifice. On a institué des examens écrits pour la première et la deuxième année, à l'exemple des Facultés de droit qui se félicitent des heureux résultats obtenus.

Ceci fait, se posent des problèmes plus ardus. A mon sens ils sont tous dominés par l'adjonction d'une sixième année. Roussy a excellement montré dans la *Presse médicale* et dans le *Siècle médical* combien il est devenu indispensable d'augmenter la durée des études médicales ; ses arguments m'apparaissent irréfutables. Au cours d'une série d'articles que j'ai consacrés dans *Paris médical* à l'Enseignement médical (novembre et décembre 1926) je mettais cette sixième année au premier plan. Il est inconcevable que devant l'extension des matières à enseigner les cadres ne s'élargissent pas. On peut, je crois, affirmer que les opposants à cette façon de voir sont de plus en plus réduits, et il est permis de considérer que cette réforme est une des plus probables.

Sur l'utilisation de la sixième année les discussions seront ouvertes. Le tout dépendra de l'agencement général imprimé aux études. Je tiens toutefois à rappeler une idée que j'avais émise (*loco citato*, 4 décembre 1926, p. III) et qui me paraît d'autant plus à souligner qu'elle a la bonne fortune d'être aussi celle de par Roussy et de différents de nos collègues du *Concours médical*. Voici de quoi il s'agit.

Les études médicales devraient se terminer par un stage permanent à l'hôpital, de jour et de nuit, et cela pour tous les étudiants. Mais il ne faut pas songer à le poursuivre dans les grandes villes où les services sont pourvus de tout le personnel nécessaire. On se tournera au contraire vers les hôpitaux de province, dont beaucoup sont dirigés par d'excellents médecins ; il suffit de les parcourir pour voir qu'ils offrent des ressources sérieuses en malades, aujourd'hui perdues. Il serait très indiqué que les Facultés aient auprès d'elles, dans le ressort de leurs Académies, des « hôpitaux accrédités », selon le terme que j'employais, où elles dirigeraient les stagiaires à la fin de leur scolarité. Ils apprendraient beaucoup auprès de praticiens expérimentés et les aideraient, en échange, de leur collaboration.

J'ai été fortifié dans mon opinion en voyant à Strasbourg la majorité des jeunes gens chercher, avant de s'installer, un poste d'assistant dans un des nombreux hôpitaux de la région ; ils sentent l'utilité de cette école.

On ne sait peut-être pas assez que les règlements actuels permettent déjà à certains étudiants de cinquième année de faire leur stage dans des services autres que les services officiels ; mais le libellé du texte est tel que je défie qu'on en comprenne la portée.

Un point délicat dans les réformes à venir est celui des spécialités. Grâce à elles se sont affrontés deux projets dont l'un, celui de la spécialisation précoce, s'oppose au second avec spécialisation à titre de complément facultatif d'études médicales uniformes pour tous. L'uniformité des études médicales est une nécessité ; il y aurait grand danger à la morceler ; le second projet répond à une tradition de sagesse.

En parlant de spécialités évitons la confusion. Un étudiant à qui on apprend à reconnaître un chancre et un tabes ne saurait être considéré comme apprenant une spécialité ; il apprend la médecine courante. N'a le droit d'être appelé spécialiste que celui qui sera demeuré au moins un an dans un service approprié et aura vécu de la vie de ce service. Or ceci est à mettre en œuvre après les études régulières, après la thèse, et mérite sanction.

Quant à ces rudiments de spécialités qui entrent dans la médecine courante, on essaie bien de les enseigner aujourd'hui par le système des stages courts et multiples ; ces stages donnent de maigres résultats.

C'est qu'aussi on les multiplie à l'excès. Dans l'un de mes anciens articles (*loco citato*, 4 décembre 1926, p. I) j'acceptai comme stages indispensables pour le praticien ceux de pédiatrie, d'obstétrique, de dermato-syphiligraphie, de neurologie, celui de chirurgie mais sans la pratique opératoire (il est erroné d'obliger un futur praticien à consacrer le même temps à la chirurgie et à la médecine, cette dernière lui fournissant plus tard le principal de ses occupations)

Dès qu'il s'agit de technique instrumentale comme grande chirurgie, ophtalmologie, laryngologie, urologie, ou de médecine très particulière comme psychiatrie, ce genre de stage devient inutile ; il n'est plus guère de médecins qui ne recourent aux spécialités.

La logique voudrait que l'on distinguât dans les programmes entre spécialités indispensables et facultatives, avec des déductions qui m'apparaissent ainsi. Tout étudiant a besoin d'un acquis suffisant sur les premières, qui rentrent dans le cours normal des études ; les secondes sont réservées aux spécialistes. Aussi les premières impliquent-elles des stages auxquels personne n'aurait à se dérober et sans droits y attachés ; les secondes exigent des stages ultérieurs avec diplômes probatoires. Il va de soi que ces stages supplémentaires ont la faculté de s'appliquer aux matières à stages réguliers ; toutes les spécialités sont admises à y être représentées.

En conséquence pourrait se modifier dans un sens logique le régime actuel des stages, ce que, j'imagine, personne ne regrettera.

Prosper MERKLEN.

Pour 1928 — dans les statistiques émanant d'une part des services de l'Inspection du travail, de l'autre des services du contrôle des distributions électriques au ministère des Travaux publics — on relève 1.733 accidents de l'énergie électrique, parmi lesquels 274 électrocutions mortelles. Ces accidents ne correspondent pas à la totalité des accidents de l'énergie électrique, dit M. A. Zimmern (Académie de médecine, 30 juin 1931), parce que ne sont pas soumis à la déclaration ou à l'enquête les accidents survenus dans les locaux privés, locaux d'habitations, propriétés rurales, laboratoires divers, etc.

« C'est une tendance de la médecine moderne, grâce aux progrès des méthodes d'exploration, de systématiser les éléments cliniques, de poser des contre-indications et des règles trop hâtivement généralisées. Dans le domaine de la clinique, il y a trop de facteurs qui restent inconnus, trop de réactions insuffisamment prévisibles, pour abandonner l'empirisme thérapeutique et faire des conventions définitives avec des applications dites scientifiques des agents médicamenteux. L'observation clinique est encore le seul juge..... ». (Ivan MAHAIM. Les maladies organiques du faisceau de His-Tawara.)

PRATIQUE JOURNALIÈRE

De l'emploi du permanganate de potasse dans le traitement de l'urétrite à gonocoques

Par le Dr L. BOULANGER
Assistant à l'Hôpital d'Urologie

Le permanganate de potasse, déjà mis en usage, vers 1864 dans le traitement de la blennorrhagie, et dont l'emploi méthodiquement réglé, en 1890, par M. Janet, joue, dans la thérapeutique de l'urétrite à gonocoques, à laquelle il est universellement appliqué, un rôle prépondérant dont les succès ne se comptent plus. Les règles qui doivent présider à la manière de s'en servir, ne semblent cependant pas être vues de la même manière par tous ; des divergences, à cet égard, se sont manifestées, et se manifestent encore, d'où établissement de techniques différentes qui m'ont suggéré l'idée de donner une pratique, qu'une longue expérience et de très nombreuses guérisons m'ont amené à considérer comme étant celle qui me paraît devoir être suivie.

Mais, au seuil de cette étude, un certain nombre de faits sont d'abord à considérer, car étant les principes directeurs de l'emploi du permanganate de potasse dans le traitement de l'urétrite à gonocoques, et dont, en pareil cas, l'observation ne doit pas être perdue de vue.

Ils ont trait :

1° Au mode d'action du permanganate ;
2° A son application.

Il faut, tout d'abord, se souvenir que le permanganate n'a pas une action microbicide directe sur le gonocoque qu'il n'atteint qu'indirectement, en agissant sur la muqueuse, où il crée un état réfractaire à la pullulation du gonocoque.

Le mécanisme intime de cette action ne nous est pas connu, mais, il est d'expérience que l'état ainsi créé par un lavage au permanganate, se maintient pendant 24 heures et pas plus, à telle enseigne, que les malades avertis qui s'examinent bien et analysent leurs sensations se rendent parfaitement compte que lorsque leurs lavages ne sont pas faits à heure fixe, le bien-être créé par un lavage précédent va en atténuant à partir de l'échéance de la 24e heure et que l'écoulement tend à éprouver une recrudescence ; faits que j'ai bien souvent constatés, et, dont l'observation m'a amené à écrire que dans le traitement de l'urétrite à gonocoques par les lavages au permanganate de potasse, ceux-ci doivent être faits avec une *régularité quotidienne et une exactitude horaire* (1).

Ces faits sont la condamnation de la technique du *lavage biquotidien* SYSTÉMATIQUE, technique très souvent conseillée comme méthode *générale* de traitement et qui, ainsi pratiquée est une faute, parce qu'en l'employant *systématiquement* il arrive que dans la grande majorité des cas on dépasse le but, on tombe dans cette erreur de l'excès, de l'abus de traitement cause de tant de maux, on irrite la muqueuse urétrale et on y provoque une urétrite chimique évidemment préjudiciable à la bonne conduite du traitement et à la guérison du malade.

Je me hâte d'ajouter que cette faute, dans certains cas devient une nécessité. Ces cas très rares, j'en ai observé un *très très petit nombre*, mais réels, sont ceux dans lesquels l'état réfractaire à la pullulation du gonocoque créé par un lavage au permanganate de potasse ne se maintient pas pendant 24 heures, mais durant 12 heures seulement, ce qui implique forcément le lavage biquotidien, exceptionnel comme exceptionnels sont les cas qui les commandent.

L'établissement de cet état de la muqueuse urétrale réfractaire à la pullulation du gonocoque et son maintien sont le but que l'on doit se proposer et d'atteindre, dans le traitement de l'urétrite à gonocoques par les lavages au permanganate de potasse. D'après ce qu'il vient d'être dit, la création de cet état dépend de l'action du permanganate sur la muqueuse et de la réaction qu'il y produit ; action et réaction essentiellement variables on l'a vu suivant les cas ou plutôt suivant les muqueuses et suivant leur *qualité*, s'il est permis de parler ainsi, suivant leur valeur cellulaire. Ces différences de valeur cellulaire des tissus n'est pas une simple vue de l'esprit, on sait par exemple que les blonds et les roux ont des muqueuses urétrales plus fragiles que ne l'ont les bruns (1). Ceci pose la question du dosage du permanganate. Question délicate et à laquelle la réponse est difficile à donner pour cette raison qu'aucun moyen n'existe nous permettant d'apprécier la valeur cellulaire de la muqueuse urétrale, sa qualité. Ici donc, il faut bien l'avouer, on se trouve réduit au tâtonnement et à l'empirisme, mais pas complètement cependant car, deux notions bien acquises servent de guide, la première est la nocuité des doses fortes et l'autre que le permanganate même aux doses très faibles de 1/6,000, 1/8,000 est encore efficace, auxquelles s'ajoutent les résultats du traitement indiqué par les modifications apportées à l'aspect des urines du malade, modifications qui traduisent fidèlement les modifications de l'état pathologique de l'urètre.

Pour fixer les idées, il serait bon, à titre indicatif théorique, de donner le schéma du dosage du permanganate dans le traitement d'une urétrite à gonocoques tel, qu'à mon avis, il me semble bon qu'il soit employé. Mais, en raison de la variabilité des doses, résultant des causes indiquées plus haut, pareilles indications, même approximatives ne peuvent être données.

Tout ce qui peut être dit, c'est que le permanganate doit être employé, en pareils cas, suivant une *progression* DÉGRESSIVE en commençant par une *dose moyenne* pour atteindre rapidement une *dose faible* et s'y maintenir jusque la fin du traitement.

(1) BOULANGER. — Des conditions générales du traitement local des urétrites. *In* Considérations cliniques et thérapeutiques sur la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme. Tome I, p. 138. Chez Legrand, éditeur, boulevard Saint-Germain, 93.

(1) BOULANGER. — Ibidem. *Les urétrites non gonococciques*, page 301.

« L'histoire des sciences est une histoire d'erreurs. Ces erreurs ont été énormes et parfois bien ridicules. Mais, à tout prendre, elles honorent les hommes, tandis que l'histoire des événements est lamentable, riche en folies, en crimes et en mensonges. » (Charles RICHET. Réflexions sur la science. *Revue des Deux Mondes*, 1er novembre 1931.)

En parcourant les tables de la plupart des ouvrages qui traitent *ex professo* ou indirectement de la matière médicale, on s'aperçoit bientôt qu'ils indiquent à peu près les mêmes remèdes pour guérir les maladies qui disparaissent par les seules forces médicatrices de la nature. Mais chacun en donne de particuliers pour guérir les maladies incurables (telles que la goutte, le calcul), et comme ils sont tous affirmatifs, chacune de ces maladies a plus de trois cents remèdes spécifiques à peu près tous certains. (G. L. BAYLE. Considérations sur la nosologie, thèse de Paris, 1931.)

Sous le nom de « porteurs de réaction de Wassermann rebelles ou irréductibles), on est convenu de grouper les seuls malades traités depuis un temps plus ou moins long chez qui tous les signes de syphilis ont disparu et qui n'ont plus qu'une réaction sérologique positive contre laquelle la thérapeutique reste impuissante. (Georges BARBARA. Les réactions de Wassermann « irréductibles ». Doin, édit.)

HYGIÈNE

Un procédé de dératisation

Par le Dr **G. LOUVEL** de la Ferté Macé

Je me souviens d'avoir vu, étant enfant, une illustration d'une édition populaire du « Memorial de Sainte-Hélène » montrant Napoléon assailli par des rats qui couraient à travers la chambre de l'auguste locataire de Longwood. Sans égards pour Sa Majesté ils grimpaient sur son lit et roulaient sur ses jambes son ventre et son thorax sans même respecter son visage.

Il y avait une légende au-dessous de l'image : « Je leur jetai mes bottes, mon tire bottes et tout ce que je trouvai sous ma main ».

J'étais trop petit pour m'intéresser à tout le texte qui encadrait la figure, ce texte si lourd de Las Cazes où luisaient, comme des pépites dans une gangue, les phrases que lui dictait l'empereur. Mais la manière dont Napoléon voulait se défaire de cette engeance maudite, me semblait bien primitive. Il fut venu plus vite à bout de quelques milliers d'Autrichiens ou de quatre ou cinq fois plus de Russes que de réduire cette invasion de rongeurs, d'autant que ses munitions étaient rares et d'efficacité douteuse.

Je me trouvai être, un jour, un type dans le genre de Napoléon. Ma petite propriété venait d'être envahie par ces redoutables parasites. Ils entraient dans ma basse-cour comme chez eux. Je les découvrais par courtes bandes dévorant le grain de mes volailles. Puis un matin on me montra un pigeonneau mordu au flanc et sucé à mort. Le sang avait mis en goût les menus fauves. D'autres petits pigeons subirent en peu de temps le même sort. Vraiment l'audace et l'appétit des rongeurs passaient les limites et ma patience avait outre passé les siennes. La première victime offerte à leur convoitise s'était cassée une aile en tombant et n'avait pu rejoindre son nid. Je me suis représenté l'effroyable drame où le pauvre volatile, poursuivi tout un soir par l'horrible bête, avait été happé malgré la pitoyable défense de sa pauvre aile estropiée. Ce dut être un moment d'angoisse et de terreur à faire frémir les spectateurs du grand Guignol des oiseaux.

Ayant tâté de cette chair délicate les hardis cambrioleurs escaladèrent le pigeonnier pourtant haut perché et à parois lisses pour atteindre la chair fraîche qu'ils flairaient d'en bas.

De ce jour, ce fut un carnage sans répit que je voulus venger.

Quelques pièges, bien placés, mirent à mal certains bandits, mais il en revenait d'autres.

J'achetai quelques flacons d'une mort aux rats qui fit un peu plus de vides dans les rangs ; mais, au bout de deux mois l'offensive avait repris avec plus de rage. Je distribuai largement du Virus Pasteur qui donna quelques jours l'illusion de voir des rats malades qui se contagionnaient. Ceux qui circulaient dans le terre-plein de la basse-cour avaient piteuse mine et leur poil autrefois luisant semblait se faire aigu et hérissé de fièvre ; du moins on le voulait croire, quand un nouveau massacre me consterna. Fallait-il renoncer à un élevage si joliment bucoliques ? je ne pouvais m'y résoudre, malgré la certitude des déception qui s'en suivraient.

Une idée me vint, d'où, je ne sais, mais je dis déjà qu'elle n'est pas mienne et je voudrais connaître l'auteur pour le remercier.

Je fis mettre dans les trous nombreux qu'avaient pratiqués les rongeurs au travers de ma basse-cour des *morceaux de carbure de calcium*. Un peu d'eau par dessus un bouchon hermétique de terre gazonnée et le gaz acétylène fusait à travers les galeries de mes sales bêtes.

J'ai fait cela il y a six mois et je n'ai point revu dans ma basse-cour la queue d'un rat. Près de ma maison des rats d'égout avaient ouvert un souterrain. Je mis du carbure dans l'orifice et pas un sujet nouveau n'a osé montrer son museau.

Le résultat est flagrant. Il faut que tout le monde en profite. C'est la guerre par les gaz que j'ouvre avec succès contre cette répugnante espèce.

Qu'est il advenu de cette tourbe, prolifique au delà de tout souhait ? L'acétylène les a-t-il empoisonnés ou simplement détournés des coins ainsi parfumés, je ne sais. Il y aurait lieu d'expérimenter la toxicité de l'acétylène sur la gent ratière.

Si c'était là un remède héroïque contre ces porteurs de germes de toute race !

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

Quelques données épidémiologiques récentes sur la poliomyélite doivent être signalées.

1° *L'infection inapparente.* — Il semble bien que, dans une collectivité frappée par la poliomyélite, la totalité des individus qui la composent soit atteinte ; mais alors que quelques sujets seulement présentent des manifestations cliniques, dans l'immense majorité des cas l'infection reste latente. Les porteurs sains sont donc extrêmement nombreux et leur rôle apparaît souvent indéniable.

2° *L'immunité de contact* apparaît rapidement dans les collectivités atteintes. Une première épidémie confère à une collectivité une sorte d'immunité globale vis-à-vis d'une poussée ultérieure. Le sérum des « contacts », n'ayant jamais eu le moindre symptôme clinique de l'affection, peut neutraliser le virus poliomyélitique au même titre que le sérum des convalescents.

3° *L'infection par la voie digestive.* — L'intestin doit être considéré comme la porte d'entrée la plus habituelle du virus, qui n'existe pas habituellement dans le sang.

4° *La transmission hydrique.* — La formation des foyers dépend de la présence d'un système aquatique ; les voies ferrées n'y jouent aucun rôle primordial. La poliomyélite descend les cours d'eau ; les foyers les plus anciens sont en amont et les plus jeunes en aval.

(B. Le Bourdellès. L'épidémiologie de la poliomyélite d'après les travaux récents. *Journal de médecine de Lyon*, 5 décembre 1931.)

Les formes aiguës, à invasion rapide, de la poliomyélite ne sont pas exceptionnelles.

Une paysanne de 50 ans contracte la grippe le 24 mai 1931 ; elle ne voit pas de médecin et traîne une quinzaine de jours. Vers le 15 juin coliques et diarrhée pendant quatre jours.

Le 21 juin elle s'aperçoit d'une diminution nette de la force musculaire des mains ; le lendemain elle a de la faiblesse des membres inférieurs et tombe ; elle se relève et tombe une seconde fois sur la route.

C'est le début d'une tétraplégie caractérisée par une paralysie complète des membres inférieurs dans leur totalité et par le même trouble aux mains et aux avant-bras. Il n'y a aucun symptôme sensitif ni méningé malgré certaines anomalies du liquide céphalo-rachidien.

Le sérum de Pettit, employé en injections intra-musculaires à la dose de 50 cc. tous les deux jours jusqu'à la dose totale de 280 cc., a amené une amélioration progressive des symptômes, en même temps qu'il confirmait l'hypothèse que cette tétraplégie se rattachait à la maladie de Heine-Médin. Ce traitement fut interrompu après la sixième injection, en raison d'accidents sériques ; les progrès de la convalescence se sont poursuivis néanmoins, aidés par une médication neurotonique banale.

(Perrin et Noël. Poliomyélite tétraplégique, guérie par le sérum de Pettit. *Revue médicale de l'Est*, 1er décembre 1931,)

Tuberculose

La lutte médico-sociale contre la tuberculose s'appuie principalement sur la thérapeutique et sur l'hygiène. Or que valent cette thérapeutique et cette hygiène ? Pas grand'chose pour un esprit critique qui juge par ce qu'il voit, au lieu de s'en tenir aux doctrines et aux statistiques officielles.

1° *L'activité des dispensaires* et des œuvres semblables a puissamment contribué à réduire d'année en année la mortalité tuberculeuse des petits enfants. Les résultats, obtenus uniquement par l'observation des règles de l'hygiène, dépassent les espérances mises dans la vaccination par le B. C. G. ; il est de plus impossible de découvrir dans les statistiques de vaccinés un avantage sérieux et certainement attribuable à cette vaccination.

La comparaison des vaccinés et des non-vaccinés de ville à ville, de pays à pays, pour des conditions d'hygiène à peu près égales, établit l'exactitude des deux propositions suivantes :

I. La mortalité des nourrissons (générale et tuberculeuse) est du même ordre, que l'on vaccine ou que l'on ne vaccine pas.

II. Le rythme de décroissance de la mortalité des nourrissons, observé d'année en année, est analogue, que l'on vaccine ou que l'on ne vaccine pas.

2° *Le régime des sanatoriums* présente de multiples inconvénients inherents au système lui-même.

Il existe même une certaine crise du sanatorium ; le public considère souvent que ses avantages sont perdus, ou à peu près, par les sacrifices moraux et pécuniaires auxquels il doit consentir.

On se heurte toujours aux mêmes difficultés. Un grand nombre de tuberculeux ne consentent pas à se séparer de leurs familles et à quitter leurs emplois ; ensuite il en est beaucoup qui, provisoirement guéris, retournent aux milieux antihygiéniques dont ils sont venus. Quant à la famille dans le désarroi, elle reste abandonnée à son triste sort.

La création de villages spéciaux pour tuberculeux peut parer à ces graves inconvénients. De telles colonies sont viables : Sarana-Lake, Colorado-Springs, Albuquerque aux Etats-Unis, Papworth en Angleterre.

3° *Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire* n'a pas fourni la preuve indiscutable de sa haute efficacité.

Théoriquement la mise au repos du poumon est logique.

Pratiquement il s'agit de savoir si la collapsothérapie, dont la complication effective contraste avec la simplicité du principe, laisse fréquemment un bénéfice appréciable. Où sont les faits probants ?

4° *Les instituts d'isolement pour petits enfants*, comme celui d'Oslo, donnent les meilleurs résultats.

5° *Le traitement climatique des tuberculoses chirurgicales* est un dogme, intangible depuis vingt ans. En réalité ce qui importe, ce n'est pas l'endroit où l'on fait le traitement, c'est la façon dont on le conduit.

6° *L'enseignement de la phtisiologie* gagnerait à la transformation des Œuvres de la tuberculose en Institutions universitaires.

Cette excellente étude contient deux parties bien différentes : l'une destructive, très forte comme argumentation, l'autre constructive, plus faible, comme prêtant le flanc à la critique. Il semble bien qu'elles soient établies sur la proposition *sous-entendue* : Il n'y a pas de traitement efficace de la tuberculose. Or l'etat présent est assez riche de promesses. Le B. C. G. n'a pas dit son dernier mot et la chimiothérapie antibacilla re promet beaucoup et tiendrait plus encore si elle s'orientait nettement vers le traitement initial et même préventif. Cette restriction n'enlève rien à un article dont les conclusions seront très discutées, mais dont les adversaires eux-mêmes reconnaîtront la valeur, le courage, la franchise.

(Henri Schwers. Dans quel sens faut-il orienter la lutte médico-sociale contre la tuberculose ? *Journal de médecine de Lyon*, 5 décembre 1931.)

Les voies respiratoires supérieures des tuberculeux pulmonaires méritent toujours d'être soigneusement examinées.

Un régime respiratoire déficitaire ne favorise pas, de façon directe, la fixation de la tuberculose au poumon ; mais les sujets qui en sont atteints se défendent moins vigoureusement contre le bacille de Koch.

Les fosses nasales et le rhino-pharynx peuvent être le siège d'un état inflammatoire, de suppurations banales, qui entretiennent ou réveillent l'infection spécifique.

La tuberculose des fosses nasales est mal connue, celle des cavités annexes à peine soupçonnée. A côté des causes d'infection secondaire pouvant menacer l'arbre trachéo-bronchique d'un tuberculeux, il peut exister chez celui-ci de véritables foyers d'inoculation ignorés.

(A. Fontan et J. Despons L'état des voies respiratoires supérieures dans la tuberculose pulmonaire. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 novembre 1931.)

Syphilis

Le diagnostic de chancre du col se pose, dans la pratique, avec deux autres affections : le cancer à forme érosive et la banale ulcération métritique.

La perte de substance d'origine syphilitique présente les caractères suivants :

1° Elle est superficielle, comme faite en dédolant ;

2° Elle saigne facilement ;

3° Elle a une forme arrondie, nettement géométrique ;

4° Elle est limitée par un mince liseré, d'un rose tirant sur le jaune, d'un ou deux millimètres de large.

Les deux premiers caractères sont communs avec le cancer et la métrite ; la facilité du saignement est même en faveur de l'épithélioma ; mais dans ces deux manifestations les contours sont flous.

Le liseré qui, avec la géométricité du contour, emporte le diagnostic clinique, n'est guère indiqué ailleurs que *dans l'enseignement oral des services de dermatologie*, raison de plus pour insister sur ce signe, que, même peu apparent, on découvre en faisant varier l'incidence de la lumière.

(L.-A. Longin. A propos d'un chancre du col ; éléments de diagnostic clinique. *Bourgogne médicale*, novembre 1931.)

Cancer

La symptomatologie de début du cancer du côlon est fruste, faite de symptômes à côté qu'il est souvent difficile de classer.

Les symptômes physiques ne sont perçus qu'à la période terminale, réalisant soit une masse quand il s'agit du côlon droit, soit un étranglement quand il s'agit du côlon gauche.

Les symptômes généraux, amaigrissement et perte d'appétit, sont des notions dont la valeur mérite d'être soulignée.

Les troubles fonctionnels, qui mettent sur la bonne route, se classent en trois groupes. 1° Troubles dyspeptiques. Les reflexes partant du côlon agissent sur l'estomac et déterminent des modifications de la motricité et de la sécrétion : retard d'evacuation, hypo ou hyperacidité. 2° Troubles des plexus. C'est surtout le plexus solaire qui réagit : douleur assez vive, intermittente, spontanée et provoquée dans la région épigastrique, coïncidant avec des battements de l'aorte abdominale. Ce syndrome, bizarre et capricieux, joint à la dépression psychique et à l'angoisse, fait souvent considérer le malade comme un psychopathe. 3° Troubles de la traversée et de la digestion intestinale. La constipation est un symptôme classique, mais elle manque souvent et l'erreur de diagnostic sera plutôt la conséquence de la mauvaise interprétation d'une diarrhée rebelle.

Il y a deux conclusions pratiques à tirer de cette étude :

1° Un syndrome solaire, apparaissant chez un plus de 50 ans, doit toujours éveiller l'idee d'une lesion organique abdominale ;

2° Une diarrhée rebelle, au même âge, est un symptôme révélateur d'un néoplasme du côlon, fréquemment sinon toujours.

(Jean Girard. Difficultés du diagnostic précoce du cancer des côlons. *Gazette médicale de Picardie*, novembre 1931.)

Chirurgie

La question des fractures ouvertes de jambe pose deux problèmes bien différents :

1° Le premier, le plus important, consiste à éviter l'infection précoce ou tardive et se résume en quelques mots : minutie extrême de la désinfection chirurgicale, prudence extrême dans la fermeture qui reste l'idéal. Il y a trois cas à distinguer : ceux où il n'y a pas de contamination profonde à craindre et que l'on doit fermer ; ceux où il y a contamination probable ou seulement possible et qu'il faut chercher à fermer, complètement, sans drain ni mèche : ceux où le nettoyage chirurgical n'est pratiqué que plus de dix heures après l'accident et qu'il ne faut pas fermer.

2° Le deuxième problème est orthopédique ; sans avoir l'importance du précédent, il est tout de même très important ; il est dominé par l'idée qu'on se fait de la valeur des procédés de réduction et de contention.

Toutes les conditions sont ici défavorables à l'ostéo-synthèse. D'abord l'asepsie est toujours douteuse ; ensuite, si elle est rationnelle mécaniquement, elle n'a de chances d'être une bonne operation que si l'on attend plusieurs jours pour intervenir ; bonne s'entend physiologiquement ; enfin l'ablation des esquilles libres et la résection des parties osseuses souillées, rendent la réduction irrégulière et la contention précaire.

Dans la majorité des cas ce sont les moyens non sanglants de réduction et de contention qui doivent être mis en œuvre : plâtre s'il n'y a pas de chevauchement, traction continue dans le cas contraire.

L'A. fait un grand éloge de la broche de Kirschner (transfixant la grosse tubérosité du calcanéum) qu'il emploie depuis trois ans et qui constitue une mise au point parfaite de la traction directe sur les os, à condition d'en faire l'application immédiate.

(Leclerc. Traitement immédiat des fractures exposées de jambe. *Bourgogne médicale*, novembre 1931.)

Thérapeutique

L'aurothérapie de la tuberculose pulmonaire donne deux sortes d'accidents . les premiers légers et benins, les seconds intenses et même graves.

Le premier groupe comprend la réaction fébrile immédiate, le malaise général avec goût désagréable dans la bouche, les accidents cutanés, muqueux ou hémorragiques.

Le second groupe se compose de trois observations : prurit formidable et érythrodermie desquamative effrayante épistaxis abondantes, hémorragies multiples (épistaxis, pétéchies, hématurie). Ces trois cas ont été relevés dans une statistique de 220 malades traités.

La fréquence des accidents légers est assez grande : 1 cas sur 8 pour la réaction thermique, 3 % pour les autres.

L'état préalable du sujet semble jouer un rôle plus important que le type de l'affection.

Les doses employées ont toujours été très prudentes : 45 centigrammes d'allochrysine (dose totale) pour l'érythrodermie et 30 centigrammes de sanocrysine (dose totale) pour les hémorragies multiples.

(D. Denéchau et Ch. Bigot. A propos de quelques accidents au cours de l'aurothérapie. *Archives médicales d'Angers*, décembre 1931.)

L'arrêt du traitement par l'or s'est imposé dans deux cas, justifiant les conclusions suivantes :

Les accidents paraissent beaucoup plus fréquents avec un traitement massif ; ils ne surviennent généralement pas au début de la cure, mais quand l'organisme est déjà nettement imprégné.

Dans les deux observations rapportées, les doses ne dépassèrent pas 25 centigrammes de crisalbine par piqûre et 1,95 gr. par traitement.

Les conclusions sont les suivantes :

Il paraît urgent, quand apparaissent les premiers accidents cutanéo-muqueux, d'interrompre le traitement et de considérer le malade comme définitivement réfractaire à la chrysothérapie.

Il se confirme de plus en plus que les doses faibles de sels d'or doivent être systématiquement administrées.

(Ouvry et Guittard. Arrêt obligatoire du traitement. Nécessité d'employer de faibles doses. *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, décembre 1931.)

Varia

Ce serait être vraiment bien jeune, bien enfant même, que de s'imaginer modifier une mode sous prétexte de santé (Ch. Laurent, de Saint-Etienne).

Pour le médecin praticien, l'intérêt d'une affection quelconque ne réside pas en sa rareté mais au contraire à la façon courante dont elle se rencontre en clinique journalière. (Grether, de Marseille).

Cinquante ans après les premiers travaux de Pasteur, tout n'a pas encore été dit sur la rage. (J. Bailly, de Tanger).

J. Lafont.

« Le praticien se rappellera toujours qu'un kilo de chien ou de cheval ou de cobaye n'est pas exactement la même chose qu'un kilo d'homme. Avec beaucoup moins que 80 centigrammes de morphine, on tue un homme et on fait simplement dormir un lapin ; la belladone, si toxique pour l'homme, peut servir impunément de nourriture au lapin. On oublie trop souvent cette donnée qui rend si difficiles les essais pharmacologiques chez l'homme. » (Prof. Rathery. Leçon d'ouverture du cours de clinique thérapeutique médicale.)

Inconvénient de l'emploi du son comme laxatif. — Après avoir rappelé un cas d'Alvarez, d'occlusion intestinale consécutif à l'emploi du son, Murray B. Davis. (Intestinal destruction from eating bran. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 4 juillet 1931, p. 24) rapporte le cas d'une femme constipée qui s'était mise au son depuis une semaine et qu'on dût opérer d'urgence pour occlusion : on trouva, dans l'iléon, près de la valvule un paquet de son du volume d'un œuf de poule. A. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars 1932

Robert Koch. Cinquantième anniversaire de la découverte du bacille tuberculeux. — ***M. Calmette*** montre quelles ont été la grandeur et l'influence de la découverte de Koch.

Influence de l'asphyxie expérimentale sur le cœur. — ***MM. Laubry, Walser*** et ***Deglaude*** ont étudie en detail la dilatation asphyxique du cœur ainsi que les phénomènes électrocardiographiques, hématologiques et anatomo-pathologiques qui l'accompagnent. Ce sont les résultats de ces expériences, qu'ils rapportent aujourd'hui.

Si leurs expériences n'apportent pas une preuve péremptoire du rôle de l'asphyxie dans les insuffisances ventriculaires droites *chez l'homme*, elles lui donnent, à côté des facteurs étiologiques habituellement admis, un droit de cité légitime.

Variations des réactions glycémiques post-prandiales. — ***MM. Mathieu de Fossey*** et ***Rouzaud.*** — D'une façon générale, la courbe de la glycémie post-prandiale est influencée par la composition du repas, mais beaucoup moins la teneur en hydrates de carbone que par les associations de ceux-ci avec des aliments azotés par exemple, qui modifient l'acte digestif lui-même.

Des examens répétés du glucose sanguin, soit chez des diabétiques, soit chez des sujets non glycosuriques, ont montré aux auteurs de grandes variations de la courbe pour un repas de composition identique.

La manière dont s'opère la digestion gastrique, que celle-ci soit conditionnée par des troubles gastriques fonctionnels (ptose, hyposthénie, hypersthénie) ou par un déséquilibre vagosympathique ou par une dyspepsie secondaire, influence grandement la courbe glycémique post-prandiale.

D'autre part, les troubles congestifs du foie ou du pancréas, la valeur de la sécrétion insulinienne, sont autant de facteurs également capables de la modifier.

La teneur de l'alimentation en hydrates de carbone ne paraît donc pas donner, à elle seule, la clé des réactions glycémiques individuelles.

Etude sur le rythme particulier du rein dans un cas de diadète insipide. — ***MM. Lévy-Darras et Lucien Uzan*** présentent l'observation d'un malade atteint de diabète insipide par gomme de la région hypophysaire. Au moment où ce malade fut examiné, il buvait et éliminait quotidiennement vingt-trois litres. Le traitement hypophysaire pratiqué avant le traitement spécifique a ramené la diurèse à la normale.

Les auteurs se sont surtout attachés à l'étude du comportement rénal. Pratiquant l'épreuve de diurèse provoquée en clinostatisme, avec sonde vésicale à demeure, ils ont pu obtenir la démonstration que dans ce cas l'élimination rénale se faisait par une succession de crises de diurèse paroxystique intenses, mais de courte durée, et séparées par de longs intervalles d'anurèse complète.

Ils notent l'abolition de tout pouvoir concentrateur du rein, et surtout soulignent l'existence dans l'organe d'un mécanisme neuro-musculaire capable de chasser spasmodiquement l'urine venant s'accumuler dans les tubes urinifères.

Nouvelles recherches sur le système nerveux autonome de l'utérus humain. — ***M. H. Keiffer*** (de Bruxelles). — Il résulte des recherches de l'auteur divers ordres de constatations dont il faudra tenir compte non seulement en anatomie descriptive, mais aussi et surtout dans la physiologie générale de l'utérus, lorsqu'il faudra analyser et interpréter la spécifité d'action des substances pharmacodynamiques :

1° L'existence certaine dans le parenchyme utérin et vaginal de *ganglions parasympathiques* grands et petits ;

2° Appareil *phéochrome surrénalien* important accompagnant les nerfs et ganglions extrinsèques de l'utérus et se prolongeant jusque dans la musculature de l'organe ;

3° L'existence de *corpuscules sensoriels* dans et hors de l'utérus ;

4° Une riche innervation vaso-motrice et d'innombrables *cellules nerveuses multipolaires dans l'endothélium* des veines et particulièrement riche dans les cœurs veineux ;

5° Un *système nerveux cellulaire interstitiel* de Cazal disposé par zones dans la musculature utérine.

Election de deux correspondants nationaux dans la IVe Division (Sciences biologiques). — Classement des candidats. En première ligne : M. GRYNFELTT (de Montpellier) et SCHAEFFER (Strasbourg) En deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. ARGAUD (de Toulouse), COLLIN (de Nancy), MOREL (de Lyon). WOLLMANN (en mission à Santiago). — Adjoint par l'Académie : M. DUBREUIL (de Bordeaux).

Ont été élus: MM. GRYNFELT et SCHAEFFER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1932

Calcifications péri-articulaires. — ***M. Mauclaire*** rappelle que ces lésions peuvent rétrocéder sans traitement chirurgical.

Névrotomie des nerfs honteux internes pour prurit vulvaire. — ***M. Stoinovitch*** (de Belgrade). ***M. J. Quénu***, rapporteur.

La névrotomie bilatérale fut faite après échec des autres traitements : injections épidurales, diathermie, etc., et amena une guérison immédiate.

M. Mauclaire rappelle que sa malade a récidivée et qu'elle a guérie par ovariotomie.

M. Madier a fait deux fois la névrotomie du nerf honteux interne. Le premier cas concerne une femme qui avait des douleurs après périnéorraphie. Guérison. La deuxième malade avait une névralgie essentielle ; la névrotomie bilaterale ne donna qu'un résultat incomplet. Une bulbectomie unilatérale amena la guérison complète.

Psoïtis primitive chez les enfants. — ***M. Mouchet*** relate onze observations de ***MM. Ingelrhans*** et ***Minne*** (de Lille).

Dans l'étiologie de l'affection. les auteurs insistent sur les traumatismes (chute, coup de pied) : il y aurait infection par voie lymphatique. Le diagnostic peut être délicat avec l'ostéomyélite vertébrale ou iliaque.

L'intervention guérit généralement ces malades.

Gastrophotographie. — ***M. Garin***, médecin des hôpitaux de Lyon, fait part des résultats qu'il a obtenus avec un appareil autrichien, et qui sont très encourageants.

Traitement du cancer du rectum. — ***M. Robert Monod*** montre que le traitement par le radium serait idéal. Malheureusement, cette therapeutique est peu satisfaisante. On n'accède en effet à la tumeur que par un orifice etroit, et on n'apprécie que difficilement la limite supérieure. De plus, le cancer du rectum est un épithélioma à radiosensibilité faible.

Tout différent au contraire est le cancer anal qui bénéficie grandement de la radiumponcture.

Prothèse pour résection de la mâchoire inférieure. — ***M. Hartmann*** montre un malade opéré il y a 24 jours et où la prothèse donne un résultat esthétique parfait.

Arthroplastie du genou. — ***M. Mathieu*** montre un excellent résultat datant d'un an d'une arthroplastie du genou pour arthrite blennorraghique.

Colectomie totale et splénectomie. — ***M. J. Quénu.*** — Il s'agissait d'un megacolon total. Dans un premier temps, en période d'occlusion, on fait une iléosigmoïdostomie. Dix jours après, les accidents reprennent, anus iléal. Lavage du côlon. Deux mois après, colectomie totale ; il existait un petit squirrhe de l'angle splénique et on fit en même temps une splénectomie. La guérison date de deux ans.

Fracture comminutive de l'humérus opérée par voie trans-oléocranienne. ***M. Alglave.***

G. MENEGAUX.

« Veiller, en se gardant de toute intervention intempestive au maintien d'une pression artérielle suffisante, chercher, san brutaliser les vaisseaux cérébraux, à favoriser l'augmentation de la perméabilité vasculaire : le médecin qui en présence d'un vieillard atteint d'ictus hémiplégique, se sera efforcé de remplir de son mieux ces deux indications générales aura parfois, croyons-nous l'impression d'avoir effectivement contribué à l'évolution des cas dont le dénouement sera heureux. » (S. DE SÈZE. Pression artérielle et ramollissement cérébral, 1931.)

Lait. — S. G. ZONDEK et M. BANDMANN ont constaté que le lait humain contient trois fois plus de cuivre que le lait de vache. (Taux du cuivre dans le lait, *Klinische Woch.*, 15 août 1931, p. 1528.) H. V.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Deux médecins de Port-Royal. — *De Je Suis Partout (Revue de la Presse).*

La *Revue Universelle* vient de publier une étude Mlle Cécile Gazier consacrée à deux médecins de Port-Royal. Le premier, Victor Pallu, fit son apparition à Port-Royal-des-Champs en 1643. Jusque-là les solitaires s'étaient passés de médecin. A la vérité, Pallu vint parmi eux en disciple plutôt qu'en homme de l'art. Seulement, quand il fut au nombre des solitaires, ce fut avec une humeur charmante qu'il se dévoua au chevet des malades. Il était Tourangeau. La lecture de la *Fréquente Communion* le décida à quitter le monde, bien qu'il n'eût que trente-neuf ans. Huit jours après la mort de M. de Saint-Cyran, il arriva à Port-Royal-des-Champs. Son dessein était d'y séjourner quelques jours seulement.

« Si ce n'est pas Dieu qui vous amène, lui dit en souriant M. Le Maître, vous ne resterez pas si longtemps. Si c'est Lui, vous resterez davantage. »

Il paraît que c'était Dieu, car M. Pallu demeura, et demeura jusqu'à la fin de sa vie survenue sept années plus tard.

C'était un fin lettré, et quel aimable médecin !

Mon Dieu ! qui n'eût aimé ce bon solitaire ! On avait presque de la joie de tomber malade, afin d'avoir le plaisir de jouir de ses entretiens, car on le désirait encore plus sans comparaison pour l'agrément de ses conversations que pour l'utilité de ses ordonnances. La douceur des unes faisait encore plus de bien que la sagesse des autres ; car il n'avait rien de ce ton décisif et impérieux qu'ont d'ordinaire les médecins en visitant les malades.

M. Hamon, l'autre médecin janséniste dont nous entretient Mlle Gazier, n'était point si conciliant dans l'exercice de son art. C'était un médecin d'une très grande science.

En ce personnage, véritablement exquis, se mêlent la science et la piété. Hippocrate et la Bible, Horace et l'Evangile, l'humaine culture de l'esprit et la divine tendresse du cœur. Il a vécu, lui, le savant professionnel, l'émule de Gui Patin et de Renaudot, le beau rêve mystique d'un moine du moyen âge...

.....Les médecins le revendiquent comme un de ceux ayant le plus honoré leur profession : les humanistes n'oublient pas avec quelle maîtrise il maniait la langue de Cicéron ; les catholiques les plus orthodoxes, s'ils n'osent l'appeler saint, ne craignent pas d'écrire « qu'il fut un de ces cœurs purs où la sainteté doit faire sa demeure ».

Il vint à Port-Royal, plus jeune encore que M. Pallu, à 32 ans. Ce solitaire, si humble dans le train ordinaire de la vie du monastère, n'entendait plus la discussion, dès qu'il s'agissait de son art, Fontaine, que cite Mlle Gazier, a écrit de lui :

Dès qu'on ouvrait la bouche, selon la liberté qu'on avait toujours eue du temps du défunt (M. Pallu), pour représenter bonnement quelque chose et pour tâcher d'entrer en composition touchant quelque nouvelle saignée ou purgation, dont il était fort libéral, épargnant tout aussi peu le sang que le séné, on voyait un homme sourd et inflexible, qui, prenant un air sérieux et un ton grave, faisait sonner sa qualité de docteur et les quatre mille livres qu'elle lui avait coûtées.

Il écrivit de nombreux ouvrages de piété, en particulier le *Traité de la prière continuelle* dont Mme de Sévigné raffolait.

Ce fut lui qui, conjointement avec M. Le Maître, veilla sur l'éducation du jeune Racine.

Entre ces deux sensibles, j'ose le dire, entre ces deux poètes il y avait une profonde affinité de nature, et de l'intimité qui s'établit, sur laquelle nous voudrions plus de détails, le testament de Racine est la preuve touchante : « Je désire qu'après ma mort, mon corps soit porté à Port-Royal-des-Champs, et qu'il y soit inhumé dans le cimetière, au pied de la fosse de M. Hamon. » Comme si, dans cette patrie de leurs âmes, leurs cendres confondues devaient redire encore le pur cantique d'amour, cueilli jadis peut-être sur les lèvres du médecin par le chantre futur d'*Esther*.

A propos des spécialités pharmaceutiques. — *Le Dr J. Crinon écrit dans l'*Informateur médical (31 *janvier* 1932) :

Depuis fort longtemps, dans des entretiens familiers avec les principaux spécialistes de l'industrie pharmaceutique, j'ai souligné le danger que présenteraient, tôt ou tard, certaines organisations commerciales pour les grandes firmes qui honorent à la fois la science et la pharmacie française. Ce danger, je veux le désigner à cette place aujourd'hui.

Il y a tout d'abord la fameuse coopérative de Melun qui est dirigée par un homme d'une remarquable valeur et qui tient dans sa main un nombre considérable de pharmaciens. Cette coopérative s'occupe activement de la vente de plusieurs centaines de spécialités. Les pharmaciens qui font partie de cette coopérative sont directement intéressés à la diffusion de ces produits. De telle sorte que, quelles que soient la haute valeur, les références imposantes et l'efficacité indiscutée des produits savamment étudiés qui sortent de nos laboratoires les plus réputés, la petite spécialité sans patronage scientifique risque de remporter à tout coup la victoire. Le pharmacien détaillant pouvant, en effet, quand il lui plaît, se déclarer démuni, ou même ignorant de la spécialité qui lui est demandée et recommander la consommation d'un produit sortant de la coopérative dont il fait partie.

. . . .

Il n'est pas possible d'admettre que la consommation de spécialités pharmaceutiques qui toutes, plus ou moins, contiennent des principes actifs, par conséquent nocifs, dans une certaine mesure, il n'est pas possible, dis-je que cette consommation, que cette vente soient aussi libres que celles du macaroni ou du savon vert. J'entends bien qu'on pourra ergoter, mais j'entends aussi que la raison est pour moi.

Fortes de leur commerce d'exportation, les grandes firmes pharmaceutiques ont mésestimé le travail des termites effectué par ces ententes, coopératives ou non, qui se sont étendues sur tout le territoire français. Aujourd'hui, où le commerce extérieur se trouve barré par les frontières douanières, les regards se tournent plus perspicaces vers le marché français et l'on est stupéfait de trouver celui-ci absolument accaparé par des organisations comme celles dont nous soulignons le danger.

Nous apercevons à l'horizon une lutte qui sera sérieuse et dans laquelle nous voudrions que le prestige médical soit sauvegardé en même temps que celui du commerce pharmaceutique, basé à la fois sur la science et la conscience...

A propos du quinquina.— « Cri de Paris » (21 *février* 1932.)

Pendant la grande guerre, les Alliés ont été sur le point de manquer de quinine. Ce n'est pas que la consommation dépassât les possibilités de production, c'est que les maisons hollandaises accaparées par les Allemands se refusaient à vendre.

Sous la menace de la flotte anglaise, on reussit à s'entendre, encore qu'il fallût payer l'écorce de quinquina un prix plusieurs fois égal à celui qui, jusque-là, satisfaisait les vendeurs.

C'est ainsi que le public découvrit que la production mondiale du quinquina était accaparée par les Hollandais.

Les vendeurs hollanoais, syndiqués, livrèrent pendant quelques années leurs écorces à des prix inférieurs au prix de revient pour décourager les planteurs des autres pays.

Quand ces derniers se furent raréfiés et ne furent plus qu'un appoint dans la production mondiale, les Hollandais ne consentirent plus à vendre du quinquina aux fabricants de sels de quinine que par marchés de 10 ans, avec engagement de l'exclusivité des achats. Ils acquirent ainsi le monopole.

Il fallut la guerre pour que l'univers constatât qu'il ne subsistait plus de plantations de quinquina qu'aux Indes hollandaises.

C'était une sévère leçon pour les Alliés.

La France eut la chance de trouver le Docteur Yersin, qui, à force de patience, réussit à sélectionner une variété de quinquina capable de s'acclimater en Annam. Il fallut beaucoup de persévérance car les quinquinas sont des arbres très sensibles au point de vue de l'altitude et de la nature du sol.

Enfin, deux tonnes d'excellent quinquina d'Indochine ont pu être expédiées, il y a quelques semaines.

L'Institut Pasteur de l'Indochine veut entreprendre une plantation de 150 hectares. Espérons que l'Administration facilitera notre libérateur.

En tout cas, le Docteur Yersin mérite des félicitations.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264.

Fondé en 1873. — N° 12 LE NUMÉRO : 50 Centimes 19 Mars 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 14 mars. — M. ALBERTINI. Les ruptures d'utérus ayant subi la section césarienne. — M. FRITSCH. Etude de la coexistence de la colibacillose et de la tuberculose rénale. — M. GROS. Eblouissement rétinien.

15 mars. — M. PASQUEREAU. Le traitement de l'état de mal épileptique. — M. FAYNER. Considérations sur l'étiologie et la pathogénie des tuberculidés. — M. HAMON. Etude des lésions buccales au cours de la leucémie aiguë. — M. ETESSE. Etude statistique de 159 cancers du sein. — M. REVESZ. Le cancer chez les vieillards.

15 mars. — Mlle SOPROUNOFF. Etude de la pathogénie de la stérilité chez la femme. — M. ALFONSI. Etude de la cyclonéphrite gravidique et de son traitement, en particulier par le sérum anti-colibacillaire de Vincent. — M. PHAM-BA-VIEN. Etude sur un nouveau balsamique « Le Fohienol » et ses applications dans le traitement des maladies des voies urinaires. — Mme JANY. L'élimination de l'eau dans la pratique courante.

16 mars. — M. RACHEF. Le rôle du pancréas dans les ictères catarrhaux. — M. VANNIER. Etude de l'amibiase pulmonaire.

17 mars. — M. SCHULSINGER. Sur quelques principes de la psychoanalyse. — Mme COCHARD. Premières recherches sur le pH urinaire chez l'enfant normal.

M. BALDÉ. Etude des rapports entre la maladie de Hodgkin et la tuberculose. — M. CARLET-SOULAGES. Histoire d'une myxoédémateuse congénitale.

15 mars. — (Thèses vétérinaires). — M. LABBÉ. Des pneumonies du cheval et leur traitement par le sulfate neutre potassique d'oxyquinoléine. — M. BLOT. Le piétin du mouton et de la chèvre. Etiologie, traitement.

17 mars. — (Thèses vétérinaires). — M. NOUVEL. Recherches expérimentales sur les catalyseurs tissulaires. — M. SAINT-PRIX. Etude expérimentale de l'infection du chien par trypanosoma Brucei. — M. PÉRIN. La coccidiose du lapin, son traitement, sa prophylaxie en particulier par le lactosérum et les dérivés du lait.

Asiles publics d'aliénés. — M. le Docteur Magnand, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais), a été nommé médecin directeur de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), en remplacement de M. le Docteur Chatagnon, appelé à un autre poste.

M. le Docteur Fouque, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), a été nommé, en la même qualité, à l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône) en remplacement de M. le Docteur Merland, appelé à un autre poste.

Fondation de l'Assemblée française de médecine générale. — Sous le patronage de membres de l'Académie de médecine, de professeurs des facultés de Paris et de province, de médecins des hôpitaux, il a été fondé le 2 février 1932, à Paris, une association exclusivement composée en France de cliniciens français, à l'étranger de cliniciens de langue française exerçant la médecine générale.

Le Comité est composé de M. le Professeur Carnot, MM. Lesné et Jules Renault, membres de l'Académie de médecine ; MM. les Professeurs Clerc et Laignel-Lavastine, MM. les professeurs agrégés et médecins des hôpitaux Alajouanine, Aubertin, Cathala, Ch. Richet, Huber, Louste, Trémolières, MM. Barthélemy, Biard, Francis Bourgeois, Chabanier, Doury, H. Godlewski, Jomier, H. Sicard, Tardieu, Tissier-Guy, Touchard.

Il a élu : président d'honneur, le Professeur Chauffard ; président, le Professeur Carnot ; vice-présidents, le Docteur Jules Renault et le Professeur Castaigne, membres de l'Académie de médecine ; secrétaire général, le Docteur Henri Godlewski ; trésorier, le Docteur Doury.

L'A. F. M. G., a pour but de provoquer, dégager et exprimer l'opinion de la clinique française sur les plus importantes questions scientifiques d'intérêt général et de pratique courante.

A cet effet, il a été organisé d'abord des sessions d'Assises médicales. Pour chacune de celles-ci, le sujet choisi est en premier lieu discuté en Assises départementales où dans chaque département les praticiens, membres de l'assemblée, votent une conclusion sur les faits de leur observation.

Toutes ces conclusions départementales, publiées immédiatement, sont ensuite discutées en Assises nationales où il est fait choix de la conclusion qui rallie le maximum de suffrages et qui devient ainsi l'expression de l'expérience médicale française.

Les premières Assises départementales auront lieu en avril sur la tuberculose rurale, et la conclusion générale de cette question vitale sera votée en mai aux premières Assises nationales.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Henri Godlewski, secrétaire général, 14, rue Théodule-Ribot, Paris (XVIIe).

Les examens en vue du grade de docteur en médecine. — Le *Journal officiel* du 3 mars 1932 publie un décret, instituant des épreuves écrites aux deux premiers examens de fin d'année en vue du doctorat en médecine.

En voici le texte :

ARTICLE PREMIER. — Les articles 17, 21 et 22 du décret du 10 septembre 1921 portant organisation des études et des épreuves en vue du grade de docteur en médecine, modifié par les décrets des 26 juillet 1925, 17 juillet 1926, 6 août 1927, 10 mars et 21 août 1928, sont remplacés par les dispositions suivantes :

. . . .

Examens de fin d'année.

Art. 17. — Les examens de fin d'année portent sur les matières enseignées conformément au tableau inséré à l'article 8.

Les premier et deuxième examens de fin d'année comprennent des épreuves théoriques écrites et orales et des épreuves pratiques. Les troisième, quatrième et cinquième examens de fin d'année comprennent des épreuves théoriques orales et des épreuves pratiques. Les épreuves des cinq examens de fin d'année sont réparties comme suit :

Premier examen de fin d'année :

Epreuves pratiques : Anatomie. Histologie et embryologie.

Epreuves théoriques : Ecrit, Anatomie. Histologie et embryologie ; — Oral. Anatomie. Histologie et embryologie.

Deuxième examen de fin d'année :

Epreuves pratiques : Physique. Chimie. Bactériologie.

Epreuves théoriques : Ecrit. Physique médicale. Chimie médicale. Physiologie. Bactériologie ; — Oral, Physique médicale. Chimie médicale. Physiologie . Bactériologie.

Troisième examen de fin d'année :

Epreuves pratiques : Anatomie pathologique. Parasitologie. Médecine expérimentale.

Epreuves théoriques : Oral. Anatomie apathologique. . Eléments de parasitologie.

Quatrième examen de fin d'année :

Epreuves pratiques (1[re] partie) : Anatomie médicale. Chirurgie et médecine opératoire.

Epreuves théoriques (1[re] partie) : Oral, Pathologie chirurgicale. Accouchements.

Epreuves théoriques (2[e] partie) : Oral, Pathologie médicale. Pathologie générale.

Cinquième examen de fin d'année :

Epreuves pratiques : Pharmacologie.

Epreuves théoriques : Oral, Hygiène. Médecine légale et déontologie. Thérapeutique et hydrologie. Pharmacologie.

Dans les facultés ou écoles où l'enseignement de la pharmacologie est donné en quatrième année, l'épreuve théorique orale et l'épreuve pratique de pharmacologie ont lieu la même année à la fin de l'enseignement.

. . . .

Art. 21. — Les questions posées aux examens sont prises sur l'ensemble de l'enseignement correspondant.

Dans chaque faculté ou école, les candidats d'une même année subissent chacun des épreuves théoriques écrites le même jour. Au cas d'impossibilité matérielle résultant du nombre d'étudiants ou de toute autre cause, le doyen ou directeur peut répartir les candidats en plusieurs séries.

Les épreuves théoriques écrites sont anonymes ; elles comportent des réponses à des questions simples (3 au minimum pour chaque matière).

Les questions des épreuves théoriques sont choisies par le doyen de la faculté pour cette faculté et pour la ou les écoles qui en dépendent.

La durée de chaque épreuve écrite est d'une heure pour chaque matière.

La surveillance des épreuves théoriques écrites est assurée sur la désignation et sous le contrôle du doyen ou directeur, par des professeurs, des agrégés ou des chargés de cours qui président en personne la séance dans les conditions prévues par l'article 41 du décret du 21 juillet 1897 relatif au régime scolaire et disciplinaire des universités. Il est interdit aux candidats d'apporter dans la salle d'examen aucun livre ou feuille de papier, même ne portant aucune inscription. La faculté ou école leur fournit du papier à en-tête qui peut seul être employé. Aucun recueil de texte n'est mis à leur disposition.

Toutes les mesures nécessaires pour assurer l'anonymat des épreuves sont prises par le doyen ou le directeur.

Les jurys pour les épreuves écrites sont composés de trois membres pour l'examen de première année et de quatre membres pour l'examen de seconde année.

Dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les jurys pour ces épreuves sont présidés par le professeur de faculté délégué par le ministre pour la présidence des examens de médecine.

Pour les épreuves théoriques orales et les épreuves pratiques, le nombre de candidats à admettre par série est réglé par le doyen ou directeur sur l'avis des professeurs intéressés.

Les épreuves pratiques sont subies à l'expiration de la période d'enseignement correspondant à chacune d'elles devant des commissions d'examens présidées par le professeur, assisté des agrégés chargés de l'enseignement ou de travaux pratiques.

Art. 22. — L'admissibilité, l'admission et l'ajournement pour chaque matière sont prononcés après délibération du jury au complet.

Les épreuves théoriques écrites, théoriques orales et les épreuves pratiques donnent lieu pour chaque candidat à une note valable de 0 à 10.

Au premier et au deuxième examen de fin d'année, nul ne peut être déclaré admissible aux épreuves orales s'il n'a obtenu la note 5 sur 10 à chaque épreuve théorique écrite.

Pour la réception définitive à chaque épreuve théorique, la note obtenue à l'écrit et la note obtenu à l'oral se combinent.

A la session de juin-juillet, tout candidat n'ayant pas obtenu dans un examen au moins la moitié du maximum des points pour une matière, est ajourné, pour cette matière, à la session d'octobre-novembre. En cas de nouvel échec à cette session, il est renvoyé à la session de juin-juillet de l'année suivante et doit subir à nouveau toutes les épreuves pratiques et orales dudit examen, sous réserve des dispositions prévues par le décret du 3 février 1927.

Nonobstant les dispositions dudit décret, tout candidat qui n'a pas été déclaré admissible à une épreuve théorique orale

du premier ou du deuxième examen au cours de l'ensemble des sessions de juin-juillet et d'octobre-novembre perd le bénéfice de toutes les épreuves théoriques et pratiques qu'il a subies avec succès pour le même examen.

Il doit recommencer son année d'études et subir toutes les épreuves y afférentes à la session de juin-juillet.

Tout candidat ayant subi un ou plusieurs échecs partiels à la session d'octobre-novembre du cinquième examen de fin d'année n'est tenu à réparer que ce ou ces échecs partiels à la session de juin-juillet suivant ; le bénéfice des autres épreuves reste acquis.

Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le mardi 12 avril 1932 à 14 heures, dans l'Amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, depuis le mardi 15 jusqu'au mercredi 23 mars 1932 inclusivement.

XIXe Congrès annuel d'hygiène (Paris, Institut Pasteur, les 24, 25, 26 et 27 octobre 1932.) — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise, cette année comme les années précédentes, un *Congrès d'hygiène*.

Ce Congrès s'ouvrira sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique ; il tiendra séance les lundi 24, mardi 25, mercredi 26 et jeudi 27 octobre 1932, à Paris, dans le Grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. A.-A. Rey, président de la Société pour 1932.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant, à M. Dufaure, agent de la Société, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

L'inscription est gratuite ; mais seuls MM. les membres de la Société de médecine publique recevront le numéro que le *Mouvement Sanitaire* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès.

Rapports. — Ce Congrès sera consacré à un examen général de la situation actuelle de l'hygiène en France :

I. — Formation technique des hygiénistes (médecins-hygiénistes, ingénieurs sanitaires, urbanistes, etc...).

II. — Œuvre réalisée, en France, par les hygiénistes professionnels (Inspecteurs départementaux d'hygiène, Directeurs de bureaux d'hygiène, Ingénieurs, Architectes et Techniciens municipaux, etc...) depuis la mise en application de la loi de 1902.

III. — Réalisations en hygiène dues à l'initiative et à l'action des œuvres publiques et privées.

IV. — Groupements, Sociétés (Associations, Syndicats) d'hygiénistes. Projet de fédération de ces groupements.

La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui seront adressés avant le 1er juillet 1932.

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications devront se conformer aux prescriptions suivantes qui seront strictement appliquées :

1° Les communications ne devront pas avoir plus de cinq pages (pages de 39 lignes ; lignes de 52 lettres), format du *Mouvement [Sa]nitaire*, et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes :

2° Les manuscrits devront être préalablement soumis à l'ap-

probation du Conseil d'administration de la Société de médecine publique ;

3° Le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur* sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs ;

4° Les demandes de tirés à part devront être adressées directement au *Mouvement Sanitaire*, 52, rue Saint-Georges, Paris ;

5° Envoyer, en même temps que la demande de communication, un résumé (10 à 15 lignes) en dix exemplaires, destiné à la presse.

N. B. — Les demandes de communications seront reçues jusqu'au 1er juillet 1932, et devront être adressées au secrétaire général de la Société, M. R. Dujarric de la Rivière, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

Les communications dont le titre ne nous sera pas parvenu avant cette date ne figureront pas au programme et ne pourront être présentées en séance qu'après épuisement de l'ordre du jour.

Association confraternelle des médecins français. — L'assemblée générale annuelle de l'Association confraternelle des médecins français a eu lieu le mercredi 2 mars 1932 à l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris.

Elle était présidée par M. le Professeur Vanverts, de Lille, assisté des membres du bureau de l'Association.

845 sociétaires étaient présents ou représentés.

Le Docteur Barbelin, trésorier, a fait ressortir dans son rapport la bonne situation morale et financière de cette œuvre d'entr'aide au décès fondée en 1908, qui compte actuellement 1.524 sociétaires, médecins ou femmes de médecins, répartis dans toute la France et les possessions françaises de l'Afrique du Nord.

Depuis son origine, la société a secouru 184 familles médicales, leur distribuant une somme totale de 1 million 384 mille francs ; en outre, elle a constitué, pour parer aux mauvais jours éventuels, une réserve de 500.000 francs.

L'assemblée a nommé son bureau pour l'année 1932, lequel se trouve ainsi constitué : MM. les Docteurs Vanverts, professeur à la Faculté de Lille, président ; Le Filliatre, vice-président ; Grahaud, secrétaire général ; O'Followell, secrétaire-adjoint ; P. Barlerin, trésorier ; Tissot, Agasse Lafond, Tulasne, Signoret, Monreffet, membres du Conseil de surveillance.

Tous les médecins doivent connaître la « Confraternelle », bel exemple de ce que peut réaliser la solidarité entre membres d'une même profession. Pour tous renseignements, s'adresser, à Paris : Docteur Grahaud, 7, rue Labie (17e) ; Docteur Barlerin, 10, rue de Strasbourg (10e).

Cours de perfectionnement sur les maladies des artères, des veines et des capillaires. — Ce cours, qui sera fait à l'hôpital Tenon par le Dr C. Lian et ses assistants, aura lieu du 17 au 28 mai 1932 (chaque matin une conférence suivie d'exercice cliniques, chaque après-midi, deux conférences séparées par une démonstration pratique).

Le cours se terminera par un voyage d'études à la station hydro-minérales de Bagnoles-de-l'Orne (maladies des veines). Départ l'après-midi du 28 mai. Retour à Paris le dimanche soir 29 mai.

Droit d'inscription : pour le cours 250 francs, pour le voyage à gnoles-de-l'Orne, 100 francs (tous frais compris, billets et séjour à l'hôtel).

S'inscrire à la Faculté de médecine : Salle Béclard, tous les jours de 9 à 11 heures ou de 2 à 5 heures, sauf le samedi après midi.

Nécrologie. — Dr Gaston Chiffre, de Perpignan, décédé à l'âge de 31 ans. — Dr Charles Debierre, professeur honoraire d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille, décédé dans sa 79e année. — Dr Dr Charles Kieffer, décédé à Paris.

VOIR LA SUITE DES « NOUVELLES » PAGE 534

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude d'un cas de tétanie parathyréoprive avec graves troubles mentaux [1]

Par **Eduardo COELHO** (de Lisbonne)

Parmi 30 cas de goitre exophtalmique que nous avons fait opérer de thyroïdectomie sub-totale après préparation convenable par l'iodure de potassium à doses fractionnées (solution de Neisser), selon la technique que nous conseillons ailleurs (2), nous avons eu un cas de tétanie parathyréoprive consécutive à l'opération. L'évolution et l'enchaînement des symptômes et les troubles mentaux qu'a présentés cette malade ont été très intéressants. Voici un abrégé de son histoire clinique.

Observation. — L. M., femme, âgée de 41 ans, mariée, couturière. Entrée dans le service de pathologie médicale, le 5 septembre 1930. La maladie a débuté il y a trois ans par des palpitations, un état de fatigue, amaigrissement et tremblements. Plus tard, elle a remarqué que son cou avait grossi ; elle avait de la diarrhée et, de temps en temps des vomissements et des crises de sueurs. La faiblesse et les tremblements se sont accentués l'obligeant à abandonner son travail.

A. P. — Rougeole. Appendicectomie. Accident primaire de syphilis, il y a dix ans. Elle a suivi un traitement antisyphilitique intensif.

A. H. — Rien d'important.

Status praesens. — Constitution normale. Mauvais état de nutrition. Poids 44 kgr. 500. Exophtalmie légère. Les signes de Stellwag, Graefe et Mœbius sont négatifs. Tremblements des mains. Goitre pulsatil. Pouls rythmique, 120 p/m. ; tension art. 18/9 (Pachon-Gallavardin). Examen du cœur, normal. La radiographie du cœur montre une légère accentuation de l'arc pulmonaire et de l'oreillette droite. Electrocardiogramme. Tachycardie sinusale ; le voltage des ondes, T. et P. est normal. A l'examen, les autres systèmes et appareils sont normaux.

M. B. = + 33 % (App. Knipping).

R. A. = 44 % (App. de Van Slyke).

Analyse des urines. — Normales.

Analyse du sang : Hémogl. 98 %, v. glob. 0.93, coagulab. 7 à 8 m., érythrocytes 5.215.000, leucocytes 8.000, linf. 26,0 %, monoc. 5,5 %, neutrophiles 68 %, éosinophiles 0,5 %. Déplacement léger à gauche de l'hémogramme de Schilling.

Traitement médical. — Solution de Neisser pendant quatre semaines (1re, X gouttes par jour ; 2e, XV gouttes ; 3e et 4e, XX gouttes).

Diminution des tremblements. Pouls 100 p/m. Poids 46 kgr. M. B. = 25 %.

La malade fait trois cures d'iode avec des intervalles de repos jusqu'à janvier 1931. Le 1er janvier M. B. = + 2 % (App. de Knipping). Le goitre se maintient dans le même état ; pouls 90 p/m., pas de tremblements, poids 51 kgr. 5.

Traitement chirurgical. — Nous l'avons fait opérer de thyroïdectomie sub-totale le 7 janvier, 1931.

Examen 10 jours après l'opération : pouls 74 p/m, pas de tremblements, poids 54 kgr. 5, M. B. = — 10 % (App. Knipping) R. A. 48 % (App. Van Slyke). Le 15e jour, elle commence à présenter des signes de tétanie : l'aspect figé de la main apparaît souvent sans que la volonté puisse modifier cet état. La menstruation disparaît. Nous lui donnons 10 gr. par jour de lactate de calcium.

La malade sort du service, malgré nos tentatives pour la retenir. Le 1er mai, elle revient à notre consultation et rentre dans le service en un état très grave. Les symptômes de tétanie se sont complètement installés. Elle est atteinte de convulsions douloureuses, généralisées, avec perte de connaissance et de la morsure de la langue. On observe jusqu'à quatre accès par jour. Pendant l'accès, elle tord les membres supérieurs et inférieurs, se plaint de douleurs intenses et permanentes à la tête qui lui font pousser des cris déchirants.

Souvent, elle tombait au commencement de l'accès ; elle présentait des blessures au tronc et sur le visage par suite de ces chutes. Ces accès avaient un aspect épileptiforme. On observait un strabisme convergent. Les signes de Trousseau, Chwostek, Kahn et Falta étaient positifs. Les fig. 1, 2 et 3 montrent le signe de Trousseau dans le membre supérieur, le membre inférieur et le commencement d'un accès généralisé. Il y a dermographisme accentué et des sueurs pendant les convulsions. Nous constatons aussi la perte de l'émail dentaire. Les réflexes tendineux sont vifs ; les réflexes cutanés et pupillaires normaux. Après l'installation complète du syndrome de tétanie, la malade a présenté des douleurs de type rhumatoïde avec tuméfaction dans les articulations des membres.

Après ces troubles se développe un syndrome confusionnel, avec désorientation dans l'espace et dans le temps, excitation, hallucinations, pleurs, rire, etc. La malade a des tendances agressives, de l'amnésie et fait une tentative pour se suicider. Une insomnie rebelle survint. Céphalées intenses. Sa physionomie a acquis un aspect spécial qui ne rappelle pas l'état antérieur. La malade ne peut faire un pas ; ses jambes et ses pieds sont fléchis. Elle n'a pas de force pour se maintenir. Le dosage du calcium du sang a présenté 7,2 mgr. %.

Un examen général ne présente pas d'autres troubles.

5 mai 1931. — Analyse des urines : normales. Analyse du liquide céphalo-rachidien : normal.

Analyse du sang : Hémogl. 78 %, val. glob. 0,98, érythrocytes 3.960.000 ; leucocytes, 4.300 ; linf. 28,5 % ; neutroph. 63,5 % ; monoc. 6,0 % ; éosin. 1,5 % ; basoph. 0,5 %.

6 mai 1931. — Calcémie 7 % CO^2 = 82 % (App. Van Slyke).

7 mai 1931. — *Courbe de la glycémie expérimentale.*

	Glycémie
A jeun	0,78 %
Après 50 gr. de glucose :	
1/2 h.	1,12 »
1 h.	1,39 »
1 h. 1/2	1,27 »
2 h.	1,36 »

M. B. = — 20 % (App. Knipping).

Nous lui avons ordonné la médication suivante, à prendre tous les jours pendant quatre semaines : 0,10 gr. de luminal, 20 gr. de lactate de calcium, une injection de 2 cc. de parathyroïdine, une injection de 20 cc. de chlorure de calcium à 10 % deux fois par jour. La malade présente beaucoup d'améliorations subjectives et objectives, mais les accès de tétanie avec convulsions généralisées, les insomnies, les céphalées permanentes, les signes de Trousseau, Chwosteck, Falta et Khan persistent. Son état mental s'est particulièrement amélioré. Le 5 juin, nous avons reçu la Parathormone « Collip » de la maison Lilly qu'on ne trouvait pas à Lisbonne. Nous lui donnons des injections de 40 unités par jour les quatre premiers jours et 20 unités les jours suivants.

Au bout de dix jours, la malade n'a plus présenté d'accès de tétanie, et dix jours après l'état mental était tout à fait normal et les signes de Trousseau, Chwosteck, Falta et Khan devenaient négatifs. Elle a commencé à essayer de marcher ; quelques jours après, elle marchait et pouvait même courir comme antérieurement, avant sa maladie.

Les différents dosages du calcium du sang ont présenté les chiffres suivants :

Le 5 juin	8,0 mgr. %
Le 9 juin	7,9 mgr. %
Le 16 juin	11,4 mgr. %
Le 21 juin	12,4 mgr. %
Le 25 juin	11,7 mgr. %

Nous avons suspendu les injections de parathormone le 4 juillet.

Cinq jours après la malade présente une esquisse de tétanie.

Dosage du calcium dans le sang et réserve alcaline :

Le 9 juillet 8,4 mgr. %. CO^2 = 70 %.

Nous reprenons les injections de parathormone le 11 juillet pendant 6 jours.

Dosage du calcium du sang :

Le 15 juillet 8,8 mgr. %.

Le 20 juillet, 11,2 mgr. %.

Le 25 juillet 11 mgr. %.

(1) Nous remercions les Docteurs C. TRINCAO et C. DE OLIVEIRA de la collaboration qu'ils ont bien voulu nous donner.

(2) Le traitement du goitre exophtalmique. *Presse médicale*, 1930, n° 40.

Dosage des phosphates du sang (phosphore minéral) :
Le 9 juillet, 5,75 mgr. %.
Le 20 juillet 3,67 mgr. %.
M. B. = — 1 %.
CO^2 = 65 %. Courbe de la glycémie expérimentale :

Le 25 juillet :

	Glycémie
A jeun	0,86 ‰
Après 50 gr. de glucose :	
1/2 h.	1,67 ‰
1 h.	1,78 ‰
1 h. 1/2	1,06 ‰
2 h.	0,58 ‰

La malade se maintient depuis six mois sans médication et son état est tout à fait satisfaisant (1). Le taux du calcium se maintient normal.

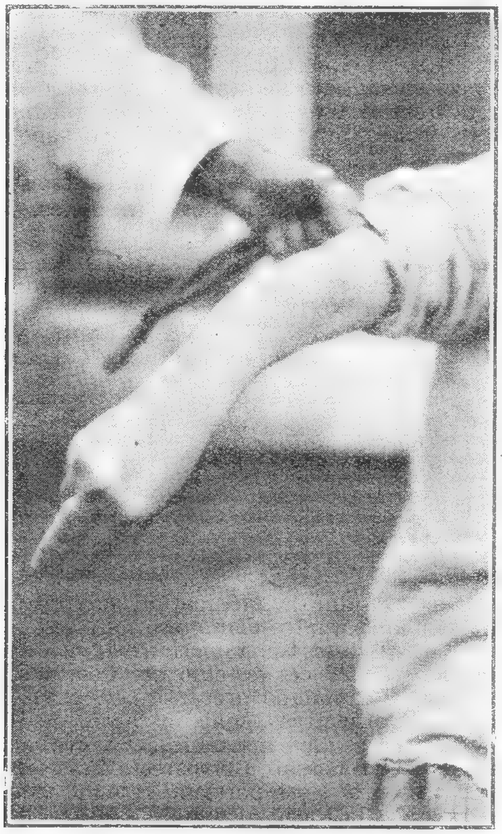


Fig. 1. — Le signe de Trousseau dans la main.

Commentaires. — Il s'agit, en résumé, d'une femme atteinte de tétanie parathyréoprive post-opératoire. Eiselsberg et Wölfler ont trouvé un pourcentage de 23% de tétanies post-opératoires dans la Clinique de Billroth.

Dans les statistiques récemment publiées (Bircher, Bossart, Capelle, Crile, Demmer, Dubs, Eiselsberg, Grasmann, Hotz, Iversen, etc.), il y a seulement 2 à 3 % de tétanies post-opératoires (2). Pour éviter le danger de la tétanie, le principal rôle appartient à la technique opératoire. Sur 3.500 thyroïdectomies, K. Urban n'a observé aucun cas de tétanie.

On connaît la description classique de la tétanie parathyréoprive, selon Eiselsberg (3). La tétanie de notre malade s'éloignait de la description classique. L'évolution des symptômes a suivi trois étapes : 1re tétanie ; 2e tuméfactions douloureuses des articulations et douleurs des os ; 3e syndrome confusionnel. Ces troubles ont été accompagnés par d'autres perturbations trophiques et neurovégétatives ci-dessus décrites et bien connue des auteurs. Les douleurs dans les os et les articulations ont été observées déjà par Falta et Khan après les accès tétaniques. Toutefois, nous avons constaté des tuméfactions douloureuses dans les articulations.

Les troubles de la connaissance, dépression mentale, excitabilité psychique et même psychose, ont été observés dans la tétanie par Frankl-Hochwart, Kraepelin, Korsakow et d'autres auteurs. Dernièrement, J. Snapper a constaté dans un cas de maladie de Recklinghausen, opéré d'adénome parathyroïdien, ce qu'il appela « *une démence totale* », caractérisée par une grande excitation, états de dépression suivis par des crises de sanglots, anxiété et insomnie (1). Cet état — une confusion mentale, croyons-nous — a disparu complètement après des piqûres sous-cutanées de parathormone Collip.

Les troubles mentaux présentés par la malade ont été très

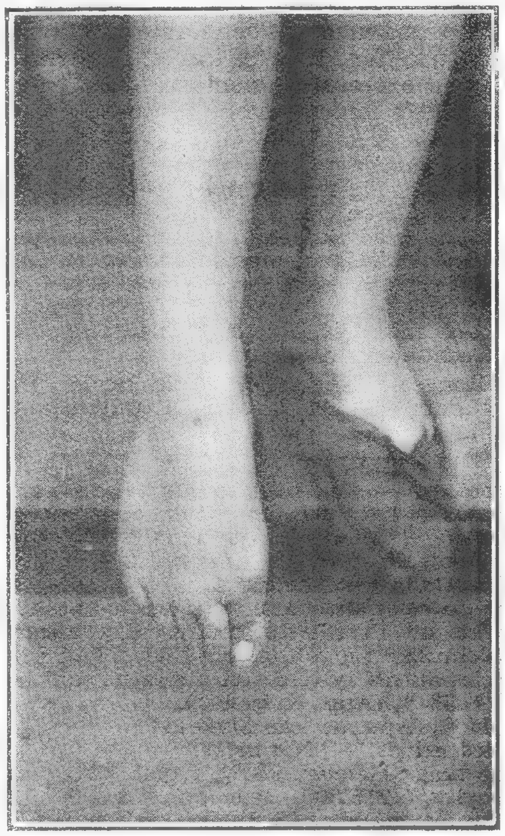


Fig. 2. — Le signe de Trousseau dans le pied.

graves et nous causèrent de grandes inquiétudes. Ils n'ont pas annoncé la tétanie, au contraire des cas relatés par d'autres auteurs, mais ils ont suivi le syndrome complet de la tétanie. Tous ces symptômes post-opératoires s'expliquaient par l'abaissement du taux du calcium dans le sérum. Sa valeur normale oscille entre 9,2 à 11,3 mgr. p. 100 et nous avons trouvé 7 mgr. p. 100. A mesure que le calcium du sérum s'élevait les symptômes objectifs et subjectifs disparaissaient.

Nous avons constaté un parallélisme entre la montée de la calcémie et la descente de la phosphatémie, parce que dans la tétanie, il y a une augmentation du phosphore minéral et total. A la formule de Rona et Takahashi $Ca = \frac{H,}{H\,CO^3,}$ Frendenberg et György ont opposé cette égalité : $Ca = K\frac{H}{CO^3\,HPO^4}$, (2). Une augmentation du dénominateur est donc parallèle à une ionisation du calcium. Frendenberg et György, ont montré que l'alcalose est

(1) La glycémie a été déterminée par la méthode de Hagedorn-Jensen, la calcémie par la méthode de Clark et Collip et la phosphatémie par le procédé de Dell-Doisy, modifié par Driggs.
(2) B. Breitner. — Die Enkrankungen der Schildrüse, Berlin, 1928, p. 260.
(3) W. Falta. — Die Erkankungen der Blutdrüsen, 2e éd., Berlin, 1928, p. 200.

(1) J. Snapper. — Maladies osseuses et parathyroïdes, in *Annales de Médecine*, 1931, n° 3.
(2) Gyorgy. — Die Behandlung und Verhütung der Rachitis und Tetanie, Berlin, 1929.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

suivie d'une rétention de phosphates, déterminant une dissociation du calcium colloïdal. La malade a présenté aussi une alcalose accompagnée d'hyperphosphatémie et d'hypocalcémie. Nous devons remarquer la baisse des érythrocytes pendant la tétanie et surtout l'existence de l'hypoglycémie à jeun et de la courbe de la glycémie expérimentale.

Après 200 unités de parathormone « Collip » à jours successifs, la courbe de glycémie est revenue à la normale. Le métabolisme des hydrates de carbone a été nettement troublé dans ce cas de tétanie. Nous avons étudié ailleurs ces faits (1). Il faut remarquer également la baisse accentuée du métabolisme basal dans le cours de la tétanie (— 20 %) et sa normalisation après le traitement de l'insuffisance parathyroïdienne et sans aucune médication thyroïdienne. L'insuffisance parathyroïdienne a amené par elle-même une diminution de la fonction thyroïdienne. On sait que la perte complète des parathyroïdes se trouve seulement dans des cas très rares de tétanie para-



Fig. 3. — Un accès de tétanie.

thyréoprive ; il y a même souvent des parathyroïdes accessoires. Ainsi la thérapeutique calcique intensive, augmentant le calcium de l'organisme, et l'extrait de parathyroïde le métabolisant, guérissent presque toujours la tétanie parathyréoprive. L'hormone parathyroïdienne a ici non seulement le rôle de médication de substitution, mais encore de stimulant de la fonction s'il existe une partie des glandes.

Guérison définitive ? Guérison provisoire ? Nous ne pouvons encore nous prononcer.

L'état actuel de notre malade — en ce qui concerne les signes cliniques et le métabolisme du calcium — se maintient tout à fait normal. Elle ne prend plus ni calcium, ni piqûres de parathormone. Cela tendrait à nous faire croire que la cure est définitive. Mais même s'il fallait employer de nouveau la parathormone, ce serait le cas particulier du diabétique qui ne peut pas vivre sans insuline. L'extrait très actif de Collip (parathormone) a ouvert une nouvelle ère dans le traitement de la tétanie.

(1) Eduardo Coelho et Candido de Oliveira. — Parathormone et métabolisme des hydrates de carbone. *C. R. des S. de la Société de Biologie*, 1932.

CHRONIQUE

Le dolichocolon

J'ai, sur ma table, le beau livre que Chiray (1) vient de consacrer au dolichocolon. Je l'ai lu, ces jours-ci, avec application et avec un très vif intérêt. Quel chemin parcouru en pathologie du gros intestin depuis les connaissances rudimentaires que contenaient les manuels classique de 1900. (Je donne cette date parce que c'est vers cette époque que j'ai commencé l'étude de la médecine). Que de progrès a fait l'étude des maladies du côlon depuis l'utilisation de la coprologie et de la radiologie et depuis la vulgarisation des idées du grand clinicien A. Mathieu.

Le chapitre du dolichocolon n'est pas un des moins intéressants dans cette pathologie nouvelle et, si j'en juge par le nombre de cas que j'ai observés dans une pratique obstétricale et gynécologique, il est probable qu'il doit être tenu pour responsable de bien des états intestinaux.

Chiray, ayant souvent recours au lavement opaque pour l'examen radiologique de ses malades, a constaté combien sont fréquents chez les sujets atteints de troubles digestifs de toutes espèces et étiquetés des diagnostics les plus divers, les allongements des côlons, allongements le plus souvent segmentaires.

Cet allongement pourrait être une simple disposition anatomique contingente : mais, pour Chiray, il joue un rôle réel, un rôle de premier plan dans la production des symptômes cliniques.

Il est délicat de marquer la limite entre le dolichocolon et le mégacolon. Le cadre du mégacolon s'est élargi considérablement grâce aux cas frustes dans lesquels l'allongement tient autant de place que l'augmentation de calibre. Par ailleurs, les dolichocolons se compliquent souvent d'un certain degré de distension de l'anse intéressée, ce qui n'est pas fait pour diminuer les difficultés.

***

Définition. — Le dolichocolon est une affection caractérisée : *anatomiquement*, par un allongement, le plus souvent localisé à un segment du gros intestin, (presque toujours du côlon gauche) d'où résultent des flexuosités, des anses et des coudures anormales, accompagné ou non d'uue augmentation de calibre du segment intéressé et *cliniquement*, par des troubles digestifs variés, dont les plus importants, et les plus constants sont la constipation, l'aréocolie et des crises douloureuses d'un type particulier.

Les travaux des chirurgiens consacrés à certains syndromes intestinaux tels que le volvulus et la stase intestinale chronique ont commencé à préciser le grand rôle pathologique joué par les allongements segmentaires des côlons. Mais c'est à une époque toute récente qu'on a fait du dolichocolon une véritable entité morbide. Ces études, encore peu développées au point de vue clinique, sont surtout l'œuvre des radiologistes et c'est pourquoi Chiray a mis sur pied son livre grâce à la collaboration de Lomon dont les splendides radiographies constituent de la page 98 à la page 130 un splendide album du dolichocolon.

***

La fréquence du dolichocolon est diversement appréciée par les auteurs ; Bryant 14 %, White 4 à 5 %, Kantor 9,2 %, Strauss, 8 %. Il s'agit donc d'une anomalie fréquente.

***

Etiologie. — *L'influence du type morphologique* du sujet a été l'objet de discussions : les premiers auteurs attribuaient

(1) Chiray, Lomon et Wahl. — Le dolichocolon. Masson et Cie, éd., Paris 1931.

volontiers ces allongements au type asthénique avec tendance aux ptoses, tendance au relâchement de la paroi abdominale, tendance aux hernies. Mais, dans les observations de CHIRAY, le dolichocolon a été observé aussi souvent chez des sujets corpulents à bonne paroi abdominale, que chez les asthéniques et les ptosiques.

L'âge auquel débutent les accidents est des plus variables ; mais, dans la majorité des cas, le début clinique se fait à l'âge adulte. C'est là une notion importante qui distingue nettement le dolichocolon du syndrome de HIRSCHPRUNG, beaucoup plus précoce.

Siège. — Dans l'immense majorité des cas, le dolichocolon est une affection du côlon gauche (portion gauche du transverse, côlon descendant, côlon iliaque, côlon sigmoïde). Sur le côlon droit, on ne constate qu'exceptionnellement des allongements très marqués. D'ailleurs, il s'agit là d'un type clinique différent, en rapport avec une ptose du cœcum, un cæcum mobile ou une péricolite droite, tous états créant des coudures. Le dolichocolon total, par contre, n'est pas rare et il coïncide, souvent, avec des anomalies de situation ou de fixation de l'ensemble des côlons.

L'association avec d'autres syndromes digestifs est notée dans beaucoup d'observations, par exemple, l'association avec l'appendicite. CHIRAY insiste sur ce point et souligne que l'examen complet des malades montre la grande fréquence de lésions situées *en amont* du dolichocolon : les péricolites droites, les stases cæcales avec atonie, la ptose et l'ectasie du cœcum, les brides de Lane au niveau de l'angle iléo-cæcal sont souvent associées au dolichocolon et sont, sans doute, causées par lui.

***

Pathogénie. — *Les théories anatomiques* considèrent l'affection comme congénitale et en rapport avec un trouble du développement ou avec la persistance chez l'adulte d'une disposition infantile. *Les théories physio-pathologiques* font du dolichocolon une conséquence de certains troubles du transit intestinal.

Théorie des malformations congénitales. — Cette théorie attribue le dolichocolon à l'action d'une cause pathogène s'exerçant sur le côlon à l'une des périodes de la vie intra-utérine.

« On sait que le développement du tractus gastro-intestinal se fait en deux stades principaux. Jusqu'au cinquième mois de la vie embryonnaire le tube digestif reste court, médian et sagittal. A partir de cette étape, le côlon s'accroît rapidement pour atteindre à la naissance une longueur un peu supérieure à sa valeur définitive. C'est pendant cette phase d'accroissement rapide que se produisent les diverses modifications permettant à l'intestin de se loger dans une cavité abdominale dont la capacité n'augmente pas parallèlement à son allongement. Les mensurations de Bryant confirment ces notions. Entre le cinquième mois et la naissance, alors que la taille passe de 22 à 50 centimètres, la longueur du côlon s'élève de 0,14 à 0,55, avec un accroissement brusque entre le cinquième et le sixième mois. »

Hypothèse invoquant la persistance chez l'adulte d'une disposition normale chez l'enfant. — Cette théorie attribue le dolichocolon à un trouble du développement pendant la vie extra-utérine.

Hypothèse invoquant les variations individuelles de longueur des côlons. — On a signalé, depuis longtemps, les grandes variations de la longueur du côlon. Mais ces observations des anatomistes se rapportent à des cas dont l'histoire clinique n'est pas connue : or, note CHIRAY, quand on sait avec quelle fréquence les dolichocolons donnent lieu à des troubles pathologiques, il apparaît comme difficile de préciser quels sont les cas réellement normaux et les cas pathologiques dans ces statistiques.

Théories physio-pathologiques. — Ces théories considèrent le dolichocolon comme une affection acquise, secondaire à des troubles du transit intestinal total ou même à des inflammations colitiques. LARDENNOIS et AUBOURG pensent que la colite constitue le trouble initial. D'autres attribuent l'allongement du sigmoïde à de mauvaises habitudes intestinales, entraînant la constipation chronique. Pour ZORZI, la colite et la constipation, d'une part, le dolichocolon, de l'autre, seraient les effets d'une même cause liée aux conditions d'innervation des côlons.

Théorie de CHIRAY. — Aucune des deux conceptions ne satisfait CHIRAY. Il y a des causes prédisposantes d'ordre anatomique qui consistent en dispositions particulières des mésos des différents segments du côlon et il y a des causes déterminantes d'ordre physio-pathologique. Ces causes ne sont pas la colite, invoquée par LARDENNOIS, et que CHIRAY considère comme secondaire, mais bien plutôt des troubles du transit, comme le prouve la régression du dolichocolon par la cure de la constipation.

L'étude du transit a permis à CHIRAY de mettre en évidence un fait très important : le retard ne se produit jamais au niveau de l'anse dolichocolique dont la traversée est, au contraire, accélérée et qui, en général, apparaît vide de matières et pleine de gaz. Mais c'est dans tout le côlon que le fonctionnement intestinal se fait suivant un mode anormal, réalisant un véritable « transit » anarchique.

Le dolichocolon paraît, en somme, la manifestation d'un trouble complexe des fonctions motrices du côlon que CHIRAY essaye de préciser.

1° Il ne s'agit pas de constipation spasmodique telle qu'on la rencontre dans la colite musco-membraneuse : l'examen radioscopique montre que l'intestin a peu de tendance au spasme, que les anneaux spasmodiques sont rares.

2° Il ne s'agit pas d'atonie ; en effet, le dolichocolon ne paraît pas particulièrement fréquent chez le vieillard où l'atonie est la règle.

3° Il y a un trouble de la coordination entre les segments divers de l'intestin, une anomalie dès lors du péristaltisme. Il se peut que le système nerveux, sympathique ou parasympathique, soit troublé par une lésion organique à distance, agissant, par voie réflexe ou directe, sur le système nerveux autonome. Le rôle du système nerveux devient très évident dans quelques cas de dolichomégacolon survenus chez des malades atteints de lésions organiques de l'axe cérébro-spinal (syphilis cérébro-spinale, ou encéphalite épidémique). Par ailleurs, certaines observations peuvent faire penser à l'intervention des glandes endocrines. Des faits analogues ont été publiés pour le dolichomégacolon lié à une tumeur de l'hypophyse ou au myxœdème.

Causes de la localisation élective sur le côlon gauche. — Pour CHIRAY, c'est dans la différenciation des fonctions du côlon droit et du côlon gauche qu'il faut chercher la raison de la localisation élective à gauche.

Le côlon droit semble, presque entièrement, dépourvu de méso. Son origine embryonnaire et sa vascularisation sont particulières. Son rôle digestif est important grâce aux fermentations bactériennes dont il est le siège. L'absorption y est, encore, active grâce à son contenu demi-liquide et, surtout, à sa motricité particulière, caractérisée par des mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques. Ces derniers s'arrêtent nettement au niveau d'un anneau de contraction, qui siège sur le côlon transverse, près de l'angle hépatique, et marque la séparation entre le côlon droit et le côlon gauche (anneau de CANNON-BOEHM). L'innervation neuro-végétative du côlon droit paraît provenir en ce qui concerne le système para-sympathique, directement du pneumo-gastrique et en ce qui concerne le système sympathique du plexus mésentérique supérieur. La disposition de son système moteur autonome, décrite par KEITH, achève de caractériser le côlon proximal : des amas importants de fibres neuro-musculaires siègent dans les parois du côlon transverse au voisinage de l'anneau CANNON-BOEHM et contrôlent les mouvements antipéristaltiques.

Le côlon gauche se différencie, au contraire, par l'absence presque complète des mouvements antipéristaltiques, par son innervation parasympathique qui vient des nerfs pelviens, issus des troisième et quatrième racines sacrées et par son innervation sympathique issue du plexus mésentérique inférieur. Il est aussi individualisé par ses fonctions qui sont la formation du bol fécal et son évacuation. A son niveau, tout travail digestif cesse ; la vie des bactéries et des levures est arrêtée, les selles se déshydratent et deviennent solides.

Ces notions font comprendre que le côlon droit, jouant le rôle d'un réservoir où les matières liquides sont brassées par les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques, se distende facilement, tandis que le côlon gauche, moulé sur son contenu et prenant une forme tubulaire, puisse s'allonger tout en gardant son calibre sous l'influence de certaines causes pathologiques.

De façon plus générale, les travaux classiques de J.-C. Roux et Duval avaient déjà montré l'opposition entre côlon droit et côlon gauche; la constipation droite est en rapport avec des lésions entraînant des troubles mécaniques, et se caractérise plutôt par des signes toxiques ; la constipation gauche reconnaît surtout une origine fonctionnelle, spasme ou atonie, et paraît dans la règle bien supportée.

***

Symptômes de la forme typique. — Beaucoup se déclarent incapables de faire correspondre un syndrome clinique quelconque à la lésion anatomique qu'est le dolichocolon. La plupart des autres admettent l'existence des crises douloureuses subocclusives qu'ils rapportent souvent à un volvulus incomplet ou à des coudures. La constipation chronique constitue enfin, pour quelques-uns, le fond de la symptomatologie.

Le début est insidieux et la constipation constitue habituellement le premier trouble observé. Elle apparaît le plus souvent chez l'adulte et peut s'accentuer progressivement ou évoluer de façon intermittente. D'autres fois, ce sont des troubles dyspeptiques mal caractérisés, une fatigue générale, un léger amaigrissement, quelques crises de douleurs mal localisées qui attirent l'attention. Ces troubles s'accentuent peu à peu.

A la période d'état une triade symptomatique caractérise le tableau clinique : la constipation, l'aérocolie et les crises douloureuses abdominales.

La constipation est le maître symptôme. Certains de ses caractères doivent faire penser particulièrement au dolichocolon.

1° C'est d'abord la précocité.

2° On est généralement frappé par l'absence de tout autre trouble au début, la tolérance restant longtemps parfaite. C'est pendant quelques années une constipation monosymptomatique, sans trouble de l'état général et sans débâcles. Plus tard, seulement, la symptomatologie se complétera par l'apparition de crises douloureuses.

3° Les périodes de constipation sont longues.

4° Il faut aussi noter la résistance aux moyens habituellement employés contre la stase intestinale (laxatifs et purgations même énergiques). Par contre, on en vient plus facilement à bout avec des lavements haut portés et cette remarque est souvent faite par le malade lui-même.

5° La tolérance anormale aux lavements très abondants est également parfois remarquable.

6° Enfin, si les selles sont généralement petites et dures, se présentant sous forme de scyballes, il peut arriver qu'à certains moments surviennent des évacuations très abondantes. Elles étonnent parfois le malade qui remarque ces selles énormes, remplissant un plein pot.

7° La constipation du dolichocolon peut, ainsi que d'autres troubles, être améliorée d'une façon paradoxale par des secousses répétées pendant plusieurs heures, par exemple par un grand voyage en automobile ou en chemin de fer. Ce caractère, que Chiray a souvent noté, mérite d'être recherché par l'interrogatoire. Il ne se rencontre, en effet, jamais dans la constipation spasmodique de la colite mucomembraneuse, laquelle, au contraire, s'aggrave dans les mêmes circonstances.

L'aérocolie qui se manifeste surtout par un gros ventre ballonné et météorisé est, après la constipation, le signe le plus constant. Il y a des périodes de ballonnement assez longues, durant plusieurs jours et correspondant à des périodes de constipation. Il ne faut pas confondre ce symptôme avec le ballonnement post-prandial des aérophages qui ne dure que quelques heures, est nettement en rapport avec les repas et s'accompagne de signes d'aérophagie paroxystique.

Les coliques gazeuses ne sont pas spéciales au dolichocolon, mais se montrent particulièrement fréquentes dans ce type d'aérocolie. Ce sont de petites crises de douleurs siégeant dans la moitié gauche de l'abdomen, le plus souvent accompagnées de la sensation de quelque chose qui se déplace et, généralement, non suivies d'évacuation gazeuse.

Lardennois et Aubourg attribuent l'aérocolie à une aérophagie secondaire. L'aérophagie paraît inconstante à Chiray. La poche à air gastrique a souvent de petites dimensions. On a pu penser à une production exagérée de gaz due à des fermentations ou à des putréfactions intestinales ; mais les nombreux examens coprologiques ne lui permettent pas de s'arrêter à cette hypothèse. Et il lui paraît plausible d'admettre une rétention des gaz normaux, soit par un obstacle à leur évacuation, soit par une gêne de la résorption au niveau de la muqueuse (1). Il y a, sans doute, au total une insuffisance d'absorption des gaz au niveau de la muqueuse, non par colite, qui serait inconstante, mais par troubles vasculaires, coudures ou torsions des vaisseaux au niveau d'un mésentère trop long.

Les crises douloureuses, troisième signe important du dolichocolon, se manifestent sous des formes variables : douleurs irrégulières, peu intenses, localisées ou généralisées, et n'ayant pas de caractère paroxystique, siégeant généralement en un point fixe de la région abdominale et aussi, dans la région lombaire ou à l'épigastre, avec des irradiations à distance vers la région dorsale ou les membres inférieurs, ou vraies crises douloureuses, soit accès de constipation brusque plus accentué que les autres et s'accompagnant d'une douleur fixe en un point, soit grandes crises à type de subocclusion qui doivent toujours attirer l'attention et provoquer un examen radiologique. Ces douleurs ont souvent un siège bien déterminé, très précis dans la partie supéro-interne de la fosse iliaque gauche.

L'interprétation qu'il convient de donner à ces crises douloureuses est difficile à préciser. Il ne s'agit certainement pas, dans l'immense majorité des cas, d'accès de volvulus, même incomplet. Jamais l'examen radiologique n'a montré à Chiray une torsion de l'anse intéressé, qui peuvent, certes, exister mais qui sont exceptionnelles.

Probablement, une seule explication ne saurait convenir à tous les cas. Il peut s'agir de coudures, soit d'obstructions chroniques aboutissant à une gêne importante dans la progression des matières, soit enfin de compression d'une des branches de l'anse, compression produite par les gaz accumulés dans la branche voisine.

La fièvre semble exceptionnelle, et quand elle existe, elle reste presque toujours limitée à une élévation de quelques dixièmes de degré pendant les périodes de constipation. Plus rarement ce sont des accès fébriles de 38°5 à 39°.

***

(1) « On sait, en effet que, parmi les gaz qui se produisent au cours de la digestion normale ou qui sont toujours déglutis en certaine quantité, les uns s'éliminent par l'intestin, ce sont l'azote, l'hydrogène et l'hydrogène sulfuré, tandis que les autres, le gaz carbonique et, à un moindre degré, la méthane, sont absorbés par les vaisseaux sanguins puis éliminés par les poumons. Normalement, la quantité de gaz absorbés par le sang l'emporte de beaucoup. »

Formes cliniques. — Les formes cliniques sont caractérisées par la prédominance de certains symptômes.

Forme colitique. — Dans cette forme, moins fréquente que la forme douloureuse, le dolichocolon reste latent jusqu'à l'apparition de troubles colitiques qui débutent assez brusquement et qui sont caractérisés par leur persistance et leur résistance à tous les traitements habituels : diarrhée permanente d'emblée au lieu de constipation. Il ne s'agit plus de débâcles sur un fonds de constipation, mais de diarrhée vrai, avec transit très accéléré. On constate au maximum tous les signes des colites intenses, état nauséeux permanent ou survenant dans les heures qui précèdent les débâcles de l'intolérance pour certain aliments.

Forme dyspeptique. — Un groupe important de ces malades consulte le médecin pour troubles dyspeptiques retentissant plus ou moins sur l'état général. Ces troubles gastriques reconnaissent plusieurs pathogénies : simple dyspepsie réflexe, analogue à celle de l'appendicite ou de la cholécystite, — douleurs tardives à type de brûlure, — dyspepsie nerveuse avec vagotonisme digestif, — troubles gastriques par compression de l'estomac due à une anse colique que distendent les gaz.

Forme à type de stase intestinale chronique avec péricolite droite. — Dans l'observation VIII de CHIRAY, les crises douloureuses ne ressemblaient nullement à celles de l'appendicite; mais, en dehors des crises, on constatait une douleur nette, bien localisée au point de Mac Burney. Dans l'observation XV, la palpation révélait une zone très douloureuse étendue à toute la région cæcale, mais ne s'accompagnant pas de contracture. Dans une autre observation encore (obs. XI), il y avait une douleur diffuse provoquée par la palpitation de la région cæco-appendiculaire et sans point douloureux particulier, mais le signe de Rowsing était positif.

***

Complications. — *Le volvulus,* d'abord, dont CHIRAY fait un long exposé.

Les adhérences et la péricolite plastique peuvent se développer sur différents points du côlon et compliquer le tableau clinique propre au dolichocolon. Bien souvent, elles siègent sur le côlon droit et sont, alors, consécutives à une appendicite, une péritonite ou une épiploïte. Quelquefois, on les trouve également à l'anse anormale qu'elles fixent dans une mauvaise position telle que coudure ou accolement en canon de fusil.

La mésosigmoïdite rétractile coude l'S iliaque et en rapproche les deux extrémités : le mésocôlon se montre épaissi, rétracté, et l'anse sigmoïde est dilatée par gêne d'évacuation.

Pour CHIRAY, dans ces mésosigmoïdites, c'est le dolichocolon qui a favorisé la production d'infections pariétales ou péritonéales.

***

Etude radiologique. — Le dolichocolon peut être soupçonné par l'étude clinique, mais n'est reconnu avec certitude que par l'examen aux rayons X.

L'aspect radiologique du dolichocolon sans préparation spéciale donne des renseignements importants. « La répartition des gaz intestinaux dans l'abdomen, la façon dont s'effectue le transit, le soulèvement du bas-fond de l'estomac ou le déplacement de son corps vers la droite par les gaz de l'intestin peuvent être les premiers indices d'un dolichocolon. Les malades atteints de cette affection ont souvent la base du thorax élargie et les coupoles diaphragmatiques surélevées, à gauche par des gaz, à droite par le foie, soulevé lui-même par la masse intestinale. Ces gaz ont tendance à s'accumuler à la partie supérieure et médiane de l'abdomen et surtout dans l'hypocondre gauche. »

L'épreuve du transit montre que la traversée intestinale se fait lentement et se prolonge au delà de 36 heures, mais les radiographies ne montrent pas l'aspect de stase habituel avec gros cæcocolon droit ou large transverse. Il se fait, au contraire, une dispersion en longueur des matières opaques, par segments courts et séparés les uns des autres.

L'anse dolichocolique, traversée rapidement, apparaît rarement sur tout son trajet et n'est pas distendue.

Chez ces malades à évacuation prolongée, la baryte fait, cependant, son apparition dans les selles dès la dixième ou la douzième heure, et les évacuations suivantes contiennent encore de la baryte pendant deux ou trois fois 24 heures. Cette élimination rapide d'une partie de la baryte peut porter sur une quantité plus ou moins grande. Parfois c'est la plus grande partie du repas opaque qui est évacuée. Le résidu, dont la progression est retardée, est alors peu important et l'intestin paraît vide, ou presque vide vers la douzième heure.

Epreuve du lavement. — La radioscopie, faite pendant l'administration du lavement opaque et complétée par la radiographie, constitue un moyen rapide et sûr de reconnaître un dolichocolon.

Le lavement évacuateur d'eau bouillie tiède, précédant de peu l'administration du lavement opaque, est indispensable. Le lavement doit être donné en entier sous le contrôle de la radioscopie. Il faut, avant de commencer le lavement, prévoir une quantité de liquide baryté suffisante et toujours supérieure à deux litres. Grâce à ces quelques précautions, la radiographie montre une image complète et totale de tout côlon en reproduisant fidèlement et à la façon d'un moulage la configuration du côlon en entier.

« Comment reconnaître pratiquement l'existence du dolichocolon ? Le plus souvent l'hésitation n'est pas possible. La disposition anormale des anses d'une portion du côlon permet, au premier coup d'œil, de faire le diagnostic, soit qu'il s'agisse d'anses supplémentaires dans une portion normalement flexueuse, soit qu'on constate des sinuosités surajoutées dans une portion habituellement rectiligne. Les mensurations pratiquées par quelques auteurs nous paraissent beaucoup plus difficiles à interpréter ». On étudiera, d'autre part, les modifications du calibre, la tonicité du côlon, les torsions et coudures.

***

Diagnostic. — *Diagnostic positif.* — Le diagnostic du dolichocolon n'est possible qu'avec le secours de l'examen radiologique pratiqué par la méthode du lavement opaque. Cependant, avec les seuls moyens cliniques, on peut soupçonner dans bon nombre de cas l'existence de cette affection.

Diagnostic différentiel. — 1° Dans les formes à crises douloureuses, le diagnostic qui se pose le plus souvent est celui de l'occlusion intestinale. Quand la douleur prédomine à droite, on pense souvent à l'appendicite. Le siège diffus de la douleur à la pression, l'absence de fièvre dans le dolichocolon, sauf chez l'enfant constituent les éléments les plus importants de ce diagnostic. Les douleurs d'origine rénale (hydronéphrose, colique néphrétique avec iléus paralytique) pourront être parfois discutées. CHIRAY insiste, aussi, sur les périviscérites simples ou tuberculeuses, qui peuvent s'associer au dolichocolon et dont les signes sont difficiles à interpréter, surtout quand elles donnent lieu à des crises subocclusives.

2° Dans les formes où les signes dyspeptiques dominent, on pourra souvent rattacher par quelque point le syndrome gastrique à une origine intestinale.

***

Traitement. — Dans la grande majorité des cas, le traitement médical est seul indiqué et, parfois, on obtient ainsi des répressions anatomiques importantes : non seulement les symptômes disparaissent, mais la longueur de l'anse

diminue progressivement et retrouve les dimensions presque normales. Cependant, le plus souvent, on n'obtient qu'une amélioration des symptômes sans grande modification de l'état anatomique.

Le traitement de fond sera donc médicamenteux.

1° *Le traitement médicamenteux* s'adresse surtout aux troubles du transit qui sont la base du syndrome. Il doit être pratiqué, comme y a bien insisté GIRAULT, de façon continue pour agir constamment sur la motilité intestinale.

En cas de dolichocolon, ALBAN GIRAULT (1) conseille l'emploi du psyllium (un cuillerée à café aux deux repas) et l'emploi horaire d'une solution végétale laxative.

On fait macérer les plantes suivantes pendant quarante-huit heures dans 200 cc. d'eau et on ajoute ensuite 100 cc. d'alcool à 60° pendant vingt-quatre heures.

Racine de podophylle	8 gr.
Racine de bryone	8 gr.
Racine de gratiole	16 gr.
Baies de nerprun	4 gr.
Lin purgatif	16 gr.

De cette solution mère, on prélève chaque jour trente gouttes qu'on met dans 120 cc. d'eau et dont on prend toutes les heures une cuillerée à dessert (soit toutes les heures pendant douze heures).

L'emploi des laxatifs mucilagineux et huileux paraît à CHIRAY comme étant le fondament de la thérapeutique et volontiers, il prescrit un mucilagineux à la fin de chaque grand repas, ou d'autres fois, un mucilage au repas de midi et de l'huile de paraffine après le repas du soir.

L'usage des excitants moteurs de l'intestin, en particulier de la strychnine ou de la péristaltine, aggrave en général les symptômes.

Les antispasmodiques ont une action adjuvante qu'il ne faut pas négliger (teinture de belladone à la dose de XXX gouttes par jour). Mais le plus souvent l'élément purement spasmodique reste faible dans le dolichocolon.

Les petits lavements d'huile pourront être utilisés. Mais ce sont surtout les entéroclyses qui rendont de grands services. On emploiera au moins un litre d'eau bouillie tiède dans laquelle il sera avantageux d'ajouter un extrait biliaire liquide.

2° *Les pratiques physiothérapiques*, massages de l'abdomen électrothérapie, lavements électriques, restent, dans la majorité des cas, inutiles.

3° *Contre les crises douloureuses*, on se bornera le plus souvent aux applications de compresses chaudes abdominales et à l'administration de belladone ou d'atropine.

4° *Quant au traitement chirurgical, il devra être réservé à certaines complications*, d'ailleurs très rares, en particulier au volvulus. CHIRAY n'est nullement partisan de la colectomie systématique.

Henri VIGNES

(1) ALBAN GIRAULT. — Un traitement médical des dolichocolons. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, 1926, p. 719.

« Le nombre des *départements tombeaux*, comme on appelle ceux où le nombre des naissances est inférieur à celui des décès, passe de 7 en 1860 à 54 en 1900. Depuis 1920, les régions de vie l'emportent de beaucoup sur les régions de mort, mais d'une façon encore précaire. En 1925, 46 départements sur 90 accusent un déficit ; en 1930, 22 seulement, mais en 1929, on en avait compté 61. Les zones de dénatalité sont surtout le bassin aquitain, le Midi méditerranéen, la vallée du Rhône, ainsi que le sud et l'ouest du bassin parisien. A eux seuls, les départements normands de la Manche, du Calvados, de l'Eure, de l'Orne ont eu de 1866 à 1886 un déficit de 134.000 unités... » (Maurice DEBESSE. La population de la France depuis un siècle. *La Nature*, 15 février 1932.)

VARIÉTÉS

L'empreinte tourbillonnaire sur le vivant

Par M. C. LAVILLE

Au rebours de celle qui immortalise les noms de DÉMOCRITE et de LUCRÈCE, la théorie atomique universellement admise par les physiciens modernes, n'est point le fruit d'une géniale intuition, mais le résultat de patientes investigations qui se poursuivent depuis plus d'un siècle, à partir des travaux de DALTON et d'AVOGADRO jusqu'à ceux de RUTHERFORD, de BOHR, de PLANCK et de SOMMERFIELD. Par approximations successives, de corrections en corrections permettant de mouler toujours plus étroitement la théorie sur les faits, l'atome d'aujourd'hui n'est plus la simple particule insécable imaginée par les savants anciens, mais un ensemble complexe dont l'image présente une frappante analogie avec notre système solaire : le soleil de l'atome, c'est le noyau central ou proton autour duquel gravitent ces planètes que sont les électrons.

S'il satisfait à peu près pleinement les physiciens, ce modèle d'atome présente aux yeux des purs mécaniciens un assez grave défaut : celui de n'être point viable. Pour que l'atome puisse vivre, il faut qu'il existe une possibilité, et non une simple supposition d'attraction entre le noyau et ses électrons. Et il faut également, que soit satisfaite une certaine condition d'équilibrage dynamique des électrons.

La première condition se trouvera réalisée si nous ajoutons, aux mouvements déjà connus des éléments de l'atome, un mouvement de rotation propre au noyau sur lui-même et un mouvement semblable, mais de sens de rotation inverse, de chacun des électrons. La seconde condition, qui vise à empêcher que l'atome porte en lui le germe de la destruction, ainsi qu'il arrive aux vilebrequins de moteurs rapides ou aux hélices d'avion présentant du balourd, est satisfaite par une disposition symétrique des masses électroniques égales.

Les modifications que nous demandons d'introduire dans la structure de l'atome classique viennent peut-être augmenter encore un peu sa complexité, mais en revanche, elles n'introduisent aucun changement dans son aspect figuré. Toutefois elles sont susceptibles de nous fournir de précieuses indications concernant la véritable nature de la lumière et de l'électricité, puis, par une incursion dans le domaine de la biologie, de nous faire entrevoir certains dessous jusqu'à présent inexpliqués du « phénomène vie »,

***

L'étude des champs électrostatiques, des champs magnétiques et, en général, de tous les champs énergétiques, appartient au domaine de la physique élémentaire et est actuellement connue de tous : chacun est familiarisé avec ces *fantômes* matérialisant le tracé des *lignes de forces* qui partent d'un pôle positif électrique, ou boréal magnétique, pour aller à travers le milieu ambiant retrouver le pôle opposé. Chacun sait également que ces lignes de force sont l'équivalent de ce que sont les *lignes de plus grande pente* dans les champs de pesanteur, tandis que les *lignes équipotentielles* perpendiculaires en tous leurs points aux lignes de force, sont l'équivalent des *lignes de niveau* figurées sur les cartes d'état major. En d'autres termes, les lignes de force sont des *lignes de travail* sur lesquelles la matière en activité tend à se déplacer, alors que les lignes équipotentionnelles sont des *lignes de repos* sur les-

quelles la matière tend à se stabiliser : nous ne tarderons pas à avoir une utilisation directe de cette notion fort simple.

Depuis MAXWELL, auquel nous sommes redevables de la théorie électro-magnétique de la lumière, on sait que les champs tourbillonnaires et les champs électromagnétiques peuvent se représenter identiquement par les mêmes équations différentielles. Mais il manquait une liaison pour permettre d'assimiler entièrement ceux-ci à ceux-là, c'est-à dire pour jeter un pont entre la physique et la mécanique et identifier l'électricité aux mouvements tourbillonnaires. Or, il se trouve, comme nous allons le faire entrevoir rapidement, à défaut d'une démonstration rigoureuse qui, par les considérations mathématiques qu'elle exige, ne saurait trouver sa place dans cette simple causerie, il se trouve que le double mouvement de rotation sur eux-mêmes et de translation autour du noyau central que nous sommes contraints d'attribuer aux électrons pour assurer une certaine vitalité à l'atome, permet de comprendre pourquoi les champs électro-magnétiques et les champs tourbillonnaires peuvent se figurer par les mêmes images et par les mêmes représentations algébriques.

Reprenons l'atome que nous avons modifié selon les nécessités des lois de la mécanique : d'après la célèbre théorie de PLANCK, lorsque les électrons se rapprochent des protons, ce rapprochement ne s'effectue pas d'une manière continue et sur une sorte de spirale, mais par bonds successifs d'une orbite stable à une autre orbite stable, chaque bond correspondant à l'émission d'une quantité discrète, d'un *quantum* de lumière dont la réalité nous est confirmée par l'existence des raies spectrales. On voit donc, d'après cette conception que les mouvements électroniques n'intègrent pas la totalité de l'espace qui leur est offert, mais y tracent des orbites séparées, des trajectoires de matière en activité qui se présentent à nous comme de véritables lignes de force. Et le saut d'un électron, d'une orbite à l'autre, ne peut se faire que dans la combinaison du mouvement rectiligne du à l'attraction entre électron et proton avec le mouvement de rotation propre de l'électron, c'est-à-dire selon un mouvement hélicoïdal, un mouvement dont le trajectoire a la forme d'un filet de vis.

De même si, par un dispositif quelconque, par exemple irradiation au moyen d'un faisceau de rayons cathodiques, nous freinons le mouvement de rotation des noyaux des molécules, les électrons ne pourront rien faire d'autre obéissant à une loi bien connue de mécanique élémentaire, que s'échapper par la tangente, comme le fait une pierre lancée par une fronde. Mais ici, l électron combinant le mouvement rectiligne de son échappée avec son mouvement de rotation sur lui-même, part comme une balle de mitrailleuse, tournoyant sur lui-même en même temps qu'il avance dans l'espace, de telle sorte que chacun de ses points décrit une hélice.

Nous sommes donc amenés logiquement vers cette constatation que c'est tout simplement le mouvement tourbillonnaire hélicoïdal du corpuscule qui constitue un *quantum* de lumière ou d'électricité, comme le bombardement d'une série de corpuscules se succédant à l'imitation des balles d'une mitrailleuse constitue le pinceau de lumière ou le courant électrique.

***

Il serait aisé de démontrer mathématiquement que les corpuscules baladeurs qui constituent la lumière et l'électricité suivent des lignes tourbillonnaires parce qu'il leur est rigoureusement impossible de suivre un autre trajectoire. Les lignes tourbillonnaires représentent, en effet, des trajets de moindre résistance, c'est-à-dire les seuls chemins sur lesquels les phénomènes de déplacement électronique puissent durer : le tourbillon est, en quelque sorte, le *to be or not to be* de l'univers dans lequel nous vivons et ceci tout bonnement parce que, au rebours d'une croyance assez répandue, *la ligne droite n'est pas le plus court chemin d'un point à un autre...*

En 1697, Jean BERNOULLI avait posé aux géomètres de son temps le problème suivant : « Deux points étant donnés sur une ligne droite inclinée, quelle route faut-il tracer à un corps pesant pour qu'il arrive dans le temps le plus court du point le plus haut jusqu'au plus bas ? » Ce n'est pas la ligne droite. NEWTON donna la solution exacte en répondant : « La courbe dont il s'agit est une cycloïde qui passe par les deux points donnés ».

Le problème posé par BERNOULLI se trouve être d'un ordre beaucoup plus général que ne l'avait pensé son auteur et d'un intérêt considérablement plus puissant que le simple rôle d'amusette géométrique dans lequel il est présentement confiné. Au vrai, sa liaison est étroite avec ce fameux *principe du moindre effort* sur lequel s'est exercée depuis plus de deux siècles la sagacité de la plupart des mathématiciens illustres, et qui semble bien être le principe dominant de l'organisation de l'univers.

Sans prendre garde que l'univers tout entier n'est rien d'autre qu'une vaste mise en exploitation des résistances passives, sans tenir compte du fait qu'en l'absence de telles résistances dites « nuisibles », aucun phénomène ne saurait subsister, ni même exister, la physique s'est trop souvent cantonnée dans l'étude d'un monde irréel, où ces résistances ne jouent pas. Mais, que dans les équations de la dynamique du point matériel, nous ayons garde de ne point oublier les termes représentatifs du frottement de ce point contre le milieu dans lequel il se déplace et tout change aussitôt d'aspect ; les forces antagonistes créent des couples amenant des mouvements de rotation qui viennent se superposer aux translations primitives et, par cela même, les trajectoires rectilignes deviennent des impossibilités qui doivent céder la place aux mouvements tourbillonnaires.

En procédant à une investigation méthodique du domaine des *bachystochrones*, c'est-à-dire des trajets les plus courts ou de moindre dépense énergétique, on ne tarde pas à reconnaître le rôle éminent qu'y jouent les courbes de nature hélicoïde, qui sont celles attaquant toujours sous le même angle chacun des deux réseaux orthogonaux des courbes enveloppes de la surface sur laquelle elles se déroulent. Et ces hélicoïdes peuvent se présenter à nous sous mille aspects variés, depuis la loxodromie jusqu'à la lemniscate, en passant par la sinusoïde, la spirale logarithmique et la trochoïde, toutes courbes qui s'offrent infailliblement à nos yeux dès que nous voulons examiner les phénomènes naturels.

***

Les considérations qui précèdent, sans doute parce qu'elles ont été réduites à un strict minimum qui en masque assez fortement la structure rigoureuse, peuvent sembler assez arides et sans grand intérêt pratique. Elles sont cependant beaucoup plus proches des réalités qu'une foule d'autres notions que nous croyons plus vraies parce qu'elles nous sont plus familières.

Pour nous résumer dans un langage tout à fait simple, nous dirons que dans la réalité du monde qui nous entoure, aucun déplacement matériel ne peut s'accomplir sans que se dresse devant lui l obstacle des résistances passives, chocs, frottements, déformations, etc., lesquelles viennent modifier les trajectoires des corps en mouvement, ajoutant à leur mouvement primitif des rotations autour de certains centres ou de certains axes déterminés par la position des obstacles. Ainsi naissent les mouvements tourbillonnaires qui sont, en quelque sorte, les enfants de la dyssymétrie, mais sont aussi générateurs de *durée*, parce que le mouvement obéit à l'impulsion reçue au lieu de se raidir contre elle et de dissiper son énergie dans une lutte dont l'issue ne serait pas douteuse.

Par application immédiate du principe de moindre action, nous voici donc amenés à considérer que les lignes de tourbillons ne sont rien d'autre que des lignes d'éco-


SÉDOSINE
SÉDATIF
DU SYSTÊME
NEURO-VÉGÉTATIF
ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE
Passiflore
Cratoegus
Jusquiame
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd BOURDON
NEUILLY-PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

BIBLIOGRAPHIE

L'automne de la vie (L'homme et la femme à l'âge critique), par le Dr Victor PAUCHET. Un volume cartonné de 350 pages, prix 20 francs. Editions Oliven, 65, avenue de la Bourdonnais, Paris.

Dès le premier chapitre, le Dr Victor PAUCHET nous résume sa conception générale de l'automne humain. « Il ne s'agit pas, pour l'homme ou la femme qui entre dans cette période de sa vie, de « commencer à mourir », ni de souffrir mille maux, mais de franchir cette étape avec la ferme intention de vivre intensément et utilement, de conquérir autant de bonheur, de rendre à sa famille et à la collectivité autant de services qu'il est possible à un individu en pleine forme, en plein rendement.....

« Pour moi, ajoute-t il, l'automne possède autant et plus de charme que le printemps et l'été. Après la luxuriance du premier et les ardeurs du second, sa beauté sévère m'apparaît reposante, apaisante, et propice à l'action raisonnée, à l'activité féconde. »

Et tout au long de cet ouvrage vivant, le Dr Victor PAUCHET nous transfuse un sang nouveau, un sang jeune et riche — le sien.

Le rêve et la personnalité, par MARGUERITE COMBES. Préface de M. ANDRÉ LALANDE, membre de l'Institut. Un volume in-16 jésus de 270 pages, prix 20 francs. Bibliothèque de la Revue des Cours et conférences, Boivin et Cie éditeurs, 5, rue Palatine, Paris (6e).

« Qu'est-ce que le rêve ? » ou plutôt : « Qu'est-ce que ce *moi* qui rêve ? »

C'est à cette dernière question que l'ouvrage s'efforce de répondre. Il le fait sans aucun dogmatisme, mais avec une abondance de documents et de faits psychologiques, assez impressionnante. Après avoir lu ces pages, il devient difficile de laisser de côté le rôle de l'inconscient. Notre personnalité se retrouve t-elle à travers le rêve ? Sommes-nous capables d'une malice, d'une ironie inconsciente, ainsi que Freud a déjà cherché à l'indiquer ? L'œuvre d'art a-t-elle des rapports avec le pouvoir d'arrangement et de choix qui se déploie dans certains rêves ? Les rêves peuvent-ils avoir un *sens* parfaitement déchiffrable en dehors de toute théorie ?

L'auteur répond à toutes ces questions. Son ouvrage est d'une grande clarté. Nous avons sous les yeux en parcourant ce livre beaucoup de récits de rêves qui, par leur intérêt et leur étrangeté, ne sont pas un des moindres attraits de l'ouvrage. Nous y voyons par exemple le *moi* du rêveur s'y diviser en plusieurs personnes tout à fait reconnaissables, ou bien le rêveur changer de sexe, empruntant jusqu'au sentiment de l'autre sexe.

Nous saurons gré à MARGUERITE COMBES de nous épargner par ses citations la recherche et la lecture de la plupart des ouvrages traitant du rêve. Une table générale de tous les rêves cités et un index bibliographique rendent aisée la consultation de l'ouvrage.

Ce livre est nouveau par tous les aspects psychologiques qu'il révèle dans l'état mystérieux du rêveur.

Research work on the Pneumococci and their enzymes and its significance in Lobar Pneumonia, par A. COWAN GUTHRIE. Baillière, Tindall et Cox, éditeurs, Londres.

Les faits primordiaux qui ont été à l'origine des recherches de COWAN GUTHRIE sont les suivants :

1° Une dose mortelle de pneumocoques virulents tue une souris ;

2° La même dose n'a pas d'effet si l'on injecte du sérum antipneumococcique à l'animal ;

3° Les pneumocoques ensemencés sur sérum antipneumococcique croissent et se multiplient.

Partant de ces prémisses, C. G. étudie les enzymes des pneumocoques et leurs toxines, et il en déduit le mode d'action du sérum antipneumococcique. Son petit livre tout entier est à méditer et comporte de multiples enseignements.

Artériographie des membres et de l'aorte abdominale, par REYNALDO DOS SANTOS, A.-C. LAMAS, J.-P. CALDAS. Préface du Professeur LERICHE. Un volume de 192 pages avec 54 planches originales, 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les travaux du professeur Egas Moniz, de Lisbonne, ainsi que ceux des auteurs de ce livre ont contribué largement au développement de cette sémiologie nouvelle basée sur les modalités circulatoire des différentes lésions pathologiques.

Les chapitres de cet ouvrage et les documents radiographiques, choisis parmi plus de 250 artériographies laissent entrevoir tout l'intérêt des renseignements anatomo et physio-pathologiques ainsi que sémiologiques et cliniques.

On trouvera étudiées d'abord dans la partie consacrée à la Pathologie des membres, les lésions artérielles elles-mêmes, dans les asphyxies, gangrènes, anévrismes, ligatures, paralysies de Volkman, puis la structure vasculaire des ostéomyélites et ostéo-arthrites, tuberculose et syphilis osseuses, enfin les tumeurs des os et des parties molles, etc.

La deuxième partie est consacrée à l'aortographie ; c'est un chapitre absolument nouveau de la pathologie et de la sémiologie abdominales où sont étudiées non seulement les lésions de l'aorte et des iliaques, mais surtout les aspects circulatoires de la pathologie viscérale du foie, de la rate, des reins, de l'intestin, de l'appareil génital de la femme, ainsi que les tumeurs abdominales en général.





nomie énergétique et, conséquemment, constituent les chemins d'élection de la matière dans ses déplacements. La théorie des tourbillons constitue donc la loi suprême d'un monde où tout n'existe que par le tourbillon et où, comme nous l'allons voir, nous ne vivons que *par lui* et *pour lui*.

CAUCHY, en établissant l'indestructibilité des tourbillons dans les fluides parfaits, puis HELMHOLTZ, en démontrant que toutes les particules matérielles qui, à un instant donné forment une ligne de tourbillon, continuent indéfiniment à former une ligne de tourbillon, ont montré que l'organisation tourbillonnaire était une organisation de durée. Mais il ne leur est point venu à l'idée que, réciproquement, hors du tourbillon, la durée n'existait plus. Il en est pourtant ainsi et là est l'immense intérêt de l'étude de la trajectoire tourbillonnaire : sans elle la lumière ne traverserait pas les espaces interstellaires et le son s'éteindrait sur nos lèvres ; sans elle toute organisation naturelle serait morte avant même que d'être née.

Le mouvement tourbillonnaire est spatial et à trois dimensions : comme cas particulier projectionnel, il nous fait apparaître des expressions planes ou bidimensionnelles qui seront, selon les cas, circulaires, hyperboliques, sinusoïdales, cycloïdales, etc. Et ces dernières présentent des cas particuliers linéaires qui constituent le mouvement vibratoire harmonique. La caractéristique essentielle des mouvements tourbillonnaires est donc la facilité inouïe avec laquelle s'accomplissent les transformations d'une ligne à une autre, d'une forme-type ou matricielle à mille formes dérivées. De telle sorte que, si le tourbillon est générateur de durée, il est également générateur de mutabilité : ses tracés nous mènent vers une géométrie descriptive mouvante et, peut-être même, déjà vivante.

C'est une chose extrêmement importante pour le biologiste que l'étroite parenté existant entre tourbillons et vibrations. La représentation la plus simple de cette liaison est dans ce mécanisme bien connu qu'on appelle le *dispositif bielle-manivelle*, par lequel le mouvement rectiligne alternatif se transforme en circulaire, et inversement. Sous le nom si imagé que lui donnent les Anglais — *reciprocating system* — il est véritablement symbolique de l'organisation du monde et des mutations incessantes du continu au discontinu, ou inversement, auxquelles nous font assister tous les phénomènes naturels qui se déroulent devant nous.

***

Tous les champs tourbillonnaires projetés sur des plans donnent des images de champs de forces. Le premier qui s'en soit aperçu est notre génial DESCARTES, qui, bien avant FARADAY, a imaginé le fantôme magnétique et montré l'existence des lignes de force qu'il appelait du nom si expressif et si juste de *matière cannelée*. Le malheur est que les travaux scientifiques de DESCARTES ont été fort peu lus et encore moins compris. Mais ceci est une autre histoire.

Au siècle dernier, quand on a connu les champs galvaniques, on a montré le fantôme produit par un courant rectiligne dans un plan perpendiculaire à sa direction. Puis, perfectionnant une expérience d'ordre électrochimique déjà réalisée par NOBILI et par BECQUEREL, GUEBHARD a remarqué la possibilité d'obtenir sans recourir au calcul et par un simple dépôt électrolytique, le diagramme des lignes équipotentielles donné par les théorèmes de POISSON. Employant des électrodes polies, de formes diverses et immergées au voisinage immédiat d'une plaque métallique isolée, plongée dans une solution potassique d'oxyde de plomb, GUEBHARD a obtenu un grand nombre de figures curieuses, dont quelques-unes sont apparentées de près aux formes vivantes.

Remarquons que cette expérience est remarquable à plus d'un titre : il est étonnant que personne ne se soit avisé qu'elle est une éclatante démonstration de la nature parfaitement *discontinue* des courants les plus nettement continus qu'on connaisse et qui sont ceux fournis par les piles. En fait, l'expérience met en évidence le bombardement électronique de la plaque enregistreuse qui, sous l'effet de ce bombardement devient une simple plaque vibrante et n'est rien d'autre qu'une transposition dans le domaine de l'électricité, des célèbres réalisations de CHLADNI, reproduites par tous les traités de physique.

CHLADNI opérait avec du sable fin : lorsque la plaque saupoudrée de ce sable était mise en vibrations au moyen d'un archet, le sable sautillait et cheminait pour finalement se rassembler sur les lignes nodales, ou lignes de repos de la plaque. Les expérimentateurs qui ont repris les travaux de CHLADNI ont remarqué, sans d'ailleurs en tirer aucune conclusion, que les dessins produits variaient toutes choses égales d'ailleurs, selon la nature des corps pulvérulants employés. C'est là un fait extrêmement important dont nous donnerons tout à l'heure l'explication.

Signalons rapidement qu'Albert DE ROCHAS ayant répété des expériences semblables, concluait ainsi : « Ce qui est le plus curieux, c'est la tendance des particules mobiles à reproduire les formes caractéristiques des végétaux et des animaux inférieurs. »

Pour obtenir les figures de LICHTENBERG, on électrise un plateau de résine à l'aide d'un conducteur mis en relation avec une machine électrostatique. Si la surface est électrisée positivement en certains points et négativement en d'autres, et qu'on saupoudre avec un mélange de soufre et de minium, le minium se fixe sur les parties négatives, le soufre sur les parties positives.

L'ingénieur français WEYHER qui a poussé très loin l'étude expérimentale des tourbillons, est arrivé à cette constatation d'un immense intérêt : chaque substance en mouvement tourbillonnaire suit dans l'espace un chemin d'élection qui lui est propre, sans que jamais sa trajectoire vienne se mêler ou se heurter à la trajectoire caractéristique des autres substances. Les poussières les plus fines ou les gaz les moins denses tournoient autour de l'axe du tourbillon sur les rayons les plus petits, chaque espèce suivant toujours le même chemin ; la matière la plus dense décrit des courbes plus voisines de la courbe équatoriale, ou de diamètre moyen ; la matière la plus légère se meut en suivant les courbes les plus inclinées par rapport à l'axe.

Une telle expérience, en nous montrant que chaque matière possède une sorte de spécificité tourbillonnaire, quelque chose qui constitue pour elle une manière de *pas de vis* particulier, fait plus que nous livrer le gros secret de la répartition de la matière dans les champs énergétiques : elle nous fait pressentir une méthode de détermination des trajectoires réelles des électrons sur leurs orbites. Elle nous fait aussi soupçonner que, même dans le vide, tous les corps ne doivent pas tomber avec la même vitesse, quoi qu'en disent les physiciens qui concluent après avoir expérimenté sur l'énorme trajet de... un mètre et demi !

Transposant en d'autres termes les conclusions des expériences précédentes nous sommes amenés à considérer que certains corps présentent une faible inertie vis-à-vis du mouvement tourbillonnaire qui tend à les enchaîner et lui obéissent facilement : tels sont les corps conducteurs dans un champ électrique, les corps magnétiques dans un champ aimanté, les corps denses dans un corps gravifique qui ont tendance à suivre les lignes de force du champ. D'autres substances, corps isolants, corps diamagnétiques, corps légers présentent une forte inertie, tendent à s'opposer au déplacement et à se mettre en travers du mouvement en s'alignant sur des lignes perpendiculaires aux lignes de force, c'est-à-dire sur les lignes équipotentielles. Du corps le plus conducteur au corps le plus isolant, du corps le plus magnétique au corps le plus diamagnétique, tous les degrés de conduction existent et se juxtaposent sans se superposer dans l'espace.

L'importance d'un tel principe, considéré du point de vue morphogénétique, apparaît assez élevée ; dans l'em-

brouillamini des formes, il apporte la lueur qui va nous permettre de retrouver le sens, parfois même la valeur, du processus énergétique créateur de la forme.

***

Arrêtons nous un instant pour faire le point des connaissances que nous venons d'acquérir. Elle se résument à ceci :

A Les seuls mouvements possibles pour les particules dont les groupements forment les atomes et les molécules sont des mouvements tourbillonnaires, dont les hélices sphériques, cylindriques, coniques, etc., sont les expressions les plus simples.

B) Cette condition tourbillonnaire, qui est une conséquence des résistances passives et des dyssymétries qui viennent troubler le mouvement originel, est en même temps une condition de durée et de muance.

C) L'électricité naturelle et la lumière sont des formes quantiques, donc discontinues, du mouvement électronique, lequel est de nature hélicoïdale, si bien qu'on peut dire que la mitrailleuse est le mécanisme type de la nature et que tous les phénomènes naturels peuvent se ramener, en dernière analyse, à un simple bombardement d'éther.

D) L'onde, qui n'est rien d'autre que le sillage du déplacement du corpuscule dans l'éther, est l'accompagnement obligé du mouvement tourbillonnaire et quantique qui constitue la lumière ou l'électricité.

E) De même que les artilleurs étudient expérimentalement les trajectoires par le moyen des obus *traceurs*, on peut figurer effectivement les champs de tir de la nature sous forme de champ d'action définis par deux réseaux orthogonaux l'un étant celui des lignes de force, ou de déplacement maximum de la matière, l'autre étant celui des lignes équipotentielles, lignes de repos correspondant au déplacement minimum de la matière.

F) Les vibrations ne sont qu'un cas particulier des tourbillons ; les premières sont linéaires, alors que les seconds sont spatiaux, mais on peut passer des uns aux autres par de simples méthodes projectives et il n'y a là qu'un problème de même nature que celui du tracé des ombres portées. La vibration est un tourbillon qui a un fil à la patte, comme le tourbillon est une vibration émancipée.

G) Chaque matière jouissant d'une sorte de spécificité qui lui assigne sa trajectoire propre dans l'espace, il en résulte que, comme le voulait DESCARTES et comme le lui a accordé PASCAL, tout se traduit par figure et mouvement... Nous ajouterons que la figure est la trace du mouvement de telle sorte qu'une étude bien conduite des lignes déterminantes d'un champ énergétique permet d'appliquer à la matière plastique un procédé de « bertillonnage » conduisant à relier les traces présentes aux causes passées, les formes stables aux processus mouvants qui les ont engendrées.

H) La méthode que nous indiquons permet de suivre le jeu des vibrations et des ondes par quoi se caractérise notre existence, et ceci avec une netteté suffisante pour que nous puissions donner l'équation générale du phénomène « vie ». Elle permet également de faire apparaître la possibilité de reconstituer les principaux procédés d'où dérive la morphogénie végétale et animale.

Ayant consacré la première partie de cet exposé à montrer l'enchaînement qui conduit aux premiers énoncés de ce résumé, nous allons consacrer la seconde partie à en illustrer le dernier alinéa.

***

Les *Biologies romancées*, qui visent à satisfaire notre appétit d'anticipation, sont, depuis quelque temps, fort en vogue ; l'essor de T.S.F. et la vulgarisation de certaines notions concernant les vibrations et les ondes a amené beaucoup de chercheurs à trouver des analogies entre certains phénomènes caractéristiques du monde vivant et d'autres phénomènes appartenant à la seule matière inanimée. De là sont nés certains systèmes qui ont la prétention de nous dévoiler les mystères de la vie, mais qui ne demeurent séduisants qu'à la condition de ne pas trop les approfondir... Le tort des entreprises qui n'ont pas réussi est souvent de décourager pour longtemps les bonnes volontés qui se seraient offertes pour les renouveler ou pour les suivre : c'est donc une besogne périlleuse que de tenter d'établir un lien étroit entre certaines notions, qui appartiennent à la pure physique, et certaines autres, qui sont du domaine du vivant ; c'est cependant ce que nous allons essayer de faire.

Tout, avons-nous dit précédemment, n'est que martelage d'éther et groupement de matière sur certains trajets d'élection. La trace qui en résulte, l'empreinte, permanente ou labile, que laisse derrière lui tout phénomène physique doit donc porter la marque de ce processus vibratoire ou tourbillonnaire qui lui a donné naissance. Et c'est justement bien ainsi que se passent les choses.

Laissons aux astronomes, comme BELOT, le soin de nous expliquer l'origine tourbillonnaire des nébuleuses ; laissons aux physiciens de la génération prochaine le soin de condenser en un seul traité de Balistique rationnelle les notions scientifiques actuellement compartimentées en acoustique, optique, thermodynamique, électricité, etc. ; remettons à une autre occasion le soin de montrer que la vie tourbillonnaire de la matière inanimée se déroule dans un ordre d'organisation et de sénescence croissantes qui commence par l'état diffus, se continue dans l'état planétaire colloïdal, se poursuit dans la polarisation qui entraîne l'état cristalloïde, pour se terminer dans la dislocation qui remet toutes choses en l'état. *In pulverem reverteris*... Si intéressantes soient-elles, laissons de côté toutes ces considérations pour entrer de plain-pied sur le terrain de la matière vivante.

Plus on y réfléchit et plus on tend à s'ancrer dans cette opinion qu'entre le non vivant et le vivant il n'y a de différence que dans le quantitatif et non dans le qualitatif : le premier connaît une certaine permanence morphologique que le second est arrivé à éviter ; sa vie est faite d'une mobilité, ou mieux, d'une nuance plus accentuée, d'une obéissance plus souple aux conditions ambiantes auxquelles il se plie pour ne pas être rompu.

Voici un champ de forces, tel que vous en trouverez la figuration dans un quelconque traité de physique. Les lignes de force qui sont représentées n'ont, évidemment qu'une existence virtuelle : ce sont, en quelque sorte, des routes balisées mais sans existence objective. Faraday demandait qu'on les considérât comme des lignes de tension toujours prêtes à se raccourcir, en même temps qu'elles se répartissent dans l'espace par la propension qu'elles ont à se repousser les unes des autres. Mais ce que FARADAY n'a pas dit et ce que personne n'a formulé après lui, encore que cela soit d'une importance capitale, c'est que, les lignes de force ne couvrant pas l'espace, l'intervalle qui sépare deux lignes de force constitue une ligne de faiblesse, une véritable *ligne de clivage*. Autrement dit, en langage tout à fait ordinaire, nous sommes conduits à exprimer cette vérité que dans tout champ énergétique, la matière tend à s'organiser dans une structure fibreuse ; dans une telle structure, il y a une grande cohésion, une solidité remarquable dans le sens d'orientation des fibres, mais il n'y a aucune cohésion dans le sens perpendiculaire, ce qui permet de séparer très aisément les fibres les unes des autres, absolument comme la chair musculaire se désintègre dans un pot-au-feu...

Supposez pour un instant que puisse apparaître devant vos yeux le découpage imposé à l'éther par les champs électro-magnétiques variés dont il est le siège : les surfaces et les lignes que vous pourriez contempler, toujours mouvantes, toujours muées, toujours naissantes et toujours disparues, vous donneraient l'impression de voir se dérouler devant vous le travail d'un immense kaléidos-

cope. Et cependant, animaux et végétaux n'ont fait que fixer quelques-unes de ces formes, car les quanta d'électricité que le vivant échange à tout instant avec le milieu ambiant dirigent et assemblent la matière selon cette loi de répartition spécifique à laquelle nous avons fait précédemment allusion.

C'est pourquoi les essais de plasmogénèse de S. Leduc et de A.-L. Herrera présentent un énorme intérêt : lorsque Leduc ayant semé des graines minérales dans un milieu liquide approprié, les a vues se développer avec des formes d'algues, il n'a pas le moins du monde créé de la vie, mais il a mis en évidence une partie du processus électrique qui conditionne la croissance : il a donné à l'expérience des « sels grimpants » de la pile Leclanché, un prolongement inattendu, classant ses recherches immédiatement à la suite, en ordre logique, de celles de Chladni et de Guebhard. En agrandissant des microphotographies d'étincelles électriques, en nous montrant leur parenté morphologique très étroite avec pelages, plumages et feuillages, Leduc a eu le très grand mérite de tourner notre attention vers les formes électrophorétiques, proches parentes des formes vibratoires ou tourbillonnaires.

Du même coup, nous sommes devenus aptes à comprendre que, dans le développement du vivant, toute la partie énergétique, du point de vue morphologique, se joue entre l'effet accélérateur de substances conductrices venant s'assembler sur les lignes de force et l'effet inhibiteur de substances isolantes venant s'assembler sur les lignes équipotentielles. De telles sorte que, *grosso modo*, les asters, les nervures, les cils vibratiles, puis les organes sensitifs et moteurs, ont tendance à suivre les lignes de force et à s'établir perpendiculairement aux limitantes, membranes, épithélium, écorce, qui se fixent sur les lignes équipotentielles. Cela est particulièrement net, par exemple, sur la coupe d'un radis ou sur la section droite d'un tronc d'arbre où nous voyons apparaître le réseau orthogonal des deux sortes de lignes, avec cette vérification que les lignes de clivage, c'est-à-dire les lignes selon lesquelles le bois se fendille lorsqu'il se déshydrate, s'établissent bien sur les rayons (lignes de force) et non selon les circonférences (lignes équipotentielles).

Il est curieux de voir les formes pseudo-animales qu'on peut obtenir par de simples calques sélectifs tracés sur un champ de forces électrostatiques. Cette faune de fantaisie n'est pas extrêmement éloignée, dans son aspect, d'une faune réelle. Ce serait, malheureusement, abuser un peu trop de votre attention que de vous montrer comment, par l'utilisation de ces appareils qui se sont appelés tour à tour campylographe, harmonigraphe, etc., et dont le principe dérive directement de la classique expérience de Lissajous sur les tracés lumineux obtenus à partir des vibrations de diapasons convenablement disposés, on peut arriver à reconstituer les champs qui conditionnent les morphologies animales et végétales. Marey avait déjà pressenti ce qu'une telle analyse pourrait avoir de fécond et présentant un tracé obtenu avec l'harmonigraphe, il s'écriait : « Les morphologistes feront bien de méditer sur ce fait que les formes les plus compliquées peuvent être engendrées par la combinaison de mouvements peu nombreux ».

***

L'empreinte tourbillonnaire, qui n'est qu'une expression visuelle de ce principe du moindre effort auquel le vivant est étroitement assujetti, cette empreinte se retrouve partout lorsque l'on scrute ses organes, ses mouvements et toutes ses manifestations.

La taxinomie nous fournit de très nombreux et fort beaux exemples, à telle enseigne qu'il serait possible d'établir une géométrie botanique d'un puissant intérêt et d'autant plus frappante que les formes y sont plus euclidiennes et plus pures que sur l'animal.

La fameuse empreinte est cependant fort nette aussi sur ce dernier. Considérez, par exemple, cette conque d'oreille très exactement appropriée à capter le tourbillon sonore et à le diriger vers le conduit auditif. Considérez, d'autre part, ces valvules rectales qui, comme l'a montré J.-F. Montague, constituent un pas de vis obligeant les matières à s'éliminer en tournant sur elles mêmes, ce qui réduit les frottements et en facilite l'expulsion. Examinez cette forme ondulatoire de l'intestin, l'enroulement des fibres musculaires de l'estomac. Regardez avec un œil de mécanicien tous ces asters, tous ces réseaux, toutes ces dendrites et ces villosités que vous présente l'histologiste, partout vous retrouverez l'empreinte tourbillonnaire. Si bien que votre esprit est inéluctablement dirigé vers cette pensée que tous nos *ingesta* comme nos *excreta* suivent les lignes de tourbillons, de telle sorte que le vivant est placé comme une sorte de résonateur entre deux groupes tourbillonnaires, l'un centripète et l'autre centrifuge par rapport à lui. Ainsi le « tourbillon de la vie » cesse d'être un vain mot...

Vous en faut-il des preuves *a posteriori* ? Elles sont tellement nombreuses et diverses que nous n'avons qu'à les considérer en vrac, sans perdre notre temps à les classer. Nos *ingesta*, ce sont, d'une part, les sensations que leur origine tourbillonnaire lumineuse, thermique acoustique, électrique nous dispense d'examiner plus longuement ; ce sont aussi les aliments qui, depuis leur mastication jusqu'à l'expulsion du résidu, sont astreints à une progression hélicoïdale dans toute leur traversée du tube digestif, de telle sorte que ce dernier s'adapte morphologiquement à ce mouvement. Nos *excreta* ? Ils peuvent être matière ou mouvement, intérieurs ou extérieurs. Ne voyez-vous pas sur l'os long la trace de la torsion qui s'est accomplie durant sa formation ? Ne constatez-vous pas que, en ordre normal, le fœtus commence son existence extra-utérine en pénétrant dans le milieu ambiant selon un mouvement de vis ? Le spermatozoïde ne va-t-il pas vers son but par un mouvement sinusoïdal de son cil vibratile, mode de propulsion analogue à celui du serpent qui traverse une rivière ? La selle normale n'est point seulement moulée ; la régularité de l'hélicoïde que le toutou dépose sur le trottoir ne traduit-elle pas l'excellent état des valvules de son rectum, comme les merveilleuses spirales des coprolithes du museum demeurent un testimonial de la vigoureuse santé de leurs auteurs antédiluviens ? Le poisson ne se visse-t-il pas dans l'eau par un double mouvement sinusoïdal, les quadrupèdes n'avancent-ils pas « en lacet », le pubis de l'homme qui marche ne décrit-il pas une cycloïde comme si l'homme roulait sur une roue légèrement excentrée, et dans ses battements, l'aile de l'oiseau ne décrit-elle pas une lemniscate ? Des cornes aux coquilles en passant par les poils et les cheveux pour aboutir aux empreintes digitales, toujours nous trouvons devant nous la courbe qui imprime à la matière vivante ou aux mouvements animaux et végétaux cette empreinte tourbillonnaire caractéristique.

***

De toutes les considérations qui précèdent dérive obligatoirement celle-ci que la *cellule vibre* ; l'aspect statique qu'elle revêt sous l'objectif du microscope est une apparence trompeuse, car la cellule vivante ne peut pas faire autrement que d'être en agitation continue, entretenue par le bombardement incessant des quanta d'électricité qui, traversant l'espace ambiant, viennent l'atteindre comme une cible. Semblable aux plaques de Chladni et de Guebhard, la cellule présente des *nœuds* et des *ventres* de vibrations, générateurs d'une morphologie que nous pourrons probablement bientôt apprendre à déchiffrer en utilisant tous les matériaux réunis de certaines études de physique qui étaient demeurées jusqu'à présent sans grands débouchés d'ordre pratique.

Nous n'avons aucune difficulté à nous représenter nettement comment s'établissent les relations de la cellule vivante et du milieu qui l'entoure, lequel est mis en agitation tourbillonnaire incessante par la lumière, par

l'électricité atmosphérique, par la chaleur, par le son, par les émissions électroniques des substances diverses. Cette agitation se projette sur le plan de la cellule sous forme de vibrations, dans un incessant mélange de résonances, d'accords, d'interférences, de battements, de renforcements et d'étouffements d'harmoniques. Que la cellule trouve sa pitance au milieu de tout cela, qu'elle puisse s'entretenir dans la cadence vibratoire qui lui est propre, et elle vit. Sinon, les vibrations s'éteignent, la cellule dépérit et meurt. Mais si la pitance est trop abondante, elle meurt également, elle « crève » comme un ballon de baudruche qu'on a voulu trop gonfler : la mort se caractérise donc, elle aussi, par ce bipolarisme — pléthore et carence — que nous trouvons toujours devant nous lorsque nous examinons d'un peu près les phénomènes naturels. Par contre, si dans un rythme bien cadencé, la cellule arrive toujours à rétablir un certain équilibre entre ses *ingesta* et ses *excreta*, elle vit normalement. Cette situation n'est rien d'autre que celle définie par les physiciens comme une *résonance*.

C'est une chose qui a souvent été dite que la vie était un phénomène de résonance. Simple affirmation, qui ne nous a jamais été démontrée, ni même montrée. Ce que nous venons de dire nous prépare à mieux sentir toute la vérité qu'enferme cette idée de résonance vitale ; nous avons cependant une constatation à faire qui est en mesure d'entraîner définitivement notre conviction et c'est par là que nous terminerons cet exposé.

Tous les métabolismes se figurent graphiquement par une courbe dont la forme est familière aux biologistes et, qui répond, mathématiquement, à une formule exponentielle assez simple. Cette courbe représente indifféremment la secousse musculaire, la production d'urée ou d'acide urique en fonction du temps dans le développement de l'œuf, la pression rachidienne chez l'animal après injection d'adrénaline, le rythme d'élimination par la foie de la tétraiodphénolphtaléine et une infinité d'autres phénomènes physiologiques. Elle présente donc un grand caractère de généralité et constitue, par excellence, la courbe représentative des phénomènes vitaux, provoqués ou non.

Une telle courbe ne se contente pas d'être une vieille connaissance pour les biologistes : elle en est une aussi pour les physiciens, pour les artilleurs et pour les ingénieurs, car elle réunit dans la simplicité de son graphisme un grand nombre de phénomènes d'apparence disparate, encore qu'il aient un fonds commun : loi du rayonnement noir, spectres d'absorption, pertes à travers un diélectrique, vie du radium exprimée par le nombre d'atomes présents à chaque instant, pressions au troisième temps d'un moteur à explosions, accélérations du projectile dans l'âme de la pièce...

Ce qu'il peut y avoir de commun dans tout cela ? C'est que tous ces phénomènes représentent tous un processus où il y a en même temps *création et destruction*, où une impulsion initiale ou renouvelée est en lutte avec le milieu ambiant, les dominant d'abord pour se laisser ensuite étouffer par elles. La vie est donc bien, comme le voulait Blainville, « le double mouvement interne de composition et de décomposition, à la fois général et continu. » Mais ouvrez un quelconque traité de physique mathématique, et vous verrez tout de suite que la fameuse courbe qui représente tout cela.

$$y = 1 - e^{-f(x)}$$

où y représente les intensités, x les temps et e la base des logarithmes népériens, est tout bonnement représentative d'un *champ de résonance*.

Ainsi pensons-nous, par l'étude de l'empreinte tourbillonnaire sur le vivant, avoir présenté une base rationnelle, et raisonnable, sur laquelle peut s'édifier une union solide entre les sciences biologiques et les sciences physico-mathématiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 Mars 1932

Sur un cas de septicémie à streptocoques traitée par le sérum antistreptococcique de Vincent. Guérison. — *MM. R. Paris* et *Lob* — La malade était une enfant de 9 ans, chétive, à antécédents assez chargés. A la suite d'une scarlatine survenue en novembre 1931, elle eut une otite moyenne gauche suppurée avec perforation du tympan, puis une mastoïdite ayant nécessité une intervention complète. La fièvre tomba en quelques jours, mais reprit le 21 décembre, atteignant 40°, puis 41°2, et accompagnée de frissons violents annonçant l'infection du sang par le streptocoque.

Après une nouvelle intervention chirurgicale, restée sans effet, on pratique l'hémoculture qui donne en 18 heures le streptocoque hémolytique.

Etat général très grave. Frissons fréquents et irréguliers, hyperthermie, somnolence très prononcée, langue sèche.

Les médicaments ayant été sans effet; on pratique cinq immuno-transfusions sans aucun résultat ; la fièvre à grandes oscillations et les frissons, la gravité de l'état général persistent aussi sévères.

On commence le 13 janvier les injections de sérum antistreptococcique de Vincent : la température était ce jour-là, de 41°4. L'enfant reçut chaque jour, 100 c. c. de sérum d'abord sous la peau, puis dans la veine. On put l'alimenter dès le second jour. Le 20 janvier, la température descend à 36°9 et se maintient à ce voisinage pendant trois jours. On continue le sérum. Une nouvelle hemoculture est négative.

Des réactions sériques (fièvre, œdème, urticaire) ont été observées. Par prudence on a continué encore les injections de sérum antistreptococcique à doses plus faibles. Mais tous ces phénomènes ayant disparu, la malade est revenue rapidement à la santé, sans aucune séquelle ni complication.

Nous croyons utile de faire ressortir l'insuccès complet et trop habituel des médications anti-infectieuses. Par contre, les injections intraveineuses de serum antistreptococcique de Vincent ont été suivies d'un effet rapide. La guérison est d'autant plus digne de remarque que la sérothérapie a été très tardivement, soit vingt à vingt-trois jours après le début de la septicémie.

Septicémie à streptocoques et abcès général. Guérison par le sérum antistreptococcique de Vincent et intervention chirurgicale. — M. le Prof. *Victor Audidert* (de Marseille. — Considérée comme offrant un pronostic toujours mortel, la septicémie à streptocoque hémolytique vérifiée par l'hémoculture, peut cependant guérir, grâce à la nouvelle méthode sérothérapique du Prof. Vincent. J'apporte un exemple remarquable de guérison d'une septicémie d'une extrême gravité qui s'ajoute a ceux qui ont été déjà publiés.

Un enfant de 13 ans, asthénique, aboulique, hypoglandulaire, est atteint en juin 1931 d'une otite moyenne suppurée gauche, spontanément ouverte. Malgré l'issue facile du pus, la septicémie s'annonça brusquement par un violent frisson, une forte fièvre, sans mastoïdite. Liquide céphalo-rachichien clair, sans polynucléaires, stérile et de composition chimique normale. Mais l'état général s'aggravant (hyperthermie, stupeur, etc.), on fait une hémoculture qui donne en 24 heures le *streptocoque hémolytique*. Des phénomènes méningo-encéphaliques surviennent avec delire, somnolence, vomissements, signe de Kernig, etc., en même temps qu'apparaissent des hématuries persistantes. Fievre à grandes oscillations, clonies généralisées. Conjonctivite aiguë.

La sérothérapie à l'aide du sérum de Vincent est instituée le 31 juillet, d'abord à la dose de 60 c. c. (dont une partie injectée dans la veine), ensuite à la dose de 100 c. c.

Au sixieme jour, malgré la persistance des phénomènes encéphaliques et du signe de Kernig, l'état général du malade s'est amelioré nettement. Malgre l'apparition d'urticaire sérique, on continue les injections de sérum antistreptococcique. La température descend à 37°-38°, les vomissements disparaissent, le sommeil revient. On cesse le sérum.

Les phenomènes d'abcès cérébral soulignés encore par une grande crise comitiale (début facial, puis crise généralisée, avec commissure labiale déviée à gauche, raideur du cou, morsure de la langue, etc.) ; une paralysie faciale gauche persistante, du type central, deviennent cependant plus accusés,


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM
CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou 1/2 cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex, _ PARIS (IVe)

On fait une nouvelle série d'injections de sérum antistreptococcique (100 c. c. par jour). Grande amélioration. L'enfant peut alors se lever et être transporté à la montagne.

Toutefois, l'hémiparésie avec paralysie de la VI[e] paire, commandent une intervention chirurgicale qui permet de découvrir un *abcès cérébral* contenant 20 c. c. de pus, dans la région fronto-pariétale droite. Le liquide céphalo-rachidien ne renferme aucun microbe.

L'analyse bactériologique du pus de l'abcès du cerveau a montré sa stérilité complète.

Après diverses péripéties, *ce malade a guéri* ne présentant comme reliquat de ce syndrome qu'une hémiparésie gauche et un léger strabisme du même côté.

Sans aucune discussion possible, l'emploi du sérum antistreptococcique de Vincent injecté *larga manu* a enrayé la septicémie et a permis l'opération chirurgicale. La stérilité du pus cérébral apporte une nouvelle preuve de l'action du sérum.

Sur une méthode utilisée dans l'antiquité pour caractériser le degré hydrotimétrique de l'eau potable. — ***M. A. Trillat.*** Les Grecs et les Romains attachaient une grande importance au choix de l'eau d'alimentation et à ses qualités : elle devait être douce, exempte de dureté, afin, disaient les hygiénistes, « d'entretenir les intestins dans un état propice ».

Cette préoccupation du choix d'une eau douce et déminéralisée guidait constamment les anciens pour le captage des eaux ; en temps de guerre, le premier soin des généraux romains, dans l'établissement du camp, devait être de s'assurer des qualités de l'eau destinées à l'alimentation des troupes.

Les anciens avaient observé les effets de l'eau dure sur la cuisson des légumes : le phénomène de durcissement qui en résulte était connu dès la plus haute antiquité, puisque Hippocrate en fait mention. Mais à côté de ce moyen rudimentaire qui visait la caractérisation des eaux calcaires, ils utilisaient une autre méthode qui leur permettait en même temps de classer les eaux d'après leur alcalinité : ils arrivaient ainsi à avoir une notion de ce que nous appelons aujourd'hui le *degré hydrotimétrique*. On peut se demander quel était le procédé alors suivi pour reconnaître l'alcalinité des eaux.

Les historiens latins font quelquefois allusion à une certaine « épreuve du vin sur l'eau » pour différencier les eaux douces des eaux dures, mais ils ne donnent aucun détail sur l'exécution de la méthode.

Cette indication quoique vague a suffi à M. Trillat pour reconstituer dans sa partie essentielle le procédé auquel les auteurs font allusion et qui repose, comme on va le voir sur un principe scientifique. Si l'on ajoute avec précaution de très petites quantités de vin rouge à l'eau on remarque que la coloration du vin est d'autant plus complète que l'eau renferme des sels alcalins : celle-ci se colore par conséquent plus rapidement en leur absence. Après quelques tâtonnements, on arrive à un procédé pratique qui consiste à faire tomber goutte à goutte le vin rouge dans une quantité d'eau déterminée contenue dans un récipient à fond blanc ; on compte le nombre de gouttes nécessaires pour amener la coloration rouge à l'eau.

L'application de cette méthode permet de grouper rapidement les eaux examinées d'après leur degré d'alcalinité.

Or, les recherches bibliographiques indiquent que de semblables vins analogues à nos teinturiers devaient exister chez les Romains qui connaissaient, d'après Columelle, plus de 500 cépages. Et ce sont ces vins très colorés qui devaient leur servir pour pratiquer « l'épreuve du vin sur l'eau ».

Métabolisme des lipoïdes dans la fièvre jaune expérimentale. — ***M. P. Gérard, Mlles Moissonnier et Welti.*** En ne considérant que les résultats nets provenant de plus de 500 dosages, les auteurs tirent ces conclusions : au cours de la fièvre jaune expérimentale chez le singe on constate :

1° Un abaissement du phosphore lipoïdique ;

2° Un abaissement du coefficient lipocytique ;

3° Une augmentation du rapport $\frac{\text{acides gras}}{\text{extrait lipoïdique total}}$

4° Une diminution importante de l'insaponifiable dans certains organes (l'abaissement de la cholestérine ne permettant pas d'expliquer cette diminution) ;

5° L'invariabilité de l'élément constant (très net pour la teneur en acides gras phosphatidiques, un peu moins net pour l'indice d'iode).

Evacuation du contenu d'un kyste hydatique thoracique dans la cavité péritonéale à la faveur d'une rupture du diaphragme. — ***M. G. Chavannaz*** (de Bordeaux) a eu à combattre la pénétration intrapéritonéale à travers le diaphragme droit d'un volumineux kyste hydatique né dans le thorax.

L'auteur avait d'abord cru à la rupture intrapéritonéale d'un kyste du foie ; seule l'action chirurgicale a permis la connaissance de la vérité.

La radiologie réalisée à deux périodes différentes du mal n'a donné aucune aide.

Le traitement consista dans l'ouverture de la plèvre par voie thoracique. L'opérée guérit sans incident et sa guérison se maintient depuis dix-huit mois.

De l'emploi de la sorbite dans les produits alimentaires destinés aux diabétiques. — ***M. Marcel Labbé.***

Etude des conditions expérimentales et cliniques permettant d'établir et de classer les dyskinésies de la parole et du chant. — ***M. Jean Tarneaud*** établit le diagnostic différentiel de la nature organique ou fonctionnelle des dysphonies, à l'aide de l'épreuve d'assourdissement de Lombard. Dans l'aphonie hystérique, Lombard a montré, le premier, que la voix reparaît dès la suppression de son contrôle acoustique. Une expérimentation de plusieurs années a permis à l'auteur de vérifier le même fait dans de nombreux cas de dysphonie et de dysodie non hystériques.

En présence d'une altération de la voix parlée ou chantée, si, au cours de l'épreuve de l'assourdissement, la voix reprend ses qualités de timbre et de tonalité, il est possible d'affirmer qu'il s'agit d'un état dyskinétique de la fonction vocale.

La dyskinésie représente le fait d'une discordance entre l'intention volitionnelle ou automatique de contraction musculaire et le résultat enregistré, lequel est au-dessus de l'intention (hyper) ou au-dessous (hypo).

La dyskinésie résulte d'un trouble du tonus musculaire. Les hypertonies et hypotonies vocales sont inconsciemment acquises et ne se modifient pas au gré de la volonté du sujet.

Liées à un dérèglement de l'appareil moteur neuro-musculaire, les dystonies vocales sont : 1° post-opératoires ; 2° post-inflammatoires ; 3° dues à l'habitude ; 4° consécutives à la fatigue vocale ; 5° produites par la déficience du contrôle auriculaire. Les dyskinésies, résultant d'une perturbation du système nerveux sympathique, constituent le syndrome sympathico-vocal, qui englobe de nombreuses altérations de la voie parlée et chantée, depuis l'enrouement jusqu'au collapsus phonique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 mars 1932

Un nouveau cas d'hémiplégie pleurale. — ***MM. Laignel-Lavastine, A. Miget*** et ***Jacques Odinet*** rapportent un nouveau cas d hémiplégie pleurale qu'ils ont suivi pendant plusieurs mois. Un jeune homme de 18 ans, à l'occasion d'une tentative de pneumothorax thérapeutique, tombe brusquement en syncope ; celle-ci est suivie d'un coma peu profond avec convulsions et contractures généralisées. Ces symptômes disparaissent au bout de trois jours pour faire place à une hémiplégie spastique gauche qui persiste jusqu'à la mort survenue cinq mois plus tard du fait des progrès de la tuberculose pulmonaire.

Certaines particularités cliniques font discuter et rejeter les diagnostics d'artérite syphilitique et d'embolie cérébrale liée à un rétrécissement mitral fruste pour admettre l'hypothèse d'une embolie gazeuse qui se trouva confirmée à l'autopsie où on trouva un ramollissement blanc typique de l'hémisphère droit.

Un cas de pneumo-péricarde. — ***M. Ghimus*** (Bucarest). — L'auteur rapporte un cas de pneumo-péricarde décelé à l'examen radioscopique (bande claire de 1 cm. séparant l'ombre cardiaque de l'ombre du péricarde) chez un enfant de 5 ans, neuf jours après une pleurotomie pour pleurésie purulente de la grande cavité.

Un cas de fièvre exhanthématique du littoral méditerranéen observé à Alexandrie. — ***M. Petzetakis*** communique un cas personnel de maladie d'Olmer observé en Egypte en 1928.

Quoique ait manqué la tache noire d'Olmer, le diagnostic paraît certain en raison de l'exanthème, dont les éléments papuleux ont gagné la plante des pieds et la paume des mains et aussi en raison de la courbe fébrile qui n'a pas dépassé quinze jours et de l'évolution bénigne de la maladie.

A l'occasion de ce cas, M. Peteztakis signale la relative fréquence de la maladie d'Olmer en Thessalie. Depuis 1929, il a eu connaissance de seize cas observés à Volo.

Les formes choréo-athétosiques de l'encéphalite varicelleuse. — *MM. Sendrail* et *Mme O. Dudevant* (de Toulouse) communiquent l'observation d'un enfant qui présenta, au début de la convalescence d'une varicelle, un syndrome méningé d'apparence grave, tant par ses manifestations cliniques que par ses réactions humorales, lequel fut suivi d'une parésie des membres inférieurs et surtout de troubles moteurs, à type choréo-athétosiques, étendus à toute la musculature des membres supérieurs, de la tête et du tronc, le tout ayant spontanément évolué en peu de jours vers la guérison. Les auteurs rappellent les quelques faits analogues déjà observés, ainsi que les cas de syndromes hypertoniques pseudo-parkinsonniens ou hypersomniques, liés à la même infection. Ces formes paraissent attester une localisation du virus varicelleux (ou des germes encéphalotropes suscités par lui) au niveau des noyaux sous-corticaux : elles invitent à envisager la notion de véritables « striatites varicelleuses ».

M. Netter souligne la fréquence de plus en plus grande des cas de méningite et d'encéphalite varicelleuses. Les symptômes apparaissent souvent de façon précoce, trois ou quatre jours après le debut de l'éruption. Bien qu'on ait discuté le rôle d'une infection surajoutée, il semble bien que ces complications relèvent du virus de la varicelle.

Le sérum antidiphtérique et son action thérapeutique. Etude expérimentale. Déductions pratiques. — *MM. Robert Debré*, *G. Ramon* et *Jean Bernard*. — Les discussions sur les modes de preparation, l'efficacité et surtout la posologie du sérum antidiphtérique justifient les nouvelles études expérimentales sur ce sujet. Les auteurs ont tout d'abord repris les expériences anciennes des fondateurs de la sérothérapie antidiphtérique, Roux et Martin, et ont étudié la valeur thérapeutique du sérum injecté au cobaye un temps variable après l'inoculation de deux doses mortelles. Ils ont constaté, tout en mettant bien en valeur le rôle capital du temps écoulé entre l'injection du poison et celle du sérum que leurs résultats étaient identiques à ceux qu'obtenaient E. Roux et L. Martin en 1894. Donc, point d'affaiblissement de l'action thérapeutique du sérum depuis 37 ans. Les auteurs ont ensuite réalisé grâce à leur technique personnelle une véritable infection expérimentale chez le cobaye très comparable à la diphtérie humaine. Ils ont étudié dans ces conditions le rôle des différents facteurs : date, dose répétition des injections, après avoir rappelé en passant l'intérêt que présente cette technique pour la distinction entre les vrais et les faux bacilles diphtériques. De leurs nombreux essais résulte ici encore la mise en lumière de l'importance du temps écoulé entre le début de l'infection et le début de la sérotherapie. Ce temps perdu se rattrape difficilement et la répétition des injections se remplace par la précocité de la mise en œuvre du traitement. Les auteurs à propos de leurs expériences, mettent en lumière cette notion que la lésion locale produite chez le cobaye, l'escarre, est l'homologue de la fausse membrane en pathologie humaine ; or, l'action sur l'escarre : empêchement de sa production, arrêt dans son développement, chute de la zone nécrotique et réparation aussi bien que la destruction des germes au lieu même où ils sont, est liée à la teneur du sérum en antitoxine. C'est dire que le sérum antitoxique agit comme s'il était antimicrobien et que point n'est besoin d'imaginer des propriétés microbicides spéciales et indémontrables pour mettre en évidence la valeur d'un sérum thérapeutique contre la diphtérie.

Ces expériences jointes aux dosages pratiqués sur l'homme dans les services de MM. Grenet et Guillemot plaident en faveur de l'injection précoce d'une dose forte d'antitoxine. Une fois qu'une dose suffisante a passé dans la circulation, la répétition des injections ne paraît pas indispensable ; en effet, très loin de baisser considérablement deux ou trois jours après l'injection de serum, le pouvoir antitoxique du sang du sujet traité s'élève jusqu'au quatrième ou cinquième jour et diminue ensuite lentement, graduellement ; il offre encore un taux très appréciable, quinze, vingt et dans certains cas trente jours et plus longtemps encore après cette injection unique.

Grâce à la préparation à l'Institut Pasteur de sérums antidiphtériques qui sans être concentrés titrent 500 à 1.000 unités antitoxiques au centimètre cube, il est facile avec une quantité relativement variable faible de sérum d'injecter les doses suffisantes d'antitoxine et de frapper, comme le demande M. Lereboullet, vite et fort.

M. Lereboullet est heureux de voir confirmer par les constatations experimentales et cliniques de MM. Ramon et Debré ce qu'il avait depuis longtemps préconisé ; la necessité d'injection précoce et suffisante de serum. Il insiste sur l'utilité d'adjoindre à la serotherapie un traitement local : antisepsie nasale, instillation d'arsenicaux, afin d'éteindre le plus rapidement possible le foyer toxique persistant qui joue certainement un rôle important dans la genèse des accidents observés.

M. Grenet se rallie aux conclusions de MM. Debré et Ramon et croit aussi à l'efficacité de la désinfection locale associée au traitement par le sérum.

A propos de la pathogénie du doigt hippocratique. — *M. Béclère* rappelle d'abord qu'il faut bien différencier le doigt hippocratique de l'ostéopathie hypertrophiante pneumique.

Il énumère ensuite les affections dans lesquelles se rencontre avec prédilection le doigt hippocratique et relate à ce propos trois cas personnels dans lesquels cette déformation fut observée : phlébite de la veine sous-clavière droite, anévrysme du tronc artériel bracnio-céphalique, et rétrécissement de la veine cave supérieure.

Il explique enfin le mécanisme des modifications des extrémités digitales : le doigt hippocratique est le résultat de toutes les lésions équivalant à la ligature incomplète du tronc ou des branches de l'artère pulmonaire, qui entraîne un trouble bio-chimique du milieu dans lequel baignent ces éléments cellulaires de la pulpe digitale.

M. Debré souligne l'importance des expériences de Carlos Monge faites dans les hauts plateaux des Andes où la déchéance physique et psychique des habitants, tous porteurs de doigts hippocratiques, relève peut-être de l'érythrémie (sans splénomégalie) que l'on observe dans la population indigène.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 février 1932

A propos de la syphilis infundibulaire. — *M. Léopold-Lévi* revendique les droits de l'hypophyse en pathologie, et signale le mémoire de Galuppi sur les troubles hypophysaires par hémorragie traumatique de la pituitaire. Il rappelle un cas personnel de syndrome adiposo-génital hypophysaire aigu, avec selle turcique considérable, à la suite d'une chute d'avion.

A propos de la fausse maigreur. — *M. Léopold-Lévi* demande qu'on ne confonde pas la *fausse maigreur*, syndrome se rapprochant de l'état normal, avec la maladie de Barraquer qui n'en est qu'une caricature exceptionnelle.

Il continue à interpréter l'obésité et la fausse maigreur comme un trouble hypophysaire, la graisse étant chez la femme un caractère indifférencié plutôt que sexuel.

Création de laboratoires. — *M. Molinéry* met aux voix un vœu pour la création de laboratoires de physico-chimie, de biologie appliquée à la clinique auprès des stations thermales et climatiques françaises. Le vœu est adopté.

Névralgies rachidiennes rebelles. — *MM. L.* et *M. Fildermann* presentent une malade du service du Professeur Laignel-Lavastine, guérie de névralgies rachidiennes rebelles par leur méthode des injections dans les trous de conjugaison d'huile iodée.

Hypertension moyenne solitaire. — *M. Sédillot* présente un malade atteint d'hypertension moyenne solitaire chez lequel un souffle d'insuffisance aortique vient de s'installer. M. Sédillot soutient que l'hypertension moyenne solitaire est une affaire « vasculaire » et montre qu'elle est le *syndrome clinique de la perte de l'élasticité des artères grosses et moyennes.*

A propos du néo-interventionnisme en tuberculose osseuse. — *M. Raphaël Massart* distingue entre les tuberculoses chez l'enfant et chez l'adulte et rappelle que chez l'adulte, l'ecole d'Ollier a toujours été partisan des interventions. A la formule de Berck, il préfère celle des Lyonnais qui distinguent : les tuberculeux qu'il faut opérer, les tuberculeux qu'il est permis d'opérer, les tuberculeux auxquels il ne faut pas toucher.

Et il conclut en montrant qu'avec une technique rigoureuse, on obtient des guérisons chirurgicales des tuberculoses.

A propos du néo-interventionnisme. — *M. F. Masmonteil* est du même avis que M. Massart, et conseille les interventions précoces.

A propos du néo-interventionnisme en tuberculose osseuse. — *M. André Trèves* insiste sur la distinction entre la tuberculose de l'enfant qui guérit par l'immobilisation et l'héliothérapie, et celle de l'adulte, justiciable plus fréquem-

ment de la chirurgie. L'ouverture de foyers tuberculeux reste dangereuse pour la fonction et pour la vie du malade.

Sur la nécessité d'un contrôle téléradiographique périodique des examens à l'écran des cardiaques. — *M. J. Surmont* montre que les orthodiogrammes classiques doivent être complétés par des téléradiographies prises dans des conditions bien déterminées qui permettent l'étude des différents diamètres cardiaques. Seul, ce procédé permet des mesures comparatives valables d'un examen à l'autre.

Nouvelle technique de greffe testiculaire. — *M. Dartigues* présente un nouveau procédé de greffe testiculaire de l'animal à l'homme par la voie inguinale. Cette communication est accompagnée de projections. L'avantage du nouveau procédé consistant à amener le testicule à la voie inguinale par refoulement, est de ne pas ouvrir les bourses, de ne laisser aucune cicatrice visible sur le scrotum, de ne pas occasionner d'œdème et de dispenser de tout pansement autour des bourses. Les manœuvres sont faciles, plus sûres, et l'opération plus rapide.

Diagnostic clinique et traitement médical du dolichocolon. — *MM. Chiray* et *J. Baumann* ne considèrent pas l'allongement du côlon comme pathologique par lui-même. Il le devient lorsque l'angle gauche est le siège de colites segmentaires ou généralisées. Il se produit à ce niveau des spasmes, des réactions inflammatoires, des compressions mécaniques qui déterminent des phénomènes d'occlusion larvée, de l'aérocolie bloquée avec troubles reflexes, une augmentation de la stase cæcale avec troubles toxiques. Ce sont ces lignes qui doivent faire penser au dolichocolon dont l'examen radiologique, par lavement baryté, peut seul préciser l'existence.

Le traitement médical remarquablement efficace, est basé sur la suppression des farineux, les entéroclyses, une médication laxative oléo-mucilagineuse et se complète utilement par la cure tonique de Châtel-Guyon.

M. Mazeran insiste sur l'exagération du diagnostic de dolichocolon non justifiée par la radiographie. Avant d'affirmer, il faut s'entourer de toutes précisions. Le dolichocolon congénital doit être séparé du dolichocolon acquis. Le premier, lié aux troubles de la fonction, le second résultant de modification lente de la tension abdominale, en rapport avec une pariétale digestive déficiente.

La sonorité pré-hépatique chronique. Sa fréquence. — *M. L. Pron*, sur deux séries de dyspeptiques banaux avec participation du foie et du côlon, a trouvé 65 fois de la sonorité hépatique, et huit fois un foie totalement sonore. C'est donc là une anomalie très fréquente que l'auteur explique, dans la plupart des cas, par un amas de gaz dans l'angle sous-hépatique qui, distendu à des degrés variables, forme poche de résonance, masquant plus ou moins la matité du foie.

P. Prost.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La cancérisation du moignon cervical après hystérectomie subtotale

Parmi les griefs formulés contre l'hystérectomie subtotale, l'un des plus anciens et des plus discutés est la cancérisation secondaire du moignon cervical. Cette cancérisation semblait plus fréquente autrefois après hystérectomie pour fibrome. Actuellement, dit Sava Gelezkoff (*Thèse de Lyon*, 1931), il semble au contraire que les lésions ulcéreuses métritiques du col, coexistant souvent avec les lésions inflammatoires annexielles nécessitant l'hystérectomie, doivent réaliser des conditions favorables à la cancérisation secondaire. Les statistiques publiées montrent que d'une façon générale, la cancérisation secondaire se voit dans 1 % des cas après hystérectomie totale.

Dans la statistique personnelle du professeur Villard portant sur 478 hystérectomies subtotales, l'auteur n'a relevé qu'un seul cas, soit un pourcentage de 0,21 %. Il semble donc que la crainte d'une cancérisation secondaire, ne doive pas faire systématiquement renoncer à la subtotale au profit de la totale dont la mortalité opératoire reste malgré tout plus élevée que celle de la subtotale, 3 % environ. D'après la statistique de Villard, si à la mortalité opératoire de la subtotale 5,6 % on ajoute la mortalité possible par cancérisation secondaire du col 0,21 %, on voit qu'au total la mortalité de la subtotale est de 5,81 % contre 8,70 % pour la totale.

La stérilisation des sondes

MM. Legueu, Heitz-Boyer et Maisonnet (Société française d'urologie, 15 juin 1931 et 6 juillet 1931) déplorent les procédés de stérilisation actuels. Sans inconvénients pour les sondes urétrales, ils sont nettement insuffisants pour les sondes urétérales. En particulier, la vapeur sous pression ne suffit pas à stériliser une sonde.

C'est pourquoi il est bon de faire passer un courant mécanique (solution de nitrate d'argent, par exemple) dans une sonde avant de l'utiliser.

M. Wolfromm utilise, pour dégraisser les sondes et leur assurer une meilleure stérilisation une solution de savon noir bouillante.

M. Chevassu, à la suite de nombreuses expériences, stérilise les sondes pendant dix minutes, à l'autoclave à 120°, depuis l'année 1919. Il préconise cette stérilisation qui seule peut donner toutes les garanties, les vapeurs de formol ne pénétrant jamais jusqu'au milieu de la lumière de la sonde.

M. Marion estime également que la stérilisation absolue est l'idéal mais qu'il est parfois difficile de l'obtenir. Sur 30 sondes prélevées dans son service, une seule a cultivé au staphylocoque, et cependant il n'utilise que le formolage. D'ailleurs au cas où la sonde resterait septique au milieu de sa lumière, elle ne risque guère d'ensemencer un rein.

Cependant pour MM. Noguès et Chevassu l'épreuve de culture des sondes de M. Marion n'est pas suffisante, l'asepsie du milieu étant modifiée par des traces de formol.

M. Heitz-Boyer a également recours à l'autoclave.

Les accidents de sensibilisation au cours du traitement insulinien, leur pathogénie

Déductions pratiques

MM. A. Cade, Ph. Barral et J. Roux (de Lyon), (Société de Thérapeutique, 10 juin 1931). Il peut exister des accidents anaphylactiques dus à l'insuline, et ce sont les insulines les moins purifiées qui donnent ces accidents. Toutefois, même les insulines très pures peuvent les provoquer.

Aussi, pratiquement, en cas de traitements prolongés sera-t-il nécessaire d'utiliser les insulines les mieux purifiées.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le Dr Armaingaud. — *En novembre dernier les amis du Dr Armaingaud se réunissaient à Arcachon à l'occasion de la promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur du fondateur du sanatorium marin d'Arcachon. Du discours prononcé par M. Massoubre nous extrayons quelques passages :*

Né à Saint-Ciers-la-Lande, dénommée aujourd'hui Saint-Ciers-sur-Gironde, le 30 avril 1842, le Docteur Arthur Armaingaud est dans sa quatre-vingt-dixième année.

Son père, docteur-médecin et pharmacien à Saint-Ciers, l'éleva dans l'amour du bien et avec la volonté d'en faire un homme dans toute l'acception du mot.

Il l'initia, dès l'âge de 7 ans, à l'étude du latin et des œuvres de Montaigne, le jeune Arthur assista bien des fois aux longues conversations de son père et du marquis La Moignon, montaigniste distingué, qui possédait à Saint-Ciers un château qui existe encore et de magnifiques équipages.

Souvent le père et le fils se rendaient à Blaye, chez le pharmacien Coriveaud, admirateur de Montaigne... Après de brillantes études à Bazas, à Bordeaux et dans la capitale, il devint docteur en médecine de la Faculté de Paris, le 6 avril 1867, puis professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux en 1879. C'est à cette époque qu'il visite le sanatorium de Berck, où la Ville de Paris entretenait 600 enfants, et que, impressionné tant par le nombre des malades que par celui des guérisons obtenues, il prend la décision de partir en croisade de conférences pour la création des sanatoria marins. Nos côtes merveilleuses et variées s'y prêtent à l'infini.

Dès 1882, par la plume et la parole, il provoque un vaste

mouvement d'opinion en faveur de la création des sanatoria maritimes. Il fait des conférences dans toute la France : Paris, Bordeaux, Nantes, Lyon, Toulouse, Montpellier, etc.

Médecin du Lycée de Bordeaux, professeur du cours municipal d'hygiène, il s'est créé en Gironde des relations dans tous les milieux.

Le 7 janvier 1887, il organise une conférence à l'Alhambra : le tout-Bordeaux, ses amis et personnalités de la région s'y trouvent réunis : Universitaires, Cour d'appel, Facltés, Cultes, Presse, commerce, industrie, mutualité, ouvriers. Sa conférence obtient un succès considérable.

Quelques jours après, il reçoit l'offre d'un terrain de plusieurs hectares du docteur et de Mme Louis Lalanne, de la Teste, le concorrs de quelques auditeurs, l'appui financier et moral de la Municipalité d'Arcachon.

Le Sanatorium maritime est créé.

Les travaux commencent en 1887.

En attendant leur achèvement, une trentaine d'enfants sont installés provisoirement à la pension Fouet, à Moulleau. Le docteur Armaingaud paie leurs frais de pension.

Le 1er avril 1887, le Sanatorium est ouvert. Les docteurs Gustave Hameau et Fernand Lalesque offrent leurs concours le plus dévoué à leur confrère.

Et puis, de tous les points de la France, les demandes affluent.

Le docteur a dépensé une partie de sa fortune.

Il continue à sourire.

Des jours meilleurs viennent ; ils sont de courte durée.

La guerre survient : nouveaux déboires.

Par deux fois, le Sanatorium court le risque d'être mis à la disposition de l'autorité militaire.

Il faut pourtant protéger la santé et réserver l'avenir des nombreux enfants délicats nés avant et pendant la guerre.

Le docteur multiplie voyages et démarches. Grâce à Léon Bourgeois, l'Etablissement reste affecté à sa destination.

Les docteurs d'Arcachon lui donnent, pendant l'après-guerre, leur concours le plus désintéressé.

L'œuvre reprend sa prospérité, car on avait peu payé les frais de pension pendant la guerre. Le 1er octobre 1928, le docteur Armaingaud, âgé de 86 ans, estime sa tâche terminée. Il donne son établissement à la ville d'Arcachon. Il en avait poursuivi l'exploitation, à ses risques et périls, pendant quarante et un ans.

Cadeau de valeur, à l'époque où tous les départements sont invités à créer des établissements de ce genre.

L'œuvre est prospère. Elle a été conservée et améliorée.

Chaque année, le Docteur Armaingaud, vient passer quelques jours dans son Sanatorium. Je connais son passé.

Il fut le condisciple de Clemenceau, l'ami de Gambetta, de Gustave Flaubert, de Sainte-Beuve, le secrétaire de Littré.

En 1882, avec Paul Bert et Pasteur, il assiste au Congrès de Genève, où Koch était venu défendre la valeur contestée de son vaccin contre la tuberculose. Le docteur Armaingaud fit aux congressistes, la proposition de créer des sanatoria marins ; il recueillit l'approbation unanime de ses auditeurs.

En 1902, il fit partie de la délégation des médecins français qui se rendit à Berlin à l'occasion du Congrès international.

Que dirai-je encore du bienfaiteur que nous fêtons aujourd'hui ?

En 1869, il proposa la création d'un ministère de la Santé publique, ministère qui ne verra le jour que soixante ans plus tard.

Pendant la guerre 1870-1871, médecin-major de la 5e légion de la Gironde, il sert à l'armée de Chanzy, où il se conduit brillamment.

Après le 4 septembre 1870, Gambetta veut le nommer préfet de la Dordogne, il décline cet honneur et lui répond qu'il n'a aucune aptitude pour la politique et qu'il veut consacrer toute son activité à la médecine.

En 1888, il est nommé Chevalier de la Légion d'honneur, sur la demande de Sadi Carnot, président de la République, qui veut récompenser en lui le promoteur des sanatoria marins.

Pour marquer cette date, Mme Sadi Carnot, dont le nom figure sur les plaques de marbre du Sanatorium, prend à sa charge plusieurs lits pour les petits Parisiens.

En 1890, il fonde la Ligue française contre la tuberculose, qu'il préside pendant quinze ans.

En 1898, il crée et dirige dans les vingt arrondissements de Paris des cours d'hygiène antituberculeuse.

En 1900, il reçoit la Médaille d'or de l'Exposition internationale. La même année, il est promu Officier de la Légion d'honneur.

Depuis trente ans, ses travaux sur les *Essais* de Montaigne sont considérables. Ils ne comprennent pas moins de vingt ouvrages.

En 1913, il fonde la Société des amis de Montaigne, présidée par Anatole France, puis par M. Louis Barthou. Le docteur Armaingaud en est encore le secrétaire général.

Sainte-Beuve et la démission de la vie. — « Si la variété sauvait Sainte-Beuve de la routine et lui gardait sa jeunesse d'esprit, de très rares occasions l'obligeaient parfois à se réunir tout entier, à monter plus haut ; ce n'était pas sans maussaderie — ainsi sa réponse à Taine qui croyait ressusciter le stoïcisme comme morale laïque ; ce n'était pas non plus sans grandeur.

Un jour, M. Guizot exprima des craintes sur les progrès des doctrines matérialistes (que cela est joli, et qu'on aimerait s'attarder, lézarder là-dessus). Sainte-Beuve rassembla en esprit quelques savants qu'il avait connus, et lui-même ; il mit ce penseur face à face avec l'idée nouvelle d'évolution ; il brassait ces grandes images avec ses souvenirs de Lamarck, de Laplace, de Sénancourt ; il les fit flotter dans un immense vide philosophique.

Ce n'était plus, ce jour-là, la matière qui manquait à la pensée ; l'homme tâtonnait dans l'univers comme un chaton encore aveugle : « Sa pensée à lui-même est un instrument bien imparfait, qu'il lui suffirait d'un sens de plus ou de moins, ou du moindre degré changé dans la perspicacité d'un des cinq sens, pour que tout lui parût sous un jour tout autre... Pour sa peine vous l'appelez sceptique : ne croyez pas l'humilier... Il n'a pas d'enfants autour de lui qui l'interrogent... ; il n'a pas à parler non plus à ces hommes réunis qui sont plus ou moins comme des enfants. »

Quant à la société, sa loi n'a jamais cessé d'être l'anthropophagie : on la déguise seulement ; les pessimismes de Taine semblent toniques auprès de celui de Sainte-Beuve ; rien à faire que citer : « La vie s'étage et s'édifie ainsi sur la mort même et sur de larges assises d'hécatombes... A cette vue le sage... ne sait point de réponse... Cherche-t-il la reconnaissance ? L'attend-il ? Ne sait-il pas aussi la loi des cœurs ?... Je n'ai pas fini : tout homme, par cela même qu'il vit, a une secrète horreur de l'anéantissement total.. » (Et ici retour sur les illusions de la gloire et de l'immortalité.)

« Il sait que le cœur humain est un labyrinthe ainsi fait, et avec un écho si bien ménagé, qu'une seule et même voix peut se faire à elle-même la demande et la réponse. Il tient donc ces réponses pour de simples reflets de désirs, des répercussions et des réflexions du même au même, qui ne prouvent autre chose que le foyer intérieur d'où elles sont parties, et qui peuvent rester stériles comme tant de désirs. »

Près d'une expérience physiologique, d'un télescope, d'un manuscrit ancien, choses que Sainte-Beuve n'a point maniées, mais qu'il pouvait comprendre dans leurs découvertes aussi pleinement que leur auteur, c'est surtout l'ignorance que le vieux critique veut placer : « un manque de complet, un effort multiple, incessant, une étude sans trêve et sans terme, et où la vie se consumera ». Il paraît qu'on se lasse de tout, excepté de connaître ; mais si l'on se lasse de ne point connaître, cela ne revient-il pas au même ? Et n'est-ce point inévitable, dès qu'on s'écarte de l'absorbant, du bienheureux détail ?

A ces moments de contemplation lugubre, Sainte-Beuve retrouve la grandeur ; il refuse tout à sa propre nature et à ses désirs, — ascète presque involontaire, il les relègue dans une espèce d'oubli. Son corps et sa part de la nature humaine ne sont plus qu'un fardeau qu'il traîne cahin caha. Il enregistre avec calme le détraquement de sa machine. « Me voilà au régime du bonhomme Laërte, végétal dans son jardin. » Et aussitôt il ajoute : « Je nourrirai mon esprit ». Il va jusqu'à parler d'*appliquer la philosophie*, il ne s'aperçoit pas, comme Montaigne l'avait fait en pareille occurence, qu'il n'en a même plus besoin. Montaigne, au moment où il oubliait ses maximes contre la mort, regrettait l'amour (en y renonçant) comme la seule fontaine de jeunesse ; Saint-Evremond vieillissait lentement dans le platonisme de la galanterie : ainsi vont ceux qui préfèrent la vie.

Pour Sainte-Beuve, il donne sa démission de la vie ; la vie n'est plus que l'instrument de sa passion. Il travaille jusqu'à la fin ; hors du travail « un désir, le silence... plus qu'un amour, le repos ». La bibliothèque lui servait dès l'âge mûr, de *memento mori* ; aujourd'hui, il s'y trouve déjà inaccessible comme dans la tombe : « Je défie l'univers de m'apporter une seule joie. Quand on en est là, qu'on est tranquille ! » Comme parfois l'expression physique, la beauté des travailleurs de l'esprit s'impose avec les années, devient enfin pur reflet de l'esprit. La laideur de la jeunesse, la terrible figure de buveur d'eaux minérales et d'habitué de maisons closes de l'âge mûr, cèdent la place au visage du masque mortuaire, à cette harmonie d'attention et d'indifférence, où on voit la pensée arrêtée sans surprise et sans secousse dans son action éternelle. Il me semble, à le regarder, que la mort n'est une défaite que par notre lutte ; qu'en lui accordant tout d'avance et en finissant par l'oublier, l'homme a sauvé une espèce d'*honneur* pour lui et pour l'espèce : ses lèvres minces, qui murmuraient le vrai comme un « secret de quelques-uns », retrouveraient-elles dans cette pensée encore un fantôme d'illusions ? (Extrait de : Les profits de l'intelligence ou Destin de Sainte-Beuve, par PRÉVOST (J.) *Europe*, numéro du 15 mai 1931.)

Le nombre des hôpitaux aux Etats-Unis.

Aux Etats-Unis, les hôpitaux *publics* sont au nombre de........................	1.813
Contenant un nombre de lits de..........	566.534
Les hôpitaux *privés* au nombre de........	5.039
Représentant un nombre de lits de........	326.400
Au total..................................	8.652 hôpitaux.
Au total..................................	892.934 lits

On compte en 1928, pour les hôpitaux, régulièrement inscrits, un total de 107.734 médecins, savoir :

95.716 médecins,
5.114 médecins résidents,
4.443 internes,
2.461 superintendants médicaux.

Ces derniers n'ont pas de pouvoir médical proprement dit.

Il y a aux Etats-Unis plus de 8 lits pour 1.000 habitants, tandis qu'en France, la proportion est à peine de 5 lits pour la même population. (A. GONACHON. Les hôpitaux des Etats-Unis et du Canada. Impr. Noirclerc et Fenestrier, Lyon.)

Pour la réhabilitation de M. Homais. — *Réhabilitons M. Homais ! dit le Comte Hubert de la Massué, dans un article paru dans la Grande Revue (février 1932) et dont voici un extrait :*

« ... M. Homais vécut donc à côté et au milieu de la nullité, de la méchanceté, de la malhonnêteté, de l'égoïsme, de la débauche, de la trahison. Et lui fut intelligent, instruit, bon, honnête, pur, généreux, loyal, fidèle. Et pourtant la malignité publique, qui a négligé les ridicules d'un Binet, passé les canailleries d'un Lheureux, supporté la débauche égoïste d'un Boulanger et d'un Dupuis, respecté la bêtise et l'insuffisance malapprise d'un curé Bournisien, sympathisé presque avec la lâche ineptie d'un Charles Bovary, dispensé largement à Mme Bovary, tout ce qu'elle pouvait mériter d'indulgence, la malignité publique n'a retenu qu'un personnage, d'ailleurs secondaire à l'intrigue du drame, pour en faire un type d'absurdité épaisse et presque malfaisante, et c'est M. Homais ! Comment expliquer cette injustice, cette partialité, cette rancune fielleuse ?

M. Homais s'est manifesté anticlérical ? Il n'y aurait là, de la

part du sentiment public, qu'un grave défaut de mesure, qu'un manque d'équité, s'il avait cloué au pilori un malheureux inconscient, dont l'activité négative se serait bornée à des attaques déplacées contre l'Eglise. La perfidie consiste à tuer toutes les vertus de M. Homais et toutes les qualités qui l'élèvent au-dessus de son entourage, en soulignant certaines imperfections d'attitude et d'expression, inséparables de ce milieu même. Cependant, il y a plus encore. Il est facile de concevoir l'hostilité impardonnable suscitée par M. Homais chez les plus clairvoyants dévots. Un imbécile qui lance des traits maladroits contre la religion, ce serait trop peu de chose.

Le scandale inexpiable causé par M. Homais tient en ce que le plus vertueux, il était peut-être le seul à ne pas aller à la messe ! Alors, pour étouffer ce défi intolérable, les bonnes âmes, apparemment catholiques, en vérité peu chrétiennes, ont voulu écraser immédiatement les qualités de M. Homais sous le ridicule absolu, afin qu'on n'aille pas plus avant, qu'on renonce à analyser la psychologie laïque d'un bonhomme si grotesque, qu'il s'évince à l'instant et inexorablement de l'estime des hommes ... »

Honorons donc M. Homais type de bon et solide Français de Normandie, homme respectable. Réhabilitons-le ! ... »

Réponses aux questions posées par les parlementaires

L'admission des pensionnés de guerre à la cure thermale de Plombières. — 14.522. — M. Camille Planche demande à M. le ministre de la Guerre : 1° de lui faire connaître le nombre des places vacantes réservées chaque année, à la station thermale de Plombières aux mutilés de guerre et le nombre de postulants en 1931 ; 2° dans le cas où le nombre des demandes dépasse le nombre des places réservées, si le demandeur peut être admis comme externe ; 3° si un bon de transport gratuit est délivré aux malades admis à suivre un traitement externe, dans une station thermale, comme bénéficiaires de l'article 54 de la loi du 31 mars 1919. (*Question du 14 décembre* 1931.)

Réponse. — 1° En 1931 les anciens militaires pensionnés de guerre ont présenté 143 demandes d'hospitalisation et 114 ont pu recevoir satisfaction dont 98 provenant de pensionnés de la guerre 1914-1918 et 16 provenant de pensionnés à la suite de blessures reçues sur les théâtres d'opérations extérieures ; 2° réponse affirmative ; d'ailleurs, 29 cures externes ont été attribuées en 1931 aux anciens militaires pensionnés d'invalidité parmi lesquelles 26 étaient pensionnés de guerre; 3° réponse affirmative.

L'administration de l'Assistance publique peut-elle légalement faire incinérer les corps non réclamés des malades décédés dans les établissements hospitaliers ? — 14.092. — *M. Louis Dumat demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° Comment il se fait qu'une mairie du département de la Seine puisse insérer dans une lettre circulaire concernant la sépulture de vieillards décédés dans un hospice dépendant de l'Assistance publique, la phrase suivante : « l'administration de l'Assistance publique, dont dépend l'établissement, prend en pareil cas certaines dispositions dont paraît-il l'incinération pour les corps des indigents » ; 2° sur quel règlement et sur quel texte d'administration de l'Assistance publique pourrait se baser pour laisser supposer que l'incinération puisse être légalement exécutée* (Question du 17 novembre 1931.)

Réponse. — D'après les renseignements fournis par le directeur général de l'Assistance publique à Paris, les corps non réclamés des malades décédés dans les établissements de cette administration sont conformément aux règlements en vigueur (arrêtés des 3 décembre 1834 et 6 avril 1842) dirigés sur les amphithéâtres de la faculté de médecine et de l'administration où ils sont utilisés pour des besoins scientifiques.

Depuis quand attribue-t-on une pension pour tuberculose contractée en service (militaire) ? — 14.948. — *M. Grinda demande à M. le ministre de la Guerre depuis quand, dans les annales des réformés militaires, la tuberculose pulmonaire contractée en service est pensionnée* (Question du 21 janvier 1932).

Réponse. — A aucune époque, la législation des pensions n'a fait dépendre l'ouverture du droit de la nature de l'affection en cause. La tuberculose a donc pu, de tout temps, justifier l'attribution de pensions d'invalidité. Seulement, sous le régime de la loi de 1831 (art. 12), comme les infirmités ne donnaient droit à pension que si elles étaient incurables et imputables à un fait précis de service, la constatation d'une maladie dont le début est insidieux et l'évolution incertaine n'entraînait l'attribution d'une pension que dans un petit nombre de cas. Par contre avec la loi du 31 mars 1919, qui a institué les pensions temporaires (art. 7) et qui considère comme réalisant la condition d'origine toute infirmité survenue à l'occasion du service (art. 3), circontance souvent admise par présomption légale (art. 5), les diverses manifestations de la tuberculose apparaissent fréquemment comme des infirmités donnant droit à pension.



NOUVELLES

Clinique médicale propédeutique (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de Perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire* du lundi 11 avril au samedi 15 avril 1932, inclus, par MM. SERGENT, BENDA, Francis BORDET, COTTENOT, COUVREUX, Henri DURAND, KOURILSKY, MIGNOT, PRUVOST et TURPIN. Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — Lundi 11 avril, 9 heures, M. le Professeur SERGENT : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Docteur BORDET : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur COTTENOT : Cage thoracique et corps étrangers intra-thoraciques.

Mardi 12 avril, 11 heures, M. le Docteur TURPIN : Diaphragme — 15 heures, M. le Docteur MIGNOT : Médiastin (tumeurs et kystes). — 17 h. 30, M. le Docteur BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 13 avril, 11 heures, M. le Professeur SERGENT : Trachée et bronches. — 15 heures, M. le Docteur BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30, M. le Docteur MIGNOT : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 14 avril, 11 heures, M. le Docteur BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h. 15, M. le Docteur PRUVOST : Pneumothorax et pneumo-séreuse. — 17 h. 30, M. le Docteur KOURISLKY : Abcès du poumon, gangrène pulmonaire.

Vendredi 15 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 16 h. 15, M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux. — 17 h. 30, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 16 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 9 h. 1/2 (examen de malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur COUVREUX).

Les bulletins de versemetnt sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

BIBLIOGRAPHIE

Impertinences ou Vérités premières. Poèmes, par Raymond GROC. Couverture de Henry MONTASSIER. « *Au bon Plaisir* ». Toulouse, rue Romiguières, 2, 1931.

« *Groc cesse de paraître ou je cesse d'écrire......* »

Car voici encore un très joli volume de poèmes édités au *Bon Plaisir*. *Impertinences ou Vérités premières* est une nouvelle contribution à l'étude du désir par Groc, le poète du Désir contempteur de l'Amour.

.... Car pour l'avoir ce corps complaisant en mes bras
Il faudrait que l'Amour intervienne et me fasse
Gagner ton cœur.... ton tendre cœur : quel embarras
Dans des jeux où l'Amour doit se voiler la face !

Je regrette de n'avoir pas licence de citer davantage. Mais je préviens les amateurs ; l'édition tirée à un nombre infime d'exemplaires dont un nombre tout à fait infime d'exemplaires de luxe est très belle — et les livres de Groc, attachants par le fond et par la forme, s'enlèvent comme boissons glacées par les journées torrides ou pour mieux dire encore comme breuvages brûlants au cours des heures glaciales.

(*Reproduction autorisée.*) Dr G. ESPÉ de METZ.

BILLETS D'ALLER ET RETOUR DE FIN DE SEMAINE A PRIX RÉDUITS POUR LES STATIONS DE SPORTS D'HIVER DES ALPES ET DU JURA

Ces billets comportent une réduction de 50 % sur deux fois le prix un billet simple.

Ils sont délivrés jusqu'au 31 mars par les gares de Paris P. L. M., Dijon-Ville, Besançon, Lyon, Saint-Etienne, Grenoble, Marseille, Genève.

Au départ de Paris et de Marseille ces billets sont valables du vendredi midi au mardi midi ; au départ des autres gares, ils ne sont valables que du samedi midi au lundi minuit,

Les voyageurs munis de ces billets ont droit à une franchise de bagage de 20 kgr. pour le transport exclusif de leur matériel de sport.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 1264.

FONDÉ EN 1873. — N° 13 LE NUMÉRO : 50 Centimes 26 MARS 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE


ANAXERYL

NOUVELLES

Facultés de médecine. — AGRÉGATION (1er degré). — Le nombre des candidats qui pourront être admis à la suite des épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) est modifié ainsi qu'il suit pour la catégorie suivante :

Troisième division : *Chirurgie et obstétrique.* — J. Chirurgie : 14 au lieu de 12.

Liste des candidats admis aux épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) (2e liste).

Troisième division : CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE. — *Catégorie J. — Chirurgie.* — Académie de Paris : MM. Bernard, 17 + 19 = 36 ; Funck, 15 + 17 = 32 ; Leibovici, 18 + 19 = 37 ; Meillière, 17 + 16 = 33 ; Patel, 18 + 16 = 34 ; Welti, 16 + 15 = 31.

Académie d'Aix-Marseille : M. Imbert, 16 + 14 = 30.

Académie de Bordeaux : M. Magnant, 17 + 15 = 32.

Académie de Lyon : MM. Desjacques, 18 + 17 = 35 ; Heitz, 15 + 17 = 32.

Académie de Montpellier : M. Fayot, 18 + 16 = 34.

Académie de Nancy : MM. Bodart, 18 + 18 = 36 ; Rousseaux, 18 + 17 = 35.

Académie de Strasbourg : M. Fontaine, 18 + 16 × 34.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

RÉGIONS LIBÉRÉES. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Paul Dubois, maire de Montigny (Somme).

Au grade de chevalier. — Mme le docteur Pommay-Michaux médecin honoraire du ministère des Régions libérées.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 6 avril. — M. AUVYNET. Etude du traitement de la poliomyélite antérieure aiguë par la radiothérapie médullaire. — M. FRAIN. Etude radiologique du cœur, de la mensuration des diamètres cardiaques.

9 avril. — M. DEZAMY. Etude du traitement des cervicistes chroniques par la diathermo-coagulation. — M. TUGLER. Sur un nouveau procédé de traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren. — M. DUPUY. Les écoulements de sang par le mamelon.

7 avril. — (Thèse vétérinaire). — M. ARIBERT-DESJARDINS. Notes pratiques d'obstétrique vétérinaire.

Laboratoire d'anatomie pathologique (Professeur : M. G. ROUSSY.) — *Cours de technique hématologique et sérologique*, par M. Edouard PEYRE, chef de laboratoire.

Ce cours comprendra seize leçons, commencera le lundi 9 mai 1932, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comprendront deux parties : 1° Un exposé théorique et technique ; 2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — 1. Généralités sur l'instrumentation nécessaire ; numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine. — 2. Le sang sec, techniques d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologique, les états anémiques simples. — 3. Le sang sec : globules blancs et formule leucocytaire. — 4. Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoïèse. — 5. Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions). — 6. Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques. — 7. Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang. — 8. Résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums. — 9. Hémo-agglutinations (groupes sanguins). Les méthodes de transfusion. Les états hémorragiques, par M. le Docteur BENDA (chef de clinique). — 10. La réaction de fixation (B. W.). Le principe. — 11. La réaction de fixation (B. W.). Les dosages. — 12 et 13. La réaction de fixation (B. W.). Les méthodes. — 14. Les méthodes de floculation, par M. le Docteur TARGOWLA. — 15. Cytologie des épanchements des séreuses et du liquide céphalo-rachidien (réactions biologiques), par M. le Docteur TARGOWLA (ancien chef de clinique). — 16. Les propriétés physiques appliquées au sang (pH. Cryoscopie, viscosité, etc.), par M. le Professeur agrégé SANNIÉ.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences. Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Croisière dans la Baltique. — Un groupe amical réunissant diverses personnalités médicales et judiciaires, ainsi que des artistes et des gradués des Facultés des lettres et des sciences, organise pour l'été de 1932, avec le concours de l'Agence Rueff (French Travel Bureau), une croisière dans la Baltique. L'itinéraire comporte les grands fjords de Norvège, Bergen, Oslo, Stockholm, Copenhague, Helsingfors, Vispy (Ile de Gotland), Hambourg, Anvers.

Des excursions spécialement étudiées sont proposées aux participants. Le bateau choisi est l'*Eridan*, grand et superbe long-courrier d'Australie, de 13.000 tonnes, à moteurs, lancé en 1930, et qui réunit tous les aménagements nécessaires au confort, à la sécurité et à l'agrément des passagers.

Afin de conserver à cette croisière, un caractère d'élégance et d'intimité, le nombre des voyageurs est limité à 150, tous de 1re classe. Quelques places à prix très réduit sont réservées à des étudiants ou étudiantes.

Les frais, tout compris, pour la croisière — départ 30 juillet, retour 21 août — sont de 4.500 francs et au-dessus, selon les cabines.

S'adresser au Comité des croisières de l'*Eridan* ou à l'Agence Rueff, 22, place de la Madeleine, Paris (8e).

Office international de documentation de médecine militaire (Liége, Belgique.) — IIe *Session de Conférences* (Liége, Belgique, 22-25 juin 1932.) — La deuxième session de l'Office international de documentation de médecine militaire se tiendra à Liége du 22 au 25 juin prochain.

A cette occasion, le Comité permanent inaugurera le local de l'Office que la Ville de Liége a bien voulu offrir au nouvel organisme international.

PROGRAMME PROVISOIRE. — Jeudi 23 juin, à 9 heures : Ouverture de la session ; de 10 à 12 heures et de 15 à 17 heures : Leçons et conférences (organisation et fonctionnement du Service de santé, hygiène, sciences médico-militaires, droit international, etc ...) ; à 21 heures : Fête d'inauguration du local de l'Office pour tous les participants.

Vendredi 24 juin, de 9 à 12 heures et de 15 à 17 heures : Leçons et conférences (*suite*) ; à 21 heures : Soirée offerte par la Ville de Liége à tous les participants.

Samedi 25 juin, de 9 à 11 heures : Leçons et conférences (*suite*); à 16 heures : Séance inaugurale à Bruxelles des Journées médicales, honorée de la présence de S. M. la Reine.

Ci-dessous la liste des conférences déjà annoncées :

Belgique : Titre non encore parvenu (Cap. pharm. MUSQUIN) ; Aptitude au service des miliciens atteints de soudure incomplète de la colonne vertébrale (Cap. méd. GLORIEUX) ; Traitement tactuel de la syncope respiratoire (Cap. méd. CLAIRBOIS) ; Une question de médecine aéronautique (Maj. méd. SILLEVAERTS) ; De la responsabilité du médecin militaire (Lieut.-col. méd. VONCKEN).

Espagne : L'inspection médicale des contingents avant et après leur service militaire (Comm. méd. Don RICARDO MURILLO UBEDA).

France : Les principes de l'hospitalisation dans l'organisation du Service de santé en campagne (Méd. col. SCHICKELÉ) ; La vaccination antidiphtérique à l'armée.

Mexique : Titres et noms de conférenciers non encore parvenus.

Pays-Bas : Du rôle des voies d'eau dans le Service de santé en temps de guerre.

Pologne : L'éducation physique dans l'armée : ses avantages et ses inconvénients (Col. méd. OSMOLSKI).

Suisse : Particularités du Service de santé dans une armée de milice (Lieut.-col. méd. VOLLENWEIDER) ; Titre non encore parvenu (Col. pharm. THOMANN).

Tchécoslovaquie : Les laboratoires chimiques de campagne, leur rapport au service pharmaceutique et leur importance dans la guerre de mouvement ou de position (Cap. comm. Dr BOHUMIL SUCHARDA).

Yougoslavie : Le scorbut à l'armée (Lieut.-col. NOVAROVITCH) ; Du rôle des laboratoires de bacétriologie dans l'armée de campagne (Comm. méd. TADITCH).

Les cours se donneront en français. En ce qui concerne le Service de santé militaire français, le port de la tenue militaire n'est autorisé que pour les officiers faisant partie de la délégation officielle.

Pour les réductions de transport, etc., s'adresser aux succursales de l'agence Th. Cook et Cº et de la Compagnie internationale des wagons-lits.

Automobile-Club médical de Paris et des départements limitrophes. — L'Automobile-Club-médical de Paris porte à la connaissance des médecins de Paris et de la région parisienne une note de service récente de M. le Préfet de Police, communiquée à tous les agents. M. le Préfet de Police recommande à leur bienveillance les voitures des médecins, dont le pare-brise portera l'insigne de l'association. Ils devront leur faciliter la circulation et le stationnement dans Paris.

Cet insigne, déposé et officiellement reconnu, porte en son milieu une croix rouge sur laquelle se détachent en bleu les lettres A. C. M. P. Le millésime de l'année, le numéro d'ordre du sociétaire et le timbre de l'association y figurent. Le tout est encerclé par les couleurs de la Ville de Paris : rouge et bleu, et se fixe aisément à l'intérieur du pare-brise à l aide d'une ventouse.

En plus de cet insigne, l'A. C. M. P. procure à ses membres de nombreux avantages matériels. Pour adhérer à l'Association ou pour tous renseignements, écrire au secrétaire général : Dr LAFOND, 89, boulevard Magenta, Paris.

Union internationale de protection de l'enfance. — Le Comité français de l'Union internationale de protection de l'enfance a décidé que le VIIe Congrès international de protection de l'enfance se tiendrait à Paris, les 5, 6, 7, 8 et 9 juillet 1933.

Deux questions sont mises à l'ordre du jour : *Première question Surveillance médicale des sports* (leurs avantages, leurs abus). — *Deuxième question* : Etatisme et bienfaisance.

Tous les membres du Congrès pourront présenter des communications qui seront classées dans une des cinq sections suivantes : 1° Maternité ; 2° Première enfance ; 3° Seconde enfance ; 4° Enfance anormale ; 5° Service social.

S'adresser pour tous renseignements au secrétariat du Congrès de la protection de l'enfance, Comité national de l'enfance, 26, boulevard de Vaugirard, Paris-XV°.

Muséum national d'histoire naturelle. — M. Mangin, ancien directeur du muséum, est nommé directeur honoraire.

MM. Bouvier et Lecomte, anciens professeurs, sont nommés professeurs honoraires.

Jubilé du Professeur Paul Delmas. — Le Professeur Paul Delmas vient de terminer la 25° année de son enseignement. A cette occasion, ses maîtres, ses collègues, ses amis, ont décidé de lui offrir une médaille à son effigie. L'exécution en a été confiée au sculpteur montpelliérain Raoul Dussol.

Toute souscription de *cent francs minimum* donne droit à un exemplaire en bronze de cette magnifique œuvre d'art.

La remise solennelle en sera effectuée au jubilaire vers le début du mois d'avril.

Les souscriptions sont reçues par le trésorier, Docteur Coll, de Carréra, 24, rue du Grand-Saint-Jean, Montpellier, C. C. Chèques Postaux, Montpellier N° 6.052.

Etablissement thermal d'Enghien-les-Bains. — L'ouverture de la saison est fixée au mardi 29 mars. Comme les années précédentes, la direction de l'Etablissement, met gracieusement ses services à la disposition des médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés). Pour tous renseignements s'adresser à la direction de l'Etablissement.

Lyon. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé, par les nominations de M. Colson, interne des hôpitaux et de M. Jean Regad, ancien interne des hôpitaux.

Médaille du Docteur Lortat-Jacob. — Désireux d'honorer la mémoire de Léon Lortat-Jacob, un certain nombre de ses maîtres, collègues, élèves et amis ont eu la pensée de faire exécuter un médaillon qui sera offert au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Une souscription a été ouverte à cet effet. Tout souscripteur de 100 francs aura droit à un exemplaire d'une médaille, réplique du médaillon.

Prière d'adresser les souscriptions à M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain à Paris 6°. Compte chèques-postaux, Paris 599.

Services d'ophtalmologie des hôpitaux Laënnec et Enfants-Malades. — Dix conférences d'ophtalmologie élémentaire et d'ophtalmologie infantile (avec présentation de malades), par les Docteurs CANTONNET et MONTHUS, chefs de service ; FAVORY, ophtalmologiste des hôpitaux et PARFONRY, assistant à Lariboisière, le dimanche à 10 h. 1/2 à partir du 17 avril ; les six premières conférences à Laënnec, les quatre dernières aux Enfants-Malades.

1. Examen de l'œil. Traumatismes. Prothèse. — 2. Conjonctive. Iris. Glaucome. — 3. Paupières. Cornée. Voies lacrymales. — 4. Cristallin. Rétine. Nerf optique. — 5. Paralysies. Réfraction. Orbite. — 6. Troubles oculaires et maladies générales. Thérapeutique. — 7. Vision binoculaire et strabisme. — 8. Kératites et ophtalmies de l'enfance. — 9. Myopie scolaire. Inspection des écoles. — 10. Cécité (prévention, rééducation et métiers. Ecritures Braille et Cantonnet-Nouet).

Nécrologie. — Dr ABÉLANET, de Croix-de-Vie (Vendée). — Médecin général BEAUSSENAT, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Rennes. — Dr Joseph BRET, de Lyon, médecin honoraire des hôpitaux, décédé à l'âge de 69 ans. — Dr Louis GAUTHIER, d'Orgelet (Jura), conseiller général. — Dr Camille GIRAL, de Nîmes, président de la Fédération des syndicats médicaux du Gard. — Dr HERLEM, de Tergnier (Aisne). — Dr JALABERT, de Narbonne. — Dr Paul LAVIROTTE, de Lyon, décédé dans sa 30° année. — Dr LINAS, de Montpellier. — Dr Léon LOUIS, médecin de la santé et de l'hygiène publique au Maroc, décédé à Azrou (Maroc), fils du Dr Léon LOUIS, de Bourg (Ain), médecin colonel en retraite. — Dr Louis MAGNIEN, de Lyon, ex pharmacien en chef de la pharmacie centrale des hospices civils de Lyon. — Dr Auguste MÉNARD, de Remoulins (Gard). — Dr Laurent MERMILLOD, de Saclas (S.-et-O.). — Dr Gaspard TULOUP, de Digoin (Saône-et-Loire), décédé dans sa 82° année. — Dr VAUCAIRE, de Paris, 52, rue de la Boétie (VIII°). — Mme S. POZZI, veuve du Professeur Pozzi, décédée dans sa 76° année.

TRAVAUX ORIGINAUX

Tuberculose et système nerveux

Par le Docteur J. GALTIER (de Bordeaux)

L'idée de contagion de la tuberculose est née du rapprochement purement intuitif d'ailleurs, de cette maladie avec d'autres nettement transmissibles par contact direct, telles que la morve ou la syphilis, par exemple. Puis, et surtout depuis la découverte de Koch, sous l'influence combinée des théories des anciens miasmes et des pastoriennes trop étroitement envisagées, on a attribué à la propagation bacillaire les caractères des contages infectieux. En fait, nos connaissances à ce sujet sont toujours très incertaines et, cependant, les recherches expérimentales et cliniques ont été dominées par le dogme de la contagion au point que, seul le bacille retenait l'attention. Actuellement, une réaction qui, nous devons le reconnaître, a son origine dans le laboratoire, s'affirme largement. L'un de ses auteurs, et le plus qualifié peut-être, M. A. Lumière, déclare nettement que la tuberculose n'est pas contagieuse pour l'adulte. Pour lui, le bacille acido-résistant donne par contamination des nouveau-nés les formes évolutives continues et à terminaison fatale : tuberculose méningée et autres de la première enfance ; la tuberculose de l'adulte serait le résultat d'une infection de l'embryon par ce même bacille ou d'une inoculation du bébé par le bacille saprophytique ou le virus filtrant.

Il y a là, sans nul doute, un progrès certain dans les conceptions pathogéniques de l'infection bacillaire. Enregistrons-le en tout état de cause, puisqu'il nous ramène à l'étude du terrain. On est, en effet, fatalement amené à se demander, dès lors : 1° pour quelles raisons le fœtus ou l'enfant sont seuls aptes à l'infection ; 2° quel est sur ces terrains le système vulnérable ; 3° quels sont, enfin, les facteurs constitutionnels ou acquis qui font que, dans certains cas, la maladie brûle les étapes et aboutit aux formes malignes et mortelles ; dans d'autres, demeure longtemps latente, puis, se manifeste par des lésions locales curables ou par la phtisie.

J'ai eu l'avantage de traiter et de suivre, pendant d'assez longues années parfois, un certain nombre de familles et, dans chacune plusieurs de leurs membres, et mon attention a été attirée par un certain nombre de signes et de caractères communs parmi lesquels figurait la tuberculose. J'ai, par la suite, recherché chez beaucoup d'autres malades qui, à l'examen immédiat, présentaient l'un quelconque de ces signes, ceux moins apparents, à l'existence desquels mes observations antérieures me permettaient de penser. J'ai longuement contrôlé les résultats de mes observations et je les ai trouvés toujours concordants. Ils me paraissent, ainsi, contenir une vérité clinique certaine. Les déductions que leur rapprochement a fait naître en mon esprit peuvent, elles, être erronées ; je les soumets ainsi bien volontiers à la critique. Vraies ou fausses, leur discussion apportera sans doute une contribution à la solution des problèmes ci-dessus.

Dans l'impossibilité où je suis de rapporter toutes mes observations, je me bornerai à deux, qui, sans être cependant des schémas, peuvent être considérées comme des types cliniques assez complets.

OBS. 1.— Père âgé de 81 ans, aurait fait quelques excès de boisson, mais ne montre encore aucun signe d'affection organique viscérale ou de déficit intellectuel marqué. Mère décédée à 69 ans, environ, de néoplasme abdominal, 4 enfants.

Une fille âgée de 54 ou 55 ans, que je suis depuis une vingtaine d'années et qui s'est toujours montrée comme une nosophobe, inquiète, avec sensations paresthésiques multiples et variables suivant les jours. Vient me consulter, et va voir d'autres médecins, tantôt pour le cœur, tantôt pour le poumon, les reins, etc. ; croit qu'elle va devenir folle, etc... Elle a un fils, qui paraît à peu près en bonne santé physique et psychique. Celui-ci a une fillette âgée de 5 ans, chloro-anémique, instable, et toujours en mouvement.

Un fils, âgé de 47 ans, de santé générale débile. Nosophobe, toujours inquiet, que je ne rencontrais jamais sans qu'il m'arrête, pour me demander un conseil pour de multiples troubles analogues à ceux de sa sœur. Eréthisme nerveux se traduisant par de petits tremblements à la moindre émotion, de l'incertitude de la parole. Instabilité et défaut de suite dans les idées, aboulie légère. Intelligence éveillée. Depuis deux ans est atteint de bacillose pulmonaire, qui a nécessité l'abandon de tout travail et le séjour dans une station climatique. Bacillose torpide, avec amaigrissement, hémoptysies. Sa femme, bien portante lui a donné quatre enfants. Un seul, l'aîné, âgé de 9 ans, est en bonne santé ; le suivant est décédé à quatre ans de carreau, m'a-t-on dit, car il était, à ce moment, hors de Bordeaux ; le troisième est un lymphatique avec des polyadénopathies multiples, timide, se repliant sur lui-même et sans entrain. Le quatrième est décédé dans la première enfance de méningite.

Un fils tué à la guerre, n'était pas marié.

Une fille âgée de trente-deux ans, intelligente, mais fantasque ; blonde rousse, aux chairs blanches et d'aspect cireux, au système pileux anormalement développé aux membres inférieurs. Opérée il y a quatre ans d'une fistule anale, qui ne s'est jamais cicatrisée et persiste toujours. Au point de vue pulmonaire, amplitude respiratoire réduite, obscurité des sommets, toux intermittente. Par ailleurs, règles irrégulières, parfois abondantes ; pertes blanches entre les règles, à peu près constantes.

OBS. 2.— Père, que je n'ai pas connu, décédé d'une affection hépatique. Buvait beaucoup et était très violent ; mère âgée de soixante et quelques années est en bonne santé. Quatre enfants. L'aîné auquel j'ai donné mes soins pour phtisie qui traîna longtemps et finit sous la forme de tuberculose pulmonaire avec grosse caverne, mena jusqu'à l'âge de 19 ans une vie maladive. De condition modeste, il travaillait cependant d'une façon régulière et ses patrons n'avaient qu'à se louer de lui. Très affectueux et prévenant pour les siens, mais de tempérament inquiet, triste, il se confinait chez lui, semblait craintif, était taciturne. Le second, une fille âgée actuellement d'une trentaine d'années, est chétive, mal formée, presque autant disgraciée au point de vue physique que bien douée au point de vue mental. Attentionnée et affectueuse pour les siens auxquels elle se donne sans compter. Le troisième, comme son aîné, était misanthrope et inquiet ; cependant, toujours parmi les premiers de sa classe. Il est décédé aussi de tuberculose pulmonaire à l'âge de 17 ans, à peu près. Le dernier semble avoir un état organique normal, mais il est instable, ne peut se souffrir chez lui, présente une excitation génitale marquée, et, en dehors de son travail, se dépense à ce point de vue et dans des veilles quotidiennes prolongées.

Je pourrai multiplier ces observations ; la chose me paraît inutile. Qu'il me suffise de dire qu'une première notion découle de leur ensemble, notion que je formule ainsi : il existe des familles dont tous les membres, à peu de chose près, présentent, à des degrés divers, des troubles névropathiques et dans lesquelles, certains sont, en outre, frappés de tuberculose.

Avant d'aller plus loin, je dois cependant, ayant dû me borner à deux observations, préciser en quoi consistent, d'une façon générale, ces troubles. Le plus souvent, ils affectent les caractères de l'asthénie nerveuse, soit sous la forme psychasthénique, soit sous le type de la neurasthénie viscérale. Parfois, ils semblent s'apparenter aux syndromes dégénératifs ; je dis : semblent, car on n'observe pas, en général, ici, de signes d'insuffisance mentale. Les facultés intellectuelles sont normales, l'intelligence souvent éveillée et, chez les enfants, s'observe fréquemment de la précocité du développement intellectuel, à côté de troubles, en plus ou moins, de l'émotivité et de l'affectivité. On observe aussi souvent des troubles de l'humeur et du caractère. Ces malades sont mobiles, fantasques, impondérés, sujets à des emportements et des colères faciles qui s'accompagnent parfois de tremblements, d'éréthisme nerveux ; mais ces co-

lères sont sans consistance, sans réactions violentes ou franchement impulsives, de courte durée et suivies de périodes euphoriques avec manifestations affectives et bienveillantes. Ces caractères marquent également la sexualité et les tendances sexuelles. Parfois ces troubles sont réduits au minimum, quoique toujours existants, mais alors, on note un développement organique réduit qui se manifeste dans le squelette ou la musculature. L'évolution pubérale est troublée et la différenciation sexuelle, dans les caractères sexuels secondaires, quelquefois incomplète ou mal accusée.

En somme, on a l'impression d'être tantôt en présence d'un asthénique nerveux ; tantôt d'un déséquilibré psychique ; parfois d'un arrêt ou d'une insuffisance du développement organique. Je reviendrai plus loin sur ce sujet. Sans préjuger, pour l'instant, de la nature du substratum et des lésions, on peut dire que ces troubles, dans leur ensemble ou pris séparément, sont en rapport avec un déficit fonctionnel des centres nerveux.

L'évolution bacillaire confirmée, ou en foyers, est toujours précédée ou accompagnée de l'un quelconque de ces processus morbides. Je les ai recherchés systématiquement dans le passé de tous les tuberculeux pulmonaires que j'ai observés ; je n'ai jamais manqué de les retrouver les uns ou les autres. J'ai pensé à contrôler ces résultats par l'examen des observations antérieurement publiées. La chose ne m'a pas été possible. Les observations de tuberculeux sont muettes au point de vue qui nous occupe. Quelquefois, elles signalent dans les travaux spéciaux : l'alcoolisme, et c'est tout. J'ai alors consulté les biographies de personnages célèbres décédés de tuberculose. Quand ces études faisaient mention de l'enfance ou de l'adolescence, j'ai pu trouver assez souvent la confirmation de mes observations. En attendant que je rédige un travail spécial sur ce sujet, qu'il me soit permis d'emprunter à Cabanès (Poitrinaires et Grandes amoureuses. Ed. Lab. Cortial) les exemples suivants. « Cette gaîté nerveuse était toujours apaisée par des tristesses soudaines. Elle était fantasque, capricieuse et folle, adorant aujourd'hui ce qu'elle avait détesté la veille et *vice versa* » (La Dame aux Camélias. *In* Souvenirs Gustave Claudin). « C'était alors une petite brune renfrognée, laide, maigre, noire, presque désagréable, d'une constitution rachitique, au cerveau énorme pour son corps frêle » (Rachel).

Certains ont mentionné les troubles qui nous retiennent dans leur autobiographie, dans des remarques sur leur santé ou des lettres. Ils se traduisent dans leurs œuvres et parfois même sont clairement exprimés et décrits. Je n'en veux pour exemple que : « La Nuit de Décembre ».

Les citations que j'ai faites ci-dessus au sujet de la Dame aux Camélias et de Rachel, se rapportent à leur adolescence, alors qu'elles ne présentaient pas encore de lésions pulmonaires. L'état mental du phtisique est bien connu et depuis longtemps décrit. Je n'y reviens pas ici, d'autant qu'il sort du cadre de cette étude. Je dois cependant faire remarquer qu'il n'est très certainement que l'aboutissant d'une longue suite de troubles élémentaires de même ordre, qu'il est facile de retrouver dans le passé de ces malades et parfois jusque dans l'adolescence et l'enfance ; troubles élémentaires qui sont précisément à ranger parmi ceux qui nous occupent.

En résumé, on observe toujours dans la vie passée des tuberculeux en évolution des troubles, plus ou moins marqués, mais constants, qui trahissent une atteinte organique ou fonctionnelle du système nerveux. Ces troubles se retrouvent dans l'ascendance, la descendance ou chez les collatéraux immédiats de ces malades. Ceci revient à dire que la tuberculose n'évolue que sur certains terrains, qu'il y a une famille tuberculeuse.

Deux hypothèses sont dès lors possibles : 1° tare nerveuse constitutionnelle et tuberculose en foyer constituent deux processus morbides simultanés mais distincts ; 2° troubles nerveux et lésions bacillaires sont des manifestations d'un même cycle évolutif, ils font partie d'un même état morbide.

J'avais d'abord adopté la première hypothèse et je tirais simplement de mes observations une conclusion, qui n'est au surplus que la confirmation banale d'une grande loi nosologique : à savoir que le bacille ne pouvait se développer qu'à la faveur d'un déficit des défenses organiques. Ainsi s'expliquait la faiblesse de résistance et la vulnérabilité des insuffisants nerveux. Au surplus, les recherches sur le rôle du système nerveux dans l'immunité confirmaient cette manière de voir, que Métalnikow (*Ann. Inst. Pasteur*, fév. 1931) et Nicolau et Antinescu-Dimitriu (C.R. Soc. Biol., 1929) ont précisé en montrant que la production des anticorps et l'augmentation de la formule leucocytaire sont le fait des réflexes conditionnels.

Les conceptions de M. A. Lumière apportent au problème des éléments nouveaux. Si l'on admet, en effet, que la tuberculose n'est contagieuse que pour l'enfant et le fœtus, il est de toute évidence que peu importe le terrain chez l'adulte, au moins au regard de la contagion, puisque cette dernière est impossible chez lui.

Est-ce à dire pour cela que les tares nerveuses que nous avons constatées chez nos malades sont de simples coïncidences qui ne doivent, dès lors, plus retenir l'attention dans le problème qui nous occupe ? Bien au contraire, ainsi limité, le problème se précise. Les données peuvent en être rangées sous les chefs suivants : vulnérabilité limitée à l'enfant et à l'embryon ; insuffisance du système nerveux se manifestant dès l'enfance ; évolution rapide, ou, au contraire, apparition tardive de lésions curables ou fatales ; intrication et concomitance chez le même malade de manifestations névropathiques et de lésions pulmonaires ou autres ; impossibilité, enfin, d'admettre que la tuberculose est seulement du jour où l'auscultation la décèle.

Chacun de ces points donne lieu à discussion. Je n'aurai garde cependant de discuter le premier après les travaux de M. A. Lumière. Au surplus, les considérations qui vont suivre lui apportent, sur le terrain clinique, une confirmation.

Je reviens donc à l'atteinte du système nerveux. Mes nombreuses observations m'autorisent à dire, je le répète, qu'elle est constante. De ce fait, il doit exister une parenté certaine entre elle et la tuberculose, telle que nous la concevons aujourd'hui. Il est même permis de penser que les troubles nerveux que j'ai signalés sont le résultat de l'imprégnation des éléments nerveux par les virus et que les centres doivent être les premiers frappés. Ces considérations que je crois pouvoir tirer de mes recherches sur le terrain clinique, sont au surplus confirmées par de nombreux faits, assez disparates au premier abord et pris isolément, mais qui dans leur ensemble sont bien significatifs.

J'ai déjà rappelé les travaux sur le rôle du système nerveux dans l'immunité. On ne peut qu'être frappé d'une part, quand on examine les modalités de la lutte pour l'existence dans l'échelle des êtres, de la fréquence du choix par l'ennemi, du système nerveux de l'animal attaqué comme point de vulnérabilité optimum. Certains virus sont nettement neurotropes : celui de la syphilis, de la poliomyélite, etc... Il semble enfin que ce soit certains centres seulement qui assurent la fonction de défense. Les expériences de Métalnikow, Chorine, Tomaninof et Zernof sur la mite des abeilles ont démontré que l'immunité de cette larve était sous la dépendance du troisième ganglion thoracique. Dans un ordre de faits différents, mais tout de même à rapprocher, Fabre nous a décrit ses observations de certains insectes (Souvenirs entomologiques. Delagrave, éd.), les sphex, les cerceris, etc., qui immobilisent leur victime sans la tuer par la piqûre d'un ganglion thoracique, toujours le même. Fabre, soit dit entre parenthèses, voit dans la conduite de ces insectes, le fait de l'instinct. Peut-on parler d'instinct pour une bactérie ? Sans doute. L'infiniment petit ne l'est qu'à nos yeux et les lois biologiques, tout aussi absolues et continues que les physiques ne s'inquiètent pas de l'ordre des grandeurs.

Il est, en tout état de cause, un point de complète simi-

litude. Ici comme là, c'est par le moyen de substances toxiques que les fonctions des centres sont amoindries. A l'appui de cette assertion, je me borne à rappeler les travaux sur les poisons du bacille tuberculeux et l'allergie tuberculeuse. S'il m'était cependant permis de formuler une opinion à ce sujet, je dirai que ces poisons ne sont pas tous des produits de désintégration de la vie du bacille et des déchets cellulaires ; certains sont, sans nul doute, des sécrétions physiologiques d'attaque et les facteurs indispensables de la contagion. Par rapprochement avec ce qui précède, on doit aussi penser que l'action de ces « venins » bacillifères doit se faire au niveau de certains centres nerveux de l'animal attaqué.

Il est au surplus intéressant de remarquer que les facteurs invoqués, chez l'adulte, comme d'importance première dans la marche de la bacillose sont précisément ceux, toxiques ou infectieux, dont l'action est surtout neurotrope : syphilis, alcoolisme, surmenage, etc... Il est de toute évidence que ces facteurs ne peuvent qu'accroître la rapidité du processus infectieux puisqu'ils viennent ajouter leur action à celle des toxines microbiennes, et rendent ainsi plus chancelantes les défenses organiques. Je ne crois pas qu'ils puissent suffisamment affaiblir des éléments nerveux constitutionnellement sains pour rendre possible l'infection. A ce sujet, examinons l'un de ceux qui a été le plus fortement incriminé : l'alcool.

Tous les cliniciens ont observé de vieux éthyliques, largement intempérants, qui n'ont jamais présenté de tuberculose. J'ai observé personnellement l'alcoolisme chez plusieurs membres d'une même famille qui présentaient des troubles nerveux, la plupart ne montraient pas, au moins au moment, de signes bacillaires. Par contre, dans la même famille, j'ai soigné des tuberculeux qui n'avaient jamais fait d'excès de boisson. Enfin, de nombreuses fois, et ici, je rappelle des faits d'observation courante, j'ai connu des familles décimées par la tuberculose dont le père était alcoolique. Cette remarque a une telle importance qu'il est assez rare de trouver une descendance d'éthylique certain exempte de tuberculose. On ne peut qu'être au surplus frappé de retrouver cette appétence pour l'alcool et pour les toxiques en général, parfois, chez des individus dont les facultés intellectuelles et les sentiments éthiques sont élevés : des littérateurs, des poètes, des artistes, décédés de tuberculose. On ne peut vraiment voir là, dans ces tendances, autre chose que de la toxicomanie dont on retrouve du reste les autres caractères psychiques. Il faut certainement admettre ici, la proposition largement acceptée en neuro-psychiatrie : à savoir que ne devient pas éthylique qui veut et qu'il faut pour cela une prédisposition constitutionnelle ; en d'autres termes, que l'on devient éthylique parce que taré et non taré parce que éthylique. Corrélativement, sur le terrain qui nous occupe, on est autorisé à penser que l'on ne devient pas tuberculeux parce que alcoolique, mais alcoolique parce que tuberculeux, ou tout au moins, parce que atteint de tares nerveuses à terminaison bacillaire. Cette fin de phrase demande une explication ; les considérations qui suivent l'apporteront.

C'est, inspiré de ces données, que l'on doit étudier les rapports de la tuberculose et de l'éthylisme. Le désaccord entre les auteurs qui se sont occupés de cette question vient pour une bonne part du fait que les statistiques ont été mal dirigées. Elles ont porté sur la même génération et se sont inspirées, pour une part, de la croyance que l'alcool pouvait, chez le même sujet, préparer le terrain au bacille. Il y a là une cause d'erreur certaine. Les statistiques devraient porter sur l'alcoolisme pour une génération et sur la bacillose pour la suivante. Il est nécessaire enfin d'avoir présent à l'esprit que chez beaucoup d'éthyliques bacillaires les deux processus n'ont pas entre eux une relation de conséquence, mais de simple concomitance. Dans ce but, ne jamais oublier de s'enquérir de la santé et des habitudes des ascendants.

Ceci posé, il est aisé de comprendre que l'évolution bacillaire sera d'autant plus rapide et le nombre de personnes frappées dans la même famille plus grand, que la tare constitutionnelle sera plus forte.

Nous savons déjà que les méningites tuberculeuses s'observent fréquemment dans les familles dont le chef est éthylique. Si les deux ascendants font des abus d'alcool, il y aura des chances que la morbidité bacillaire soit plus élevée, et la mortalité aussi. J'ai eu à examiner comme médecin expert un délinquant qui m'a donné sur ses anamnestiques les renseignements suivants : père infirme, qui se livrait simplement à la mendicité, alcoolique, violent et brutal, décédé âgé ; mère, ivrogne d'habitude, s'est noyée, volontairement ou accidentellement, au cours d'un accès de délire éthylique sans doute. Dix-huit enfants, dont treize sont morts en bas âge ; certains avaient des convulsions, c'est le seul renseignement que peut nous donner l'inculpé ; un est mort aux colonies, il ne sait au juste à quelle affection il a succombé ; un autre a été emporté, par un lupus sans doute, « il avait le nez complètement rongé par une sorte d'eczéma qu'il avait toujours eu et s'était étendu à la face qui suppurait beaucoup » nous dit le prévenu. Ils restent trois : deux filles sur lesquelles il ne peut nous donner de renseignements ne les ayant pas vues depuis longtemps et celui que j'ai examiné : homme de 36 ans, aboulique, instable, vagabond, dont l'état général est défectueux, le teint terreux, le développement thoracique réduit et l'ampliation pulmonaire faible.

Je pourrai également rapporter une observation d'éthylique que je connais depuis plus de vingt ans et qui a contracté la syphilis il y a une douzaine d'années environ. Ici, très nettement, la morbidité déjà marquée chez les aînés de la famille, s'accuse dans la descendance d'une façon considérable après l'infection syphilitique.

Je ne crois pas nécessaire d'insister sur l'intrication et la concomitance des lésions bacillaires et des troubles nerveux. C'est là le résultat de mes observations, je ne peux, en conséquence que le signaler.

J'arrive au dernier point : l'impossibilité d'admettre que la tuberculose est seulement du jour ou l'auscultation la décèle et, corrélativement, la possibilité d'une latence complète de l'infection. Peut-on raisonnablement penser qu'une maladie infectieuse puisse évoluer depuis l'enfance et, pendant de très nombreuses années parfois, sans se manifester par un trouble quelconque ? La chose n'est pas admissible. J'ai la conviction et j'en reviens ainsi aux observations préliminaires de cette étude que les troubles que j'ai signalés, sont précisément la traduction de cette infection, laquelle n'est pas ainsi latente, mais évolue sournoisement, aux dépens de l'organisme, qu'elle ménage même dans une certaine mesure, mais toujours en lutte avec lui. De plus, étant donné les caractères généraux de ces troubles, il est permis de dire qu'ils sont la traduction, à la fois de l'atteinte directe du système nerveux par le parasite et indirecte par ses toxines.

Ainsi, avant de se traduire par des lésions en foyer, la tuberculose est et demeure parfois longtemps une affection nerveuse. On ne peut actuellement en dire davantage. Je crois cependant devoir signaler à ce sujet l'opinion de Léon Daudet. Après avoir dans « les Horreurs de la Guerre », précisé ses conceptions de la neuro-chimie et, dans une suite de remarques originales qui contiennent probablement une part de vérité, exposé ses vues sur l'anarchie cellulaire, l'éminent polémiste écrit : la tuberculose a une préférence pour le domaine du pneumogastrique.

L'ensemble des derniers travaux sur le bacille de Koch permet de considérer à peu près comme acquis qu'il appartient à un organisme polymorphe, sans doute à un groupe très voisin des actynomycées, dont le cycle vital serait le suivant : ultra-virus filtrant, forme mycélienne, forme granulaire et forme bacillaire. L'ultra-virus serait l'élément de reproduction de l'espèce. Quoi qu'il en soit, le cycle ci-dessus serait celui dont l'évolution s'effectue chez l'homme. A cette chaîne, il doit manquer un anneau, celui qui relie la forme bacillaire au virus filtrant. Ces cryptogames offrent, en général des cycles dont certains stades évoluent sur des

hôtes intermédiaires ou sur des parties différentes du même hôte : les organes de la reproduction souvent. En est-il ainsi pour la tuberculose ? Qu'y a-t-il entre la bactérie et le protosome du début ? Nous ne savons ; pour l'instant simplement notre ignorance. Retenons donc simplement, ce qui paraît à peu près probable, qu'entre l'ultra-virus et la forme bacillaire existe un mycélium ou un thalle cyanophile, comme celui, peut-être qu'ont décrit, Bezançon et Philibert, et, que ce stade intermédiaire représente la forme parasitaire de l'homme.

Et maintenant, ces données biologiques rapprochées de ce que j'ai développé ci-dessus permettent les considérations suivantes par lesquelles je terminerai cette étude.

Bien antérieurement à toute lésion évolutive, les tuberculeux sont atteints de troubles nerveux et organiques divers Ces troubles s'accusent au fur et à mesure que le déficit nerveux s'accentue et que, comme conséquence, l'état général s'affaiblit. Dans leur ensemble et suivant les réactions individuelles, ils se manifestent alors en un syndrome nettement apparent que, faute de mieux, on a nommé « prétuberculose », vocable absolument inexact. Il n'y a pas et ne peut y avoir de prétuberculose chez l'adulte, mais simplement une période où l'infection microbienne qui, jusque-là, sous une forme qui nous est encore inconnue, ne s'était traduite que par les signes que j'ai énumérés, se développe et s'affirme pour aboutir au nodule tuberculeux et à la forme bacillaire des lésions en foyer.

Les syndromes nerveux qui trahissent cet envahissement parasitaire progressif sont complexes et, de nombreuses observations cliniques seront nécessaires pour les préciser et les différencier. Il semble que le déficit nerveux intéresse surtout le domaine sympathique. Dans quel territoire ? Je n'avance rien de précis, mais ce que j'ai observé permet cependant de penser que la notion de possibilité d'une relation de cause à effet entre certains syndromes neurasthéniques, probablement aussi des psychoses, et le processus infectieux bactérien doit être largement retenu. La nature tuberculeuse de certaines psychoses a été déjà soupçonnée, mais les auteurs avaient en vue la forme bacillaire, alors que ce sont les formes intermédiaires qui doivent être incriminées, je crois.

Enfin, la neuro-psychiatrie n'a réalisé de progrès durables en clinique et féconds en thérapeutique qu'en s'inspirant des grandes lois de la pathologie générale. C'est parce que bien persuadés qu'il n'y a pas et ne peut y avoir de maladies essentielles ou, *sine materia* que ceux qui nous ont précédé ont pu établir la pathogénie de la paralysie générale, des psychoses toxiques et infectieuses. Depuis la guerre surtout, l'activité des chercheurs est détournée vers une voie qui ramène la psychiatrie aux doctrines métaphysiques ou psychologiques d'un passé infécond. Or, quelque intéressantes que puissent être les analyses psycho-pathologiques, elles demeurent impuissantes, de leur essence même, à dégager les causes matérielles d'une perturbation fonctionnelle ou qui apparaît actuellement telle. Cela seul importe, cependant.

Aussi est-ce parce que bien convaincu de cette vérité clinique, que je livre cette étude à ceux qu'intéressent le problème de la tuberculose et celui de la pathogénie des névroses et des psycho-névroses.

« Une récente enquête américaine vient d'établir que sur 45 millions d'enfants aux Etats-Unis, 450.000 sont intellectuellement arriérés, mais ce nombre ne comprend pas les sourds et demi-sourds, aveugles, « faibles de volonté », inquiétants au point de vue des « tares sexuelles », tandis que, dans d'autres pays, tous ces déficients sont totalisés avec les retardés comme relevant d'un traitement et d'une éducation spécialement adaptée à leurs cas. Mlle Descœudres estime que la moyenne des anormaux peut être fixée à 13 p. 1000. » (Drs H. HOFFER et ANGLES, Rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires. Un vol., Doin, édit.).

CHRONIQUE

Le Nervosisme

Il n'est pas une branche de la médecine où l'on n'ait besoin de savoir reconnaître que l'on a affaire à un nerveux. Et, pourtant il reste difficile de comprendre ce qu'est un nerveux et de définir le mot lui-même.

Voyons DECHAMBRE. « L'activité nerveuse, dit le grand lexicographe médical, marque le tempérament du caractère de mobilité qu'on lui voit dans l'exercice de ses fonctions et qui ne permet de mesurer ni la sensibilité, ni la motricité, ni l'intelligence, ni l'impulsion morale... Presque toujours, c'est par l'irrégularité, par une sorte d'ataxie fonctionnelle, que se traduit le tempérament nerveux et cette ataxie peut résulter tout aussi bien d'un excès que d'un défaut de développement ou d'une disproportion entre les différentes parties du système ».

La définition de CARTON (1) est un peu différente (les travaux de CARTON sur les tempéraments ont trop d'importance pour que nous ne le citions pas) : « Les nerveux ont une exaltation de la sensibilité physique et intellectuelle qui les rend hypersensibles, hyperimpressionnables, agiles, vifs, suggestibles, irréguliers et changeants. S'ils sont conduits selon le type supérieur et s'ils sont riches en énergie et en bonne volonté, ce sont des chercheurs profonds, des esprits pénétrants, des intuitifs, des industrieux, des subtils, des scrupuleux... Si, au contraire, ils sont sans grande supériorité, ils se montrent incapables d'un effort soutenu : inconstants, rusés, sots, bizarres, peureux ou effrontés, menteurs, paradoxaux, envieux, méchants, incrédules, superstitieux ».

Ces deux définitions pour intéressantes qu'elles soient, n'enclorent pas tout ce que nous savons du nerveux et, en tout cas, elles ne contiennent aucun germe d'explication, aucune connaissance du substratum physiopathologique du nervosisme.

ALFRED ADLER, dans un bien beau livre (2) a donné une notion du nervosisme qui me semble contenir une notable part de vérité. Très schématiquement, on peut la résumer ainsi : quand un sujet s'adapte mal au milieu cosmique ou social, ce sentiment d'infériorité, d'insécurité détermine une réaction : cette réaction peut, facilement, devenir pathologique ; une telle position de lutte pour renforcer la personnalité fait surgir certains traits de caractère et certaines idées, et c'est l'exaltation de cette réaction qui constitue la névrose.

Mais la théorie d'ADLER se rapporte au « versant » psychique du nervosisme et néglige le versant somatique.

L'idée du système nerveux végétatif — étude physiologique, étude clinique, — est de nature à combler, en partie du moins cette lacune. Et, ici, il nous faut signaler la valeur de la théorie qui a été élaborée par EPPINGER et HESS et qui a abouti aux notions fécondes de la vagotonie et de la sympathicotonie. Notions fécondes, notions qui cependant ne sauraient contenir toute la pathogénie du nervosisme.

* * *

Mais voici que se précise une autre notion, c'est celle de l'importance que joue le système endocrinien dans la génèse du nervosisme. Certes, là n'est pas encore l'explication totale, mais nous y trouvons la possibilité de mieux grouper certains faits. Une synthèse extrêmement importante des rapports entre nervosisme et états endocriniens vient d'être tentée par LÉOPOLD-LÉVI, le pionnier de la pathologie endocrinienne.

« Le nervosisme, pose LÉOPOLD-LÉVI, est l'état dans lequel se trouvent les sujets qui présentent fréquemment, des troubles nerveux évoluant à la faveur d'une susceptibilité générale du système nerveux ». Cette première définition est assez vague, — car elle définit le nervosisme par les troubles nerveux. Voyons alors comment définir les troubles nerveux ? Ce sont des troubles purement fonctionnels sans aucun substratum organique (3),

(1) CARTON. — *Diagnostic et conduite des tempéraments.* Paris 1926 p. 2[illegible]

(2) *Le tempérament nerveux* ; éd. française, PAYOT, éd. J'ai donné un résumé de la théorie d'ADLER, dans mon livre, *Physiologie gynécologique et médecine des Femmes.* 1929, Masson, éd., p. 334, en ce qui concerne le nervosisme féminin.

(3) Si le nervosisme a comme caractère primordial de se produire sans lésions appréciables, il n'en faut pas conclure que tout trouble nerveux dont on ignore la lésion soit du nervosisme : des affections telles

si minime soit-il ; ce sont des réactions anormales, non proportionnées à l'excitation qui les produit, soit dans leur intensité, soit dans leur durée (persistante ou trop courte), soit dans leur fréquence, soit dans leur mode d'apparition (inopportune), soit dans leur apparence. Le plus habituellement, il s'agit de réactions excessives, mais quelquefois aussi d'insuffisance.

« Le nombre d'humains à qui s'applique le terme nerveux est considérable. D'autant qu'il n'y a pas une partie constitutive du système nerveux qui ne puisse être le point de départ d'une réaction inadéquate, et que sont infinies les causes, tant internes qu'externes, qui actionnent le système nerveux : toxiques, autotoxiques infectieuses, traumatiques et par des mécanismes complexes : le surmenage, des défauts d'hygiène, la mauvaise dentition, les phases de transformation de la vie ». C'est la répétition de l'action exercée par ces causes multiples qui va créé la susceptibilité du système nerveux dont il a été parlé comme première définition et, parmi ces causes, il ne faut pas oublier toutes celles qui se transmettent par l'hérédité, le nervosisme revêtant, de ce fait, un caractère familial.

Voici, donc, un premier ensemble de précisions sur cette susceptibilité spéciale du système nerveux qui constitue le substratum du nervosisme. Mais Léopold-Lévi signale un autre groupe d'influences qui contribuent à faire un nerveux, ce sont les imperfections du système endocrinien : « Si le système nerveux exerce une fonction régulatrice générale, il se trouve, néanmoins, soumis lui aussi à une régulation à laquelle concourt l'harmonie des glandes à sécrétion interne et qui s'exerce par l'intermédiaire des échanges organiques ».

***

Nervosisme et glande thyroïde. *L'expérimentation et les excès du traitement thyroïdien permettent de comprendre ce qu'est le nervosisme thyroïdien* ; — et Léopold Lévi rapporte plusieurs observations : surexcitation, rire explosif, fou rire, sommeil agité, pouls rapide, sensation de chaleur, colère, énervement, battement de cœur, délire toxique thyroïdien. Dans un cas de goitre exophtalmique, l'administration d'extrait thyroïdien à la mère produisit des symptômes bien marqués de thyroïdisme chez l'enfant auquel elle donnait le sein.

Le *nervosisme hyperthyroïdien spontané* a, pour caractère le plus important, la rapidité en toute affaire. C'est ce caractère qui domine chez certains sujets que Jacquet appelait les tachyphages, auxquels Pende a donné le nom plus général de tachypragès et que Léopold-Lévi a nommés les accélérés.

De ces accélérés, il trace un portrait :

« Monsieur Prompt est un accéléré. Tout est rapide en lui. Il mange vite, boit son café bouillant, s'habille en quelques minutes, répond aux lettres avant même de les avoir lues complètement, accomplit en toute hâte ses occupations, paie ses factures sans que le travail soit terminé, ne remet jamais au lendemain ce qu'il propose de faire, même s'il s'agit de choses de peu d'importance. . Il y a peu d'intervalle entre la pensée et l'acte ».

« La rapidité dans les mouvements, le besoin de déplacement, la suractivité se trouvent dans la maladie de Basedow qui est due à un fonctionnement exagéré de la thyroïde. Ces symptômes s'opposent à la lenteur, l'apathie, le désir d'immobilité des myxœdémateux.

Les hyperthyroïdiens adorent l'eau froide, parce que leur glande thyroïde qui est notre calorifère principal fonctionne en plein ; ils fabriquent beaucoup de chaleur et, de ce fait, ils manifestent une soif vive. Ils ont facilement, du sucre dans l'urine. Ils ont des sourcils très accentués, faisant saillie.

Les femmes sont émotives, ont des évanouissements, sont hypersensibles aux émotions, aux odeurs, ont des pressentiments, des goûts artistiques.

« La glande thyroïde coupable des diverses manifestations précédentes est essentiellement la glande de la rapidité. Mais elle préside à diverses fonctions cérébrales ; aussi voit-on s'associer à l'accélération par surfonction thyroïdienne, d'autres phénomènes se rattachant également à l'hyperthyroïdie : l'impatience, la fébrilité, le besoin d'action qui fait souvent donner des coups d'épée dans l'eau. Ce sont, là encore, des traits caractéristiques des accélérés qui sont facilement aussi des exaltés, des excités, des enthousiastes, des passionnés, des emballés. Mais, par contre partie, ils s'épuisent facilement ; leur enthousiasme vite développé tombe rapidement, ils se mettent en colère sans grand motif, montent comme la soupe au lait et sont particulièrement sensibles, délicats, fatigués, capricieux. Bien des symptômes de cette hyperthyroïdie nerveuse apparentent, on le voit avec l'angoisse qui n'en est au fond que l'expression d'une localisation particulière ».

A l'hyperthyroïdie nerveuse, s'oppose l'hypothyroïdie nerveuse. L'existence de cette forme de nervosité est démontrée par l'étude du myxœdème, du crétinisme, syndromes d'insuffisance thyroïdienne. Elle se traduit essentiellement par la lenteur.

A l'hypothyroïdie nerveuse se rattache une forme de neurasthénie, la neurasthénie thyroïdienne que Léopold-Lévi a étudiée en 1907.

Dans le myxœdème atténué, on note une asthénie musculaire et cérébrale poussée jusqu'à l'apathie la plus complète, de la céphalée occipitale, des douleurs dans les membres, des vertiges, de la somnolence, des troubles de la digestion, de la constipation.

Dans l'hypothyroïdie bénigne chronique, la céphalée, la rachialgie, la lassitude, la somnolence, les troubles digestifs, la constipation, les bourdonnements d'oreilles, les douleurs rhumatoïdes, la diminution de la mémoire, la tristesse, sont des symptômes habituels.

L'*instabilité nerveuse thyroïdienne* est enfin, un dernier aspect du nervosisme thyroïdien.

Ce sont des enfants qui ont tout d'abord attiré l'attention de Léopold-Lévi sur les faits de ce genre et lui ont révélé le syndrome d'instabilité thyroïdienne auquel on a bien attaché son nom.

« Je signalais, dit-il, de jeunes sujets frileux, anorexiques, constipés, ne grandissant pas, en résumé des hypothyroïdiens. Or, quand les mères me faisaient part des améliorations par le traitement thyroïdien des symptômes d'hypothyroïdie, elles ajoutaient : « Ce qui me fait plaisir, c'est que l'enfant est plus calme, dort mieux, se tient plus tranquille à table, alors qu'il était auparavant en état d'agitation », d'excitation, d'insomnie, tous phénomènes qui se rattachent, on l'a vu à propos du nervosisme expérimental, à l'hyperthyroïdie. J'étais d'abord perplexe en présence de ce résultat. Car il témoignait que la thyrothérapie n'agit pas seulement sur les phénomènes d'hypothyroïdie, mais également sur les troubles d'hyperthyroïdie. Après avoir réfléchi dix-huit mois à ce paradoxe, dont les exemples se multipliaient j'arrivais à cette conclusion capitale qui s'est trouvée confirmée ultérieurement : c'est que, dans ces divers cas, la médication thyroïdienne possédait une action régulatrice, grâce à laquelle elle faisait disparaître les symptômes d'orientation opposée : hypothyroïdie et hyperthyroïdie ».

***

Nervosisme et glandes surrénales. Les surrénales, glandes d'énergie, donnent essentiellement des syndromes de fatigue (hypo), de suractivité (hyper), d'excitation chez les fatigués (forme mixte).

Là, comme pour la thyroïde, les fortes doses employées à des fins thérapeutiques, chez les addisoniens, déterminent des troubles du caractère, des bouffées congestives, du tremblement, de l'excitation nerveuse, de l'énervement, un besoin de parler, de la volubilité, de l'insomnie, des cauchemars, de l'excitation sexuelle, un état syncopal avec ralentissement considérable du pouls, de la diarrhée, des vomissements, des phénomènes comparables à ceux de l'adrénalisme (battement de cœur, tremblement).

Les fatigués. Des sujets atteints de maladie d'Addison, présentent une telle asthénie qu'ils préfèrent, parfois, ne pas manger, ne pas parler plutôt que d'exécuter des mouvements musculaires. Ils manifestent en même temps une aboulie complète et une profonde tristesse.

Sans que la glande surrénale soit détruite par les lésions, elle présente souvent de l'insuffisance. Cette insuffisance existe parfois dès la naissance, un certain nombre de sujets sont « nés fatigués ». D'autres le deviennent au moins d'une façon apparente, à la suite de maladies, à la suite de l'emploi d'anesthésiques.

En même temps, la cénesthésie ou l'ensemble des sensations vagues qui conduisent à la sensation de notre moi est troublée ; les sensations cénesthésiques deviennent douloureuses et leur perturbation se manifeste, lorsque le nerf sympathique, nerf que l'on appelle le nerf de la cénesthésie, a son tonus modifié, par le déséquilibre du fonctionnement endocrinien.

Ici c'est dans la sphère abdominale, dont le sympathique est sous le contrôle de la glande surrénale que se produisent sur-

◆◆◆

que l'épilepsie, la chorée, l'hystérie, dont la lésion est plus soupçonnée qu'établie, sont à distinguer du nervosisme pour Léopold Lévi ; elles réalisent les maladies nerveuses, sans lésion nerveuse précisée, mais non du nervosisme.

Il faut aussi distinguer le nervosisme qui est passager des psychoses qui sont durables. Mais certains troubles psychiques élémentaires se manifestent avec des caractères d'exagération, de variabilité, de disproportion par rapport à la cause qui les provoque, suffisamment marqués pour qu'on les range dans les troubles nerveux.

tout les phénomènes insolites. Ces malades ont la sensation d'être vidés, comme s'il n'y avait plus rien dans leur abdomen. Il leur semble que la peau de leur ventre se rétracte jusqu'au dos, qu'ils sont dans la nécessité de se ratatiner, de plier les genoux, jusque sous le cou.

Ces sujets vivent dans l'angoisse perpétuelle, ont des phobies, par exemple craignent de rester dans une chambre fermée, de sortir seuls dans la rue, etc. Une émotion, comme une fatigue, un simple refroidissement, un écart de régime provoquent une crise d'entéro colite. Mais cette crise, elle-même, augmente la tendance à l'angoisse, à la mélancolie, aux idées noires. Chaque mois à l'époque menstruelle, les femmes deviennent d'une effroyable nervosité, d'une excitation maladive, allant jusqu'à battre leur entourage, cassant les objets auxquels elles tiennent le plus, et manifestant, en même temps, un anormal besoin d'activité. De telles malades peuvent être transformées par la surrénale en ingestion. Une malade de LÉOPOLD-LÉVI qui n'avait pas d'enfant jusqu'alors, a mis au monde un bébé de sept livres, qu'il lui a été possible de nourrir elle-même en s'aidant de temps en temps d'injections de cortico-surrénale.

Les infatigables. — Ils sont d'une activité inlassable : premier levé, dernier couché. Ils épuisent leur entourage qui n'en peut mais.

Ce tempérament se retrouve chez les grands brasseurs d'affaires infatigables, mais aussi un peu anxieux qui sont poussés à s'étourdir à sortir d'eux-mêmes par des soucis et de grandes préoccupations.

Ces sujets feront bien de prendre garde à leur tension artérielle. Leur activité inépuisable tient souvent à une suractivité, à une surfonction surrénale, qui se manifeste sur leur appareil artériel et détermine de l'hypertension. La sclérose artérielle les guette avec ses localisations sur le cœur, le rein, le cerveau.

***

Nervosisme et hypophyse. — En cas d'insuffisance hypophysaire expérimentale, il y a abattement psychique, changement de caractère, apathie. Chez les sujets entachés de troubles hypophysaires, bien des symptômes nerveux trouvent, dans l'emploi de l'opothérapie hypophysaire, une amélioration réelle. L'emploi de doses trop fortes, inversement, provoque ou exagère la céphalée, les névralgies, les nausées, les vomissements, les troubles vaso-moteurs, les états angiocriniens (migraine, asthénie, vertiges), l'épilepsie, les troubles gastro-intestinaux, la tachycardie, la tachy-arythmie.

Par ailleurs, nombreux sont les troubles qui bénéficient de l'emploi du traitement hypophysaire : les troubles du sommeil, (lesquels affectent, d'autre part, des rapports avec le tube cinereum et peuvent se traduire par une léthargie accentuée), l'asthénie, la dépression, le syndrome hypopituitaire de RÉNON et ARTHUR DELILLE, consécutifs à des infections et comportant : l'anorexie, l'abattement, l'apathie, phénomènes associés à l'hypotension artérielle, à la tachycardie, à l'instabilité du pouls, aux sueurs profuses, véritable neurasthénie hypophysaire, d'origine infectieuse.

A un degré de plus, la dépression, l'angoisse, certains états psychiques, y compris la dépression mélancolique, tirent avantage de l'opothérapie hypophysaire.

« CITELLI a noté l'amélioration, chez des enfants porteurs de végétations adénoïdes, d'un syndrome neuro-psychique, caractérisé par la tendance à l'assoupissement, le défaut d'attention.

W. TIMME a mis sur le compte de l'insuffisance hypophysaire les déviations du sens moral, la tendance au vol, et a fait l'épreuve favorable de l'hypophysothérapie. Souvent l'hyperthyroïdisme est associé à l'insuffisance hypophysaire. L'entêtement, le caractère querelleur et impulsif, la pusillanimité, les pleurs faciles, figurent comme signe d'hypopituitarisme dans certaines observations.

PENDE attribue à l'hypopituitarisme minimum, d'après le succès même de l'opothérapie, la somnolence, la perte de mémoire, le manque de concentration.

Il n'est pas jusqu'aux crises d'épilepsie, évoluant après de nombreuses années, chez les sujets porteurs d'une petite selle turcique, dont les crises aient diminuées de fréquence et d'intensité par le traitement hypophysaire. »

***

Nervosisme et foie. — Pour justifier la fonction endocrinienne du foie, LÉOPOLD-LÉVI rappelle que c'est à propos de la glycémie découverte par CLAUDE BERNARD que ce grand physiologiste a créé le terme de « sécrétion interne ».

L'expérimentation montre que les troubles profonds du foie entraînent la production de troubles nerveux. L'extirpation du foie par MINKOWSKI est suivie de somnolence et d'apathie. La fistule d'Eck détermine une période d'excitation se manifestant par crise, et, en même temps, de la somnolence, de l'apathie, de la faiblesse générale. D'autres phénomènes sont observés dans le domaine moteur sous forme d'affaissement, de maladresse, d'ataxie. Les chiens deviennent amaurotiques. On constate chez eux, de l'anesthésie et de la douleur. Tous ces phénomènes se compliquent souvent de convulsions et se terminent par le coma.

D'autres chiens se rétablissent et ont, en général, le dégoût de la viande. Si, par une sonde, on introduit dans leur estomac des matières albuminoïdes, ils sont repris de symptômes analogues, qui sont soit passagers, soit terminaux et entraînent les convulsions et le coma.

La clinique révèle l'existence d'un grand nombre de troubles nerveux par hépato-toxémie : accidents nerveux graves, (coma, délire, convulsions, tremblement); et petits accidents, se traduisant sous forme de : modifications du caractère, lassitude, asthénie musculaire, qui peut prendre le masque d'une neurasthénie fruste, céphalalgie, vertiges, troubles du sommeil (se caractérisant par l'insomnie ou de la somnolence, ou de la narcolepsie) ; troubles de la sensibilité générale, prurit, troubles vaso-moteurs favorisant l'apparition de télangiectasies, et participant à la constitution de l'urticaire et de l'œdème de QUINCKE, troubles oculaires, qui comprennent la xanthopsie, l'héméralopie, l'amblyopie, l'asthénopie.

Fait capital : l'ensemble de ces accidents nerveux, graves ou bénins, se rencontre au cours d'affections hépatiques sans ictère.

Des constatations analogues ont été rapportées par BRION qui à propos de la simple débilité hépatique signale une première période d'énervement après hyperexcitabilité, irritabilité, poussées brusques de volonté, lucidité augmentée. A cette première période succède une seconde, caractérisée par la fatigue, la paresse cérébrale et physique, le désappointement, la tristesse, la dépression.

A côté des troubles hépato-nerveux survenant, indépendamment de tout ictère, on peut ranger ceux que GILBERT et LEREBOULLET ont rattachés à la cholémie : soit activité intellectuelle vive, la volonté tenace et allant droit au but, caractère emporté ; irritabilité ; soit prédominance de tristesse, d'idées noires, de dégoût de la vie, d'hypochondrie, de tentatives de suicide, d'hésitation.

***

Nervosisme et parathyroïdes. — L'influence parathyroïdienne entraîne des troubles nerveux qui se manifestent surtout dans le domaine musculaire et qu'on peut résumer d'un mot : spasmophilie. Dans l'enfance elle se traduit par des spasmes localisés au larynx (faux croup) à l'œsophage, au pylore. Les muscles de la vie de relation participent à ces réactions sous forme de crampes des mollets, de secousses, de contractions de mobilité extrême des muscles (en particulier de la face), de gestes démesurés. Ils prennent la forme de tics, clignement des yeux, battement des paupières, mouvements de mastication, grincement des dents, rictus réalisant toutes variétés de mouvements involontaires, choréiformes, d'instabilité musculaire (enfants qui dansent sur place), de contractions fibrillaires.

Certains troubles à apparence paresthésique sont sous la dépendance de spasmes vasculaires ; ils se présentent sous forme de doigts morts, de membres morts, de froid mortel (par spasme généralisé des vaisseaux de la peau).

Or ces insuffisants parathyroïdiens sont entachés de phénomènes psychiques, qui prennent l'allure de terreurs nocturnes dans l'enfance.

Ils sont maniaques, rongent leurs ongles (onichophagie) ou les grattent, ont des petites manies, des scrupules, une agitation stérile ; parfois ils sont impulsifs, réalisent la maladie des tics, avec l'impulsivité motrice ainsi que l'impulsivité psychique qui les pousse à la coprolalie.

***

Nervosisme et pancréas. — Le diabète par insuffisance pancréatique comporte de nombreux troubles nerveux qui sont souvent liés à l'acidose. Par contre, il existe un syndrome opposé qu'on observe dans l'hyperinsulinisme thérapeutique, mais qui peut être causé parfois par la prolifération adénomateuse des îlots de Langerhans : une faim exagérée subite, véritable fringale, et des troubles nerveux multiples, à point de départ bulbaire, qui ont permis à LÉOPOLD-LÉVI de localiser le centre bulbaire de la faim sur le plancher du IV[e] ventricule. Ces faims entraînent comme troubles associés : la nausée, la migraine, le vertige, l'angoisse et la phobie, des phénomènes oculaires (hémianopsie).

BIBLIOGRAPHIE

Le régime des maladies du foie et des voies biliaires

La collection des recueils diététiques éditée par les Laboratoires HEUDEBERT vient de s'enrichir d'une nouvelle unité.

« Le régime des maladies du foie et des voies biliaires » vient de paraître sur 100 pages, remplies de conseils pratiques et de recettes culinaires.

Cette étude est conçue dans le même esprit pratique que les brochures qui l'ont précédée (Le Régime du diabétique, le Régime des maladies du rein, le Régime des enfants, le Régime de l'obésité), c'est-à-dire sans prétentions médicales, mais avec le seul souci de rendre service et de permettre au malade de suivre son régime aussi agréablement que possible, sans transgresser les prescriptions médicales.

De son côté, le médecin qui ne peut entrer dans les détails culinaires du régime trouve dans ces brochures un auxiliaire précieux qui vient compléter les indications générales de l'ordonnance.

Ces brochures sont gracieusement offertes aux médecins qui en font la demande aux Laboratoires HEUDEBERT (Service des éditions), 85, rue Saint-Germain, Nanterre (Seine).

L'Année psychologique, publiée par Henri PIÉRON. Trente et unième année (1930). Librairie Félix Alcan. *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. 2 volumes in 8°, 1931.

Une des grandes qualités de l'Année psychologique est de paraître régulièrement et rapidement : ce résultat est obtenu grâce à l'activité inlassable du directeur de cette revue et de ses collaborateurs. Comme toujours ces volumes renferment des mémoires originaux et l'analyse des travaux parus dans le monde entier sur la psychologie et la psycho-physiologie.

Parmi les mémoires signalons celui de Bekesy sur une nouvelle théorie de l'audition qui met au point la question et aboutit à son renouvellement. Dolonsky répond à la question : les aveugles possèdent-ils le sens des obstacles ? A noter que l'auteur est lui même aveugle ce qui double l'intérêt de l'article. Le seuil de perception de durée dans l'excitation visuelle est étudiée par MM. Durup et Fessard à l'aide d'expériences des plus intéressantes. Un autre mémoire sur un sujet analogue porte sur l'évolution de la représentation visuelle à partir de l'impression initiale : M. Rostohar en est l'auteur. MM. Decroly et Vauthier apportent une contribution excellente à l'étude des enfants bien doués et montrent qu'entre cette élite et la normale existe toute une gamme d'intelligents. Ce qui résulte de cette analyse minutieuse c'est que ces bien doués ont cependant des défaillances caractérielles ainsi que je l'ai noté dans des cas de précocité intellectuelle. On peut lire aussi une étude solide de L. WALTHER, où l'auteur, basé sur une longue expérience décrit : « *Quelques chapitres de la Technopsychologie du travail industriel* ». Enfin un mémoire de D. et L. KOWARSKI et Marcel FRANÇOIS, donnent une « *Contribution à l'étude de l'apprentissage* » faisant suite à un travail paru dans le précédent tome de l'année. Dans les Notes et Revues, H. LAUGIER et D. WEINBERG, apportent une utile contribution à la docimastique, en étudiant « *le facteur subjectif dans les notes d'examen* ».

Les problèmes intéressant la psychotechnique sont abordés d'abord par deux mémoires documentés de MM. Piéron et Fessard sur la notion de validité et sur le minimum de mesures nécessaires pour l'étalonnage d'un test dans un but psychométrique.

En second lieu M. Lahy fournit des précisions sur la mesure de la suggestibilité motrice.

A côté de cet apport original, la partie bibliographique tient comme à l'accoutumé dans ce volume une place considérable. Ce tome, en effet contient, embrassant les chapitres les plus divers de la psychologie, seize cent quatre-vingt dix comptes-rendus de livres et articles de revues parus en toutes langues au cours de l'année 1930. Ce chiffre est assez éloquent par lui-même pour faire comprendre à quel point cette publication représente l'instrument de travail indispensable, que quiconque doit avoir à portée de la main, comme précieux auxiliaire à toute recherche psychologique.

G. PAUL-BONCOUR.

De l'espace périvasculaire du cerveau et de la moelle du cerveau et de la moelle (*histopathologie et applications thérapeutiques*), par le Dr Jacques GAURAT. Un volume gr. in-8 de 185 pages avec 43 figures : 50 francs. Librairie J.-B. Baillières et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La première partie est consacrée à l'exposé anatomique général des méninges et des espaces périvasculaires. Dans les deux parties suivantes l'auteur a essayé de savoir s'il existait dans ces deux espaces des courants liquides centrifuges ou centripètes. Il a envisagé, pour finir, les conséquences de ces recherches dans la thérapeutique intra-arachnoïdienne du tabès.

L'adrénaline, l'hypophyse et l'éphédrine, les injections massives de glucose sont utiles dans ce cas.

***

Nervosisme et prostate. — La prostate à côté de sa sécrétion externe possède une sécrétion interne qui agit essentiellement sur la fonction sexuelle de l'homme : si, à la suite de la prostatectomie, on donnait à un chien de l'extrait de prostate par voie gastrique, les testicules ne s'atrophieraient pas, l'éjaculation continuerait, les spermatozoïdes persisteraient et la sécrétion balano-préputiale serait aussi manifeste qu'à l'état normal.

La prostatectomie qui, le plus souvent, ne provoque aucun trouble mental appréciable, serait parfois suivie d'une mélancolie légère qui peut conduire au suicide.

D'après DOBNY, la localisation prostatique de la blennorrhagie entraîne la neurasthénie dans quatre-vingt-seize pour cent des cas.

***

Nervosisme et glandes salivaires. — Les glandes sous-maxillaires sont très riches en insuline.

Leur extirpation détermine de l'hyperglycémie.

La déperdition de salive par crachotements continuels, entraîne de la toux, une sécheresse et des douleurs de gorge, l'obstruction nasale, la dyspepsie et la céphalalgie. Il peut s'y ajouter des symptômes graves : idées fixes, tristesse, inquiétude, sensation de faiblesse, neurasthénie. Baccarini a décrit un syndrome neurasthénique par insuffisance des glandes salivaires.

***

Le nervosisme sexuel féminin. — Les troubles nerveux qui résultent de la castration chirurgicale de la femme démontrent l'influence des ovaires sur le nervosisme. Pour LÉOPOLD-LÉVI, ces troubles se rencontrent rarement après l'ablation de l'utérus seul et ne tiendraient qu'en partie à la suppression des menstrues.

Si l'on envisage, dans leur ensemble, les phénomènes psycho nerveux se produisant chez la femme une distinction s'impose : *a*) certains sont à point de départ ovarien, mais par suite de la mise en jeu d'autres endocrines, ils sont à mécanisme pluriglandulaire et peuvent se retrouver chez l'homme ; *b*) d'autres sont à proprement parler, essentiellement ovariens.

Le nervosisme à point de départ ovarien et à mécanisme pluriglandulaire, s'observe, d'abord, dans la ménopause chirurgicale ; ce nervosisme faisant intervenir pour se produire d'autres endocrines, en particulier la thyroïde (et, ici, on peut regretter que LÉOPOLD LÉVI ne fasse pas état des travaux du grand TUFFIER.)

On trouve, dans la ménopause précoce naturelle et dans l'hypo-ovarie, des symptômes vaso-moteurs et nerveux, de l'asthénie neuro-musculaire à mettre sur le compte de l'hyper-thyroïdie et de l'insuffisance surrénale.

A la période de la ménopause naturelle qui se passe parfois sans incidents morbides, il se produit, souvent, des réactions portant sur le système nerveux et que la prédisposition fixe et exagère. Parfois, ce sont des troubles nerveux de l'estomac, de l'entérite, des palpitations, des crises d'essoufflement, de véritables accès de tachycardie, des étourdisssements, des bourdonnements d'oreilles, des bouffées de chaleur, des battements dans la tête sont souvent observés, des douleurs névralgiques, de la cellulite, des algies.

Au cours de la vie génitale féminine, les affections utéro-ovariennes comportent l'apparition de troubles nerveux, dont on peut soupçonner l'origine hyperthyroïdienne. Il en est ainsi pour les accès de tachycardie paroxystique.

Menstruation. — Mlle Maria Tobler a étudié la menstruation chez 1.020 femmes, malades ou bien portantes. Elle a relevé que dans 3,3 % des cas, les règles s'accompagnent pendant toute leur durée, d'une augmentation de bien-être et de capacité de travail. Chez d'autres femmes (3,6 % des cas), cette sensation n'existe que pendant une partie seulement de l'époque menstruelle. En outre, dans 15.8 % des cas, les règles ne comportent aucun malaise. Par contre 7,8 % des femmes éprouvent, au cours des menstrues des troubles psycho-nerveux, à aspect variable. Parmi les femmes du peuple, les troubles psychiques se traduisent d'ordinaire par des manifestations, ou en tout cas, des besoins de violence, alors que parmi les « intellectuelles » ou les femmes du monde, prédominent la maussaderie, l'angoisse et, d'une manière générale, les phénomènes dépressifs.

LÉOPOLD-LÉVI étudie, ensuite les anomalies de l'instinct sexuel, la fatigabilité féminine, l'émotivité, l'angoisse.

***

Le nervosisme sexuel masculin. — « Le retentissement des fonctions testiculaires sur les autres endocrines ne se manifeste pas chez l'homme avec la même importance que celui des fonctions ovariennes, chez la femme

L'accomplissement de l'acte génital est suivi parfois d'une sensation de fatigue physique, cérébrale et morale traduite dans l'adage : *post coitum, animal triste* ce qui se rencontre surtout chez les sujets à asthénie nerveuse, facilement épuisés et souvent hypo-surrénaliens.

L'onanisme, pratiqué avec excès, peut mettre en jeu la glande thyroïde, provoquer des battements de cœur et divers troubles d'hyperthyroïdie. »

***

Nervosisme et inter-sexualité : virilisme chez l'homme et féminilisme chez la femme. On note, chez l'homme, parmi les stigmates d'ordre féminin : un manque d'aptitude pour la lutte sociale et pour la richesse, l'absence du travail créateur, le dilettantisme artistique, qui exclut l'effort et ne conduit pas à la production originale (disposition d'esprit que l'on trouve chez les antiquaires et les collectionneurs), le goût de la conservation. Ces efféminés n'ont, souvent, pas de propension au mariage. Ils sont sexuellement timides, ont une anxiété profonde de la paternité. Par contre, leur amour filial se transforme en idôlatrie pour leur mère. S'ils forment un ménage, ils sont subordonnés à leur femme ou à leur maîtresse. Parfois ils observent l'amour don juanesque qui, pour Marañon, réalise le type de la conduite psycho-sexuelle hypo-virile ou ils cultivent le narcissisme. Ils sont connus pour leurs amitiés masculines généreuses, désintéressées et dépourvues de toute inclination érotique. Enfin ils sont particulièrement appliqués aux soins du ménage.

Par contre, les femmes en état de masculinité, sont dépourvues plus ou moins d'instinct maternel. Etant enfants, elles ne jouaient pas à la poupée. Elles manifestent de l'indifférence sexuelle, restent frigides, ressentent même de la répulsion pour l'acte sexuel. Dans un autre groupe de faits, le libido est intense, l'orgasme précoce et énergique. Elles contractent de chaudes amitiés avec d'autres femmes vis-à-vis de qui elles ont un besoin de protection.

***

Les syndromes cliniques nerveux par rapport aux endocrines. — *Les hyper-moteurs, hyper-actifs, spasmés.* — L'excès dans le domaine de la motilité, de l'appareil des muscles striés, se traduit par de grands gestes (des bras par exemple) par un besoin constant de mouvements, constaté surtout chez les enfants qui ont la bougeotte, ne peuvent longtemps rester en place, touchent à tout, qui renversent aux repas les objets qui sont sur la table ; à un degré moindre par un tremblement volontaire d'un membre (jambe par exemple), par un besoin de parler et d'écrire, par une mobilité excessive des muscles de la face, comme s'ils étaient maniés par un courant électrique, par un tremblement, des mouvements nystagmiformes des yeux, par des crampes de l'appareil musculaire strié, par des tics, par la chorée fibrillaire.

L'hypertrophie musculaire est encore à signaler.

Ces divers troubles nerveux intéressent les muscles volontaires. Lorsqu'ils se localisent aux muscles lisses, ils réalisent des spasmes des conduits (larynx, œsophage, des organes creux, estomac, intestin, vessie), des sphinctères, des nerfs (phrénique, par exemple, d'où hoquet).

Dans le domaine psychique, ces hypermoteurs sont vifs ; on dit souvent qu'ils sont comme du « vif argent », ils sont facilement agités, impatients, trépidants, ils ont de la fébrilité, sont hyper-actifs, emballés, tiqueurs, ils ont du rire explosif, parfois ils sont soumis à des impulsions motrices, ont le tracassin. Par ailleurs, ils sont batailleurs, agressifs, certains sont infatigables, hypersthéniques, ils ont une hyper-activité productrice.

Si l'on cherche à mettre en parallèle ces troubles nerveux d'hypermotilité avec l'état des incrétions, trois endocrines sont surtout envisagées : la thyroïde,..... les para-thyroïdes responsables essentiellement des spasmes, des tics, de l'angoisse à forme motrice,..... les surrénales ».

Les hyper-sensibles, les douloureux, les hyper-émotifs. — « Les sujets nerveux présentent souvent de l'hypersensibilité sensorielle à la lumière, aux bruits, aux odeurs, au goût.

Ils ont d'autre part, de l'hyperesthésie de la peau. Ils ont l'épiderme sensible, on ne peut les toucher sans qu'ils souffrent et parfois sans qu'ils poussent un cri........

Le sens cénesthésique de ces nerveux est très développé. Ils éprouvent sans cesse des sensations pénibles variant d'un sujet à l'autre et chez le même sujet, et qu'ils décrivent d'autant plus facilement qu'ils ont en même temps un don spécial d'auto-ana-

lyse. Aussi traite-t-on ces sujets facilement de malades imaginaires........

Ils deviennent facilement des hypocondriaques. »

« Au point de vue sensibilité psychique, ils ont facilement la larme à l'œil, sont impressionnables, s'émeuvent facilement, sont irascibles, ont une tendresse excessive, de l'attachement parfois déplacé pour les animaux, souffrent des ennuis des antres, sont portés à l'altruisme, se passionnent facilement. Il sont souvent des pressentiments, sont parfois des visionnaires.

Ces diverses particularités de la sensibilité générale et sensorielle se rencontrent fréquemment chez les hyper-thyroïdiens. »

« Dans le développement de la cellulite, intervient un épaississement, le plus souvent d'origine hypophysaire, avec poussées fluxionnaires d'hyperthyroïdie, responsable des douleurs. »

Les angoissés. — « Très fréquemment les sujets qualifiés nerveux sont des angoissés. Parfois l'angoisse se transforme en petite anxiété comportant de l'inquiétude, de l'ennui, du cafard ».......

Pour l'angoisse simple, il est naturel qu'on la rencontre chez les nerveux, car elle traduit simplement une perturbation, bien fréquente, dans le domaine du grand sympathique. J'ai appelé angoisse le syndrome du « centre de la sécurité », centre automatique qui anatomiquement, répond au nœud vital de Flourens, lieu d'origine du vague et de l'holo-sympathique. »

D'autres centres, à siège plus élevé, ont été admis : couches optiques (Heckel) noyaux lenticulaires, le tout constituant l'appareil central de la sécurité. »

En ce qui concerne la thyroïde, *a*) les rapports de la thyroïde avec l'angoisse sont démontrés : par la constatation de l'instabilité thyroïdienne chez les angoissés ; par l'existence chez eux de goitres ; par la présence d'anxiété dans l'hyperthyroïdie bénigne et chronique et la maladie de Basedow ; par la production de l'exagération de l'angoisse par thyroïdisme alimentaire ; par les bons effets du traitement thyroïdien dans l'angoisse. L'angoisse fait donc partie des thyroïdolepsies.

Mais elle affecte, aussi, les relations avec l'ovaire comme le prouve : la fréquence de l'angoisse et de l'anxiété, à propos de la puberté, des règles, de la grossesse et diverses formes de la ménopause, que la relation soit directe, ou qu'elle mette en jeu le relai intermédiaire de l'hyperthyroïdie.

Nombreux sont les arguments qui militent en faveur de l'action des surrénales sur l'apparition de l'angoisse et les crises de fatigue se manifestant pendant les périodes d'angoisse s'apparentant aux crises addisoniennes.

Pour ce qui est de l'hypophyse, LAIGNEL-LAVASTINE et COULAUD ont tiré avantage de l'opothérapie hypophysaire dans un cas de mélancolie anxieuse.

La débilité hépatique et le pancréas ont un rôle qui n'est pas négligeable si l'on juge d'après le taux de la glycémie, lors d'angoisse : l'hypoglycémie brutale, par injection d'insuline, produit l'angoisse, parfois des troubles cérébraux sévères et même du coma (RATHERY). Ainsi s'explique aussi la faim anxieuse.

Enfin, les terreurs nocturnes, l'impulsivité motrice et psychiques se rencontrent, par suppression expérimentale des parathyroïdes et dans l'insuffisance para-thyroïdienne humaine.

Les congestifs, fluxionnaires, angiocriniens. — Les troubles endocriniens, telle la bouffée de chaleur, sont susceptibles, à l'instar des autres troubles nerveux, d'être produits par le mauvais fonctionnement des glandes différentes : ovaire, thyroïde, hypophyse, surrénale, para-thyroïde, foie et ces troubles angiocriniens trouvent par réciprocité leur guérison dans diverses opothérapies.

« Les troubles par vaso-dilatation aiguë des capillaires sanguins ou lymphatiques, entraînant l'afflux du sang et de la lymphe, sont susceptibles d'altérer avec des troubles vaso-moteurs et sécrétoires symétriquement opposés. J'ai signalé, dit LÉOPOLD-LÉVI, un cas d'acrocyanose transformée par la médication thyroïdienne en acro-érythrose, un cas d'acromégalie chez un adolescent, avec des alternances d'érythromélalgie constatée par moi-même et de maladie de RAYNAUD signalée par RENDU ....

Le cas, tel celui de Potain, de coexistence chez un même sujet d'une érythromélalgie d'un côté, d'une asphyxie des extrémités de l'autre, conduisant à la conception des déséquilibres angiocriniens.

A l'influence endocrino-sympathique qui se fait sentir sur l'apparition de ces troubles circulatoires, s'ajoute encore l'influence des causes locales. Elles expliquent comment un même malade peut avoir de l'érythromélalgie des pieds, des phénomènes acro-asphyxiques des mains, sous l'influence des causes extérieures, telles des saisons.

Ce sont des troubles angio-criniens qui sont pour Léopold-Lévi à la base des syndromes du neuro-arthritisme (migraine, asthme, angoisse, urticaire, poussée de cellulite), qu'ils aient une origine centrale ou périphérique.

Les perturbés de la vie instinctive. — *a*) De nombreux arguments ont permis de rattacher la faim à la glande thyroïde : la faim est nulle ou diminuée dans le myxœdème, elle augmente dans le Basedow, où, parfois, on signale une voracité que rien n'apaise, de véritables accès de boulimie. La faim est capricieuse dans l'instabilité thyroïdienne, chez les gestantes, les chlorotiques, chez qui on trouve parfois, avec le manque d'appétit, de véritables fringales.

La faim prend, d'autres fois, l'aspect d'anorexie mentale. Or ces troubles graves sont parfois transformés par le traitement thyroïdien.

Une place à part doit être réservée ici au pancréas car le besoin de manger est formidable dans le diabète sucré.

b) Les troubles nerveux de la soif, reconnaissent souvent une origine thyroïdienne.

c) D'autres nerveux sont atteints d'insomnie. Ils ont de la peine à s'endormir, se réveillent au moindre bruit, ont le sommeil troublé par des rêves et cauchemars. D'autres, au contraire, ont besoin de trop de sommeil, ne peuvent se lever le matin, sont dans la nécessité de faire la sieste après le repas ; il en est même qui sont atteints de narcolepsie (sommeil brutal survenant par crise) et qu'on a comparée à la crise d'épilepsie.

L'action des endocrines sur les troubles du sommeil est démontrée par l'expérimentation, la clinique, l'opothérapie et se vérifie à propos de diverses glandes.

Le traitement thyroïdien bien appliqué supprime la somnolence et fait disparaître la narcolepsie. A doses régulatrices, il ramène le sommeil chez les hyper-thyroïdiens. L'insomnie a été combattue par des produits d'animaux à qui on a enlevé la glande thyroïde.

D'autres troubles du sommeil se manifestent au cours des syndromes d'hypo-ovarie.

Dans l'insuffisance surrénale, la somnolence est caractéristique. Inversement le surrénalisme provoqué expérimentalement par absorption d'un excès de surrénale entraîne l'absence de besoin de dormir et l'insomnie.

***

Causes du nervosisme endocrinien. — 1° *L'hérédité* joue un rôle considérable.

Dans cet ordre d'idées la question d'âge intervient. Chez l'enfant, on a pu décrire un nervosisme physiologique qui comporte des pleurs et des rires faciles, une gaieté et une tristesse excessive, des crises d'irascibilité et d'émotivité. Ce nervosisme se traduit par l'impulsivité, l'instabilité musculaire. Il se manifeste, aussi, par une propension à la fabulation et un défaut de synthèse psychique et se caractérise par une tendance spasmophile.

Le puérilisme devient pathologique lorsqu'il se manifeste en dehors de l'enfance : la crédulité, la naïveté avec imagination déréglée, la mythomanie, l'hypersensibilité, l'enthousiasme excessif, le manque de contrôle rapprochent beaucoup des enfants les adultes qui présentent ces traits de caractère.

Sans aller jusqu'au puérilisme, un certain nombre d'individus restent entachés de juvénilisme de l'esprit comme du corps. Cette juvénilité persistante est à mettre, suivant LÉOPOLD-LÉVI, sur le compte de l'hyperthyroïdie et explique les illusions, les enfantillages, le caractère rêveur et peu pratique de certains sujets, même arrivés à un âge avancé.

Par opposition, certains jeunes gens, peut-être à la faveur de l'hypothyroïdie, ont un caractère sec, égoïste, essentiellement réaliste, fréquent chez les vieillards.

Les émotions deviennent un facteur occasionnel de nervosisme en retentissant sur les endocrines : thyroïde, surrénales comme dans le cas souvent cité de ROSTAN : un homme tombe dans un précipice ; il a la chance de pouvoir s'accrocher à une branche, à laquelle il reste suspendu pendant toute une nuit, en proie à la plus vive angoisse ; lorsqu'on vient à son secours, le lendemain, sa peau a pris la teinte de celle d'un mulâtre. De même, la sensation de bras et jambes coupés produite par l'émotion se rapporte à une émotion agissant sur la surrénale.

L'action de l'émotion sur le fonctionnement testiculaire est banale. Elle se produit à propos de l'exécution de l'acte sexuel, trop rapide, sans plaisir, ou impossible à se réaliser. [illegible] a signalé du fait des émotions de guerre, la production d'atrophie testiculaire unilatérale avec gynécomastie du côté correspondant.

L'émotion manifeste tellement ses effets nocifs sur le pancréas que la glycosurie s'élève chez les diabétiques à la suite des causes émotives.

La fatigue, le surmenage physique et moral jouent un rôle considérable.

Les toxi-infections infériorisent les endocrines : le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, le paludisme frappent la thyroïde ; la grippe, la diphtérie, la coqueluche, la scarlatine, maladies asthéniantes touchent la surrénale ; l'encéphalite épidémique détermine des lésions de l'hypophyse qui contribuent à la production du syndrome adiposo-génital ; la scarlatine provoque de la pancréatite hémorragique ; la coqueluche a pu être suivie de diabète ; la collibacillose peut être cause d'asthénie endocrinienne et de nervosisme protéiforme.

Les grandes infections, fréquemment héréditaires mais aussi acquises, telles la syphilis et la tuberculose affectent profondément les glandes.

Les intoxications attaquent, également, les endocrines : l'alcoolisme héréditaire ou acquis, provoque des altérations dégénératives du foie, de la thyroïde et de la surrénale. Il y a lieu d'incriminer le saturnisme, l'hydrargyrisme, l'intoxication par l'oxyde et le sulfure de carbone, le morphinisme, etc...

L'emploi des excitants alimentaires (thé, café, alcool, cocktails) a une action directe sur la thyroïde, le foie et provoque indirectement des troubles nerveux.

Le rôle de l'alimentation sur l'activité endocrinienne mérite une grande attention : influence de la sous-alimentation sur les glandes, de l'avitaminose, de la carence en iode.

La suralimentation exerce une fâcheuse action sur le testicule, sur les ovaires, l'hypophyse. L'excès de viande détermine, au moins pendant une première période, la suractivité thyroïdienne à laquelle succède de l'hypothyroïdie.

***

Voici donc, sommairement résumé le livre de LÉOPOLD-LÉVI. Est-ce à dire que tout le problème du nervosisme trouve en lui sa solution ? Je ne le crois pas ; d'autres voies sont possibles.

Il n'en est pas moins vrai que c'est un beau livre, couronnant une belle œuvre. LÉOPOLD-LÉVI, au sortir de l'internat, bien avant BIEDL, avant le grand PENDE, avant MARAÑON, qui depuis a sombré dans la politique, s'est attelé à l'entreprise de fonder une pathologie endocrinienne et, par contre-coup, de préciser le rôle des glandes endocrines dans la physiologie humaine. Il a accompli ce labeur concurremment à sa clientèle : il faut bien gagner sa vie. Il l'a fait sans grande aide et cela prouve que des laboratoires somptueux, des services de luxe, une horde d'élèves travailleurs ou paresseux ne sont pas indispensables (1) aux chercheurs de bonne volonté.

On l'a beaucoup critiqué, ouvertement ou à huis clos. La critique superficielle est une attitude aisée ; on a l'air avisé à peu de frais. On a parlé d'affirmations sans preuves, de généralisations hâtives. LÉOPOLD-LÉVI a continué ; l'œuvre s'est édifiée ; quand on persiste à travailler, les scories, s'il y en a, s'éliminent automatiquement : aujourd'hui cette œuvre est appréciée et son auteur a acquis la vraie gloire qui est de voir adopter ses idées sans que son nom soit cité, tellement ses idées sont devenues familières à ses admirateurs et à ses détracteurs.

Henri VIGNES.

(1) Peut-être même sont-ils nuisibles, car le patron trop entouré s'éloigne du malade ou de l'animal. On parle de la grande misère des laboratoires. Oui, mais ne faut-il pas parler avant tout des mauvais maîtres qui n'encouragent pas les travailleurs. Pensons avec bienveillance aux gens qui ont de l'enthousiasme et donnons-leur notre intérêt, *avant tout*.

Anticipations. — « On ne peut assez se garder de tirer de conclusions trop rapides de l'expérience : car au moment où l'on passe de l'expérience au jugement et de la connaissance à l'application, comme sur un col, tous les ennemis intérieurs de l'homme font le guet : l'imagination, l'impatience, l'étourderie, la suffisance, la raideur, la forme des pensées, les idées préconçues, la commodité, l'insouciance, la versatilité et tant d'autres compagnons ; tous sont là en embuscade et terrassent aussi bien l'homme du monde actif que l'observateur paisible, qui semble à l'abri de toute passion ».

(GOETHE. — De l'expérience considérée comme médiatrice entre l'objet et le sujet, 1793. — Cité par Jean Sérol *in* : Gœthe savant naturaliste. *La Nouvelle Revue Française* ; 1er mars 1932).

ACTUALITÉS

Du pneumothorax à la phrénicectomie

M. J. Morin (1) met en parallèle les avantages et les inconvénients des deux méthodes, et soulève la question de priorité. Ne peut-on reprocher au pneumothorax ses nombreux exsudats, ses contre-indications, les accidents qui lui sont imputables, les reprises d'évolution, les difficultés pour le médecin qui crée la collapsothérapie de suivre le malade jusqu'à cessation du traitement, enfin l'insuffisance des résultats obtenus, quand on cherche à en établir le bilan, après quelques années ? En revanche la phrénicectomie ne doit-elle être qu'une méthode de deuxième plan, intervenant quand le pneumo est irréalisable ou inefficace ? A l'étude de ce problème, M. Morin apporte des résultats obtenus en cinq années de pratique, à Leysin, en ne tenant compte que des cas où les interventions ont été pratiquées par lui. En règle générale, l'auteur estime que la cure sanatoriale doit avoir été instituée, sauf exception, pendant quelques mois avant d'avoir recours à la collapsothérapie. En s'efforçant d'étudier les deux méthodes sur le même plan, M. Morin signale les résultats suivants :

a) *Pneumothorax.* — Sur 321 cas, l'amélioration a été obtenue 173 fois (54 %) d'après l'ensemble des signes cliniques, radiologiques et bactériologiques ; dans 86 cas, (27 %) il n'y a pas eu d'amélioration, et l'aggravation a été manifeste chez 62 malades (19 %), les épanchements séro-fibrineux, exceptionnellement purulents, se sont manifestés, dans 113 cas (35 %) ; des adhérences ont été rencontrées 154 fois (48 %) ; dans onze cas, on a observé une perforation pleuro-pulmonaire qui, chez quatre malades, a provoqué la mort. La bilatéralisation a été accentuée ou provoquée dans 55 cas ; cinq fois les lésions du côté opposé n'ont pas été modifiées ; neuf fois elles ont été améliorées.

b) *Phrénicectomie.* — Sur 174 interventions, l'amélioration a été obtenue 100 fois, (58 %).

Dans 54 cas, l'amélioration des signes cliniques a paru si manifeste que l'état actuel peut être équivalent à la guérison ; la différence entre les 54 premiers et les 46 autres cas améliorés, c'est que dans les uns, on a observé une diminution considérable des opacités radiologiques, alors que dans les seconds, l'état aux rayons X n'a pas paru modifié.

55 fois, la phréni. n'a été suivie d'aucune amélioration (32 %) ; dans 18 cas (10 %), elle a paru aggraver les malades. L'inefficacité de la phréni. a été due neuf fois à la bilatéralisation, trois fois à la reprise prématurée de la fonction diaphragmatique, dix-neuf fois à l'extension sur d'autres organes. Dans les fortes améliorations, l'intervention avait été pratiquée près du début ; dans l'amélioration moyenne, l'expectation avait été prolongée pendant 40 mois. Après la phréni. la disparition des bacilles a été obtenue 52 fois, soit dans 30 % des cas contre 45 % après pneumo.

Les insuccès du pneumo sont dus dans 75 % des observations aux adhérences et aux bilatéralisations : l'ancienneté des lésions rend la phréni. inefficace dans 72 % des cas ; d'où l'indication de recourir à cette intervention lorsque les lésions sont peu anciennes « sub-évolutives, quand la rétractibilité est ébauchée, mais pas à bout de course, et lorsque les plèvres ne seront pas adhérentes sur une trop grande étendue. Quand ces conditions sont remplies, la phrénicectomie doit être préférée au pneumothorax » (Morin).

En réalité, l'auteur rapporte une seule observation où la phréni. a été pratiquée d'emblée, de préférence à toute autre intervention ; les autres observations ont trait à des phré-

(1) Jean MORIN. — Du pneumothorax à la phrénicectomie. Masson, éditeur.

ni. secondairement décidées après pneumo irréalisable ou inefficace.

Comme la phrénicectomie est une opération bénigne, M. Morin insiste sur l'avantage qu'elle présente sur la thoracoplastie, et combat cette dernière opération, méthode de choix pour Sauerbrüch, en rappelant que, après la thoracoplastie, la mort survient dans 11 à 13 % des cas, dans les quelques semaines qui suivent.

Après la phréni. la cure sanatoriale très stricte reste indiquée, avec toutes ses modalités de traitement, même le pneumo qui peut lui être associé, soit simultanément, quand il y a intérêt majeur à agir vite, soit secondairement.

Cette remarquable étude, illustrée de nombreux clichés très démonstratifs, en donnant la première place à une méthode à laquelle on n'accorde en général qu'une place secondaire, remet avec bonheur en question la décision collapsothérapique. Elle lèvera certainement bien des hésitations ; mais elle en peut susciter d'autres. La question ne paraît pas définitivement résolue.

P. ASTRUC.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars 1932

Remarques sur la septicémie à streptocoques et son traitement par un nouveau sérum antistreptococcique. — *M. H. Vincent.* — Les observations récemment publiées par divers auteurs, de guérison de la septicémie à streptocoques par les injections d'un nouveau sérum antistreptococcique préparé suivant ma méthode, ne sont pas les seules. Il en est d'autres, en nombre appréciable, qui m'ont été transmises et que je ferai connaître ultérieurement.

Dès à présent, il est utile d'insister sur la nécessité d'injecter le sérum antistreptococcique à doses élevées et *dès la constatation du streptocoque dans le sang*, au besoin lorsque les symptômes cliniques (grand frisson, fièvre élevée) annoncent cet envahissement. On réduit ainsi beaucoup la durée du traitement et on obtient le plus souvent une régression rapide, en quelques jours, ou une semaine, des phénomènes septicémiques et le retour du sang à l'état stérile, enfin la guérison complète obtenue dans des cas d'une grande gravité.

Dans le domaine chirurgical, le sérum antistreptococcique peut rendre d'inappréciables services. Il en est de même dans la fièvre puerpérale bactériologiquement vérifiée ; j'en ai rapporté des exemples démonstratifs et j'en ferai connaître d'autres.

Il semble que la pleurésie purulente à streptocoques puisse bénéficier aussi des injections intrapleurales de sérum dilué dans l'eau physiologique chaude, après évacuation de la plèvre. Le malade reçoit, en même temps, du sérum antistreptococcique en injections sous-cutanées. Des exemples intéressants de guérison m'ont été signalés.

On ne saurait trop déconseiller d'associer au sérum antistreptococcique, les vaccins, les injections de térébenthine, etc., qui neutralisent les anticorps apportés par le sérum ou retardent les effets curatifs de la sérothérapie antimicrobienne et antitoxique.

Etat sanitaire des huîtres vendues à Paris pendant l'hiver 1931-1932. — Sur l'invitation de M. Blaizot, ministre de la Santé, *MM. Tanon* et *Neveu* ont examiné au laboratoire de la Préfecture de police, de novembre 1931 à mars 1932, 550 huîtres de diverses provenances. Ces huîtres ont été prélevées à titre d'échantillon, dans des bourriches de 100 à raison de six par bourriche et de deux séries d'échantillon par jour.

Avec la collaboration de M. Bobot, directeur du service des fraudes à la Préfecture de police, ces prélèvements ont été faits régulièrement pendant ces quatre mois, avec toutes les garanties de propreté, dans différents quartiers de Paris, et dans la banlieue. Les auteurs y ont recherché les bacilles dysentériques, typhoïdiques, le colibacille, ou les microbes liquéfiants de la gélatine. Chaque fois on a examiné : 1° le contenu de l'huître ouverte proprement ; 2° l'eau qui découlait le long des coquilles dans le plat ; puis 3° l'huître ouverte avec des doigts souillés de coli bacilles ou simplement lavée dans de l'eau suspecte, enfin 4° le mollusque conservé sous un linge mouillé trempé dans de l'eau de Seine ou dans de l'eau du ruisseau.

Ils ont ainsi constaté : 1° que sur les 550 échantillons prélevés au milieu des 9.200 huîtres, la chair et l'eau de la coquille ne renfermaient aucun microbe pathogène ; qu'il s'agisse de Portugaises, de Marennes ou de Belons. Elles semblent dans l'état actuel, pouvoir être toujours consommées sans danger ;

2° Que l'eau qui découlait dans le plat, pouvait se souiller sur la coquille et contenait quelquefois (44 sur 550) du colibacille après 3 ou 5 heures ;

3° Que pour les huîtres ouvertes avec des doigts contaminés la chair des mollusques était souvent souvent souillée et l'eau qui découlait de la coquille, toujours ;

4° Que les huîtres lavées dans de l'eau sale ou conservées sous des linges trempés dans cette même eau ou dans l'eau de Seine, avaient toujours du coli-bacille et des microbes liquéfiants à la surface de la coquille.

Les huîtres livrées à Paris en provenance directe des parcs, Portugaises, Marennes ou Belons, peuvent donc être considérées comme absolument saines ; ce qui était à prévoir, étant donné l'application du décret du 31 juillet 1923, relatif aux précautions à observer dans les parcs producteurs, mais au cours des manipulations elles peuvent se souiller, et alors l'eau qui en découle risque d'être dangereuse. Il est donc à recommander aux consommateurs de ne pas boire l'eau de mer qui s'est écoulée dans le plat.

Ils attirent l'attention sur ces faits et considèrent qu'il serait nécessaire d'édicter une circulaire recommandant aux écailleurs la plus grande propreté manuelle, le lavage des coquilles à l'eau de la canalisation pour les rafraîchir s'il y a lieu, et la conservation sous des linges trempés exclusivement dans de l'eau de cette provenance.

Au cours de leurs enquêtes, ils ont pu en effet remarquer que quelques débitants, pour tenir leurs paniers frais, les couvraient d'un linge trempé dans l'eau de Seine ou même dans celle du ruisseau. Cette pratique, heureusement rare, mais qui existe cependant, est condamnable. C'est peut-être elle qui favorise le plus la transmission de la fièvre typhoïde et il convenait à cette occasion d'attirer l'attention de l'Académie sur ce point particulier.

Synergie fonctionnelle glyco-régulatrice de l'insuline et de la vagotonie. — *M. Desgrez* présente une note de MM. Santenoise, Fuchs, Stankoff et Vidacovitch qui montre que les deux hormones glyco-regulatrices sécretées par le pancréas sont synergiques et que l'adjonction de vagotonine à l'insuline proprement dite (hormone hypoglycémiante et non vagotonisante) renforce considérablement le pouvoir hypoglycémiant de l'insuline. Ces auteurs en tirent des conclusions concernant l'action glyco-régulatrice du pancréas, le titrage de l'insuline et la thérapeutique de certains diabètes.

Sur les effets de la spartéine. — Bien que les cliniciens soient d'accord pour reconnaître les bons effets de la spartéine en tant que régulateur de l'activité cardiaque, on a récemment prétendu que la baisse de pression que provoque cet alcaloïde est due à une diminution de l'activité cardiaque et qu'en conséquence l'emploi de la spartéine en thérapeutique humaine est à déconseiller. Dans une communication faite par M. le Professeur *Pouchet*, *MM. F. Mercier* et *Raymond Hamet* ont pu démontrer, par une ingénieuse et nouvelle technique d'expérimentation sur l'animal, que si la spartéine se montre hypotensive c'est seulement parce qu'elle provoque une forte dilatation des vaisseaux. L'emploi de la spartéine en thérapeutique est donc pleinement justifié.

Traitement de l'atrophie tabétique des nerfs optiques. — *M. Ch. Abadie.* — Tous les deux jours injection sous-cutanée de 2 milligrammes d'atropine conjointement avec une injection intraveineuse de 1 centigramme de cyanure de mercure.

Tous les malades auxquels on a appliqué ce traitement ont vu non seulement l'évolution progressive de leur atrophie enrayée, mais tous ont bénéficié d'une augmentation de leur acuité visuelle, d'autant plus grande que leur affection était moins avancée.

Cette médication ne commence à agir qu'après un certain nombre d'injections. Il faut donc que le malade et le médecin ne se découragent pas trop vite.

Depuis quelque temps, M. Abadie a essayé de remplacer les injections d'atropine par les injections sous-cutanées d'acétylcholine dont l'action vaso-dilatatrice est plus puissante que celle de l'atropine. Les résultats lui ont paru plus brillants et plus rapides.

Prophylaxie et traitement de la polyarthrite alvéolo-dentaire par la mastication artificielle et le bactériophage. — *Dr Pitsch.*

De l'action hypotensive du cholalate de soude. — *MM. G. Carrière et E. Gérard.*

Les corps étrangers intra-oculaires métalliques dans les professions agricoles. *M. le Dr H. Villard*

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 février 1932

A propos de l'étranglement du cæco-ascendant dans l'hiatus de Winslow. — *M. Thèvenard* note la rareté de ces cas d'étranglement; celui communiqué par M. Blanc à la dernière séance serait le troisième cas connu si l'on ne fait pas de distinction entre gros intestin et grêle, les cas seraient au nombre de vingt-cinq. M. Thévenard est un peu surpris que, contrairement à tous les auteurs, M. Blanc ait pu lever assez facilement l'étranglement et surtout qu'il ait pu dilater l'orifice de l'hiatus de Winslow. Il se demande si l'intestin n'aurait pas, dans ce cas, été étranglé au niveau d'un ligament hépato-colique qui constitue une sorte d'entonnoir au devant de l'hiastus de Winslow.

Technique de la gastrectomie. — *M. Victor-Pauchet* fait un rapport sur un travail de *M. Hans Finsterer* (de Vienne). Cet auteur qui a pratiqué actuellement plus de deux mille gastrectomies considère l'opération relativement bénigne. L'amélioration des résultats tient à : 1° anesthésie locale faite systématiquement ; 2° drainage par tube en caoutchouc s'il y a un risque quelconque d'infection ; 3° anastomose par implantation termino-latérale de la première anse jéjunale avec l'estomac, mais de façon que l'anse proximale du jéjunum soit à un niveau plus élevé que l'anse distale. L'auteur n'est pas partisan de la gastrectomie en deux temps : cependant chez les sujets très affaiblis, on peut faire la jéjunostomie préalable.

M. Victor-Pauchet pense que la gastrectomie en un temps est l'opération idéale ; mais qu'il vaut encore mieux pratiquer l'opération en deux temps, malgré les défauts qu'elle peut avoir, que de ne pas faire la gastrectomie nécessaire. L'anastomose bout à bout à la Péan après la résection est une bonne méthode chaque fois que le duodénum est large. Parfois, il vaut mieux recourir à l'opération de Polya modifiée, c'est-à-dire après suture du tiers environ de la tranche gastrique, avant l'anastomose par implantation.

Anus vaginal chez une fillette de douze ans et chez une adulte de trente-quatre ans. Restauration de l'anus normal. — *M. Victor-Pauchet* communique ces deux observations et donne, avec des figures, la technique qu'il a suivie pour rétablir le cours normal des matières.

Le traitement chirurgical des paralysies définitives. *M. R. Massart* apporte comme contribution à la question des indications et des résultats des anastomoses et transplantations de tendons deux travaux importants :

1° M. Fairbank (de Londres) réserve à peu près uniquement les opérations tendineuses aux paralysies du pied et il les combine aux arthrodèses, en particulier pour le pied talus où il fait l'opération de Dunn.

2° M. Fritz Lange (de Munich) défend les opérations tendineuses qu'il pratique depuis trente-quatre ans et dont il a pu apprécier les avantages sur les arthrodèses. Il compare les méthodes utilisées en Amérique (opération de Whitmann) à celle qu'il utilise lui-même et qui lui permet de rétablir l'équilibre du pied si seulement trois muscles longs restent indemnes sur les neuf qui donnent au pied sa mobilité. Ce travail montre qu'il ne faut pas rejeter systématiquement les opérations tendineuses, mais plutôt « assimiler » les techniques qui donnent de bons résultats comme celle de Lange.

Résultat éloigné d'une cranioplastie par le procédé de la charnière. — *M. Mayet* communique les résultats d'une prothèse crânienne faite par lui il y a quinze ans. Le blessé qui, depuis l'opération n'a présenté aucun trouble cérébral a une paroi crânienne solide. La radiographie montre la soudure complète du bord libre du volet à la paroi osseuse sur laquelle il a été rabattu ; il n'y a ni saillie, ni hyperostose. Il est intéressant de noter l'apparence lisse de la face profonde du greffon en rapport avec le cerveau. Ce cas montre que la prothèse par le procédé de la charnière est excellente.

Epithélioma cylindro-cubique de la cavité du corps utérin avec propagation au système lymphatique. Biopsie négative. — *M. Muller* (de Belfort). — Chez une femme de 68 ans présentant de l'hydrorrhée on trouve un corps utérin augmenté de volume et un col intact. Une biopsie ne montre que de la métrite banale. Malgré les résultats de cet examen histologique et en raison des signes cliniques, on pratique une hystérectomie totale élargie. La cavité utérine est occupée par une tumeur gélatineuse ; l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma avec propagation lymphatique. Puis, métastase rectale traitée par le radium ; perforation recto-vaginale. Mort deux ans après l'intervention.

Appareil de marche pour luxation congénitale de la hanche. — *M. R. Massart* présente cet appareil que *M. Rocher* (de Bordeaux) a fait construire et qu'il utilise avec succès depuis quelques années. Entre autres avantages, cet appareil permet de gagner du temps sur la durée du traitement de la luxation.

Séance du 4 mars 1932

Un cas d'absence partielle du rectum avec anus vulvaire imperforé. — *M. Gasne* communique l'observation d'une petite fille de 52 heures qui présentait une fossette anale profonde mais borgne et au niveau de la fourchette une fossette vulvaire profonde de deux centimètres environ. Ni l'une ni l'autre ne communiquaient avec le rectum. L'auteur, après avoir tenté vainement d'atteindre le rectum au niveau de la fossette vulvaire dut prendre la voie périnéale habituelle pour arriver à l'ampoule rectale qui était située extrêmement haut. Il essaie d'expliquer embryologiquement la disposition exceptionnelle qui a été constatée.

Transplantation musculo-tendineuse pour pied bot et paralytique. — *M. Peugniez* communique l'observation d'une transplantation faite il y a neuf ans chez un jeune garçon : ténotomie du tendon d'Achille et anastomose tendineuse du court péronier latéral et du péronier antérieur avec l'extenseur commun des orteils. Actuellement on peut constater que le résultat obtenu est très satisfaisant.

Nouveau traitement des calculs endogènes de la prostate. — *M. Georges Luys.* — Jusqu'ici l'évacuation des calculs endo-prostatiques se faisaient par voie périnéale ou par voie hypogastrique et ces opérations aboutissaient souvent à la prostatectomie, toutes opérations hors de proportion avec les lésions. L'auteur propose un nouveau traitement : sous le contrôle de la vue, avec l'urétroscope à vision directe, il creuse de profondes tranchées à l'électro-coagulation sur le plancher de la fossette prostatique, au niveau des rigoles latérales du verumontanum ; cette opération est faite suivant les indications radiographiques. Les calculs, rendus ainsi libres, s'éliminent spontanément quelques jours après, au moment de la chute des escarres. L'auteur communique trois observations où il a employé ce procédé avec trois succès.

Grossesse extra-utérine méconnue et ses incidents multiples. — *MM. Petit de la Villéon* et *L. Giet* communiquent l'histoire d'une grossesse extra-utérine qui, prise pour une grossesse normale, fut l'objet de manœuvres abortives. A la suite des phénomènes infectieux consécutifs la malade subit successivement un curetage, un abcès de fixation, une colpotomie suivie d'hémorragie secondaire. La salpingectomie faite par laparotomie amena la guérison.

Hernie crurale de l'ovaire par effort avec fibromyomes du pédicule, au cours d'une grossesse. — *M. Muller* (de Belfort) rapporte l'observation d'une femme qui, enceinte de quatre mois et demi, ressent, en portant une charge de 15 kgr., une vive douleur à gauche ; elle pâlit, tombe et vomit. On constate la présence d'une hernie crurale gauche qui reste douloureuse à la pression (et parfois spontanément) et irréductible. L'opération montre dans le sac un ovaire volumineux avec deux petits fibromyomes du pédicule. Suites opératoires simples. Accouchement à terme compliqué d'albuminurie ; enfant mort-né.

Sur les formes anormales du cancer de l'œsophage. — *M. Jean Guisez.* — Le signe capital du cancer de l'œsophage est la dysphagie. Or, ce signe peut manquer complètement, et l'auteur rapporte un certain nombre d'observations où le cancer œsophagien tout à fait latent fut une véritable trouvaille à l'œsophagoscope, en particulier dans trois cas à propos de la recherche d'un corps étranger et dans deux autres pour de petites hématémèses que l'on croyait d'origine pharyngo-laryngée. De ces formes latentes on peut rapprocher les cancers qui se développent secondairement dans les grandes dilatations de l'œsophage. Dans tous, bien qu'il n'y ait eu aucune gène à avaler, il y avait tumeur plus ou moins développée dont le diagnostic fut facile à poser sous l'œsophagoscope, et en général possible à vérifier par l'examen biopsique. On conçoit tout l'intérêt de semblable trouvaille œsophagoscopique, car alors, en général, la tumeur est peu développée et peut être attaquée utilement par les applications locales de radium.

Volet à glissière pour cacher la lentille frontale optique et l'onglet du cystoscope à cathétérisme urétéral. — *M. R. Bonneau.* — Au cours de la traversée de


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé
25

l'urèthre, surtout de l'urèthre postérieur malade, la lentille frontale et les onglets porte-sondes du cystoscope à cathétérisme peuvent être souillés par du pus et du sang. Le volet à glissière qui est présenté cache pendant la traversée uréthrale la cavité où sont l'optique et les sondes. Quand le cystoscope a pénétré dans la vessie, ce volet est amené en arrière ; alors, l'optique et les extrémités de sondes se trouvent prêtes à fonctionner dans les meilleures conditions de visibilité et de perméabilité comme aussi d'asepsie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mars 1932

Peut on diagnostiquer un état d'anaphylaxie chez l'homme par la transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme à l'animal (anaphylaxie passive) ? — ***MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, Mme A. Hugo*** et ***Paul Giroud*** apportent les résultats de leurs recherches sur l'anaphylaxie passive entreprises d'une façon systématique depuis trois ans.

Leurs premières expériences de transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme à l'animal ont été faites en utilisant le lapin. Les auteurs montrent, en s'appuyant sur une expérimentation de plus de 300 cas, que le lapin peut être sensibilisé avec une quasi-certitude mais que le test du choc anaphylactique chez cet animal doit être recherché, après l'injection seconde, non dans les phénomènes cliniques mais dans l'allure de la chute de pression artérielle.

Ces données sur le choc anaphylactique du lapin ont permis aux auteurs de rechercher si un lapin normal, injecté avec le sérum d'un homme sensibilisé à un antigène spécifique, fait un choc anaphylactique lorqu'on le réinjecte avec la protéine sensibilisante. 31 expériences ont été faites qui ont toutes donné un résultat négatif : aucun des lapins n'a fait de chute de pression artérielle caractéristique du choc anaphylactique.

Devant ces échecs les auteurs ont essayé de réaliser l'anaphylaxie passive en injectant dans les veines d'un lapin neuf le sérum d'un homme sensibilisé mélangé à la protéine sensibilisante. Cette expérience réalisée quinze fois a toujours donné des résultats négatifs.

Reprenant les mêmes expériences chez le cobaye, les auteurs se sont limités d'abord à l'observation des seuls phénomènes cliniques. Ils ont injecté le sérum du sujet sensibilisé puis la protéine sensibilisante. Sur 21 cobayes, 7 ont présenté des phénomènes cliniques. Mais les auteurs font remarquer que, d'après leurs expériences, la simple constatation de phénomènes cliniques ne permet pas de conclure, dans ces cas, qu'il s'est agi de choc anaphylactique car une injection première d'un extrait protéinique peut provoquer des phénomènes convulsifs.

Les auteurs se sont alors attachés à l'étude chez le cobaye sensibilisé de la chute de pression artérielle à la suite de l'injection déchaînante. Ayant constaté que l'injection déchaînante, chez cette animal comme chez le lapin, détermine une chute de pression différente de celle du choc protéique, ils ont essayé neuf fois la transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme au cobaye en recherchant la chute de pression artérielle du type anaphylactique. Dans aucun de ces cas ils ne l'ont constatée. Ils en concluent qu'il faut être très circonspect avant d'affirmer la transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme au cobaye.

Sans nier la possibilité de la transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme à l'animal, il semble aux auteurs que ce phénomène est difficilement réalisable et que des erreurs d'interprétation peuvent être commises. Ce n'est donc pas une épreuve d'une utilité pratique pour le diagnostic des états anaphylactiques chez l'homme.

Hémoptysies tuberculeuses et transfusion sanguine. — ***MM. Tzanck, Ch. Richet*** et ***François Joly*** ont étudié l'action de la transfusion dans les hémoptysies tuberculeuses et signalent une série de cas dans lesquels cette transfusion, faite parfois chez des malades à l'agonie, ont eu le meilleur effet.

A la suite des transfusions, les malades ont cessé d'avoir des hémoptysies dans trois cas, les auteurs ont observé une amélioration de l'état général. Sur un malade, elle fut des plus

nettes, le transfuseur était un ancien tuberculeux (véritable essai d'immuno-hémato-thérapie).

La posologie et le mode d'emploi du stovarsol sodique dans la paralysie générale. — *MM. Sézary et Barbé* rappellent que l'activité du stovarsol sur la syphilis et les spirochétoses est relativement faible par rapport à celle du 914.

Ce fait contraste avec l'action du médicament sur la paralysie générale. Il explique la possibilité de réactivations de lésions viscérales (aortite, artérite), dont quelques cas ont été signalés récemment. Sur un total de 300 malades traités par eux les auteurs ont observé deux cas de paraplégie spasmodique survenus au cours du traitement et enrayés par le bismuth. Ces complications par réactivation sont évitables si l'on associe le bismuth au stovarsol dans certaines séries du traitement.

MM. Sézary et Barbé s'étonnent que, par ailleurs, on ait pu juger excessives les doses d'arsenic pentavalent qu'ils ont préconisées. Elles ne dépassent pas celles que l'on emploie couramment avec les autres dérivés voisins du stovarsol, tels que la tryparsamide.

Les doses insuffisantes exposant aux réactivations, les doses exagérées à la névrite optique, il faut se tenir à un juste milieu. Les auteurs n'ont observé aucun cas de névrite optique sur leurs 300 malades traités avec la posologie qu'ils recommandent. Ils donnent comme règles formelles de ne pas dépasser la dose de 1 gramme par injection, de 3 grammes par semaine, de 21 grammes par série, de ne jamais appliquer ce traitement aux sujets atteints de troubles de la vision, d'être très prudents chez les tabétiques et les alcooliques et de surveiller attentivement l'état de la vue des malades pendant toute la durée des injections.

Deux observations d'état de mal épileptique arrêté par les injections d'acétylcholine. — *M. L. de Gennes* rapporte deux cas d'état de mal épileptique traités par l'injection de chlorhydrate d'acétylcholine, à la dose de 0 gr. 20. La sédation des crises, remarquable et presque immédiate après l'injection, semble bien montrer qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence. Ces deux observations sont intéressantes, non seulement par l'élément thérapeutique qu'elles peuvent apporter à l'état de mal, mais encore par la contribution pathogénique qu'elles apportent à la théorie de l'ischémie cérébrale par vasospasme, à la base du mécanisme des accès.

A propos du traitement de l'état de mal épileptique par les injections d'acétylcholine. — *MM. Ph. Pagniez, A. Plichet et Ph. Decourt* ont eu deux fois l'occasion d'employer les injections d'acétylcholine dans l'état de mal épileptique. Un de leurs malades était un paralytique général au début, atteint de crises jacksonniennes subintrantes. L'autre, un ancien blessé du crâne, atteint de crises à début unilatéral.

Dans les deux cas, au moment où l'acétylcholine a été injectée, les crises se répétaient de façon ininterrompue depuis plusieurs heures et dans les deux cas aussi, une injection de gardénal sodique était restée sans aucun effet.

A la suite de l'injection intramusculaire de 0 gr. 20 d'acétylcholine, les crises ont cessé pour ne plus se reproduire. Dans le premier cas la sédation était complète au bout d'une heure; dans le second en un quart d'heure.

L'acétylcholine semble donc un médicament qui mérite de prendre une place de choix dans le traitement immédiat des crises subintrantes d'épilepsie.

Complications nerveuses de la varicelle. — *M. Marfan* rapporte un cas d'ophtalmoplégie nucléaire externe observé autrefois chez un enfant au décours de la varicelle. Il explique par l'affinité toute particulière du virus varicelleux sur le tissu nerveux le grand polymorphisme des complications nerveuses qui peuvent survenir et insiste sur les syndromes poliomyélitiques assez fréquemment observés.

M. Cathala a observé une paralysie faciale et un état de mal épileptique chez des varicelleux convalescents.

M. Netter note que la plupart de ces complications nerveuses sont curables.

M. Babonneix souligne que parfois les accidents peuvent persister longtemps ou laisser des séquelles (épilepsie, idiotie).

M. Sézary remarque qu'il est intéressant au point de vue de la pathologie générale de noter que le virus, autrefois surtout dermotrope paraît devenir également neurotrope.

Considérations cliniques et anatomiques sur un cas de rhumatisme cardiaque primitif. — *MM. Ch. Laubry, J. Walser et J. Lenègre.* — Les auteurs rapportent un cas de rhumatisme cardiaque primitif chez un sujet jeune dont le passé semblait indemne de toute affection rhumatismale et chez qui se développa une insuffisance cardiaque irréductible. Les seuls symptômes objectifs consistaient en un souffle mitral discret suivi d'un bruit de galop et fit penser pendant quelque temps à une myocardie.

Une discussion minutieuse permit de rapporter l'affection au rhumatisme. Tous les toni-cardiaques ayant échoué et malgré l'absence de symptômes caractéristiques, l'hypothèse d'une symphise fut agitée et l'opération de Brauer pratiquée. Elle fut bien supportée mais ne donna aucun résultat.

L'autopsie apporta l'explication de ces échecs tout en confirmant le diagnostic de rhumatisme. Elle montra l'existence d'une myocardite scléreuse diffuse, transformant le tiers inférieur du cœur en un vaste placard scléreux. La nature rhumatismale fut affirmée par l'examen histologique.

Les auteurs font suivre leur observation de considérations séméiologiques et étiologiques. Tout en maintenant de façon très ferme l'existence et l'individualité de la myocardie, ils insistent sur la prudence avec laquelle doit être posé un tel diagnostic, puisque dans certaines conditions, le rhumatisme, la syphilis, la symphise, peuvent en présenter les caractères principaux.

Un dernier point intéressant concerne l'existence d'une endartérite diffuse généralisée, rhumatismale, que les auteurs invoquent pour expliquer à la fois la précocité et l'irréductibilité des œdèmes.

A propos du régime chloruré. — *MM. Labry et Thiroloix.*

Michelle VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les gestations dites prolongées. Une nouvelle statistique

Lorsque la durée de la grossesse atteint ou dépasse 300 jours, après le premier jour des dernières règles, chez des femmes bien réglées, saines et bien conformées, il semble bien que pour ces gestations le qualificatif de « prolongées » puisse être employé.

R. Martin (Thèse de Lyon) a dépouillé 5.405 observations de grossesses, recueillies du 1er janvier 1927 au 1er juin 1931 dans le service du Dr Rhenter (de Lyon), à la maternité de la Croix Rousse, et a relevé tous les cas où la gestation a atteint ou dépassé 300 jours, à dater du premier jour des dernières règles. Seules les grossesses normales ont été retenues, toutes les observations de femmes non régulièrement réglées ou dont la date des dernières règles ne put être connue avec précision, ont été éliminées.

Sur ces 5.405 observations, l'auteur a relevé 265 observations de gestations ayant duré au moins 300 jours à dater du premier jour des dernières règles, soit une proportion de 4,9 %. Voici le détail de cette statistique :

Nombre de cas		*Jours*
Dans 35 cas	durée de	300 jours
— 97 —	—	301-305
— 57 —	—	306-310
— 38 —	—	311-315
— 13 —	—	316-320
— 13 —	—	321-325
— 8 —	—	326-330
— 3 —	—	331-335
— 1 —	—	363

Dans la statistique de l'auteur, sur 265 enfants nés après une grossesse anormalement longue on trouve 152 garçons contre 113 filles.

Le poids de l'enfant dans ces 265 observations a été :
31 fois supérieur à 4.000 gr. ;
90 fois supérieur à 3.500 gr. ;
21 fois inférieur à 2.800 gr.

La loi française dit que « la légitimité d'un enfant né 300 jours après la dissolution du mariage *pourra* être contestée » (article 315 du Code civil). Le Code civil allemand admet la possibilité d'une durée plus longue que 300 jours. Les Anglo-Saxons n'ont pas fixé de limites précises à la gestation. En cas de contestation le tribunal demande l'avis des experts et juge en tenant compte des circonstances de fait. Il serait équitable qu'en France, le juge demandât l'avis des experts, à l'instar de ce qui a lieu en Angleterre, avant de priver un enfant de sa légitimité et de tous les droits qu'elle lui confère. Il ne s'agit pas de faire déclarer légitime tout enfant né au delà des délais légaux qui sont suffisamment larges pour l'immense majorité des naissances, car on retomberait dans les abus et les procès contre lesquels la loi s'est élevée en fixant, un peu arbitrairement, les limites de 180 et 300 jours à la gestation. Les nombreux cas de gestations ayant duré plus de 300 jours qui ont été publiés, militent, dit R. Martin, en faveur d'un esprit plus large de la jurisprudence et d'une application peut-être moins rigoureuse de la loi.

Hémoptysie grave traitée avec succès par la transfusion sanguine

L'observation présentée par M. Bonnamour et Mme Vansteenberbeghe à la Société médicale des hôpitaux de Lyon (2 février 1932) est intéressante en raison du caractère nouveau de la thérapeutique mise en œuvre.

Voici brièvement résumée cette observation. Une malade atteinte d'une tuberculose pulmonaire unilatérale droite et traitée depuis huit mois par un pneumothorax artificiel, fait une hémoptysie la veille de la vingtième insufflation, hémoptysie qui persiste après celle-ci. L'hémoptysie se prolonge quatre jours durant, résistant à toutes les thérapeutiques mises en œuvre habituellement et amenant la malade à l'agonie. Transfusion de 180 cmc. faite *in extremis* et suivie d'un succès inespéré. Un mois après, on a vérifié l'état pulmonaire montrant la parfaite intégrité du poumon gauche. Le pneumothorax est continué ; deux mois après, la malade va bien.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4261

FONDÉ EN 1873. — Nº 14 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 2 AVRIL 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies.......... 40 fr.
Etudiants.................. 30 fr.
Belgique.................... 45 fr.
Etranger 1re zone .... 70 fr.
Etranger 2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Lenormant, professeur de pathologie chirurgicale, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté à l'hôpital Cochin (dernier titulaire : M. Delbet).

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du thorax et du rachis chirurgie orthopédique), en dix leçons, par M. le Docteur P. FUNCK-BRENTANO, prosecteur commencera le lundi 4 avril 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DES COURS. — *Première série* : 1. Lundi 4 avril : Chirurgie des plaies pleuro-pulmonaires. Les auditeurs répéteront : 1° La pleurotomie ; 2° La résection costale. — 2. Mardi 5 avril : Chirurgie du cœur . Les auditeurs répéteront : 1° L'opération de Brauer ; 2° La voie d'abord sur les gros vaisseaux de la base (Trendelenburg) ; 3° La voie d'abord de P. Duval et Barnsby. — 3. Mercredi 6 avril : Chirurgie des suppurations pleuro-pulmonaires. Les auditeurs répéteront : 1° La thoracoplastie ; 2° La thoracectomie. — 4. Jeudi 7 avril : Chirurgie thoraco-abdominale. Les auditeurs répéteront : La thoraco-phréno-laparotomie. — 5. Vendredi 8 avril : Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Les auditeurs répéteront : 1° La phrénicectomie ; 2° Les voies d'abord de la 1re côte.

Deuxième série : 6. Samedi 9 avril : Chirurgie du rachis. Les auditeurs répéteront : 1° L'opération d'Albee ; 2° La laminectomie dorsale. — 7. Mardi 12 avril : Chirurgie de la hanche. Les auditeurs répéteront : 1° La voie d'abord d'Ollier ; 2° La voie d'abord de Smith, Pétersen, Mathieu ; 3° L'arthrodèse juxta-articulaire. — 8. Jeudi 14 avril : Les arthroplasties. Les auditeurs répéteront : 1° L'opération de Whitman ; 2° L'arthroplastie du genou . — 9. Vendredi 15 avril : Interventions orthopédiques sur le pied. Les auditeurs répéteront : 1° Les tarsectomies ; 2° Les arthrodèses. — 10. Samedi 16 avril : Les ténodèses. Les auditeurs répéteront : 1° La ténodèse pour torticolis 2° L'allongement du tendon d'Achille.

En liaison avec les cours, les leçons suivantes auront lieu à l'Amphithéâtre des hôpitaux : Lundi 11 avril, à 16 heures, M. Jean QUÉNU : Indications et technique de la thoraco-phréno-laparatomie. — Mercredi 13 avril, à 14 heures, M. SORREL : Les opérations ankylosantes dans le mal de Pott. — Vendredi 15 avril, à 16 heures, M. MATHIEU : Le traitement des arthrites déformantes de la hanche. — Jeudi 21 avril, à 16 heures, MM. PROUST et MAURER : Phrénicectomie et scalénotomie. — Vendredi 22 avril, à 16 heures, M. MATHIEU : L'arthroplastie du genou. — Samedi 23 avril, à 16 heures, MM. PROUST et MAURER : La thoracoplastie paravertébrale. — Lundi 25 avril, à 16 heures : MM. PROUST et MAURER : L'apicolyre. — Mercredi 27 avril, à 16 heures, MM. PROUST et MAURER : La thoracoplastie élargie (parasternale et axillaire).

Ces huit leçons sont gratuites.

Ecole pratique des hautes études. — *Institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale.* — L'Institut organise, chaque année, des conférences en vue d'exposer les recherches des divers laboratoires et services, les résultats acquis dans l'application des sciences biologiques à la psychiatrie ou l'étude des problèmes qui sont à la base des recherches.

Les conférences auront lieu (à l'exception de celle du jeudi 14 avril, à 17 heures), le dimanche matin, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Magnan (hôpital Henri Rousselle, 1, rue Cabanis. Métro : Glacière. Téléphone : Gobelins 95-04, 95-05).

Les inscriptions sont gratuites ; elles sont reçues au secrétariat de l'Institut (hôpital Henri-Rousselle), le matin, de 10 à 12 heures.

Dimanche 10 avril, Dr .A. COURTOIS : Séquelles d'encéphalites et maladies mentales. — Jeudi 14 avril, à 17 heures, M. Gilbert MAIRE : L'activité psychique coordonnée. — Dimanche 17 avril, Dr G. HEUYER : L'affaiblissement intellectuel au début de la démence précoce. — Dimanche 24 avril, M. J.-M. LAHY : La prophylaxie mentale et la psychotechnique en U. R. S. S. — Dimanche 8 mai, Dr TINEL : Les céphalées et les migraines. — Dimanche 22 mai, Dr R. WEISMANN-NETTER : Biotypologie médicale. — Dimanche 29 mai, Mlle Dr WEINBERG : Différences psychologiques entre les sexes. — Dimanche 5 juin, Dr Ch. CHAMPY : Modifications sexuelles du psychisme en corrélation avec les modifications sensorielles. — Dimanche 12 juin, Dr R. MALLET : Auto-conduction, automatisme, affectivité. — Dimanche 19 juin, Dr Mac AULIFFE : Résultat d'une enquête morphologique en psychiatrie. — Dimanche 26-juin : M. H. SIMONNET : L'instinct combattif. Les rapports avec l'instinct sexuel. — Dimanche 3 juillet : Dr J.-J. LHERMITTE : La régulation de l'activité corticale.

Les voix latines. — Le 12 mars, dans la salle de l'Institut océanographique, l'Umfia ou Union médicale latine a inauguré la série de ses conférences, par celle du Professeur E. FORGUE. 800 personnes parmi lesquelles les notabilités du monde médical, de nombreux amis de l'UMFIA et des dames assistaient à cette conférence qui a eu lieu sous la présidence de S. Exc. Ojeda, ministre-conseiller de l'Ambassade d'Espagne. Le Docteur Dartigues qui a eu l'idée de ces conférences a présenté le savant Prof. E. Forgue, dont la conférence a été des plus écoutées.

Voici le résumé de la conférence du Prof. E. Forgue :

Les Espagnols nous reprochent de ne point connaître l'histoire de leur médecine, et le Prof. Forgue s'est attaché à réunir pour cette étude condensée, une documentation exacte.

Si l'on considère que la Gaule est restée cinq siècles sous la domination romaine, et que l'Espagne a mis près de 800 ans à se libérer de l'occupation musulmane, on comprend que la civilisation et la médecine arabes l'aient marquée d'une solide empreinte.

Le Xe siècle marque le sommet de la civilisation musulmane ; les Arabes ne se contentent plus de la prise de possession de la science grecque ; ils s'engagent dans des voies nouvelles. Alors apparaissent les hommes supérieurs : au premier plan Abulcasis, la personnalité dominante de la médecine arabe, dont le traité de chirurgie a été pendant plusieurs siècles, le guide des chirurgiens, et que notre grand Guy de Chauliac cite près de deux cents fois.

Aux XII[e] et XIII[e] siècles, Tolède, libérée est devenue la réplique de Bagdad, autrefois, et s'est constituée comme un centre de traductions vers lequel afflue de tous les points de la chrétienté une foule de pèlerins de science, en quête des sources intellectuelles de tout ordre.

Dans l'Espagne chrétienne, du XII[e] au XV[e] siècles, et à mesure qu'avance la reconquête, les Universités se créent : dès 1243, avait été fondée celle de Salamanque. Le conférencier évoque la vie scolaire et privée des étudiants de cette époque, le pittoresque de leur existence. Deux grandes figures se détachent dans cette période de transition : Arnaud de Villeneuve et Raymond Lulle.

L'âge d'or de la médecine espagnole, c'est 1500-1665. Les centres d'enseignement s'accroissent et s'enrichissent ; Valladolid, où se crée la première chaire d'anatomie, devient avec Montpellier et Bologne, un des trois grands foyers d'études anatomiques. Il faut citer deux hautes personnalités : Valverde et Michel Servet, le martyr, le précurseur de Harvey, qui a découvert la circulation pulmonaire.

Décadence, à la fin du XVII[e] et au commencement du XVIII[e] siècles. La flamme se rallume à Cadix, avec le Collège Royal fondé par Virgili, d'où est sorti l'anatomiste Gimbernat.

A la période contemporaine, les médecins et surtout les chirurgiens espagnols, au cours du XIX[e] siècle ont fourni une importante contribution. Le conférencier dit toute son admiration pour le mouvement de renaissance qui se marque, présentement, dans toutes les branches des sciences médicales, au-delà des Pyrénées et termine, après un hommage profond, au maître actuel de la neuro-histologie : Ramon y Cajal, par les perspectives d'avenir qu'a récemment exposées le grand médecin Marañon et par la parole de Victor-Hugo : « O vieille Espagne, ô peuple tout neuf. »

Clinique infantile de la Faculté de médecine de Strasbourg. — Un cours de perfectionnement de pédiatrie sera fait sous la direction du Professeur ROHMER à la Clinique infantile de Strasbourg du 10 au 22 octobre 1932. Les leçons porteront sur l'hygiène alimentaire et la pathogénie du nourrisson (alimentation normale, troubles digestifs, dystrophies, maladies infectieuses, etc.), ainsi que sur les questions pédiatriques à l'ordre du jour.

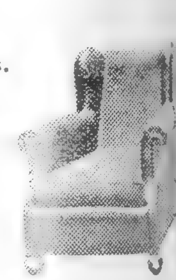
Le programme détaillé de ce cours sera publié ultérieurement.

Examens de doctorat. — Le *Journal officiel* du 18 mars publie une circulaire du ministre de l'Instruction publique relative au délai d'ajournement après quatre échecs successifs à un examen de doctorat en médecine. En voici le texte :

« I. La règle de l'ajournement à deux ans après quatre échecs successifs s'applique aux examens afférents au diplôme d'Etat de docteur en médecine et aux diplômes de docteur d'Université, mention « médecine ». Elle ne s'applique que dans le cas où le candidat a subi effectivement un échec et non dans le cas où il aurait été seulement absent aux jours et heures où il devait subir une ou plusieurs épreuves.

II. Le décret du 12 juillet 1913 ne pouvait pas prévoir la session extraordinaire de février-mars qui est organisée par l'arrêté du 3 février 1927.

Cette session extraordinaire doit être considérée comme une annexe ou un prolongement de la session d'octobre-novembre. En conséquence, il y a lieu de ne compter que pour un seul échec les ajournements subis à la session ordinaire d'octobre-novembre et à la session extraordinaire suivante de février-mars. Dans tous les autres cas, il y a lieu de compter un échec chaque fois qu'un candidat est ajourné à une session d'examens. Dans l'hypothèse la plus caractéristique un candidat béné-



ficiaire des dispositions du décret du 3 février 1927 pourrait se présenter sans succès à un même examen de fin d'année à huit sessions avant que lui soit applicable la sanction imposée par le décret du 12 juillet 1913. Tel serait le cas, par exemple, d'un étudiant ajourné en novembre 1928 et mars 1929 (1er échec), novembre 1929 et mars 1930 (2e échec), novembre 1930 et mars 1931 (3e échec), novembre 1931 et mars 1932 (4e échec).

III. A partir de la session à laquelle le quatrième échec à un examen est subi, le candidat est ajourné à deux ans pour ce même examen, c'est-à-dire qu'un candidat à un examen de fin d'année ne peut pas se présenter aux trois sessions ordinaires (sessions de juin-juillet et d'octobre-novembre) qui suivent la session au cours de laquelle il a subi l'échec considéré comme quatrième échec.

Si ce quatrième échec est subi, par exemple, à la session de juin-juillet 1931, il peut être réparé à partir de la session de juin-juillet 1933. S'il est subi à la session d'octobre-novembre 1931 ou à celle de février-mars 1932, il peut être réparé à partir de la session d'octobre-novembre 1933.

Un quatrième échec à un examen de clinique ne peut être réparé que vingt-quatre mois après la date à laquelle il a été subi. »

Service de santé. — Sont promus : Médecin général inspecteur, le médecin général Rouvillois, directeur de l'Ecole d'application du service de santé.

Médecins généraux : les médecins colonels Sandras, directeur à Tunis ; Jude, directeur du Levant.

Au grade de médecin colonel. — Les médecins lieutenants-colonels : Guyard, des troupes du Maroc ; Lorentz, de l'hôpital militaire de Strasbourg ; Ferron, de l'hôpital militaire de Strasbourg ; Armeilha, des salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers ; Grenier, de l'hôpital militaire de Nantes ; Julien-Laferrière, de l'hôpital militaire de Constantine ; Martin, des troupes du Levant ; Goursolas, de l'hôpital militaire de Toulouse ; Schneider, de l'Ecole supérieure de guerre.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants : Duchêne-Marullaz, des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand ; Mulot, des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen ; Minel, de l'hôpital militaire de Thionville ; Laurens, de la commission consultative médicale, à Paris ; Baur, des troupes du Levant ; Salinier, des troupes du Maroc ; Gabrielle, de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon ; Jeandin, de l'hôpital militaire de Nancy ; Moy, de la direction du service de santé de la région de Paris ; Delacroix, des salles militaires de l'hospice mixte de Nice ; Bergeret, du ministère de la Défense nationale.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines : Lassave, du centre de réforme de Clermont-Ferrand ; Girod, du 99e d'infanterie ; Berho, des troupes du Levant ; Bonnet, de l'Ecole d'application du service de santé militaire ; Morand, de l'Ecole d'aviation d'Istres ; Didiée, de l'Ecole d'application du service de santé militaire ; Millet, du 67e d'infanterie ; Desobry, du 57e d'infanterie ; Jonquères, du 25e bataillon de chasseurs alpins, affecté au 353e d'artillerie, à Clermont-Ferrand ; Desplats, du 8e dragons ; Surreau, du 15e d'artillerie ; Poey, des troupes du Maroc.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants : Ruppli, du 129e d'infanterie ; Viala, des troupes du Levant ; Coissieux, du 19e corps d'armée ; Falconnet, du 2e génie, à Metz ; Aymes, du 405e défense contre aéronefs ; Laouënan, du 182e d'artillerie ; Adam, du 186e d'artillerie ; Stora, du 19e corps d'armée ; Emond, du 39e d'infanterie ; Cornu, du 158e d'infanterie, à Strasbourg ; Delteil, du 151e d'infanterie ; Veber, du 151e d'artillerie ; Pasquie, du 401e défense contre aéronefs ; Marty, du 19e corps d'armée.

Au grade de pharmacien colonel. — Le pharmacien lieutenant-colonel Mancier, de l'hôpital militaire d'instruction Percy.

Au grade de pharmacien lieutenant-colonel. — Le pharmacien commandant Leulier, de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes.

Au grade de pharmacien commandant. — Le pharmacien capitaine Muraine, du laboratoire de l'inspection générale de l'habillement.

Au grade de pharmacien capitaine. — Les pharmaciens lieutenant : Frossard, de l'hôpital militaire de Bizerte ; Vanhems, de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

— Affectations :

M. le médecin général inspecteur Dopter, directeur du Service de santé au ministère de la Défense nationale (guerre),


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Asirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

est nommé, à compter du 22 mars 1932, président du Comité consultatif de santé, inspecteur des écoles du Service de santé militaire.

M. le médecin général inspecteur Rouvillois, directeur de l'Ecole d'application au Val-de-Grâce, est nommé directeur du Service de santé au ministère de la Défense nationale, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Lanne, placé dans la section de réserve.

M. le médecin général Lévy, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, est nommé directeur de l'Ecole d'application au Val-de-Grâce.

M. le médecin général Morvan, sous-directeur de l'Ecole d'application et médecin chef du Val-de-Grâce, est nommé directeur de l'Ecole du Service de santé de Lyon.

M. le médecin général Sandras est maintenu directeur du Service de santé des troupes de Tunisie.

M. le médecin général Jude est maintenu directeur du Service de santé des troupes du Levant.

M. le médecin colonel Duchêne-Marullaz est nommé directeur du service de santé de la 13e région, à Clermont-Ferrand.

— *Agrégation du Val-de-Grâce.* — Un concours s'ouvrira le 14 novembre 1932, à 9 heures, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'obtention du titre de « professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ».

Le nombre des emplois mis au concours est de :

Deux emplois de « professeur agrégé de chirurgie » ;

Deux emplois de « professeur agrégé de médecine ».

En exécution de l'article 10 du décret du 22 août 1928, les médecins commandants et capitaines des troupes coloniales présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie, sont seuls admis à se présenter à ce concours. (*J. O.*, 18 mars 1932.)

Nécrologie. — Docteur BARTOLI, ancien médecin consultant à Châtel-Guyon. — Docteur CAPDEVILLE, d'Alfortville (Seine). — Docteur Maurice CORIAT, de Valloire (Savoie), décédé à l'âge de 39 ans. — Docteur J. HERCOUET, de Saint-Mandé, décédé à l'âge de 54 ans. — Docteur JOSEPH, de Bordeaux. — Docteur JOUBERT-LAURENCIN, de Mâcon, décédé dans sa 72e année. — Docteur MATARANGAS, de Paris, 85, rue d'Amsterdam (VIIIe), décédé à l'âge de 69 ans. — Docteur E. MONTAGARD, de Paris, 174, rue du Temple (IIIe), décédé à l'âge de 85 ans. — Docteur MAUPOMÉ (Xavier), de Montégut (Hautes-Pyrénées), décédé dans sa 77e année. — Docteur Georges MILHAUD, de Narbonne. — Docteur PÉRÈS, de Margoux. — Docteur Léon POWILEWICZ, médecin honoraire de la maternité du Havre, décédé à Nice. — Docteur PROST, de Vincennes, décédé dans sa 66e année. — Docteur Isaac ROSENTHAL, de Paris. — Dr Georges SOLEIL, décédé à l'âge de 56 ans. — Docteur V. TOUSTEN, de Nice, décédé dans sa 72e année. — Docteur Joseph VACTON, de Fréjus (Var). — Docteur VIEL (Bienaimé), de Picauville (Manche). — Moïse PERRAIN, interne à l'hôpital de Limoges. — Madame Henri HUCHARD, veuve du Docteur Huchard, décédée à Paris. — Docteur R. M. BRONTE, de Londres, bien connu par ses travaux de bactériologie. — Docteur Arthur ACAREN, de Schaerbeck, près Bruxelles. — Docteur Georges HERBECQ, de Chimay (Belgique). — Docteur Hugh STEVENSON DAVIDSON, d'Edimbourg. — Docteur Louis-Claude PURSER, membre de l'Académie royale irlandaise, décédé à l'âge de 77 ans.




NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME - PARIS

BIBLIOGRAPHIE

SUETONE. **Vie des douze Césars.** T. II Tibère, Caligula, Claude, Néron. Texte et traduction par Henri AILLOUD, 1 vol. Prix : 30 francs. Les Belles-Lettres, 95, boulevard Raspail, Paris.

Ces quatre biographies ne sont pas les moins intéressantes de la *Vie des douze Césars.* Suetone nous livre sur eux des renseignements, des détails qu'il ne domine guère, mais qui sont souvent fort précieux, de commérages singulièrement caractéristiques.

Cet hypocrite cruel de Tibère, cet aliéné sanguinaire et parfois spirituel de Caligula, ce gâteux lettré de Claude, ce cabotin de Néron nous sont montrés non sans pittoresque par cet archiviste à petits papiers.

Sappho, Anacréon et anacréontiques, par Mario MEUNIER. Un vol. 20 francs. Editions Grasset, Paris, 1932.

M. Meunier avait déjà donné en 1911 une étude et une traduction de Sappho. En rééditant son livre complété et augmenté d'un choix copieux d'anacréontiques, il défend chaleureusement dans ses prolégomènes la mémoire de la dixième muse.

La traduction de M. Meunier est d'une alerte facture et il se joue des difficultés d'interprétation avec une aisance d'humaniste rompu aux subtilités de la langue.

Les vitamines, par Mme Lucie RANDOIN et M. Henri SIMONNET. Un volume in 16, 9 graphiques, 76 figures, 4 tableaux. Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris, 5e. Broché 10 fr. 50.

Renseigner le public et les médecins eux-mêmes sur la nature de ces « Vitamines » dont tout le monde parle sans les connaître ; déterminer le rôle qu'elles jouent dans les phénomènes de la nutrition, rôle si essentiel que l'absence de vitamines dans l'alimentation entraîne des conséquences funestes, parfois terribles ; indiquer les régimes rationnels les plus propres à nous fournir ces facteurs, encore assez mystérieux de la santé de l'homme et du développement de l'enfant : telles sont les graves questions que les auteurs, dont la compétence est indiscutable, ont entrepris d'élucider.

Les enfants en justice, par les Drs Etienne MARTIN et Victor MOURET. Un volume édité par l'Institut de médecine du travail de l'Université de Lyon, 1931.

On ne saurait trop féliciter les auteurs de ce livre de nous avoir fourni sur l'enfance coupable des documents de premier ordre. Ce détail est aussi utile qu'intéressant : d'abord il s'appuie sur des faits constatés et contrôlés par l'expérience. En second lieu c'est une cause de bonne foi en ce sens que les qualités et les défauts des lois concernant l'enfance sont clairement exposés. Enfin ce volume est écrit par deux personnalités essentiellement compétentes : compétence en matière de droit et d'assistance, compétence en matière de médecine légale.

Les auteurs cherchent avant tout à scruter les carences et les illusions de notre code de l'enfance et à aboutir à des données précises et impartiales, ce que ne font pas beaucoup d'études semblables qui ont pour but de vanter un système sans en souligner les faiblesses. Et fort justement les auteurs se demandent si les lois des peuples étrangers, que d'aucuns nous affirment être meilleures que les autres, sont si remarquables qu'on le prétend. Et il est exact qu'on affirme trop souvent sans donner un substratum solide à ces affirmations.

Dans un premier chapitre sont rappelées les lois concernant la jeunesse délinquante et sont exposées les institutions qui en assurent le fonctionnement.

Dans le deuxième chapitre figurent les défauts résultant de l'application des textes en vigueur.

Les chapitres III et IV démontrent la nécessité d'une enquête médico-sociale des plus complètes, qui permet d'asseoir les décisions juridiques sur une base solide et scientifique. A ce propos une fiche est préconisée et c'est avec raison, car une fiche est un plan d'observation en même temps qu'un guide et un répertoire.

Dans les chapitres V et IV on voit ce qu'est le délinquant du point de vue biologique et le milieu dans lequel il a vécu. Les auteurs ont donné à ce propos une esquisse très intéressante du mode de criminalisation.

Dans les chapitres qui suivent, l'utilité d'un asile d'observation est mis en lumière en même temps que ses dangers. Un comité lyonnais a réalisé le dépistage d'une façon aussi pratique que complète, et il est recommandable que les personnes qui s'occupent de cette question lisent le chapitre VIII qui démontrera à beaucoup de nos patronages et œuvres pour le relèvement de l'enfance combien ils sont encore loin de la perfection !

Le dépouillement de la première centaine d'observations du Centre de triage de Lyon fournit des renseignements vécus sur l'importance du milieu criminogène, sur la façon dont doivent être prises les mesures juridiques, sur la conduite à tenir à l'égard des délinquants libérés et sur la nécessité de leur donner une orientation professionnelle rationnelle.

On prétend souvent qu'en France nos organisations sont retardataires ; celle de Lyon et celle qui fonctionne actuellement à Paris sont à la hauteur de ce qui existe à l'étranger.

Le volume des Drs Etienne Martin et Victor Mouret constitue une mise au point de premier ordre.

Dr PAUL-BONCOUR.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'irradiation du cancer du sein après l'acte opératoire

Par E. DUROUX
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon

Après les ablations de cancers du sein, peut-on améliorer le pronostic en soumettant la malade à l'irradiation ?

Les avis sont partagés. Des chirurgiens sont entièrement opposés à des séances post-opératoires ; d'autres prétendent obtenir ainsi de meilleures statistiques et enfin un autre groupe réserve son opinion en déclarant que dans certains cas la radiothérapie leur a paru favorable et dans d'autres franchement mauvaise.

L'idée de l'irradiation prophylactique est déjà ancienne, et au premier abord elle paraît tout à fait rationnelle pour compléter l'acte chirurgical, en supprimant les îlots cancéreux latents ayant échappé à l'exérèse.

Cependant au point de vue pratique les conditions de l'association des rayons X au traitement chirurgical demeurent très difficiles à établir.

En 1921, la communication du Professeur Perthes au Congrès de chirurgie avait paru démontrer la faillite définitive de la méthode d'irradiation post-opératoire, en prouvant que les femmes ainsi traitées présentaient plus fréquemment que les autres des récidives carcinomateuses.

En 1924, Béclère (*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer* t. XIII p. 537), (rœntgenthérapie post-opératoire dans le cancer du sein) entraîne un revirement d'opinion en donnant des résultats opposés à ceux de Perthes. Il en est de même de Gunsett (Strasbourg), de Pfahler (Philadelphie), de Holfelder (Francfort), de Wassink (Amsterdam), de Hintze (de Berlin) qui apportent également des faits favorables à l'irradiation. Dans le (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, tome CL n° 3, 30 mai 1931), Billich publie une statistique importante de 202 cas observés et traités radiothérapiquement après l'amputation. D'une manière globale la survie au bout de cinq ans et dix ans paraît supérieure à celle que l'on a l'habitude d'observer.

Au dernier Congrès français de chirurgie (5 octobre 1931), Mayer, de Bruxelles, compulsant plusieurs grosses statistiques et ses cas personnels arrive à conclure à l'inutilité de la radiothérapie pré-opératoire. Par contre après opération aussi large que possible, il met toujours un tube contenant 3,33 de bromure de radium dans l'aisselle. Cette curiethérapie, suivie de radiothérapie post-opératoire permet d'après lui d'améliorer considérablement le pronostic.

Dans son ouvrage : Les Cancers du sein (P. Delbet et Mendaro) au chapitre XIV, Radiothérapie, M. le Professeur Delbet écrit: « Sur cette importante question, je n'ai malheureusement rien à dire. Jusqu'en 1924, la plupart de « mes malades ont été radiothérapiées, en général avant « et après l'opération. Je n'ai jamais vu de cas où la radiothérapie ait eu une efficacité réelle. Dans quelques « cas il m'a semblé que la radiothérapie avait eu une influence fâcheuse. Je m'abstiens pour le moment de toute « radiothérapie dans les cancers du sein. »

Beaucoup de chirurgiens partagent l'opinion de M. le Professeur Delbet et repoussent toute idée de radiothérapie post-opératoire.

Un autre groupe comme nous le disions, réserve son opinion sur cette question délicate estimant que les résultats sont variables suivant le type du cancer et surtout suivant la technique radiologique employée.

Sur la notion du type du cancer du sein il est très difficile d'apporter des conclusions. On a observé après la radiothérapie, une évolution rapide d'un épithélioma sécrétant qui, d'habitude, n'a pas une marche aussi accélérée, mais dans le cas particulier on n'avait pas de renseignement sur l'application radiothérapique (Delbet).

En ce qui concerne les trois cas malheureux que nous rapportons, il s'agissait d'épithéliomas métatypiques. Ces trois cas que nous avions opérés dans la même quinzaine et que nous avions confiés deux mois après à l'irradiation ont présenté simultanément un véritable « coup de fouet radiothérapique », entraînant chez les trois malades une localisation ganglionnaire sus-claviculaire alors que l'examen clinique préalable avait révélé l'intégrité de cette région.

Chez deux de ces malades, nous avons pu extirper cette masse ganglionnaire et le pronostic nous paraît meilleur.

Chez la troisième malade, la généralisation ganglionnaire qui d'ailleurs s'est faite non seulement dans le creux sus-claviculaire, mais aussi dans les régions sous-maxillaire et carotidienne, est au-dessus des ressources chirurgicales. L'état général qui jusqu'à l'irradiation était excellent, est devenu du même coup rapidement mauvais. La masse ganglionnaire sus-claviculaire provoque déjà des phénomènes de compression ; la malade ne quitte plus sa chambre et elle a considérablement maigri.

Voici résumé le protocole de ces observations.

Ire OBSERVATION. — Mme Th..., 55 ans. Tumeur du sein droit avec ganglions axillaires. Ablation de la tumeur et curage de l'aisselle, le 25 juin 1931. L'examen du creux sus-claviculaire ne révèle rien de suspect. Examen de la pièce par M. le Professeur Noël. Réponse : Epithélioma métatypique. Guérison opératoire. Malade revue au début de septembre et confiée à l'irradiation. L'examen clinique à ce moment ne révèle rien d'anormal pas plus du côté de l'aisselle qu'au niveau des régions adjacentes. Deux séances radiothérapiques sont pratiquées en septembre. La malade revient dans le courant d'octobre pour « une grosseur » à la base du cou. Cette « grosseur » n'est autre qu'une masse ganglionnaire relativement mobile que nous avons pu extirper assez facilement sous anesthésie locale.

L'examen histologique révèle la nature cancéreuse de cette infiltration ganglionnaire.

La malade est revue en janvier et reste en bonne voie de guérison.

IIe OBSERVATION. — Sœur Sainte-Ph..., 45 ans. Tumeur du sein gauche avec ganglions axillaires. Ablation de la tumeur et des ganglions le 1er juillet 1931. On ne constate rien d'anormal dans la région du creux sus-claviculaire. La guérison est rapide. En septembre je conseille à la malade une irradiation préventive.

Une première séance est pratiquée au niveau de la cicatrice opératoire, de toute la région pectorale, dans le creux axillaire, et dans le creux sus-claviculaire. Cette séance et bien supportée. On ne remarque rien d'insolite.

Une deuxième irradiation est faite. On revoit la malade vingt jours après. On constate dans le creux sus-claviculaire la présence d'une masse ganglionnaire.

On conseille un curage ganglionnaire. Il n'est accepté que deux semaines après. Anesthésie loco-régionale. Ablation d'une masse importante et de quatre ganglions accolés. Suites normales. Aucune récidive. Etat général excellent.

IIIe OBSERVATION. — Mlle B..., 52 ans. Tumeur du sein gauche avec ganglions axillaires abondants. Intervention large le 5 juillet 1931. Amputation du sein et curage axillaire.

Examen microscopique de la tumeur par M. le Professeur Noël. Réponse : Epithélioma métatypique.

La malade qui a un bon état général supporte bien l'opéra-

tion et se remet très rapidement. Elle part en Touraine pour un mois. Revue vers la fin septembre, je constate son excellent état aussi bien du point de vue général que local. On lui a parlé de rayons X. Elle se rend à une séance de radiothérapie. Elle la supporte très mal. Quelques jours après elle se sent abattue et se plaint de souffrir du cou. Son état général subit un rapide changement. Elle attribue cette transformation à l'effet fâcheux des rayons. On la rassure. Quinze jours après l'examen révèle une tuméfaction à la base du cou et dans la région sous-maxillaire. Il s'agit d'un empâtement diffus et résistant dont l'induration n'a fait que progresser s'opposant à toute intervention.

La malade a pu faire quelques sorties dans le courant d'octobre et de novembre. Mais depuis le mois de décembre elle ne sort plus et occupe définitivement sa chambre.

Son facies amaigri a pris une couleur jaune terreuse.

La tête est immobilisée, et elle se plaint de douleurs névralgiques irradiées à la nuque. La veine jugulaire externe soulevée par l'énorme masse ganglionnaire est très dilatée. La thérapeutique actuelle consiste en application de pommade à base de plomb et à l'intérieur de traitement magnésien. Mais les forces déclinent sensiblement, et le pronostic paraît fatal à brève échéance.

***

On conçoit que l'existence simultanée de ces trois cas malheureux ait retenu notre attention. Il s'agissait histologiquement d'épithéliomas de haute malignité, métatypiques et leur formule cellulaire intervient sans doute dans la facile généralisation ganglionnaire observée.

Mais ainsi que nous le disions plus haut l'interprétation histologique des tumeurs ne compte pas encore pour établir une distinction entre celles qui peuvent être livrées sans danger à l'irradiation dite prophylactique et celles qui ne doivent jamais être soumises au rayonnement, d'autant plus que même dans un cas de malignité relative, M. le Professeur Delbet a vu survenir un résultat fâcheux.

En consultant les spécialistes en rœntgenthérapie peut-on obtenir des indications ?

A l'époque où Perthes condamnait l'irradiation post-opératoire la plupart des radiologistes surtout allemands étaient sous l'influence de l'idée qu'on ne pouvait détruire les cellules cancéreuses que par une dose massive en une fois ou tout au moins en un temps très court.

La conséquence logique de cette conception était d'employer les grands champs d'irradiation et de donner en une séance ou au maximum en deux ou trois séances des doses massives de rayons.

D'après les conclusions de l'important mémoire de Béclère cité plus haut, ces grosses doses de rayons X sont nocives.

Béclère recommande l'irradiation post-opératoire systématique de la région sus-claviculaire ; mais il insiste pour que cette irradiation ne soit ni unique, ni intense.

D'après lui, les irradiations à dose modérée continuées pendant des mois sont sans danger.

D'après lui les grosses doses ont une faible action sur les cellules cancéreuses isolées très peu radiosensibles, et sont capables de détruire les défenses organiques locales (tissu lymphoïde surtout).

Au contraire les petites doses de rayons faibles et espacées ont chance d'agir sur les éléments cancéreux restants, à un moment où ils sont devenus radiosensibles (moment de division cellulaire, Regaud).

Dans les travaux radiologiques les plus récents, les mêmes hypothèses sont émises.

C'est ainsi que Van Pee dans les *Cahiers de Radiologie* du 15 janvier 1932, à propos de l'irradiation prophylactique, écrit qu'il existe un certain maximum au delà duquel l'irradiation est néfaste. Van Pee ajoute qu'il est faux de croire d'ailleurs que la destruction des cellules cancéreuses soit uniquement une question de dose. Il faut éviter au cours des irradiations d'atteindre les organes d'importance vitale (cœur, poumons) en orientant les rayons tangentiellement. La méthode des grands champs orientés perpendiculairement au thorax provoque l'irradiation intense du poumon et d'un volume considérable du sang. Il peut en résulter une sclérose du poumon, quelquefois des lésions du myocarde et une destruction massive des globules blancs. En affaiblissant l'organisme on diminue en même temps la valeur des mécanismes de défense si utiles dans la disparition des cellules cancéreuses.

Comme on le voit, du point de vue pratique la question demeure infiniment complexe. Ce qui reste vrai, c'est qu'en général, il existe une certaine quantité minimum de rayons nécessaires pour la destruction et aussi bien un certain maximum au delà duquel l'effet est nocif.

Mais comment déterminer ces mesures de minimum et de maximum ?

D'autre part il n'est pas douteux que l'action du rayonnement est variable suivant les sujets.

Chez nos deux premières malades nous notons deux séances ; chez la troisième l'effet fut désastreux dès la première irradiation.

Tout en retenant la nécessité des faibles doses par opposition au danger de la dose massive donnée en une fois ou tout au moins en un temps très court et en deuxième lieu l'importance de l'orientation tangentielle des irradiations dans le champ qui nous occupe, il faut convenir qu'il est bien difficile d'avoir une opinion ferme sur ce sujet : doit-on ou non irradier la cicatrice opératoire et les régions voisines après une amputation du sein ?

On voudrait apporter un complément de sécurité à une opérée, prévenir des récidives, une généralisation et pourtant malgré certaines statistiques, malgré des affirmations de spécialistes, on est encore obligé de se demander si on rend un grand service ou si l'on cause un grave préjudice.

Jusqu'ici personnellement, en face des cancers du sein que j'avais opérés et qui les uns avaient été irradiés, les autres non, je n'avais pas établi de discrimination réelle entre les résultats, mais ces trois cas simultanés et malheureux livrés cependant à un spécialiste des plus compétents m'ont impressionné d'autant plus que deux autres tumeurs du sein opérées à la même époque et non irradiées n'ont présenté aucune complication.

L'opération précoce et l'ablation large représentent encore les éléments les plus grands de sécurité. Et du point de vue préventif, il semble que l'orientation chirurgicale doive se diriger de plus en plus du côté du curage ganglionnaire du creux sus-claviculaire.

M. le Professeur Delbet dans son ouvrage : Les cancers du sein (Masson et Cie, éditeurs) a insisté particulièrement sur son importance dans les cas où le cancer occupe le segment supéro-interne du sein. Ce curage peut être primitif, c'est-à-dire exécuté en même temps que l'amputation du sein. De la sorte on peut reculer les limites de l'opérabilité du cancer du sein.

Lorsque quelques mois après l'intervention, une récidive ganglionnaire apparaît dans le creux sus-claviculaire, on ne doit pas hésiter à enlever sous anesthésie loco-régionale les masses ganglionnaires comme nous l'avons fait dans nos deux premières observations et dans d'autres cas similaires. La surveillance de l'opérée a, à ce point de vue une grande importance, afin de pouvoir intervenir avant que la masse ganglionnaire soit trop volumineuse ou trop adhérente.

Le cancer du sein doit de plus en plus et de toute manière rester tributaire de la chirurgie.

Le vidage de la vésicule biliaire

L'importance du facteur duodénal

Par MM. Félix RAMOND et J. DIMITRESCO-POPOVICI

La contractibilité du cholécyste, tour à tour admise puis niée, par divers expérimentateurs depuis le mémorable travail publié par Doyon en 1893, ne fait plus aujourd'hui aucun doute, ni de la part des physiologistes, ni de celle des anatomistes. Les travaux et les recherches expérimentales d'Auster et Crohn, Lieb et Wharter, Diamond, Chiray et Pavel, Villaret, J. Besançon et Marcotte, Loeper, Lemaire et Tauzin, etc., l'ont nettement démontrée.

L'objectivation par l'inscription graphique a couronné toutes ces recherches.

La plupart de ces expérimentateurs se sont contentés d'observer et d'inscrire les mouvements du cholécyste entier, isolé.

Les autres ont travaillé sur un simple lambeau circulaire ou longitudinal du muscle vésiculaire. Doyon, et tout récemment Loeper, Lemaire et Tauzin ont expérimenté, non plus sur la vésicule isolée ; mais *in situ* de manière à ce que le fonctionnement de la vésicule soit aussi voisin que possible de ce qui se passe sur un organisme normal, dans des conditions normales.

Sur l'homme, l'expérience a pu être renouvelée par Dietrich, Gerlach et Hertz, sur la vésicule d'un supplicié. Ces auteurs ont observé des contractions vésiculaires provoquées par le courant électrique ; mais ils avaient travaillé sur la vésicule quelques instants après la mort du sujet.

Bassler, Luckett et Lutz, Vincent Lyon, Friedenwald, Martindale et Kermy, etc., ont cherché les contractions vésiculaires sur des sujets vivants.

Ils ont employé, presque tous, la technique suivante : ils introduisaient une sonde duodénale aux sujets qui devaient être opérés. Après l'anesthésie et la laparotomie, les auteurs tentaient de provoquer le vidage du cholécyste par une solution magnésienne introduite par la sonde duodénale. Jamais ces auteurs n'ont obtenu de résultats positifs et ils expliquent cet échec par l'anesthésie.

En Allemagne et en Amérique du Sud, d'autres expérimentateurs sont arrivés, par le même procédé, à un résultat positif.

Ainsi Pribram d'un côté, Sachs et Ivao Matsuo de l'autre, ont observé, au cours d'une laparotomie sous anesthésie générale, le tube étant préalablement introduit dans le duodénum, l'apparition provoquée d'une bile B typique, sortant par la sonde et, en même temps, la diminution progressive du volume de la vésicule.

Pribram rapporte qu'il a vu des contractions vésiculaires distinctes.

Ivao Matsuo introduisait une sonde duodénale, 24 heures avant une laparotomie et recueillait, après l'injection de sulfate de magnésium, 80 cc. d'une bile B typique. La vésicule, pendant ce temps, diminuait de volume, sans contractions apparentes, jusqu'à un quart de son volume primitif. A ce moment, l'expérimentateur injectait de nouveau dans la vésicule une quantité de 40 cc. d'une solution colorante. Ce liquide colorant ne s'écoulait par le tube d'Einhornn qu'après une nouvelle excitation par le sulfate de magnésie.

Lorsque dans cette expérience, par un vice de technique, l'auteur pousse la solution magnésienne dans la troisième portion duodénale, l'excitation reste sans effet. Pour que l'expérience soit positive, il faut la recommencer en plaçant l'olive de la sonde d'Einhornn au niveau de l'ampoule de Vater.

Plus récemment, Schikinami et Hendricksohn, puis Mann, ont repris et complété ces recherches physiologi- sur la vésicule humaine.

***

Le but de notre travail est de montrer quelle est la part du duodénum, comme facteur dans le vidage de la vésicule biliaire, et quelles sont les déductions cliniques et thérapeutiques qui en découlent.

En expérimentant sur un nombre appréciable de chiens, nous avons cherché et obtenu ce qui suit :

Sur quatre chiens, nous avons essayé de provoquer le vidage de la vésicule de l'animal, préalablement chloralosé. Nous avons introduit la sonde d'Einhorn dans le duodénum par une boutonnière stomacale et nous avons injecté par cette sonde 25 cc. de sulfate de magnésium à 33 %. Dans tous les cas, nous avons obtenu après 5 à 30 minutes de la bile vésiculaire.

Sur six chiens, nous avons tenté de provoquer le vidage de la vésicule biliaire découverte, soit par la chaleur (39°, 46° et 48°) soit par une excitation électrique par un courant continu à 40 v. Des contractions ont pu se voir, mais nous n'avons pas obtenu un vidage appréciable de la vésicule ; le liquide duodénal s'écoulant par la sonde introduite, comme dans les expériences précédentes, n'a toujours été que légèrement teinté en jaune, et nous n'avons jamais pu obtenir une bile vésiculaire.

Après cette épreuve négative, nous avons obtenu un vidage de la vésicule dans 4 cas sur six chiens, par l'introduction de la solution magnésienne.

Dans 4 cas, nous avons procédé à l'isolement complet de la vésicule, la communication entre la vésicule et le cystique étant faite par l'intermédiaire d'un mince tube de verre. Sur ces quatre chiens, nous avons obtenu un vidage assez manifeste de la vésicule, après l'introduction de 25 cc. de magnésie dans le duodénum.

Enfin, sur quatre autres chiens, nous avons procédé à l'isolement du canal cystique en le mettant en communication, non plus avec la vésicule proprement dite ; mais avec une baudruche en caoutchouc de dimensions à peu près égales à celle de la vésicule du chien expérimenté. La fausse vésicule est remplie, soit par la bile que nous avons extraite de la vraie vésicule, soit par une substance colorante (bleu de méthylène). Une fois ces opérations accomplies, nous introduisons les 25 cc. de solution magnésienne, et, dans tous les cas, nous avons obtenu l'évacuation quasi-complète de cette baudruche, qui avant la provocation par la sonde duodénale restait pleine.

Les conclusions se tirent d'elles-mêmes de nos expériences :

La part que prend le duodénum dans le vidage expérimental de la vésicule nous semble évidente. Loin de nier les contractions de la vésicule, que nous avons pu constater nous-mêmes, nous voyons que le vidage de cette vésicule est plutôt fonction des contractions duodénales.

L'excitation duodénale, par la solution magnésienne ou par toute autre substance cholagogue, agit de la façon suivante :

Tout d'abord, il y a une distension duodénale due à la substance introduite, qui doit toujours avoir un certain volume.

Dans nos recherches, en collaboration avec M. Chêne, pour provoquer le vidage vésiculaire par l'insuline, nous nous sommes aperçus que cette insuline, pour donner une épreuve Meltzer-Lyon positive, devait être mise dans un véhicule de plus de 20 cc.

Après cette distension duodénale, qui relâche en même temps le sphincter d'Oddy et qui attire un peu de bile des voies biliaires et de suc pancréatique, le duodénum se contracte pour chasser ce contenu, plus ou moins irritant. Il se distend à nouveau, le sphincter se relâche, et par cette deuxième distension, provoque une pression négative, qui attire l'afflux biliaire ; et comme la bile des canaux biliaires ne lui suffit pas pour neutraliser cette pression négative, la bile vésiculaire commence à être attirée.

C'est à ce moment que l'écoulement de cette bile B, par notre sonde duodénale, débute.

Cet écoulement de la bile vésiculaire, est facilité par la disposition anatomique des canaux biliaires et par la disposition même de la musculature du cholécyste.

La fibre musculaire étant douée d'une contractibilité propre et d'un tonus spécial, lorsque la pression négative dans la vésicule, créée par l'aspiration duodénale, s'effectue, cette fibre musculaire se contracte à ce moment et aide la chasse biliaire (1).

La bile est d'abord aspirée par le duodénum, puis poussée par ces contractions, et déversée au fur et à mesure que la pression intraduodénale le lui permet.

Mais le tonus propre de la fibre musculaire du cholécyste, s'oppose à un vidage complet et il reste toujours un résidu biliaire correspondant à environ le quart de la masse primitive.

Le même mécanisme, mais beaucoup moins violent, intervient dans la vidange vésiculaire, au cours des périodes digestives.

La nature des aliments influence le degré de vidage vésiculaire ; un repas graisseux ou riche en peptones est plus actif qu'un repas végétarien.

Dans les périodes interprandiales, un écoulement biliaire très faible est commandé par les mouvements péristaltiques habituels du duodénum, mouvements provoqués par l'écoulement du suc gastrique. Mais cet écoulement biliaire est purement hépatique, la vésicule, à ce moment là, par les mouvements péristaltiques de sa musculature, se contente d'aspirer le surplus de la sécrétion biliaire, qui ne passe pas ainsi entièrement dans le duodénum. De plus, ces mouvements, brassant sans cesse le contenu vésiculaire, favorisent aussi, à n'en pas douter, le développement de cette autre fonction du cholécyste : la concentration de la bile.

***

Pour préciser toutes ces données, nous en avons demandé confirmation à la méthode graphique,

Opérant sur le chien chloralosé, comme dans les expériences précédentes, nous avons abouché le bout duodénal du canal cholédoque à un manomètre à eau, muni d'un flotteur inscripteur. Procédant à l'excitation duodénale avec la solution magnésienne, au but d'un certain temps, variant de 3 à 15 et a 30 minutes, nous avons obtenu un abaissement de la courbe graphique, extrêmement net.

Cet abaissement de la courbe graphique, qui s'effectue tôt ou tard, en rapport avec la vitesse avec laquelle la magnésie a été injectée et le facteur individuel du sujet, correspond à la période d'aspiration duodénale, qui s'effectue, elle aussi, dans le même délai de 3 à 30 minutes.

Sur le même chien, et dans le même temps, nous avons abouché la canule d'un autre manomètre inscripteur à la vésicule biliaire qui se trouve ainsi isolée. Dans ces conditions, ce deuxième tracé graphique ne subit pas de dépression ; ce qui prouve que l'irritation magnésienne du duodénum ne réveille pas les contractions de la vésicule.

Du reste, nous avons refait l'expérience dans des conditions plus simples. Nous avons isolé la vésicule d'un chien, en abouchant, comme précédemment, le cystique dans le tube manométrique, sans placer un autre tube dans le cholédoque. Dans ce cas, l'excitation duodénale n'a pas abouti à réveiller non plus, les contractions du cholécyste et à modifier leur inscription sur le tracé manométrique.

En procédant, dans nos expériences, à la ligature du cystique ou du cholédoque, nous n'avons isolé que le canal et nous avons respecté la gaine celluleuse de ce canal, afin de ne pas interrompre les connexions nerveuses contenues dans cette gaine.

De ces expériences qui confirment nos premières données, il résulte que :

Dans le mécanisme du vidage de la vésicule biliaire, le duodénum joue un rôle important. L'action du duodénum, seule, suffit pour vider la vésicule biliaire ou une vésicule en baudruche, qui, avant l'excitation magnésienne, restait pleine.

L'action aspiratrice du duodénum est nettement saisie sur le graphique d'un manomètre à eau, muni d'un flotteur inscripteur.

Avec la même excitation, nous n'avons pas obtenu de modification graphique du tracé vésiculaire, la vésicule étant préalablement isolée.

Enfin, les contractions vésiculaires ayant un rôle adjuvant et secondaire dans le mécanisme de la chasse biliaire, leur action la plus importante paraît consister surtout dans le remplissage du cholécyste, au cours des périodes interprandiales, dans le brassage de la bile et dans la concentration de celle-ci.

***

D'ailleurs, cette conception du vidage de la vésicule avait été déjà en partie énoncée par Capher et Kadoma ; mais ils n'avaient pas apporté de preuves expérimentales.

D'autres théories sur le même sujet ont été soutenues par de nombreux auteurs ; nous ne les passerons pas en revue, car elles n'ont aucun point commun avec la thèse qne nous défendons (Chiray et Pavel, Cannon, Winkelstein et Aschner, Rost, Whitacker et Edson, Mences et Robinson, Brumenkamph et Damel, etc.).

***

Cette conception nouvelle du rôle du duodénum dans la physiologie de l'écoulement de la bile hépatique et de la bile vésiculaire prend une importance plus grande, si on suppose que le même processus d'aspiration se produise au niveau du canal de Warton, dont les parois rigides, l'absence de sphincter à l'embouchure, donnent à l'aspiration duodénale une action mécanique plus considérable encore.

Mais la contractibilité duodénale peut subir des modifi-

(1) Cette contraction nous a paru se faire en masse, sans trace d'ondulation péristaltique. Celle-ci n'apparaît que lorsqu'il y a obstacle à

rellement, pathologiques. La maladie, disait Claude Bernard, n'étant que l'exagération — ou la diminution — d'un phénomène physiologique.

Le duodénum, en effet, peut être hypertonique ou atonique, soit sur une portion et nous avons surtout en vue ici la portion bulbaire, soit sur toute son étendue.

L'hypertonie duodénale est fréquemment observée. Elle accompagne souvent l'hypertonie gastrique, et, comme elle, peut engendrer l'atonie secondaire, par excès de fatigue des muscles gastriques et duodénaux.

Elle peut être aussi d'origine réflexe déclenchée par la duodénite simple ou ulcéreuse, la périduodénite, la cholécystite calculeuse ou non, l'angiocholécystite et, nous ajouterons d'après quelques faits contrôlés sous l'écran par l'un de nous, les diverses pancréatites.

Donc, l'hypertonie ou l'hyperkinésie duodénale est susceptible, si l'on admet nos conclusions expérimentales précédentes, de provoquer une excrétion biliaire et pancréatique exagérée.

Quelles en peuvent être les conséquences ?

Dans l'estomac, il y a une régurgitation trop marquée de bile et de suc pancréatique mélangés, d'après le processus décrit par Boldyreff. D'où alcalinisation trop intense du suc gastrique, nausées et pituites biliaires.

Sur l'intestin, l'afflux brutal des sécrétions biliaires et pancréatiques est capable de provoquer des désordres péristaltiques intestinaux, d'où la diarrhée prandiale des classiques.

Sur le duodénum lui-même, il y a exagération vraisemblable de la sécrétion humorale duodénale, dont l'action sur l'activité pancréatique et hépatique a été si bien étudié par Bayliss et Starling.

De sorte que l'hyperkinésie duodénale, provoquant une excrétion et une sécrétion exagérées du foie et du pancréas, est capable d'engendrer le surmenage fonctionnel de ces deux glandes.

Le foie s'hypertrophie légèrement, son rebord devient sensible ; n'est-ce pas là un des aspects les plus caractéristiques de l'*hépatisme* de Glénard, dont l'importance pathologique croît de jour en jour ?

Faut-il admettre parallèlement un état pancréatique de même genre, une sorte de *pancréatisme* ?

La chose est vraisemblable.

L'*atonie duodénale* est moins bien connue. L'un de nous, ans son traité des maladies de l'estomac et du duodénum, a été un des premiers à attirer l'attention des cliniciens sur sa fréquence, et son action dans l'étiologie des duodénites et de l'ulcère bulbaire. Notre conception du rôle du duodénum sur l'afflux de la bile et du suc pancréatique en augmente encore l'importance nosologique.

L'atonie duodénale accompagne l'atonie gastrique, elle suit aussi le spasme pylorique, si fréquemment rencontré en pathologie digestive ; elle peut être engendrée enfin, par la duodénite, la périduodénite et toutes les lésions du carrefour.

Les conséquences pathologiques sont faciles à prévoir : troubles dans l'afflux normal de la bile et du suc pancréatique, diminution de la sécrétion de l'hormone duodénale, d'où souffrance de l'intestin, du foie et du pancréas.

L'intestin, ne subissant plus l'excitation physiologique de l'étage supérieur, en conformité avec la grande loi de Pawlow, deviendra atone à son tour, d'où constipation opiniâtre, avec toutes ses fâcheuses conséquences.

La diminution de l'afflux biliaire sera un obstacle à l'absorption des graisses, celle du suc pancréatique à la digestion complète des diverses substances alimentaires ingérées ; d'où troubles de la nutrition plus ou moins accentués.

Le foie ne se dégorgeant plus librement, subira ici une nouvelle congestion, d'ordre passif, et non plus d'ordre actif, comme précédemment. Nous aurons un hépatisme par déficience, alors que dans l'hypertonie nous avions un hépatisme par hyperfonctionnement.

Mais la stagnation biliaire qui en résulte favorisera singulièrement la concentration de la bile et la précipitation des pigments et des sels biliaires ; d'où lithiase hépatique et vésiculaire.

Le pancréas donne lieu aux mêmes considérations physio-pathologiques.

Cette diminution de l'afflux biliaire et pancréatique, par atonie duodénale, peut avoir une autre conséquence fâcheuse : l'infection des voies biliaires et pancréatiques. Normalement, en effet, le contenu duodénal est pauvre en bactéries ; au cours de l'atonie, la flore augmente rapidement en nombre et en qualité. Il est de règle aujourd'hui de ne plus ajouter grande importance à l'infection ascendante des voies biliaires. Tel n'est pas notre avis : nous estimons que l'atonie devient ici un facteur important de l'infection biliaire.

Mais si le fait est encore discutable pour les voies biliaires, il ne l'est plus pour les voies pancréatiques qui s'ouvrent largement dans le duodénum, sans sphincter d'Oddi pour le protéger.

Advienne une infection plus grande dans la cavité duodénale, et une stagnation relative du suc pancréatique dans les canaux de déversement, nous voyons aussitôt se réaliser les conditions les plus favorables de l'infection ascendante.

Aussi, croyons-nous que maintes pancréatites aiguës, subaiguës, chroniques, hémorragiques ou non, sont dues à une atonie duodénale.

Et si l'on considère que certaines de ces pancréatites sont capables d'engendrer à leur tour des états plus ou moins graves, comme le diabète sucré, on ne peut s'empêcher de considérer que le facteur initial de pareils états pathologiques, réside parfois dans un processus banal plus ou moins ignoré par la plupart d'entre nous.

Le duodénum, surtout dans sa portion bulbaire, depuis les travaux de Bayliss et Starling, apparaît de plus en plus comme une autre chose qu'un simple organe de transit gastro-intestinal. Sa sécrétion d'hormones, son action aspiratrice sur la bile et sur le suc pancréatique en font au contraire l'animateur physiologique par excellence de tout le carrefour sous-hépatique.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUSTER et CROHN. — Notes on studies in the physiology of the Gallblader. *Am. journal of the méd.*, 1922, page 345.
2. BAUMANN. — *Progrès médical*, janvier 1931.
3. BASSLER, LUCKETT et LUTZ. — Some experiences with the Meltzer-Lyon, method of draining the biliary system. *Am. journal of the med. sciences*, nov. 1921, page 674.
4. CANNON. — Mechanical factors of digestion. *New-York Longmans Green.*, 1911, page 194.
5. CHIRAY et PAVEL. — La contractilité de la vésicule biliaire. *Journ. de Phys. et de Path. gén.*, 1925, pages 105, 3 8, 593.
6. CHIRAY et PAVEL. — Physiologie de la vésicule biliaire. Traité de Phys., tome III, Masson, 1928.
7. CAPHER et KADOMA. — The regulation of the flow of bile and pancreatic juice into the duodenum. *Aveh. of. int. med*, 1926, page 647.
8. DIETRICH, GERLACH et HERTZ. — *Prager Viertel Jahresschrift*, 1851, page 56.
9. DOYON. — Etude analytique des organes moteurs des voies biliaires chez les vertébrés. Thèse de doctorat ès sciences, Paris, 1893.

10. DEMEL et BRUMELKAMPH. — Ein beitrag' zur funcktion der Gallenblase. *Mitt ausden Grenz der Méd.*, 1924, p. 515.
11. FRIENDENWALD, MARTINDALE et KEARNEY. — Animals experiments on certain phases of the Lyon-Metzer méth. *Journ. of. Metaboli research.*, sept. 1922, pages 349, 360.
12. HIGGINS et MANN. — Observations on the emptying ofthe Gallblader. *Am. Journ. Phys.*, oct. 1926.
13. ICHIYAMA. — Mitt. a. d. medizinichen Facultät des Kaiserlichen Kyushu Universitad Fuknoka Japon, 1925, page 61.
14. KAWASHIMA. — Exp. über die Lyon-probe Zeitsch f. die. Med. Aut., 1923.
15. LOEPER, LEMAIRE et TAUZIN. — L'influence de quelques agents pharmocodynamiques sur la motricité de la vésicule biliaire. *Nutrition*, n° 4, 1931.
16. PRIBRAM. — Zur gewinnung von Blasengalle mittels der W. pept. reflex. *Klinische Wochenschrift*, 1923, page 1590.
17. SACHS et SIMONECK. — *New York méd. Journal*, 1922.
18. ROST. — Die fonctionnelle Bedeutung der Gallenblase. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. Chir.*, 1913, page 710.
19. VILLARET, J. BESANÇON et MARCOTTE. — Recherches pharmaco-dynamiques sur la vésicule biliaire isolée du chien. *Press. ther. et climatique*, 15 sept. 1931.
20 WINKELSTEIN. — Some observations on the fonction of the Gallblader, *Am. Journ. Phys.*, mars 1926.
21. Félix RAMOND et DIMITRESCO-POPOVICI. — Le facteur duodénal dans le vidage de la vésicule biliaire. C. R. Soc. de Biologie, 1932. Séance du 6 février.
22. Félix RAMOND, PAPOVICI et CHÊNE. — L'action cholalogue de l'insuline. C. R. Soc. de Biologie, 12 décembre 1931.
23. WHITAKER. — The mecanisme of the Gallblader and its relations to chole. *Journal of Med.*, 14 mai 1927.

La pneumotomie précoce dans le traitement des abcès aigus du poumon

Par E. BRESSOT

Chirurgien de l'Hôpital Laveran (Constantine)

Après de nombreux travaux parus sur les suppurations pulmonaires et codifiés dans la thèse classique de Kourilsky, après les importantes discussions qui eurent lieu dans les Sociétés de médecine et de chirurgie de Paris et de province nous n'avons pas la prétention d'apporter une solution à une question encore si discutée. Nous voudrions seulement par la publication de quelques faits observés souligner, après d'autres, le caractère indispensable d'une collaboration médico-chirurgicale étroite et suivie si l'on ne veut pas laisser passer l'heure propice de l'intervention.

Et tout d'abord il y a lieu de distinguer les suppurations pulmonaires limitées — les seules que nous ayons en vue ici — des cas de gangrène à forme massive présentant ces énormes foyers de nécrose avec magma de tissus sphacélés qui baignent dans un pus fétide et sont entourés d'une zone ressemblant à l'hépatisation grise de la pneumonie. Ces gangrènes massives, heureusement rares (nous en avons observé un cas rapidement mortel qui ne fut pas opéré) doivent être considérées, avec Kourilsky, comme des formes cliniques spéciales particulièrement virulentes des suppurations pulmonaires. Elles sont le plus souvent mortelles et les cas de guérison dont Baumgartner a rapporté des exemples sont exceptionnels ; ils relèvent alors non de la pneumotomie simple mais de la pneumectomie plus ou moins élargie. Au point de vue bactériologique, ces gangrènes pulmonaires massives se distinguent des autres abcès, qui peuvent être eux aussi gangréneux, puisque l'on y trouve des anaérobies, par une flore anaérobie prédominante particulièrement importante et virulente. Mais on ne peut assimiler entre elles ces diverses formes et il est indispensable de faire d'emblée cette discrimination entre les abcès du poumon fussent-ils gangréneux, mais localisés, et les gangrènes massives du poumon. Il est indispensable également de tenir compte du siège des suppurations pulmonaires, les abcès corticaux ou voisins du gril costal étant surtout justiciables du traitement que nous étudions ici ; ceux qui avoisinent le hile relevant plutôt de la bronchoscopie aspiratrice.

Le diagnostic anatomique et topographique des suppurations pulmonaires n'est pas toujours facile et nous avons pu nous rendre compte au cours d'examens radiographiques répétés que l'image observée et consistant en général en une opacité homogène (nous n'avons noté que deux fois une image hydroaérique nette) laisse parfois subsister bien des doutes. C'est alors qu'il est indispensable, comme le recommande d'ailleurs Baumgartner, de comparer les radiographies de face avec celles de profil ; nous ne saurions trop insister sur ce point dans certains cas. L'examen lipiodolé par injection intratrachéale qui circonscrit l'abcès pourra être dans certains cas un précieux appoint dans la localisation. Mais, de toutes façons, *une opacité qui se maintient identique pendant plus d'un mois sans changement jointe à une persistance des signes d'auscultation qui résistent au traitement médical sont des signes particulièrement importants qui doivent suffire en principe à entraîner le diagnostic.*

Tous nos malades, qui étaient des adultes, ont été opérés à l'anesthésie locale. La position assise, que nous avons employée jusqu'à maintenant, nous paraît devoir céder la place à la position ventrale qui pare au reflux possible dans l'autre poumon du pus accumulé dans les bronches.

Sur cinq cas traités chirurgicalement quatre ont trait à des suppurations aiguës, le cinquième à une suppuration chronique. L'opération pratiquée a toujours été une pneumotomie ; elle nous a donné quatre guérisons et une mort. L'échec s'est produit chez un malade atteint de suppuration chronique. La pneumotomie a été trois fois faite en un temps et deux fois en deux temps : ayant trouvé une plèvre libre, nous avons dû au préalable provoquer l'occlusion de la plèvre et l'accolement du poumon à la paroi au moyen d'une mèche iodée. Toujours l'intervention a été pratiquée après essai loyal et échec du traitement médical poursuivi méthodiquement pendant cinq à six semaines ; teinture d'ail, émétine, sérothérapie antigangreneuse, novarsénobenzol, position déclive.

En dehors du malade atteint de suppuration chronique et que nous vîmes trop tardivement nous nous sommes toujours efforcé de pratiquer l'*intervention d'une façon précoce dès que la phase aiguë primitive avait fait ses preuves et s'était stabilisée.* C'est ainsi que nos malades furent opérés respectivement 45 jours, 57 jours, 50 jours, 46 jours après le début de l'affection. Dans trois cas, la collection s'ouvrait dans les bronches, dans deux autres cas elle était fermée. Nous n'avons pas observé d'hémorragies post-opératoires que l'on rencontre d'ailleurs surtout dans les gangrènes massives.

L'autopsie du malade atteint de suppuration chronique qui datait déjà de plus de six mois quand l'intervention fut faite a montré, outre des lésions de broncho-pneumonie récente du côté opposé, deux petits abcès résiduels anciens situés au-dessus de l'abcès principal et entourés d'une gangue de sclérose. Ils n'avaient pas été ouverts au cours de l'intervention. Cette erreur est souvent commise dans les formes chroniques et explique leurs insuccès.

Sans doute, il existe des cas de suppuration pulmonaire à pneumocoques ou streptocoques sans association de germes putrides qui peuvent, au cours de leur phase aiguë, guérir spontanément ou tout au moins le paraître grâce à une vomique et à l'aide du seul traitement médical ; nous venons d'en observer un exemple, ce qui confirme une fois de plus cette donnée que les abcès à pyogène ont tendance à guérir spontanément tandis que

les abcès putrides passent presque toujours à la chronicité.

Mais combien de temps durera cette guérison encore bien récente ? Ne reste-t-il pas, dans la cavité mal affaissée, des germes aujourd'hui à virulence atténuée qui se réveilleront plus tard à la moindre occasion ? Sergent et Kourilsky rappelaient récemment encore dans les *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire* que ce sont le plus souvent là de fausses guérisons laissant des séquelles plus ou moins latentes qui pourront rentrer en activité après plusieurs mois voire plusieurs années.

De toutes façons, il faut bien admettre que ces guérisons spontanées ne sont pas la règle et que l'on risque, dans la plupart des cas, le passage de l'affection à la chronicité en attendant toujours la vomique libératrice trop souvent incomplète. Or les statistiques sont là pour prouver et le cas que nous avons observé corrobore ces faits, que ces suppurations chroniques ont un pronostic particulièrement sévère et que le traitement chirurgical est précisément dans ces cas grevé de la plus forte mortalité. C'est qu'alors l'abcès n'est plus solitaire, comme dans la majorité des cas aigus ; autour de la poche principale, entourés de bandes de sclérose se trouvent encastrés de petits abcès aérolaires semblables à ceux trouvés dans les suppurations hépatiques, ils ne peuvent être évacués que par une large destruction de toute cette pyosclérose ; mais ces lobectomies plus ou moins totales ne sont pas sans danger chez des malades anémiés et cachectiques, même quand elles sont facilitées par une collapsothérapie, comme le recommande Fontaine.

Dans les formes aiguës au contraire où l'abcès est le plus souvent unique, la pneumotomie à laquelle nous avons toujours donné la préférence, qu'elle soit faite en un temps ou en deux temps, suivant qu'il y a ou non une cavité pleurale libre, *à condition d'être pratiquée d'une façon précoce de cinq à six semaines au maximum après le début des accidents* nous a semblé une opération de drainage facile aussi bénigne qu'une simple collapsothérapie trop souvent inefficace ou insuffisante (1).

(1) Les observations qui correspondent à cette étude ont été présentées détaillées à la Société de chirurgie de Paris (18 novembre 1931).

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique du cœur douloureux, des palpitations et des extrasystoles

Par le Dr GEORGES MARCHAL
Médecin des Hôpitaux

I. Préambule.

Les douleurs attribuées au cœur, les palpitations et les extrasystoles (communément appelées intermittences) s'apparentent assez étroitement les unes aux autres. L'étude de ces troubles comprend presque toute la dystonie neuro-végétative à localisation cardiaque, et déborde largement sur le domaine organique de la cardiologie : ils reconnaissent comme base physio-pathologique un excès de sensibilité des nerfs végétatifs qui s'intriquent dans le plexus cardiaque, et une irritabilité du myocarde.

Les traitements de ces divers troubles cardiaques tendent à se dégager de l'empirisme qui les a longtemps dominés ; et rien n'est plus explicite à cet égard, que les diverses opérations tentées pour guérir radicalement l'angine de poitrine.

Nous nous efforcerons d'indiquer les grandes lignes thérapeutiques des algies cardio-thoraciques, de l'angor pectoris, des palpitations et des extrasystoles, selon des préoccupations analytiques et pathogéniques, pour rendre aussi rationnelles que possible des méthodes qui s'attaquent à des troubles souvent capricieux et imprécis dans leurs frontières. C'est ainsi que les voies sensitives cardio-aortiques, chez l'homme, sont intriquées, inconstantes, et même variables d'un sujet à l'autre.

Normalement les fonctions du cœur ne s'extériorisent en aucune façon dans le champ de la conscience. La manipulation chirurgicale du cœur n'est pas douloureuse. L'on a donc pu prétendre que le cœur était dénué de sensibilité, aphorisme qui ne tenait pas compte des douleurs effroyables de l'angine de poitrine.

Il faut en réalité, distinguer la *sensibilité viscérale* de la sensibilité générale, et de la sensibilité cutanée en particulier. Les fibres sensitives cardio-aortiques empruntent des voies complexes dans la chaîne du sympathique, et ne donnent lieu à des douleurs spéciales, souvent différentes à définir, que sous des influences pathologiques, elles-mêmes particulières, telles que la distension de l'aorte ou du ventricule gauche, l'insuffisance de l'irrigation myocardique, l'intoxication du myocarde, ou des troubles capricieux du rythme (en général extrasystoles). Brown avait conclu, en 1922, que le système végétatif ne pouvait fournir de réponses douloureuses que sous des formes « immédiates, étendues, et imprécises », ce qui résume la plupart des constatations cliniques. Mais Leriche et Fontaine, s'appuyant sur leurs très intéressantes expériences au cours de multiples interventions sur le sympathique cervical, croient pouvoir apporter plus de précisions sur la sensibilité du sympathique : ils affirment que le sympathique possède bien une sensibilité propre, et que « cette sensibilité montre une distribution segmentaire, tout comme la sensibilité spinale mais différente d'elle ».

Enfin une notion doit être mise en relief, aussi bien pour les douleurs précordiales que pour les palpitations et les extrasystoles, c'est la notion d'un seuil d'excitabilité nerveuse, différent d'un sujet à l'autre

Laubry a souligné l'importance de l'*hyperexcitabilité* qui favorise l'éclosion des crises angineuses : il s'agit de susceptibilités particulières au *déséquilibre neuro-végétatif*, acquises à la suite d'émotions répétées ou de surmenage, souvent aussi transmises par hérédité, et il s'agit également d'une *réceptivité psychique*, plus affinée chez les intellectuels et les artistes.

Cette notion assez vague d'hyperexcitabilité englobe encore, dans le sujet qui nous occupe, l'hyperesthésie des nerfs intercostaux et de leurs rameaux, l'exagération d'une des propriétés fondamentales des fibres myocardiques ; enfin la *diffusion* anormale de l'influx nerveux irradiant plus ou moins dans le domaine du sympathique, et d'un métamère à l'autre le long de l'axe cérébro-spinal.

Avant d'aborder les considérations purement thérapeutiques, nous rappellerons schématiquement les caractères essentiels des différents troubles à soigner.

II. Les algies cardio-thoraciques.

Ces douleurs peuvent varier sur une échelle extrêment étendue dans :

leur intensité,
leur siège,
leurs irradiations,
leur durée,
leurs répétitions,
et leur étiologie.

Chaque sujet les éprouve à sa manière, et utilise les comparaisons les plus variées : piqûre légère, simple aga-

cement localisé, point sous-mammaire, brûlure, ou sensation désagréable de fraîcheur ; placard douloureux et tenace. Lorsque la sensation se traduit par les mots de pesanteur ou de crampe, il faut analyser le symptôme avec le plus grand soin pour le distinguer de l'angine de poitrine ; à la longue, certaines algies récidivantes peuvent, en effet, virer à l'angor authentique. Le critère le plus sûr du diagnostic est bien la sensation constrictive, poignante de griffe ou d'étau, ainsi que Laubry y a insisté ; mais rappelons-nous encore que l'algie simple est capricieuse, mobile lorsqu'elle se limite à des points, et plus étalée qu'une douleur angineuse lorsqu'elle se répand dans la région précordiale ; les irradiations n'offrent ni la constance, ni l'importance, ni la fixité de celles qui accompagnent l'angine de poitrine ; le caractère anxieux n'accompagne pas spécialement la crise douloureuse, mais fait partie du fond psychique sur lequel surviennent les crises douloureuses ; et les causes provocatrices n'offrent aucune garantie objective telle que l'effort identique, ou la distension ventriculaire, qui déclenchent une crise angineuse.

Les algies cardio-thoraciques pures nous cantonnent dans les limites de la *neurotonie*, avec ses innombrables nuances fonctionnelles, et ses bizarreries psychiques. Le *tempérament* doit être considéré avec toutes ses conditions : de sexe, d'âge, de profession et de vie mondaine ; de troubles endocriniens, d'émotions, de chagrins familiaux, de soucis pécuniaires. Cette enquête doit être conduite avec beaucoup de délicatesse, et prépare puissamment l'action psychothérapique si utile à ces malades.

Sans attacher d'importance absolue au schéma d'Eppinger et Hess, la clinique permet toutefois d'affirmer chez les neurotoniques, soumis aux algies précordiales, aux extrasystoles, aux spasmes vasculaires, une prédominance tantôt *vagotonique*, tantôt *sympathicotonique*. Chez les uns, la pâleur habituelle, la tendance aux nausées, des brûlures gastriques correspondant à des poussées d'hyperchlorhydrie, de l'aérophagie, ou encore des crises asthmatiques, la prédisposition aux syncopes, un ralentissement sinusal des battements cardiaques, ou l'hypotension artérielle dénotent la vagotonie. Chez d'autres, l'émotivité est plus vive, les réactions vaso-motrices sont plus intenses, le pouls instable devient volontiers tachycardique : la sympathicotonie prédomine.

L'*épreuve végétative de l'atropine* en injections intraveineuses, créée par Danielopolu, permet de fixer objectivement, selon les modifications des battements du cœur, la déviation de chacun des deux tonus, sympathique et parasympathique ; et la comparaison des valeurs absolues de ces tonus constitue un guide précieux dans la recherche d'une thérapeutique rationnelle.

Enfin, il importe de préciser les *causes toxi-infectieuses*, susceptibles d'accentuer momentanément le degré de la neurotonie envisagée, et facilement curables : par exemple la convalescence d'une grippe, anodine en apparence, et la tolérance défectueuse du tabac ou des boissons alcoolisées.

III. Angine de poitrine

La douleur angineuse est facile à diagnostiquer, lorsqu'elle s'entoure de tous ses attributs : caractère atroce, poignant et constrictif, clouant le malade sur place, siège rétrosternal plus ou moins bas situé jusqu'à la limite de l'épigastre, irradiations étendues et à peu près identiques chez le même malade, angoisse subite et profonde liée à l'évolution de la crise, et comparée au vent de la mort. Mais souvent quelques-uns de ces traits si nets dans le schéma des descriptions, s'estompent ou font défaut ; et nous retombons alors dans les formes de transition avec les algies cardio-thoraciques, où diagnostic et pronostic ne peuvent s'affirmer que d'après les transformations évolutives.

Les circonstances étiologiques concourent aussi à distinguer l'angor, toujours exposée à la mort subite, de la simple algie précordiale, relativement bénigne. L'angineux (dans la majorité des cas, il s'agit d'un homme) a généralement dépassé la quarantaine, et il a payé de lourds tributs aux *multiples toxi-infections de la vie* : polyscléreux, fort fumeur, assez souvent syphilitique (un cas sur trois dans la statistique de Gallavardin), et parfois goutteux, il présente, à l'examen général, des troubles davantage lésionnels que fonctionnels. Et pourtant, l'on a dû abandonner la conception si claire de Huchard de l'angine vraie, toujours liée à des lésions de coronarite : aux autopsies, l'on ne trouve qu'inconstamment l'atrésie d'une coronaire, à son embouchure, ou dans son trajet intracardiaque.

On a invoqué à nouveau la notion de *spasme*, si importante en pathologie vasculaire, et par cette hypothèse l'on a fait retour aux facteurs fonctionnels, c'est-à-dire neurotoniques : l'influence déclenchante des émotions ; et l'association à des spasmes vasculaires multiples (syndrome de Raynaud, spasmes de l'artère centrale de la rétine, claudication intermittente, et éclipses cérébrales) étaient d'ailleurs, en clinique, des faits indubitables.

En dépit des controverses toujours renouvelées, bien des obscurités nous masquent encore la pathogénie des angines de poitrine. La théorie coronarienne, à l'honneur avec les conceptions de Potain et de Huchard, puis longtemps délaissée, a repris une nouvelle importance grâce aux travaux contemporains sur l'*infarctus du myocarde* et sur l'électro-pronostic (déformations de R, et surtout aplatissement et inversion de l'onde T) : elle règne actuellement en Allemagne, et a été prise en très large considération par Gallavardin et par Clerc.

Vaquez, dont la description magistrale des angines d'effort et des angines de décubitus a été un précieux fil conducteur dans une question fort embrouillée, invoque tantôt des lésions des coronaires et de la zone sus-sigmoïdienne, particulièrement sensible, tantôt une distension du ventricule gauche. Beaucoup d'auteurs, en France restent également éclectiques, avec Laubry, et avec Lian.

Nous rappelons brièvement les groupes étiologiques, si clairement établis par notre maître Laubry :

1° Lésions de l'aorte et des coronaires ;
2° Insuffisances ventriculaires gauches, d'origine organique ou fonctionnelle ;
3° Lésions du péricarde et du médiastin ;
4° Causes réflexes et toxiques.

IV. Les palpitations.

D'après la définition de Laënnec, ce sont des battements de cœur, sensibles et incommodes pour le malade. Cette perception anormale est presque toujours passagère, mais se réveille plus ou moins facilement chez les sujets qui en sont atteints.

Selon la remarque de Huchard, les palpitations, agaçantes, mais peu ou nullement douloureuses, ne traduisent pas, en général, des lésions organiques du cœur.

Nous retrouvons les neurotoniques, tristes privilégiés de la sensibilité, qui guettent et analysent minutieusement leurs palpitations ; qui s'en inquiètent et harcèlent les médecins, par leurs écrits et leurs coups de téléphone ; qui arrivent enfin à entretenir, et à aiguiser leurs crises de palpitations par leur inquiétude.

Les palpitations sont ressenties aussi bien en cas de rythme normal qu'en cas d'arythmies. Dans la première éventualité, l'éréthisme des battements cardiaques réalise une prédisposition importante.

Parmi les arythmies, la fibrillation auriculaire ne se traduit presque jamais sous forme des palpitations, sauf dans certaines modalités de début, c'est-à-dire dans les crises de tachy-arythmie.

La tachycardie paroxystique ne donne lieu à des palpitations qu'à l'instant précis de son déclenchement, et moins constamment à son déclin : il s'agit d'extrasystoles, étroitement apparentées à la tachycardie paroxysti-

que, dont la sensation de déclic annonce la crise, et qui peuvent en couronner la terminaison.

Mais de toutes les arythmies, c'est la plus banale qui est presque toujours ressentie, à savoir l'extrasystolie.

V. Extrasystoles.

Les extrasystoles, contractions prématurées et anormales du cœur, presque toujours hétérogénétiques, ont été longtemps appelées intermittences, et faux-pas du cœur.

Lorsqu'elles sont perçues par un système nerveux affiné, elles donnent lieu à des *palpitations*, mais aussi à des *sensations plus précises*, qui peuvent se teinter de toutes les nuances possibles de la douleur.

Le choc supplémentaire, correspondant à l'extra-contraction, peut devenir un coup pénible, un pincement ou même une douleur assez aiguë.

La sensation d'arrêt du cœur peut être comparée à un « vide » passager, d'autant plus qu'il s'y joint volontiers une répercussion cérébrale, sorte de flottement psychique ou d'étourdissement, pouvant aller jusqu'à la lipothymie en cas de bradycardie, de bigéminisme, ou de sclérose artérielle.

Le coup de bélier terminal traduit la post-extrasystole, et peut constituer le seul élément douloureux de la perception.

Parfois l'extra-systole s'associe à une algie précordiale, et peut même aboutir à l'angine de poitrine ou à la syncope.

La physio-pathologie de l'extrasystolie a d'abord été précisée expérimentalement, à la suite des travaux fondamentaux de Marey, et d'Engelmann. Puis les tracés mécaniques et l'électro-cardiographie, ont permis l'analyse très fine de toutes les variétés d'extrasystoles.

Retenons la notion essentielle d'une *augmentation d'excitabilité* du myocarde, avec l'inefficacité de la systole normale, qui devrait suivre l'extra-contraction mais qui tombe généralement dans la période réfractaire (ou d'inexcitabilité périodique du cœur) : cette attente prolongée du stimulus efficace correspond à la « pause compensatrice ». Lorsque, par exception, la période réfractaire est très brève, et qu'il y a bradycardie, l'extrasystole peut être interpolée, ou encore décalante, par rapport au rythme normal.

L'électro-cardiogramme signe l'origine hétérope des extrasystoles :

Ventriculaire (cas le plus fréquent)
Auriculaire ou nodal } de pronostic plus réservé

Il montre également s'il existe un ou plusieurs centres d'excitation anormale : la seconde éventualité, plus rare, est un indice de gravité.

Ainsi, parmi les variétés, graphiques ou cliniques, des extrasystoles, seules nous intéressent celles qui orientent notre pronostic dans le sens d'un trouble grave des fonctions myocardiques, ou d'un trouble nerveux, superficiel et vraisemblablement insignifiant. A cet égard, les extrasystoles permanentes, agminées, le bigéminisme, et les extrasystoles apparaissant brusquement chez le vieillard, doivent encore être retenues comme des présomptions de gravité.

Mais l'extrasystole, considérée uniquement en elle-même, ne suffit pas à étayer un pronostic. Nul symptôme n'est plus ambigu en cardiologie, et l'analyse de ses caractères doit toujours être largement confrontée avec le contexte clinique : troubles objectifs et fonctionnels du cœur, et de la circulation périphérique, réactions endocriniennes neurotoniques et psychiques, antécédents, tempérament général, habitudes de vie, intoxications. L'extrasystole, « symptôme à tout faire » représente un précieux complément dans l'examen d'un malade ; mais elle ne doit jamais être envisagée, ni traitée isolément.

Dans la chaîne des troubles, que nous avons schématiquement isolés, prennent place de nombreux cas litigieux, *d'association*, et de *transformation évolutive* : c'est l'art du clinicien que de tracer les parts respectives des neurotonies et des cardiopathies.

Pour nous résumer, les algies cardio-thoraciques et les palpitations nous aiguillent plutôt vers la neurotonie ; l'extrasystolie oscille, selon les cas, de la simple neurotonie à la déchéance la plus profonde du cœur ; et l'angine de poitrine oriente vers des lésions cardio-aortiques.

VI. Traitement des algies et des palpitations.

Vis-à-vis de la *neurotonie*, nous disposons d'un riche arsenal de drogues, dont certaines semblent agir électivement sur les systèmes sympathique et parasympathique ; par exemple, selon les traités classiques : l'atropine, qui inhibe le parasympathique ; la pilocarpine, qui excite le parasympathique ; l'ésérine, qui inhibe le sympathique et l'adrénaline, qui excite le sympathique.

Mais les travaux contemporains ont montré une action beaucoup plus complexe de chacune de ces drogues, telle que l'intoxication du myocarde par les fortes doses d'atropine, et telle que la réversibilité des effets pharmacodynamiques selon les doses, et selon l'état préalable du système neuro-végétatif à soigner (*amphotropisme* décrit par Danielopolu, et concernant aussi bien les médicaments que les réflexes de la vie végétative).

L'on commencera par des essais rationnels, selon que les recherches cliniques et biologiques indiquent la prédominance (absolue ou relative) de l'un des deux grands systèmes végétatifs.

1. **Dans la sympathicotonie**, l'*ésérine* est surtout indiquée, sous la forme d'un seul sel, le salicylate d'ésérine, dont la solution a été préconisée par Moutier pour qu'un milligramme corresponde à L gouttes.

Solution

Salicylate d'ésérine	1 centigramme
Eau distillée	1 cmc. 5
Glycérine	3 cmc. 5
Alcool à 95°	Q. S. p. 10 cmc

A mettre dans un flacon teinté.

De X à XXX gouttes au maximum, une demi-heure avant les trois repas. L'état nauséeux et la courbature lombaire marquent la limite de tolérance.

D'après la formule de Surmont, Polonowski et Nitzberg, qui consiste à atténuer la toxicité des alcaloïdes en leur ajoutant une fonction aminoxyde, il est préférable d'employer la *génésérine* (granules de 1/2 milligramme) : de deux à six granules par jour.

2. **Dans la vagotonie**, c'est la *belladone* ou son alcaloïde essentiel l'*atropine* ; et souvent aussi la *jusquiame* (agissant par l'atropine, l'hyoxyamine et la scopolamine) qu'il faut utiliser.

L'extrait alcoolique de feuilles sèches de jusquiame fait partie des classiques *pilules de Meglin*.

Extrait de valériane	āā 5 centigrammes
Extrait de jusquiame	
Poudre d'oxyde de zinc	

De une à quatre pilules par jour.

L'on peut varier les associations de la jusquiame et de la belladone avec les autres sédatifs nerveux, par exemple :

Pilules

Bromhydrate de quinine	0 gr. 10 cgr.
Extrait de crataegus	0 gr. 05 cgr.
Extrait de jusquiame	1 ou 2 centigrammes

Deux ou trois pilules par jour.

Personnellement, je débute par des doses d'extrait de jusquiame très inférieures à celles du Cotex, quitte à les augmenter progressivement, s'il n'apparaît ni sécheresse de bouche, ni troubles visuels : en effet, selon les pharmacies qui les conservent, des extraits frais ou anciens ne sont pas également chargés en alcaloïdes.

Autre formule :

Pilules

Valérianate de quinine........	0 gr. 05 cgr.
Extrait de belladone.......... ⎫ Poudre debelladone.......... ⎭	ââ 1 centigramme

Deux à trois pilules par jour.

Pilules

Sulfate d'atropine...........	1 demi-milligramme
Chlorydrate de papavérine....	2 centigrammes
Extrait de gentiane	Q. S.

2 ou 3 pilules par jour.

Exemples de mixture :

Mixture

Teinture de jusquiame....... ⎫ Teinture de cratœgus......... ⎭	ââ 10 grammes
Liqueur ammoniacale anisée ..	5 grammes

Deux ou trois fois par jour : XV gouttes dans un peu d'eau.

Mixture

Teinture de belladone .... ⎫ Teinture de jusquiame .... ⎭	ââ 10 grammes

De VIII à XV gouttes avant chacun des trois repas.

3. En cas d'insuffisance des traitements précédents, et dans les cas de neurotonie difficiles à préciser. — On utilisera, suivant les combinaisons les plus variées : les bromures, la valériane, le camphre monobromé, les dérivés de la série barbiturique, (surtout le luminal et le gardénal), le cratægus et la passiflore ; nous ne pouvons citer ici tous les extraits végétaux qui ont été préconisés.

Potion

Bromure de potassium........ ⎫ Bromure de sodium........... ⎭	ââ 7 gr. 50
Sirop d'écorces d'oranges amères	75 grammes
Eau distillée	Q. S. p. 300 gr.

De une à trois cuillerées à soupe par jour.

Solution

Bromure de potassium .... ⎫ Iodure de potassium .... ⎭	ââ 7 gr. 50
Eau distillée	Q. S. p. 300 gr.

De une à trois cuillerées à soupe par jour.

Ou : *Solution*

Bromure de calcium	10 grammes
Eau distillée..................	Q. S. p. 100 gr.

Deux ou trois cuillerées à café par jour.

Potion

Teinture de passiflora......... ⎫ Teinture de cratægus .... ⎭	ââ 3 grammes
Extrait de valériane...........	4 grammes
Hydrolat de menthe	Q. S. p. 100 gr.

De une à trois cuillerées à café par jour.

Cachets

Théobromine..................	0 gr. 20 cgr.
Camphre monobromé..........	0 gr. 10 cgr.

Deux cachets par jour.

Le *gardénal* peut réussir à doses infimes (un ou deux comprimés de un centigramme par jour), ou doit être donné à raison de deux à trois comprimés de cinq centigrammes par jour.

L'association gardénal et belladone a été spécialisée sous forme de comprimés.

Pilules

Bromhydrate de quinine.......	0 gr. 10 cgr.
Extrait de cratægus...........	0 gr. 05 cgr.
Gardénal	2 centigrammes

Pilules

Valérianate de quinine	0 gr 05 cgr.
Chlorydrate de papavérine.....	3 centigrammes
Extrait de belladone......... ⎫ Poudre de belladone......... ⎭	ââ 1 centigramme

Deux pilules par jour.

Ces pilules qui utilisent l'action antispasmodique de la *papavérine* (alcaloïde le moins toxique de l'opium) sont surtout réservées aux algies tenaces, qui font redouter le passage à l'angine de poitrine.

Pour arriver à la sédation durable des algies et des palpitations, il faut un certain tâtonnement dans le choix, les doses, et les associations de ces médicaments.

4. Traitements endocriniens associés. — Il faut aussi tenir compte de la *solidarité neuro-endocrinienne*, et bien souvent associer un traitement glandulaire.

Le cas le plus fréquent, et peut-être le plus facile, est la *ménopause*, surtout pénible lorsqu'elle a été provoquée prématurément (castrations pour salpingites). En même temps que les sédatifs du système organo-végétatif, l'on prescrira de l'extrait d'ovaire ou de la folliculine, en injections sous-cutanées ; ou plus simplement une spécialité à base de folliculine, par la bouche.

Lorsque la sympathicatonie s'associe à de l'hyperthyroïdie pour constituer un *syndrome basedowien*, l'on peut prescrire du sérum de chèvre éthyroïdée, à prendre *per os*.

En cas d'*hypothyroïdie*, l'on ordonnera de l'extrait thyroïdien (de un à dix centigrammes) par la bouche, en surveillant de près les effets sur le pouls et la tension artérielle. Assez souvent l'extrait thyroïdien doit être associé à l'extrait ovarien.

Lorsque le déficit endocrinien paraît complexe, l'on essaiera prudemment des associations à base d'extrait surrénal, d'extrait hypophysaire, d'extrait thyroïdien.

5. Cure hygiéno-diététique. — Enfin le rôle du médecin doit s'exercer dans l'établissement d'un *régime exempt de toxiques*, mais sans sévérités inutiles, et approprié à chaque sujet. On diminue ou l'on supprime l'usage du tabac, des boissons alcoolisées et des condiments. On régularise les heures de sommeil.

Les ressources de l'*hydrothérapie* constituent presque toujours d'utiles adjuvants.

L'*activité physique* à recommander est assez variable. Une occupation assez absorbante guérira certains oisifs mieux que toutes les drogues ; un sport pourra provoquer aussi des améliorations inattendues ; alors que chez un surmené, seul le repos absolu avec changement d'air est susceptible d'obtenir la détente favorable.

Psychothérapie

Quant au *psychisme*, il doit être pris en considération dans chaque cas particulier. Le médecin subira sans impatience les longues doléances de ces patients : dans la surabondance des paroles et des écrits, il démêlera les principales épines irritatives de cette sensibilité affinée et déséquilibrée.

Il n'hésitera pas dans ses prescriptions, dont il précisera toutes les modalités, telles que l'heure où les médicaments doivent être ingérés.

Il rassurera ces perpétuels inquiets en des termes facilement intelligibles, tantôt vagues et tantôt assez précis selon la mentalité de ceux qui guettent toutes ses paroles et toutes ses attitudes. Il doit sentir la confiance naître au fur et à mesure de ses explications, voir les traits du patient se décontracter, recueillir enfin les preuves immédiates d'un apaisement moral qui préparera le terrain à des améliorations plus durables.

6. Lorsqu'à la neurotonie s'ajoute une part d'insuffisance cardiaque, l'on adjoindra aux traitements précédents des toni-cardiaques à petites doses par la bouche, par exemple de V à VIII gouttes de digitaline au 1/1.000e par jour, ou deux granules de un milligramme d'extrait de strophantus par jour ; parfois en association ou en alternance avec l'ésérine, qui selon de Meyer, activerait les toni-cardiaques.

Pilules

Bromhydrate de quinine.......	0 gr. 05 centigr.
Poudre de feuilles de digitale...	4 centigr.
Extrait de belladone	1 centigr.

Deux pilules par jour.


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex _ PARIS IVe

Mixture

Teinture de digitale..........	àà 10 grammes
Teinture de belladone........	

De X à XX gouttes, deux fois par jour.

Mixture

Teinture de strophantus......	àà 5 grammes
Teinture de belladone........	
Teinture de cratægus	10 grammes

XV gouttes, deux fois par jour.

VII. Traitement des extrasystoles

Selon qu'elles sont liées à un tableau de neurotonie pure, de cardiopathie invétérée, ou à une association neuro-organique, l'on utilisera :

1° Tantôt la gamme des *sédatifs nervins*, avec adjonction d'opothérapie et de psychothérapie, exactement selon les données précédentes ;

2° Tantôt un *traitement toni-cardiaque*, allant parfois jusqu'aux injections intra-veineuses d'ouabaïne ;

3° Tantôt un *traitement mixte*.

Pourtant nous rappelons le caractère éminemment capricieux et décevant des extrasystoles ; et nous insistons sur certains points particuliers de leur thérapeutique.

Les *influences étiologiques sont relatives*, et même aisément *réversibles*. Le tabac, les bons repas, et la fatigue multiplient les extrasystoles chez certains malades ; mais il n'est pas rare que d'autres se sentent soulagés par un bon cigare, un dîner fin, où une excursion en montagne. Ainsi, devons-nous éliminer tout parti-pris lorsque ces sujets nous consultent sur le régime et les précautions à suivre: plus que tout autre trouble en cardiologie l'extrasystolie commande une adaptation extrêmement souple des ordonnances.

Le *sulfate de strychnine*, préconisé par Wenkebach, à dose progressive de un, deux et trois milligrammes par jour, peut avoir des effets favorables.

La *digitale*, maniée à doses minimes, presque homéopathiques, doit être essayée par courtes périodes dans tous les cas d'extrasystoles.

Récemment, l'école de Montpellier a préconisé le *marrube blanc*, ancien traitement en honneur pour les bronchites. L'extrait alcoolique, à dose de 0 gr. 20 par injection, et à dose de 0 gr. 50 centigr. à 1 gr. 50 par la bouche, donne des succès assez nombreux, mais qui cessent dès l'interruption du médicament.

Enfin une place de choix revient à l'*atropine*, mais dans des conditions peu pratiques : l'injection intra-veineuse de sulfate d'atropine (demi-milligramme par demi-milligramme jusqu'à la dose de 2 à 3 milligrammes) supprime presque à coup sûr toutes les extrasystoles, ainsi que nous l'avons vérifié plusieurs fois avec Heim de Balsac, mais il faut atteindre des doses relativement toxiques, et la suppression est purement momentanée. Les injections sous-cutanées, plus maniables, sont moins efficaces, et exposent aux mêmes accidents toxiques (troubles de la vue, sorte d'ébriété et sécheresse bucco-pharyngée).

VIII. Traitement de l'angine de poitrine

Le traitement, encore bien imparfait, doit être envisagé au moment même de la crise, et dans les périodes intercalaires.

Durant la crise, il faut user de deux thérapeutiques d'urgence : le nitrite d'amyle et la morphine.

Le *nitrite d'amyle* a été longtemps le plus employé des nitrites organiques vulgarisés dès 1884 par Mathew Hay.

Les ampoules contenant quelques gouttes de nitrite d'amyle permettent d'en répandre IV gouttes environ sur un mouchoir, et le produit très volatil s'absorbe immédiatement par inhalation.

On reproche au médicament une action brutale, non mesurée, et des réactions pénibles, consécutives à la bienfaisante vaso-dilatation. Néanmoins, nombre de malades, qui savent à quoi s'en tenir sur les dangers de l'angine de poitrine, ne se séparent jamais de quelques-unes de ces ampoules. Tout médecin, à la consultation duquel un cardiaque peut être saisi d'une crise angineuse, doit également avoir quelques ampoules à portée de main.

La *trinitrine* (au 1/100e) est présentée sous forme de dragées spécialisées, contenant deux gouttes de trinitrine au 1/100e et deux centigrammes de caféine.

C'est Vaquez qui a institué l'association de la trinitrine, de la caféine (luttant contre l'action parfois brutale de la trinitrine), du sirop d'éther et de l'héroïne, dans la même potion. Vaquez pense aussi que l'ingestion de trinitrine, plus ménagée que l'inhalation de nitrite d'amyle, expose moins le malade au retour des crises. Voici deux formules de potion.

Potion

Solution alcoolique de trinitrine au 1/100	LX gouttes
Chlorhydrate d'héroïne	6 centigr.
Caféine................................	1 gramme
Benzoate de soude.....................	2 grammes
Sirop d'éther.........................	20 grammes
Eau .... Q. S. p.	100 grammes

Une ou deux cuillerées à café, au début de la crise.

L'élimination assez rapide permet de renouveler l'emploi de la potion plusieurs fois par 24 heures.

Potion

Solution alcoolique de trinitrine au 1/100	LX gouttes
Chlorhydrate d'héroïne...............	5 centigr.
Eau de laurier-cerise	20 grammes
Eau	80 grammes

Une cuillerée à café au moment des crises.

La *morphine* (un centigramme en injection sous-cutanée, que l'on peut pratiquer au niveau d'un espace intercostal gauche) est assez souvent le seul remède souverain de la crise.

L'adjonction de un quart de milligramme ou un demi-milligramme de sulfate d'atropine évite les vomissements.

Lorsque l'angine correspond à l'*angine de décubitus*, décrite par Vaquez, plus ou moins intriquée à de l'œdème pulmonaire aigu, ou à de l'asthme cardiaque, il y a souvent intérêt à pratiquer une petite saignée, à l'aiguille, puis à injecter dans la veine de la saignée un huitième de milligramme d'ouabaïne.

Danielopolu, considérant que l'angor traduit toujours une déchéance du myocarde par intoxication croissante, propose, dans tous les cas d'angine de poitrine, cette injection intra-veineuse d'ouabaïne à faibles doses répétées (un huitième de milligramme par injection). Personnellement, nous estimons qu'il y a intérêt dans nombre de cas, même lorsque l'évolution n'a jamais dénoté jusqu'alors d'insuffisance cardiaque, à pratiquer une injection intra-veineuse de un huitième de milligramme d'ouabaïne, et de ne la répéter que si elle a été bien tolérée et inoffensive ; les classiques, dans leur crainte des toni-cardiaques durant la crise angineuse n'avaient pas toujours tort, et, en certains cas, le strophantus ou la digitale tendent plutôt à exacerber la douleur.

Comme les alcaloïdes amphotropes, l'injection d'ouabaïne peut exercer une action réversible sur un myocarde en état de souffrance et il est prudent de s'en tenir aux seuls résultats d'observation clinique plutôt qu'à des théories absolues.

Un exemple frappant est l'infarctus du myocarde, où la douleur atroce et prolongée doit être combattue par les injections répétées de morphine, alors que malgré l'insuffisance cardiaque aiguë et l'état de choc, l'injection immédiate d'ouabaïne par voie intraveineuse paraît nuisible dans la majorité des cas, et risque de provoquer la rupture du cœur.

Dans les intervalles des accès

A. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX. — Il cherche : 1° A abaisser l'hyperexcitabilité du plexus cardiaque et des voies de conduction sympathique vers les racines rachidiennes.

2° A combattre ou à prévenir l'insuffisance cardiaque.

3° A traiter les diverses étiologies.

1° *Traitement symptomatique.* — On prescrira des *sédatifs*, comme dans une simple neurotonie. Voici quelques exemples de formules plus particulièrement adaptées :

Pilules

Valérianate de quinine..........	0 gr. 20 centigr.
Chlorhydrate de papavérine.....	2 centigr.
Extrait de belladone...........	1 centigr.

Deux ou trois pilules par jour.

Ces pilules, bienfaisantes en certains cas, peuvent parfois réveiller l'élément douloureux, car la papavérine, très vantée récemment, peut, elle aussi, avoir une action thérapeutique réversible.

Cachets

Salipyrine......................	0 gr. 20 centigr.
Sulfate de quinine.............	0 gr. 15 centigr.
Phénacetine....................	0 gr. 05 centigr.
Caféine........................	0 gr. 02 centigr.
Poudre d'opium................	1 centigr.

Deux cachets par jour.

Cachets

Aspirine................ }	ââ 0 gr. 40 centigr.
Théobromine............ }	
Poudre d'opium............	1 centigr.

Deux cachets par jour.

Cachets

Théobromine..................	0 gr. 30 centigr.
Gardénal......................	3 centigr.

Deux cachets par jour.

Le *gardénal*, d'abord préconisé par Sézary, peut donner d'excellents résultats, associé ou non à la belladone.

L'*acétyl-choline* utilisée comme antispasmodique en injections sous-cutanées de dix centigrammes n'a donné que des succès très inconstants.

Les injections sous-cutanées de *certains extraits pancréatiques* n'ont été suivies, dans l'angine de poitrine, que de succès encore plus inconstants.

Les effets de ces drogues, extrêmement variables selon les sujets, imposent d'en essayer l'emploi avec prudence, et sans la moindre obstination.

2° *Traitement cardiaque.* — Les menaces d'insuffisance myocardique indiquent l'usage plus ou moins intense des toni-cardiaques : digitaline per os, ou ouabaïne en injections intraveineuses.

3° *Traitement étiologique.* — Enfin une étiologie dûment reconnue indique des traitements particuliers.

L'*iode* sous toutes ses formes chez les polyscléreux :

Iodure de potassium de 1 à 4 grammes. Peptones iodées pour éviter au maximum les accidents d'iodisme. Solutions aqueuses d'iodure de sodium, en injections sous-cutanées de 20 à 30 cmc., qui paraissent également sédatives de l'élément douloureux.

Huile iodée spécialisée, à la dose de 3 cmc. en injection intramusculaire, deux ou trois fois par semaine. Solutions sursaturées en iode, recommandées en injections intraveineuses par Lian.

Ainsi les diverses préparations iodées semblent constituer l'une des armes les plus puissantes, surtout chez les angineux assez âgés, enclins aux crises subintrantes.

Les *médications anti-syphilitiques* ont donné lieu assez souvent à des améliorations remarquables, surtout si l'accident primaire n'est pas très ancien.

Des aortites syphilitiques à forme angineuse, développées quelques années après le chancre, et traitées par le novarsénobenzol intraveineux, peuvent se stabiliser sans retour offensif de l'angine de poitrine.

Habituellement, il s'agit de lésions aortiques et coronariennes organisées de longue date, scléro-athéromateuses, avec insuffisance ventriculaire gauche. Le traitement spécifique doit être mené prudemment à ses débuts, sous formes d'injections intramusculaires de sels bismuthiques ou d'injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre, et *sous la protection d'un traitement toni-cardiaque*, plus ou moins intense.

Le *nitrite de soude* est indiqué chez les hypertendus.

Potion

Nitrite de soude.....................	1 gr. 50
Nitrate de potasse..................	5 gr
Bicarbonate de soude...............	10 gr.
Sirop de limons.....................	100 gr.
Eau distillée................ Q. S. p.	300 gr.

Six cuillerées à café par jour.

Potion

Nitrite de soude..................	1 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères...	20 gr.
Eau distillée.............. Q. S. p.	100 gr.

Une ou deux cuillerées à café par jour.

Des causes plus rares peuvent bénéficier des traitements étiologiques.

La *colchique*, maniée prudemment, et les sels de *pipérazine* peuvent améliorer l'angine des goutteux.

La *quinine* peut guérir les crises angineuses chez un paludéen.

Les fortes doses de *bismuth* diminuent les crises des aérophages, et des dyspeptiques prédisposés aux indigestions.

L'*extrait thyroïdien* peut guérir l'angine chez un myxœdémateux, ou en cas d'hypothyroïdie (cas de Laubry, Walser et Mussio-Fournier).

B. TRAITEMENT HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUE. — Enfin dans tous les cas, le malade sera soumis à des cures de *repos forcé*, avec suppression habituelle de tout surmenage physique ou intellectuel.

Le *régime* comportera la prédominance des légumes et des fruits, avec partage de l'alimentation en petits repas, à peu près égaux.

L'*interdiction de l'alcool* et *du café* s'impose presque toujours.

Et l'*interdiction du tabac* doit être absolue chez tout angineux.

C. TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE. — La question des *changements d'air* se pose souvent ; ici encore chaque cas mérite d'être considéré en particulier, mais d'une façon générale il faut défendre les climats excessifs (séjours au bord de la mer, aux fortes altitudes, dans des régions exposées à la violence des vents).

Certaines *cures thermales*, prudemment menées, peuvent être momentanément favorables : Royat, Bain-les-Bains, Evian.

L'action vaso-dilatatrice des bains carbo-gazeux de Royat a suggéré à Lian un traitement récent : l'injection sous-cutanée de CO^2.

Les traitements par *diathermie transthoracique*, et surtout la *radiothérapie*, préconisée par Lian, ne seront mises en œuvre qu'avec de prudentes réserves, et sur la demande expresse des malades lassés par la continuité de leurs crises. En effet la radiothérapie, agent énergique et aveugle de traitement, a pu tantôt déterminer des succès remarquables, et tantôt provoquer un redoublement des crises, une insuffisance cardiaque aiguë, et même la mort rapide.

Si l'on se rappelle que chez des malades, atteints de lésions athéromateuses d'aorte sénile, les crises d'angor, subintrantes et intolérables durant des mois, peuvent rapidement guérir en dehors de tout traitement, nombre de médecins pencheront vers la temporisation.

D. TRAITEMENTS CHIRURGICAUX. — C'est en désespoir de cause, que l'on peut être amené à discuter les indications d'un traitement chirurgical.

Nous signalons d'abord les *méthodes nons sanglantes* :

1° Injections de novocaïne dans la région paravertébrale gauche (D² et D³) ;

2° Injections d'alcool dans un ou plusieurs nerfs rachidiens dorsaux ;

3° Injections de novocaïne dans un ou plusieurs nerfs intercostaux.

Les *méthodes sanglantes* dérivent d'une suggestion purement théorique émise par François Franck, en 1899.

La première opération chez l'homme a été pratiquée en 1916 par Jonnesco : résection de la chaîne sympathique, cervico-thoracique, à gauche, y compris le ganglion étoilé.

Dès lors, plusieurs médecins, chirurgiens et physiologistes ont répété des interventions similaires, mais en discutant âprement sur la topographie des filets nerveux à sectionner, car les variations sont fréquentes dans les voies capables de conduire la sensibilité cardio-aortique aux centres, et de la réfléchir.

Il s'agit de supprimer le maximum des filets cardio-aortiques centripètes, en respectant le maximum des filets centrifuges, toniques du cœur, et vaso-moteurs pulmonaires.

Danielopolu, puis Leriche, ont reproché à l'opération de Jonnesco d'être suivie d'une mortalité importante, par insuffisance aiguë du ventricule gauche.

Chacun de ces deux auteurs conseille de respecter le ganglion étoilé.

Danielopolu préconise la section du sympathique et du nerf vertébral au-dessus du ganglion cervical inférieur.

Au contraire, selon Langley, le nerf vertébral devrait être respecté.

Leriche, qui dispose de la plus riche statistique opératoire, préconise la section sympathique juste au-dessus du ganglion étoilé ; et, immédiatement à côté de ce point, la section des trois derniers rami communicantes cervicaux et du premier dorsal ; enfin la section des deux racines du nerf vertébral.

Les désaccords entre les techniques, les variations individuelles des rami communicantes, du nerf vertébral, et des filets dépresseurs de Hofer (analogues au nerf dépresseur décrit par de Cyon sur le lapin), et la rareté relative des succès opératoires vraiment durables, sont loin d'entraîner la conviction en faveur des traitements sanglants de l'angine de poitrine.

En conclusion de cette étude thérapeutique des douleurs cardiaques, des palpitations et des extrasystoles, nous devons remarquer la trop grande richesse des moyens dont nous disposons : quelques remèdes simples, d'action rationnelle et constante, feraient bien mieux notre affaire. Pourtant, grâce à des qualités d'observation clinique, de psychologie et de patience, le médecin peut actuellement trouver des soulagements efficaces à ces troubles si capricieux, qui se rapportent tous à la physiopathologie du système organo-végétatif et du plexus cardiaque.

Anticipations. — « Jadis, la chimie et la botanique étaient traitées comme des accessoires de la médecine, et cela suffisait au médecin. Mais aujourd'hui la chimie et la botanique sont devenues des sciences indépendantes qu'il est impossible d'explorer à fond, qui exigent chacune toute une vie d'homme, et l'on prétend les inculquer au médecin ! Il ne peut rien résulter de cela ; on abandonne et l'on oublie une science pour une autre. Le sage laisse de côté toutes ces exigences qui le distraient, et se cantonne dans une seule matière où il parvient à exceller. » (GŒTHE. Conversations avec Eckermann, trad. Chazzeville, tome I, p. 65.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Thérapeutique.

Le régime cétogène mérite d'être connu et employé dans le traitement de l'épilepsie. — Il vise à produire dans l'organisme, disent MM. Pagniez et Plichet, une acidose permanente en réduisant considérablement les quantités d'hydrates de carbone de l'alimentation et en augmentant en même temps énormément la quantité des graisses. Ce sont les médecins américains qui ont introduit le régime cétogène dans le traitement de l'épilepsie. Pour eux il mériterait d'être mis sur le même plan que les médicaments actuels de l'épilepsie.

En Europe, la question du régime cétogène n'a fait l'objet que d'un très petit nombre de publications de contrôle. Cette méthode a valu aux auteurs américains des résultats remarquables dans un tiers des cas. Il serait susceptible d'amener une diminution considérable du nombre et de l'intensité des crises, permettrait la réduction et même la suppression des médicaments, et donnerait dans un certain nombre de cas une guérison définitive, à condition toutefois d'être poursuivi assez longtemps.

Talbot dans un livre récent (*Treatment of Epilepsy*, 1931), a réuni 208 cas d'épilepsie infantile traités par le régime cétogène.

RÉSULTATS. — Dans un tiers des cas : guérison complète.
Dans un deuxième tiers : grande amélioration.
Dans le dernier tiers : Echec complet.

MM. Pagniez et Plichet rapportent les observations de cinq cas traités par le régime cétogène.

RÉSULTATS : *Remarquables* chez deux enfants.
Insignifiants ou nuls chez trois grands adolescents.

Le régime cétogène, comme tout régime d'exception, incite à la fraude, aussi les deux auteurs n'ont pas multiplié leurs recherches de contrôle. Il est préférable de se limiter aux cas où on est certain de la stricte observance du régime.

Il n'est pas à employer dans tous les cas d'épilepsie.

Contre-indications : Cas d'épilepsie ayant un substratum lésionnel évident (comme ceux survenant à la suite d'encéphalite ou de foyers de ramollissement du jeune âge), cas où la dégénérescence mentale vient compliquer l'épilepsie. Employé au début, dans l'épilepsie infantile presque uniquement, il est susceptible d'être utilisé aussi dans l'épilepsie de l'adulte, comme le montre une statistique de Barborka qui, sur 32 adultes traités par le régime cétogène, a obtenu :

Un résultat très bon (disparition des crises) dans 7 cas.
Un résultat partiel dans 12 cas.
Un échec complet dans 13 cas.

C'est en renversant les proportions habituelles des graisses, des hydrates de carbone et des protéines qui existent dans un régime normal, que le régime cétogène produit l'acidose que pratiquement on peut déterminer par la recherche de la réaction de Gerhard dans les urines. Il doit tenir compte des besoins énergétiques de l'individu.

Voici un exemple de menu pour une journée :

Petit déjeuner : 100 gr. de lait, 50 gr. de beurre. Pain d'aleurone.
Déjeuner : 50 gr. de viande, 50 gr. de beurre, 20 gr. huile d'olives, 100 gr. légumes verts. Pain d'aleurone.
Goûter : 100 gr. lait.
Dîner : Un œuf, 50 gr. beurre, 100 gr. épinards. Un petit suisse.

MM. Pagniez et Plichet font précéder leur ordonnance des conseils suivants :

1° *Ce régime doit être suivi aussi strictement que le serait un régime de diabétique.*

2° Il consiste en

a) La suppression des hydrates de carbone, c'est-à-dire la suppression du pain, des féculents, du sucre.

b) Le remplacement des hydrates de carbone par les graisses et les corps gras.

c) La réduction des substances azotées, de la viande ;

3° Avant de commencer le régime, on mettra le malade à la diète hydrique réduite pendant quarante-huit heures. Le deuxième jour, si la faim est trop vive, on donnera à midi et au repas du soir une salade largement assaisonnée d'huile d'olives ;

4° Ne pas s'inquiéter si ce régime amène un amaigrissement ;

5° La constipation sera combattue par de la magnésie, de l'huile de paraffine, de l'huile de ricin ;

6° Continuer le gardénal ou le sédoneurol jusqu'à nouvel ordre ;
7° Tenir un compte rigoureux des crises.

Ce régime doit varier quantativement avec l'âge et le poids des sujets. A défaut de tables spéciales, comme il en existe dans les ouvrages américains, on peut établir un régime cétogène avec certaines règles données. Il y a lieu de rappeler que : un gramme de protéine au moins par kilogramme de poids, est nécessaire pour assurer la croissance de l'enfant. Dans un régime normal, 15 % des calories nécessaires aux besoins journaliers de l'enfant sont fournies par cette quantité de protéines.

30 % des calories restantes par les graisses.

55 % par les hydrates de carbone.

Pour obtenir l'acidose, on renversera cette proportion et on donnera une plus grande quantité de graisses que d'hydrates de carbone.

Dans le régime 1 1/2 : 1, la quantité en grammes des graisses du régime est 1 fois 1/2 supérieure à la somme des hydrates de carbone et des protéines, il déterminerait (Metcalf et Moriarty) l'apparition des corps cétogènes dans la respiration.

Dans le régime 2 : 1, ou la quantité des graisses est le double de la somme des hydrates de carbone, les corps cétogènes apparaissent dans les urines. Il existe des régimes 2 1/2 : 1, 3 : 1, 4 : 1.

Pour traduire ces données en chiffres, les auteurs prennent un exemple auquel on pourra se reporter.

« Les régimes auxquels nous avons soumis nos malades, disent MM. Pagniez et Plichet, ont été calculés suivant la règle donnée par Pétermann : le chiffre des protéines est toujours fixe à 1 gr. par kilogramme de poids ; la quantité des hydrates de carbone est fixe entre 15 et 20 gr. Quant à la quantité des graisses, elle est obtenue en divisant par 9 le nombre des calories dont il a été déduit le chiffre des calories fourni par les hydrates de carbone et les protéines.

Ce procédé plus simple a l'inconvénient d'être fixe pour chaque individu et de ne varier que dans de petites proportions avec le poids. Il correspond à quelque chose près au régime 4 : 1 de Metcalf et Moriarty. »

En France — où les maisons de spécialités de régime ne font pas encore comme en Amérique, des produits pour la « Ketogenic diet » — il faut compter sur l'ingéniosité des cuisiniers pour établir ce régime. Les malades se plaignent de l'absence du pain et du peu de variété des plats.

Actuellement, on tend à admettre que le régime cétogène doit son action aux modifications qu'il imprime au métabolisme de l'eau, l'acidose ne paraissant pas être le facteur efficient.

(Ph. Pagniez et A. Plichet. Le régime cétogène dans l'épilepsie. Son applicatien pratique. *La Presse Médicale*, 16 décembre 1931).

Intoxications.

L'apiol ou plus exactement « l'apiol liquide » commercial français peut donner lieu à une intoxication sévère ou bénigne. — L'ancien Codex considérait ce corps comme dépourvu de toxicité.

MM. P. Trillat et H. Thiers ont réuni huit observations d'intoxication apiolique, dont une personnelle, où la malade âgée de 24 ans — qui avait en deux jours absorbé trente capsules d'apiol contenant chacune 20 centigrammes de produit actif — mourut malgré une double décapsulation rénale.

L'autopsie montra des reins volumineux, adhérents, dans un état de décomposition qui ne permit pas l'examen histologique.

Malgré le nombre réduit des observations d'intoxication apiolique, les deux auteurs ont été frappés par les aspects cliniques assez variés qu'elles ont présentés. Ils distinguent les formes suivantes :

Les *formes bénignes*, formes hématuriques (Brissemoret) et forme ictérique avec éruption urticarienne (Glatard).

Les *formes malignes*, évoluant sous le masque d'une hépatonéphrite, avec une note rénale ou hépatique prédominante, selon les cas. Si ces observations présentent des aspects multiples, elles possèdent néanmoins des traits communs : symptômes nerveux passagers répondant au début de l'intoxication (ivresse apiolique), manifestations hémorragiques à localisations diverses, et dès que l'évolution est tant soit peu sévère, manifestations cliniques en rapport avec l'atteinte simultanée du foie et des reins. *L'intoxication grave par l'apiol est avant tout une hépato-néphrite.*

Dans leur observation personnelle, les auteurs ont noté une hyperglycémie à 2 gr. 40 sans glycosurie. Des phénomènes gangréneux buccaux apparurent au stade ultime de la maladie.

(P. Trillat et H. Thiers. Intoxication mortelle par l'apiol. *Annales de médecine*, juillet 1931).

Médecine.

Les septicémies à staphylocoques non suppuratives peuvent s'accompagner de phénomènes douloureux articulaires ou musculaires réalisant de véritables formes pseudo-rhumatismales. — « L'intensité de ces manifestations douloureuses hors de proportion avec les signes locaux, leur siège et en particulier l'atteinte fréquente de la région sacro-lombaire, leur mobilité, pourront parfois éveiller l'attention. Malgré l'absence de pus, la ponction peut rendre service. L'examen direct de l'ensemencement des quelques gouttes de sérosité qu'il est habituellement possible de retirer viennent, dans certains cas, confirmer le résultat fourni par une première hémoculture à un moment où ce résultat est habituellement mis en doute, quand il s'agit de staphylococcémie pure, sans foyer de suppuration. »

(Jean Bourgeois et Jacques Porin. Forme pseudo-rhumatismale des staphylococcémies. *Le Bulletin Médical*, 5 décembre 1931).

Bactériologie.

La mauvaise pullulation microbienne sur les filtrats est due en partie à l'acidification de milieu, lorsque celui-ci existe, mais pas exclusivement comme le pensent Louros et Gaessler. L'appauvrissement en matières nutritives joue, d'après l'auteur, un rôle secondaire, contrairement à l'opinion de Renaud, Epstein, Schweinburg, Barg. La spécificité et même la présence d'antivirus dans les filtrats staphylococciques n'a pas pu être mise en évidence. L'action empêchante est due en grande partie à l'altération du milieu par les produits de désassimilation. La correction d'un des facteurs gênants permet déjà un bon développement microbien.

(J. Blitstein. La prolifération microbienne *in vitro*. *Annales de Médecine*, octobre 1931).

Varia

Recalcifier une femme enceinte *anormalement* appauvrie en chaux est une bonne thérapeutique ; recalcifier *systématiquement* toute femme enceinte peut parfois mener à des désastres.

(Henri Vignes. A propos de la note de M. Schwaab sur « le chlorure de calcium pendant la grossesse. *La Presse Médicale*, 16 décembre 1931).

***

Les œufs congelés, bien traités au moment de la décongélation ont une valeur nutritive excellente mais en l'absence de tout contrôle, ils ne peuvent être employés dans l'alimentation.

(J. Verge, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort. Les œufs congelés. Valeur hygiénique et contrôle sanitaire. *La Médecine*, décembre 1931).

***

Le trop grand nombre des écoliers provenant de toutes les régions de France, dans les villes, oblige à une surveillance beaucoup plus sévère qu'autrefois.

(Dr Dufestel. La santé des écoliers en ville. *La Médecine*, décembre 1931).

***

L'épuration des eaux d'égoût par les boues actives a donné lieu dans ces quinze dernières années à de nombreuses expériences de laboratoire et à des applications pratiquées dans plusieurs grandes villes du monde. Les résultats ont été l'objet de commentaires, d'appréciations favorables à la méthode ou de critiques sévères. Il est vraisemblable que l'on discutera longtemps encore sur les avantages et les inconvénients de ce procédé d'épuration.

(Marcel Brongniart. Epuration des eaux usées par les boues actives. *La Médecine*, décembre 1931).

***

Il n'y a pas de maladie qui soit aussi brève et dont la convalescence soit aussi longue que la dengue. (Bensis. Etude clinique de la dengue. *Paris médical*, 15 août 1931.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic.

La biopsie permet une grande précision de diagnostic ; plusieurs hôpitaux l'ont compris et quelques-uns ont standardisé l'examen histologique ; c'est ainsi qu'à l'Institut d'anatomie pathologique de l'Université Laval plus de 1.100 pièces ont été examinées en trois ans avec des résultats extrêmement satisfaisants.

L'auteur cite de mémoire un certain nombre d'exemples. Une tumeur de l'ovaire, diagnostiquée fibrome et qui s'est trouvée être un épithélioma ; deux lésions de la lèvre, considérées comme des épithéliomas et qui sont des chancres ; une ulcération du doigt très suspecte et ne constituant qu'un banal angiome inflammatoire ; une lésion douteuse au point de vue tuberculose, également au doigt et due en réalité à un corps étranger (fragment de bois) nettement reconnu.

Pour que l'anatomie pathologique puisse donner toute sa portée, il importe d'obtenir une collaboration parfaite entre le chirurgien ou le médecin et le biologiste.

(A. Vallée. Importance de la biopsie dans le diagnostic médico-chirurgical. *Bulletin médical de Québec*, septembre 1931.)

Voies respiratoires.

Trois formes de bronchite chronique doivent être signalées.

1° La bronchite chronique diphtérique n'est pas mentionnée dans les traités classiques, qui ne connaissent que la forme aiguë. Les caractères cliniques sont les suivants : la longue durée, la discrétion de la toxémie, l'absence des manifestations d'intoxication diphtérique, l'efficacité de la sérothérapie antidiphtérique dans les formes pures, c'est-à-dire où le bacille de Löffler n'est associé ni au pneumocoque, ni au streptocoque ni au staphylocoque.

2° La bronchite chronique, créée ou entretenue par l'infection chronique des amygdales, est bien différente de la rhino-bronchite descendante. Il est fréquent d'observer en clinique cette forme tenace, rebelle aux traitements les plus variés et qui disparaît radicalement et définitivement après l'amygdalectomie.

3° La bronchite chronique ou récidivante, due à l'infection chronique des sinus maxillaires, est bien connue en Angleterre et aux Etats-Unis.

(Mariano R. Castex. Sobre algunas formas de bronquitis cronica. *Prensa Medica Argentina*, 10 décembre 1931.)

Tuberculose.

La mortalité par tuberculose a diminué en Europe à partir d'époques fort différentes, comprises entre 1829 et 1918 ; la mortalité globale a diminué, elle aussi, à peu près en même temps ; ces deux circonstances indiquent qu'il existe d'autres causes de la régression de la tuberculose, que la lutte contre l'infection tuberculeuse.

La principale de ces causes est l'énorme progrès matériel étroitement lié au développement de l'industrie moderne ; il s'en est suivi « un relèvement du standard de la vie quotidienne » ; l'industrialisation et le bien-être qu'elle produit améliorent les conditions d'existence.

Le progrès économique profite tout d'abord à l'alimentation ; l'ouvrier, qui gagne un salaire plus élevé, se procure une nourriture plus abondante et de meilleure qualité ; d'autre part le développement des moyens de communication a profondément transformé l'alimentation des campagnards.

Les facteurs biologiques jouent un rôle. On n'a aucune raison d'admettre que le bacille de Koch ait modifié sa virulence, qu'il existe des variations cycliques de cause inconnue ou que le mélange des races ait produit des individus plus résistants.

On peut supposer que la résistance se transmet par hérédité et qu'il se produit une épuration automatique par sélection, les moins résistants étant éliminés par un processus régulier ; cette épuration exigerait des siècles et n'aurait pu jouer un rôle important depuis l'ère des statistiques.

La résistance individuelle acquise par immunité relative n'a qu'une influence secondaire dans les pays civilisés à tuberculinisation étendue ; il n'y a pas abaissement régulier de la mortalité tuberculeuse, mais déplacement entre les différents groupes d'âge ou les différents groupes de population.

La limitation du danger de contagion, due à la lutte contre la tuberculose, met nombre d'enfants à l'abri de la contagion ; ces enfants n'en seront pas moins exposés à leur première infection dès qu'ils reviendront à la vie normale. Et alors se pose la question : Quel est l'âge le plus favorable ou le moins dangereux pour la primo-infection ? Il est bien permis de douter que, pour les jeunes filles, il soit plus avantageux d'être infecté entre 15 ou 20 ans qu'à l'âge scolaire.

Les cures de sanatorium ne jouent aucun rôle évident dans le recul de la mortalité tuberculeuse ; elles n'ont qu'une simple valeur individuelle.

Cette étude met au point la question de la régression de la tuberculose et révèle l'inanité d'un certain nombre de conceptions actuelles, sur lesquelles s'appuie l'organisation de la lutte contre la tuberculose.

(O. Scheel. Les causes de la régression de la tuberculose. *Acta Medica Scandinavica*, 23 décembre 1931.)

Les pensionnaires de sanatorium ne sont pas tous tuberculeux ; une curieuse histoire de « tuberculose », guérie par le dentiste, le montre une fois de plus.

Il s'agit d'une jeune fille, entrée au sanatorium neuchâtelois de Leysin en mai 1930 pour les symptômes suivants : fièvre, amaigrissement, sueurs ; douleurs thoraciques, dyspnée d'effort ; diminution de la respiration dans tout l'hémithorax droit ; image hilaire élargie et plages pulmonaires normaless à l'écran ; expectoration nulle.

De juillet à septembre le dentiste extrait 16 dents et traite les alvéoles ; une incisive était dans un état particulièrement mauvais et à l'origine d'une fistule suppurante.

Dès que les gencives furent revenues à l'état normal, tous les symptômes morbides disparurent comme par enchantement.

(A. Miege. Une « tuberculose » guérie chez le dentiste. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 décembre 1931).

Deux observations d'alcoolisation du nerf phrénique, dues à Gonzalo Corbalan Trumbull, attirent l'attention sur ce procédé de collapsothérapie pulmonaire, qui consiste à injecter 1 cc. d'alcool absolu dans les fibres du nerf, découvert par l'incision classique sous anesthésie locale.

Les indications de l'alcoolisation du phrénique ne sont pas si étendues que celles de la phrénicectomie. Elles doivent se limiter aux processus lobaires et circonscrits, qui bénéficient de la collapsothérapie transitoire. Dans les abcès pulmonaires on doit recourir logiquement à l'alcoolisation. En phtisiologie infantile, l'alcoolisation aura un vaste champ d'application. Ce procédé est particulièrement indiqué dans les formes bilatérales et lorsqu'au cours du pneumothorax la base du poumon ne se détache pas.

Cette excellente étude attire l'attention sur une question d'actualité, et sur une technique dont la valeur n'a pas été mise assez en relief.

(Gonzalo Corbalan Trumbull. Colapsoterapia pulmonar mediante alcoholizacion del nervio frenico. *Revista medica de Chile*, 11 novembre 1931.)

Tube digestif.

Les troubles tardifs consécutifs à une opération d'ulcère de l'estomac ou du duodénum peuvent être rangés en quatre groupes : 1° Les ulcères postopératoires ; 2° les troubles à prédominance gastrique sans certitude d'ulcère ; 3° les troubles à prédominance intestinale ; 4° les anémies non imputables à une hémorragie.

Les ulcères post-opératoires sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

Les troubles gastriques, ne dépendant pas d'un ulcère, sont provoqués par différents facteurs. Le rôle de la gastrite paraît considérable ; les adhérences et les troubles moteurs ont moins d'importance. Ces troubles apparaissent tardivement dans le cas où l'existence d'un ulcus est certaine ou possible et précocement dans le cas contraire.

Dans la moitié des cas les selles sont plus molles qu'à l'état normal et contiennent du mucus.

Dans les deux tiers des cas il y a une tendance marquée à l'anémie ; les causes en sont inconnues.

(Helge Lublin. On the late symptoms after gastroenterostomy and resection of the stomach (Billroth II) for gastric and duodenal ulcer. *Acta Medica Scandinavica*, supplément XLI, 1931.)

Il n'est pas facile de déterminer la fréquence avec laquelle l'allergie digestive participe à la dyskinésie des voies biliaires.

Les manifestations de la cholédyskinésie allergique peuvent prendre facilement un *caractère cyclique* puisqu'il existe, au cours de l'allergie, des *phases réfractaires* ou d'insensibilité aux allergènes et puisque, d'autre part, la sensibilité allergique peut être rythmée par l'introduction d'allergènes en quantité excessive. Il y a également des causes adjuvantes : superinfection de foyers intra ou extra intestinaux, variations du cycle sexuel, facteurs psychiques.

Les allergènes alimentaires, qui produisent la sensibilisation peuvent ne pas être préformés dans les aliments, mais avoir leur origine dans l'organisme lui-même par suite de processus anormaux de digestion gastrique ou de modifications du métabolisme hépatique ou tissulaire ; autrement dit, les agents producteurs de la sensibilisation peuvent être des *auto-allergènes*.

Les régimes déséquilibrés peuvent contribuer à l'hypersensibilisation allergique.

Il est raisonnable d'espérer que les perfectionnements récents dans le diagnostic des dyskinésies des voies biliaires (sondage duodénal, cholécystographie) nous permettront d'arriver au diagnostic positif de ces syndromes et que les *régimes d'élimination* de Rowe nous donneront une conception plus claire de leur pathogénie.

(E. Oliver Pascual et S. Montejo Ramos. Constitucion y alergidisquinesia de las vias biliares. *Medicina Ibera*, 7 novembre 1931.)

Le dilemne diagnostique « colique saturnine ou appendicite aiguë » n'est pas toujours facile à résoudre.

Rodolfo Dassen rapporte le cas d'un peintre qui présentait depuis neuf heures un syndrome douloureux abdominal aigu correspondant parfaitement à celui de la colique saturnine. Il n'y avait ni fièvre, ni défense, ni tachycardie. Le diagnostic fut fait par l'hyperleucocytose et l'augmentation progressive de la douleur locale ; l'intervention montra qu'il s'agissait d'une appendicite aiguë et que l'appendice contenait du pus fétide.

Il y a deux signes capitaux pour différencier une appendicite aiguë d'une colique saturnine : l'hyperleucocytose et la douleur locale.

Toute colique saturnine, même la plus typique, doit être observée et suivie de la même manière que s'il s'agissait d'un abdomen aigu.

(Rodolfo Dassen. Colico saturnico o apendicitis aguda. *Semana medica*, 19 novembre 1931.)

Voies urinaires

L'apparition d'une pyélo-néphrite d'origine sanguine semble être d'un pronostic favorable dans les septicémies. Si l'on avait une statistique sur les bactériuries consécutives à des septicémies, les chiffres donneraient des proportions inverses à celles de la mortalité ; en effet le staphylocoque, qui donne 88 % de mortalité dans la septicémie, n'est signalé que très rarement dans les urines, tandis que le colibacille, qui donne 35 % de mortalité, est l'agent de la grande majorité des bactéruries.

Dans les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, la complication d'une pyélo-néphrite marque la fin de la maladie. Le streptocoque ne se trouve dans les urines que très rarement au cours des septicémies ; les conditions, nécessaires pour que la bactériurie se produise dans l'infection streptococcique, sont étroitement liées aux phénomènes d'immunité. Tandis que pour la majorité des microbes on connaît bien leur pathologie dans l'organisme et mal leur élimination par les reins, c'est l'inverse pour le colibacille.

L'élimination des microbes par les reins constitue un moyen de guérison d'une septicémie en quelque sorte *bénigne* ; la septicémie est bénigne lorsque l'organisme envahi possède un état d'immunité suffisant vis-à-vis du germe envahisseur ; c'est aussi la condition indispensable pour que l'élimination des microbes se produise par les reins, ces derniers étant supposés en bon état de fonctionnement.

L'élimination des colibacilles par les reins ressort de toute leur pathologie, au point d'en constituer presque une caractéristique ; hôte normal de l'organisme humain, cet agent pathologique est retenu dans l'intestin grâce à l'immunité spécifique que l'organisme y oppose à l'invasion des microbes intestinaux. On est amené à faire une distinction entre les localisations de la septicémie colibacillaire, suivant qu'elles se font sur les voies urinaires ou sur d'autres organes. La localisation pyélo-rénale apparaît habituellement vers la fin de la septicémie et son but est l'élimination des bacilles sanguins ; elle signifie donc : supériorité de l'organisme sur le microbe ; la localisation de la septicémie colibacillaire sur un autre organe doit être considérée comme l'affirmation de la supériorité du microbe.

Excellente étude de pathologie générale, se signalant par l'originalité des vues.

(Gabriel Cartoutza. Rôle de l'immunité dans l'élimination rénale des microbes. La pyélite d'origine sanguine comme signe pronostique favorable dans les septicémies. *Miscarea medicala*, novembre-décembre 1931.)

Gynécologie

Quatre paradoxes dans les indications de la chirurgie vaginale. 1° Grande multipare, vagin ample, petit fibrome = laparotomie abdominale ;

2° Nullipare, vagin normal, gros fibrome = laparotomie vaginale ;

3° Multipare, vagin ample, kyste de l'ovaire dont le pôle inférieur fait un relief accentué dans le cul-de-sac postérieur = laparotomie abdominale ;

4° Nullipare, vagin normal, volumineux kyste de l'ovaire = laparotomie vaginale.

Ces quatres paradoxes sont très habituellement présentés et soutenus.

(Alberto Chueco. Cuatro paradojas en las indicaciones de la cirujia vaginal. *Semana medica*, 10 décembre 1931.)

La fréquence des thrombo-embolies post-opératoires en Norvège est relativement basse : 1,53 % avec une mortalité de 0,14 % par embolie pulmonaire.

Elles se produisent de six à dix jours après l'opération, mais la courbe de leur apparition présente également une élévation les deux premiers et le treizième jours.

Elles sont surtout l'apanage de certaines opérations connues pour le danger d'embolies : laparotomies, herniotomie, interventions sur la vessie ou la prostate, amputation du sein, curetage, interventions en cas d'avortement septique.

Elles augmentent petit à petit avec l'âge et atteignent le chiffre le plus élevé entre 50 et 60 ans. Le rôle de l'âge s'explique probablement par une inhibition croissante du mécanisme de régulation du système vasculaire, inhibition qui empêche le prompt rétablissement de la vitesse normale du courant sanguin.

(Johan Nicolaysen. Postoperative thrombose und embolie. *Acta chirurgica scandinavica*, 3 décembre 1931.)

Pathologie exotique

Il existe certainement une immunité contre la dengue, quatorze jours après une attaque, comme le montre l'expérimentation humaine ; mais cette immunité n'est valable que pour le même virus et il faut admettre l'hypothèse de l'existence de différents virus.

Le virus de la dengue a été transféré de moustique à moustique ; il a toujours été perdu avant le cinquième passage ; on n'a constaté aucune atténuation de la virulence.

Les anticorps du sérum des convalescents de la dengue ne modifient pas le cours de la maladie quand on les injecte le premier jour.

Le virus de la dengue n'est influencé ni par les rayons X, ni par les ultra-violets ; il ne faut en attendre aucun secours dans le traitement de la maladie.

(R.-L. Holt et J.-H. Kintner. Notes on dengue. — R.-L. Holt, W.D. Fleming et J.-H. Kintner. Resistance of dengue virus. *The Philippe Journal of Science*, décembre 1931.)

La myosite suppurée tropicale contient presque toujours le staphylocoque en culture pure, sur lequel l'auteur a essayé avec succès les propriétés thérapeutiques du cristal-violet.

On injecte, chez l'adulte, par voie intre-veineuse, 5 cc. d'une solution aqueuse à 1 % de cristal-violet ; on pratique deux ou trois injections à deux jours d'intervalle.

(Calewaert. Un traitement inédit des phlegmons à staphylocoques. *Annales de la Société belge de médecine tropicale*, 31 mars 1931.)

Varia

Si l'on essaie d'exprimer les critiques que de nombreux praticiens adressent à l'exploration radiologique du poumon, on peut le faire sous la forme suivante : l'écran et la plaque donnent des images dont l'interprétation est très élastique ; les clichés sont confus et peu caractéristiques ; les détails dépendent exclusivement de l'appareil et de l'opérateur (Luis Fortun, de Madrid).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 mars 1932

Sur quelques particularités cliniques de la tachysystolie auriculaire (Flutter). — *MM. Ch. Laubry* et *Van Bogaert*. — Les auteurs signalent à l'occasion d'un cas de flutter, deux signes cliniques nouveaux qui en dehors de l'électrocardiogramme, permettent dans certains cas de poser le diagnostic de ce trouble du rythme du cœur. Il s'agit d'une part d'une inégalité apériodique et désordonnée du pouls, relevable à la palpation du pouls, à l'auscultation artérielle et à l'oscillomètre ; d'autre part, d'un rythme à trois temps transitoire, tantôt dédoublement du premier bruit, tantôt galop présystolique, tantôt galop protodiastolique, n'existant que sur certaines révolutions cardiaques.

Les auteurs discutent à cette occasion, le mécanisme de ces deux signes nouveaux qu'ils analyseront en détail dans un prochain mémoire.

Hémoptysies provoquées par un corps étranger intra-pulmonaire. — *MM. Ch. Flandin G.* et *Poumeau-Delille*.

Paludisme et leucémie myéloïde. — *M Ch. Aubertin* avait déjà attiré l'attention sur la fréquence relative des antécédents lointains de paludisme chez les sujets atteints de leucémie myéloïde. Il s'agissait dans ces cas de paludisme ancien et généralement guéri.

Il rapporte aujourd'hui les observations de deux sujets ayant contracté du paludisme en 1917 à Salonique ; l'un d'eux, démobilisé en 1918, puis réformé pour paludisme, présenta en 1923 une leucémie myéloïde typique.

L'autre rengagea après l'armistice et fut envoyé au Tonkin où il continua de présenter des accès paludéens. Rentré dans le civil en 1928, il réclama en 1931 une pension pour paludisme avec splénomégalie ; or cette splénomégalie était leucémique comme le montrèrent l'examen du sang et l'effet favorable de la radiothérapie.

On peut donc voir la leucémie myéloïde se greffer sur une splénomégalie paludéenne, non seulement de longues années après l'extinction du paludisme (cas habituel), mais aussi quelques années après le début du paludisme comme dans les deux cas récents présentés par l'auteur.

Diabète bronzé avec infantilisme et dépilation. — *MM. M. Labbé, R. Boulin* et *M. Petresco*. — Les auteurs rapportent l'étude anatomo-pathologique d'un cas de diabète bronzé avec infantilisme et dépilation. Ils signalent dans les testicules une disparition des cellules de la lignée séminale. La pigmentation cutanée était due à la présence d'hémosidérine dans l'hypoderme (sidérodermie).

Dans le foie et dans les divers organes les auteurs ont retrouvé l'hémosidérine et l'hémofuchsine. Ils insistent sur la dégénérescence accusée des cellules hépatiques. Ils discutent l'origine de la sidérose, éliminent l'hyperhémolyse, l'hyperhépathie, le dysfonctionnement des sidérocytes et se rangent plutôt à l'hypothèse de rétention ferrique par insuffisance excrétoire de la cellule hépatique. Ils rapprochent le diabète bronzé du diabète avec cirrhose sans sidérose et insistent sur l'absence, dans ces cas, des facteurs étiologiques habituels des cirrhoses.

M. Fiessinger critique les arguments pathogéniques apportés par les auteurs qui sont trop absolus dans leurs affirmations.

Embolies gazeuses survenues sans insufflation de gaz au cours de pneumothorax artificiels. — *MM. J. Valtis, F. Triboulet J. Polasco*. — Les auteurs apportent les observations de deux malades chez lesquelles sont survenus, après une tentative infructueuse de remplissage de pneumothorax artificiels sans aucune insufflation de gaz, des accidents liés à des embolies gazeuses.

Dans un cas, il s'est agi d'aspiration spontanée d'air atmosphérique par l'aiguille. Dans l'autre cas, l'aspiration de gaz paraît liée à la déchirure d'adherences et des vaisseaux qui y étaient contenus.

Les auteurs en concluent à la rareté des accidents par réflexe pleural et pensent que la plupart des cas, où ce mécanisme a été invoqué, relèvent en réalité de l'embolie gazeuse.

M. Decourt ne croit pas qu'il faille abandonner l'hypothèse d'un réflexe dans le mécanisme des crises d'épilepsie survenant après tentative de ponction des séreuses ; il rapporte le cas d'un cirrhotique, ancien syphilitique présentant quelques séquelles d'hémiplégie gauche chez lequel, à la suite d'une ponction d'ascite, on observa une crise d'épilepsie jacksonnienne gauche. Le malade n'avait jamais eu de crises comitiales auparavant.

M. Coste se rallie à la même opinion et tire argument de l'observation d'un petit épileptique qui présenta d'abord une absence, puis une crise convulsive à la suite de deux insufflations de plèvre. On fit prendre dès lors du gardénal au malade avant les insufflations suivantes qui furent pratiquées sans incidents.

M. Rist croit qu'il peut s'agir là de simples coïncidences et ne voit pas un rapport de cause à effet entre la piqûre de la plèvre et l'accident nerveux.

M. Léon Bernard distingue les accidents par réflexe pleural de ceux qui sont conditionnés par une embolie gazeuse. Les premiers sont immédiats et se bornent à des crises d'épilepsie ; les seconds ne surviennent parfois que plusieurs heures après l'insufflation et peuvent se manifester aussi sous forme de paralysies, plus ou moins persistantes. Il insiste sur la rareté de tels accidents.

M. Flandin ne voit pas comment on pourrait, sans invoquer le réflexe pleural, expliquer des cas de mort subite succédant à la simple piqûre de la plèvre par une aiguille à ponction.

M. Rist remarque qu'au début de la pratique du pneumothorax artificiel les accidents de cet ordre étaient beaucoup plus fréquents qu'actuellement ; on ne les signale plus aujourd'hui qu'à titre tout à fait exceptionnel.

M. Gutmann rapproche ces faits des crises d'épilepsie que l'on observe parfois au cours de certaines crises de diarrhée ou par pression de l'abdomen au niveau d'un appendice chroniquement enflammé. Elles s'accompagnent alors d'un ralentissement considérable du pouls et relèvent peut-être d'un mécanisme comparable à celui des crises comitiales de la maladie de Stockes-Adams.

Le doigt hippocratique. — *M. G. Caussade*. — Il est prouvé d'une manière indiscutable que le système osseux est indemne. On peut soupçonner légitimement que seuls, les tissus mous sont altérés à la suite de troubles de la circulation dans les capillaires, d'où certainement la production d'œdème intéressant aussi la matrice de l'ongle. Dans certains cas, il y a une véritable relation entre l'affection causale (anévrisme, gangrène pulmonaire) et l'hippocratisme (simultanéité des rémissions, des reprises et de la guérison définitive). Il est surprenant, du moment qu'il s'agit de troubles des capillaires, que ceux-ci siègent exclusivement aux doigts, et que les orteils soient épargnés. Bien que la pathogénie de l'hippocratisme soit actuellement remplie d'inconnues, il faut néanmoins tenir compte de la stase sanguine périphérique (doigts hippocratiques unilatéraux dans un membre œdématié par suite de la compression veineuse due à un anévrisme de la sous-clavière droite ou du tronc brachio-caphélique). L'association de l'infection et de la stase veineuse doit être envisagée (Gallavardin). Tous les facteurs invoqués (stase, troubles de l'hématose et des circulations pulmonaire et périphérique, altérations ou modifications de l'artère pulmonaire, infections) sont insuffisantes pour permettre d'établir une pathogénie ; parmi toutes les objections à formuler, la suivante est une des plus valables : quand tous les facteurs précédents sont réunis, l'hippocratisme est bien loin d'être fatal.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 mars 1932

Le cancer. Comment l'éviter ? Comment le guérir ? — *M. Sédillot* présente à la Société le livre qu'il vient d'écrire sur cette question.

L'angiophtalmologie. — Pour *M. Jean Gallois*, la mesure des tensions artérielle et veineuse rétiniennes (méthode de Bailliart) permet de constater à quel point l'œil est sous la dépendance des perturbations organiques comme des troubles de la circulation générale et de l'hydrostatique cérébrale. En sens inverse, l'examen de la circulation oculaire peut apporter

des éléments nouveaux au diagnostic et à la compréhension des troubles circulatoires généraux.

L'asthme avec insuffisance ovarienne au Mont-Dore. — *M. P. Robert* a observé de nombreux cas d'asthme avec insuffisance ovarienne qui ont particulièrement bien réagi au traitement du Mont-Dore. Il pense que la cure hydro-minérale a une action générale équilibrante du système neuro-végétatif qui retentit heureusement sur la fonction ovarienne. Il conclut que la cure du Mont-Dore est très nettement indiquée dans l'asthme avec insuffisance ovarienne et dans les crises qui accompagnent la ménopause.

Les indications chirurgicales dans le cancer du col utérin. — *M. Jean Lanos* fait un plaidoyer en faveur de l'opération de Wertheim dans tous les cas de cancer du col au début chez des femmes ne présentant pas de tare organique qui contre-indique l'intervention. Il met en parallèle les avantages et les inconvénients respectifs de la chirurgie d'une part, et d'autre part, de la curiethérapie, associée ou non à la radiothérapie pelvienne.

Traitement des sténoses spasmodiques graves et inflammatoires de la région du cardia. — *M. Jean Guisez* étudie les grandes dilatations de l'œsophage causées par les sténoses spasmodiques du cardia qui, à la longue et par suite de phénomènes d'inflammation secondaire ; deviennent véritablement organiques. Le diagnostic de cette grave affection est souvent aujourd'hui erroné, puisque plusieurs de ces malades ont été gastro-entérostomisés par confusion avec une sténose du pylore. Le traitement de ce spasme doit être la dilatation progressive et forcée, multibougiraire, qui agit surtout dans le sens transversal, sens dans lequel l'œsophage se laisse le mieux dilater. Dans les cas anciens où il y a dégénérescence fibro-cicatricielle, l'électrolyse circulaire doit être employée. Grâce à ce traitement, l'alimentation est redevenue normale et la bouche gastrique a pu être définitivement fermée chez tous ces malades.

Crises de diurèse paroxystique. — *M. Lévy-Darras* en distingue deux catégories : les unes d'ordre physiologique, telles les crises consécutives au froid, aux émotions, aux ingestions à jeun d'eaux minérales oligométalliques ; et les autres pathologiques, parmi lesquelles il cite l'incontinence nocturne essentielle (énurésie), les débâcles pseudo-phosphaturiques et l'incontinence des épileptiques, toutes manifestations qui peuvent être commandées par le sympathique. Le facteur sympathique permettrait de rapprocher l'incontinence d'urine essentielle des autres accidents sympathicotoniques, en particulier de l'asthme, la tachycardie paroxystique, etc.

Le grand retentissement de la colibacillose sur le système endocrino-sympathique. — *M. P. Desgeorges*. — La colibacillose, si répandue, surtout chez la femme, n'affecte pas moins les glandes endocrines que le foie et les reins. Elle joue dans la genèse des petites insuffisances glandulaires un rôle considérable et jusqu'ici largement méconnu. En présence de troubles endocrino-sympathiques dont la cause n'aura pas été nettement établie, il faudra penser à une origine colibacillaire et compléter le traitement opothérapique par un traitement de désinfection intestinale.

Stéatopygie nègre. — *M. Peugniez* présente quelques considérations sur les rapports de l'art et des signes ethniques qui fixent l'idéal des différentes races.

P. Prost.

Un mot nouveau : la parasomnie. — On le trouve dans le livre de M. Henri Roger : *Les troubles du sommeil* (Masson, édit.). « Il y a lieu, écrit l'A., de consacrer une étude à ces déviations particulières du sommeil, que j'appellerai du nom de *parasomnies*. Je préfère ce terme à celui de dyssomnies, car les dyssomnies comprennent toutes les difficultés du sommeil, y comprises les hyper- et les insomnies. Ce mot de parasomnie a, à mon avis, un autre avantage, c'est d'indiquer qu'un certain nombre de ces troubles sont en marge du sommeil normal plutôt que de véritables troubles pathologiques. »


PRIMUM NON NOCERE

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

Gustave Le Bon et Gambetta. — Testis dans l'*Intermédiaire des chercheurs et des curieux* (15 mars 1932), donne quelques souvenirs sur le Dr Gustave Le Bon :

« Il n'y a pas d'apparence que Gustave Le Bon, simple médecin d'ambulance pendant la guerre de 1870, ait connu personnellement Gambetta ; je ne me souviens pas qu'il l'ait nommé dans aucun de ses ouvrages et il ne parlait jamais de lui. On n'a donc pas lieu de penser qu'il ait bénéficié de l'amitié du tribun.

Par contre, comme descendant d'un vieil officier bourguignon, le chevalier Odet Carnot, il se trouvait être en relation de famille et d'amitié avec M. Sadi Carnot, sous-secrétaire d'Etat puis ministre des Travaux publics et des Finances, qui a pu favoriser son accès aux cadres de l'Administration, qui patronna ses missions d'études en Asie et à qui il dédia son grand ouvrage sur les *Civilisations de l'Inde*, imprimé en 1886.

Le Docteur Gustave Le Bon, pendant une vingtaine d'années titulaire de la Recette des contributions indirectes du quartier de la Chaussée d'Antin, a été retraité comme tel, et le ministre des Finances était représenté à ses obsèques.

Fonctionnaire, il avait de qui tenir. Son bisaïeul paternel, ses deux grands-pères et on père ayant été tous, à partir de 1760, receveurs des domaines du Roi ou Conservateur des hypothèques, l'atavisme, selon ses propres théories, lui facilita une besogne honorable, dont il utilisait la rétribution et les loisirs au profit de ses recherches scientifiques.

Dans les derniers temps, le bureau des indirectes occupait le 2e étage du n° 29 de la rue Vignon, tandis que l'appartement de Gustave Le Bon était au 1er étage. A l'occasion, la cuisine et la salle à manger servaient de laboratoire de physique, mais sans encombrement, les instruments construits sur son plan étant aussi simples qu'ingénieux ; quelques mois avant sa mort le grand penseur, se souvenant de son ascendance bourguignonnes, a fait don de ce précieux matériel à la Faculté des Sciences de Dijon, qui lui a témoigné une vive reconnaissance.

Gustave Le Bon, au-dessus des vaines ambitions, n'a pas recherché le monde politique ; il n'en voulait connaître qu'une élite, par curiosité des idées nouvelles et pour tenter de fixer des faits et des principes. Il faisait des invitations, soit pour le déjeuner du mercredi qu'il avait fondé à Paris, soit chez lui à la campagne. L'un des derniers hôtes des déjeuners de Marnes aura été M. Briand, dont il goûtait le charme et l'éloquence, mais qui ne parvint pas à lui faire partager ses rêveries.

Auprès de ce cerveau précis, Gambetta n'avait pas eu plus de succès.

Richelot et les études classiques. — *De M. A. de Beauchesne dans le* Journal des Débats (*17 mars* 1932) :

« ... Au temps, où je commençais à m'occuper de mon histoire du Concours général, j'avais cru devoir demander au célèbre chirurgien qui, au cours de ses brillantes études, de 1859 à 1862, au lycée Bonaparte (aujourd'hui Condorcet) avait si glorieusement représenté ce lycée dans les luttes de la Sorbonne, quel fruit il avait retiré pour sa future carrière de ces mêmes études. Or, voici les principaux passages de la longue et très obligeante lettre par laquelle il avait bien voulu répondre à ma question et que je conserve précieusement dans mes archives personnelles :

« L'utilité des études classiques pour la carrière d'un homme de science, et surtout d'un biologiste, est une de ces vérités évidentes que les esprits « pratiques » ont trop facilement méconnues. Au premier abord, on ne se figure pas le rapport qui existe, bien réel cependant, entre ces études et les carrières purement scientifiques... Certes, on peut être un « savant », au sens étroit du mot, sans savoir ni latin, ni grec, sans avoir vécu dans l'intimité des anciens ; on peut être un spécialisé, et faire de bons travaux. Mais peut-on avoir des idées générales, une doctrine, une philosophie, sans connaître les origines et l'histoire de la science humaine ?... Une grosse différence nous sépare des anciens : la création des méthodes de recherche, et

la somme des faits acquis, mais non la manière de penser... »

Voilà ce que ne craignait pas d'affirmer, en 1913, l'ancien lauréat de narration latine et de vers latins devenu un des représentants les plus autorisés de la science chirurgicale de son pays, et il me semble que son opinion n'est pas à dédaigner aujourd'hui comme alors... »

Le docteur Armaingaud et la statue de Montaigne. — *De M. Jean-Jacques Brousson dans les* Nouvelles littéraires (*Montaigne voyageur*, 27 *février* 1932) :

« ... Un montaniste éperdu, aurait même souscrit la somme nécessaire à l'érection de la statue, le docteur Armaingaud.

C'est un excellent docteur que le docteur Armaingaud. Il frise l'octantaine. A quoi peut-on mesurer l'art de vivre d'un médecin, sinon à son extrait de naissance. Et quel est le livre de chevet de ce pousse-au-trou, qui a pu y pousser bien du monde, mais qui demeure sur la marge : Montaigne ! Il possède les plus rarissimes éditions du sceptique Gascon. Quand on parla du monument, les membres du comité, enthousiastes sur l'hommage, devenaient réticents sur le devis. Combien coûterait la statue ? Que sais-je ? Le docteur Armaingaud, de Bordeaux ou des environs, gasconna du bec, d'Ambez : « Je torche l'ardoise. » Et, de sa pochette, il sortit son carnet de chèques. Ce sont là des gestes peu communs. Ainsi, Montaigne qui n'avait, jusqu'ici qu'une avenue à Paris, aura bientôt son monument.....

Le docteur Armaingaud, montaniste effréné, se porte comme le Pont-Neuf, lequel nous porte tous, et la statue du Vert-Galant Il n'a ni dentier ni perruque. Il est frais comme la romaine, vert comme l'épinard ; il est gaillard, il et raillard — je n'ose pas dire qu'il est paillard ! Quand on lui demande le secret de cette Jouvence, il montre une bibliothèque où s'entassent les plus rarissimes éditions du philosophe gascon, ses manuscrits, ses images. Il montre aussi, sur le meuble, en manière d'ex-voto, son portrait à lui, Armaingaud, en contemporain de l'illustre Gascon. Il a endossé les chausses à crevés, le pourpoint tailladé des Valois. Il s'est harnaché du collier à coquilles de Monseigneur Saint-Michel, gonfalonier de la milice céleste. Il a tendu, autour du col, comme le plat à barbe de Saint Jean-Baptiste, décollé, la collerette, empesée. Il s'est toqué de la toque de velours, avec rebroussé, le croupion d'autruche, cher aux mignons d'Henri III. Il s'est mis en état de grâce vestimentaire. Il est plus aisé de ressembler à un grand homme par les hardes, que par le tyle. Mais il faut juger des méthodes par le résultat : le docteur Armaingaud, à quatre-vingts ans bien sonnés, sonne et résonne encore..... »

Un cas de lithopœdion relaté dans la presse quotidienne en 1832. — *On lit dans le* Journal des Débats *du* 16 *mars* 1832 :

Une dame de Châtellerault, qui vient de mourir à 88 ans, avait éprouvé lors de sa 37e année tous les symptômes d'une grossesse. Elle avait même ressenti les douleurs qui annoncent l'accouchement lorsque, tout à coup, les douleurs cessèrent et l'embonpoint disparut. Cette dame était néanmoins restée persuadée qu'elle avait été enceinte et avait recommandé de faire l'ouverture de son corps après la mort. Cette opération a prouvé qu'elle ne s'était pas trompée. Un enfant que sa grosseur et son poids annoncent être venu à terme a été trouvé presque entièrement ossifié. Les médecins qui désireraient de plus amples renseignements sur ce singulier phénomène sont priés de s'adresser à M. Lauray, médecin à Châtellerault (*Gazette de l'Ouest*).

Au Togo. — *Les féticheurs et la vaccination. Extrait de la revue: Togo-Cameroun* :

« ... Il se fait tard, mais la causerie se prolongeant entre les hommes, car la lune brille au ciel et répand sa clarté sur la brousse, petit à petit pourtant les discussions s'éteignent; alors, avant de rentrer dans sa case, le chef prend la parole et dit :

« Aujourd'hui, un policier du « grand blanc » est venu me dire que le « féticheur des blancs » (le médecin), viendrait après demain dans le village pour mettre ses gris-gris (vacciner) sur les bras de tous, hommes, femmes, enfants. Que tout le monde se rassemble ici quand le soleil commencera à monter au-dessus des palmiers du ruisseau ».

Il n'a pas fini que déjà le féticheur du village, Oyo, se lève, dans l'obscurité et d'une voix glapissante, adjure l'assemblée de ne pas obéir, et de ne pas se laisser toucher par les féticheurs des blancs. Les plus grands malheurs fondront sur ceux qui se laisseront vacciner. Ce sont les enfants surtout qu'il faut cacher soigneusement ; puis il se lance en imprécations contre celui qu'il considère comme un dangereux concurrent, en l'espèce le

médecin, et prédit les pires calamités pour la communauté.

Akakpo rentre dans sa case et avant de s'endormir, raconte à sa femme ce qu'il a entendu au sujet de la visite du médecin. Yao s'écrie que le médecin ne verra pas son enfant. Elle le cachera dans un coin. Elle pousse le dévouement maternel jusqu'à assurer à Akakpo que si le médecin découvre l'enfant, elle offrira son bras pour une deuxième vaccination, à la place de l'enfant.

Sur cette assurance, et après avoir fermé le mieux possible toutes les issues de la case, Akakpo et sa femme, étroitement enserrés dans leurs pagnes partent, sans transition pour le pays des génies. »

. . . .

« Il n'est pas jusqu'à la variole que le Togolais implore. A condition qu'elle se tienne à distance, on lui reconnaît le don de faire tomber la pluie et de préserver des maladies. Disons tout de suite que le succès obtenu contre elle par les médecins européens et les infirmiers indigènes lui enlève de jour en jour un peu plus de son prestige et qu'aucun sacrifice ne lui est offert . . . . .

Ajoutons que l'indigène ignore la diète : même malade, il mange « pour ne pas mourir ». Cette croyance est tellement ancrée dans son esprit qu'il ne dit pas « j'ai faim » mais : « ado lé wou m », c'est-à-dire : « la faim est en train de me tuer ».

A l'Assistance publique. — *On lit dans* Aux Ecoutes (19 *mars* 1932) :

Après dix années passées à la direction de l'Assistance publique, M. Mourier a réussi à se faire un certain nombre d'amis. Mais il a groupé aussi, autour de lui, quelques inimitiés très actives.

Une campagne a été entreprise contre lui, dans les milieux médicaux. Elle a eu sa répercussion en haut lieu. Et aujourd'hui, il n'est plus question que de le remplacer dans les bureaux administratifs de l'avenue Victoria.

M. Mourier sait qu'il va être sacrifié. Il connaît même le nom de son successeur éventuel, un député modéré du Midi, qui ne sollicitera pas le renouvellement de son mandat.

Le directeur de l'Assistance publique ne veut pas, comme son prédécesseur Mesureur, se trouver tout à coup sans aucune situation sociale.

Il a jeté son dévolu sur la circonscription du Gard, dans laquelle se trouve Aigues-Vives et qui est vacante, son député M. Bazille étant passé au Sénat.

Un instant il a craint que M. Doumergue ne posât là-bas sa candidature. Mais l'ancien président de la République, à qui elle a été offerte, l'a déclinée.

M. Mourier sera candidat, avec l'appui de M. Doumergue, à la succession de M. Bazile.

Les suspicions qu'on fait naître dans le public en portant devant lui les questions professionnelles. — On s'est demandé s'il était opportun d'agiter la question de la dichotomie devant le grand public ? L'écho suivant paru dans *Le Cri de Paris* (20 mars 1932) est une indication :

CONTRE LA DICHOTOMIE

Publiez la liste des Ligueurs !

Les articles que nous avons déjà publiés au sujet de cette misérable pratique nous ont valu un nombreux courrier. Pas un jour ne se passe qu'un de nos lecteurs n'y revienne. Celui-ci nous cite tel exemple dont il a été le témoin, celui-là préconise une mesure propre à enrayer un état de choses trop répandu. Un autre nous adresse une brochure du Docteur Mauriac, frère du célèbre romancier, où le mal est exposé sans hypocrisie. Un autre enfin... Mais nous n'en finirions pas. Cueillons seulement aujourd'hui ces quelques lignes dans la lettre d'un de nos correspondants :

« Un chirurgien me disait avoir eu trois fois, ces derniers temps, à opérer pour des affections abdominales sérieuses, des malades portant la cicatrice d'une appendicectomie faite quelques années auparavant par d'autres chirurgiens. Le ventre ouvert, il avait trouvé, à sa place normale, un appendice sain. Or, un appendice enlevé ne repousse pas. C'est donc qu'il n'avait pas été enlevé et que l'on avait fait le simulacre d'une opération, d'ailleurs inutile ».

De pareils faits, à peine croyables, sont malheureusement trop réels. N'y a-t-il donc aucune sauvegarde contre la dichotomie ?

Nous l'avons dit : il y a un remède, immédiatement applicable et qui a pour lui le mérite de la netteté et de la franchise. Puisqu'il existe une *Ligue contre la dichotomie*, à laquelle adhèrent un grand nombre de médecins et de chirurgiens, qu'elle publie la liste de ses membres !

En raison de cette publicité, tout le corps médical honnête aura bientôt à cœur d'y figurer. Quelle garantie pour le public !

RÉPONSES AUX QUESTIONS POSÉES PAR LES PARLEMENTAIRES

Le diplôme de pharmacien et l'accès aux emplois administratifs. — 1312. — *M. Chopin, sénateur, demande à M. le ministre de l'Instruction publique si le diplôme de phar-*

macien délivré par les facultés de pharmacie, établissements d'enseignement supérieur de l'Etat, donne à ses titulaires le droit de concourir aux divers emplois administratifs, pour lesquels un diplôme est requis, ou à certains d'entre eux, et, dans la négative, quelles sont les raisons qui s'opposent à l'équivalence du diplôme de pharmacien, avec les diplômes de docteurs en médecine, de licencié en droit, ès lettres ou ès sciences, qui ouvrent à leurs titulaires l'accès aux concours en question. (*Question du* 12 *février* 1932).

Réponse. — Le département de l'instruction publique n'a à connaître que des demandes d'équivalences de diplôme en vue d'un titre ou grade d'Etat. Ces équivalences ne valent que pour le grade ou titre en vue duquel elles ont été concédées. Par ailleurs, chaque administration est maîtresse de déterminer les titres qu'elle exige des employés qu'elle entend recruter. La question posée par l'honorable sénateur échappe donc à la compétence du ministre de l'Instruction publique. (*J. O.*, 15 mars 1932.)

Les spécialités vétérinaires doivent, comme les spécialités pharmaceutiques acquitter la taxe établie par la loi des finances du 30 décembre 1926.— 15242. — *M. P. Massimi demande à M. le Ministre des Finances : 1° si, la médecine vétérinaire étant libre, le fait de s'adresser aux maréchaux-ferrants, guérisseurs, etc., pour la vente des spécialités vétérinaires, peut être considéré comme une publicité directe auprès du public ; 2° si les spécialités vétérinaires sont assimilées aux spécialités pharmaceutiques et doivent acquitter la taxe établie pour ces dernières par la loi des finances du 30 décembre 1926, lorsqu'elles font de la publicité directe auprès du public.* (*Question du 9 février* 1932.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative ; 2° l'administration estime que la question doit être résolue par l'affirmative si, sous une forme quelconque, des qualités, curatives ou préventives sont attribuées aux préparations.

BIBLIOGRAPHIE

Souvenirs d'un médecin-major (1914-1917) par le Dr Edouard LAVAL. Un vol. in-8 de la *Collection des Mémoires, Etudes et Documents pour servir à l'histoire de la Guerre Mondiale,* 20 francs, Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Comme le dit le médecin-général inspecteur Toubert dans sa préface, « le docteur Laval, qui fut un brillant médecin de l'armée active, avant de devenir un distingué praticien civil, est, pour le moment, le seul appartenant au Service de santé militaire français, parmi les nombreuses personnalités de France et de l'étranger, qui ont enrichi la *Collection de Mémoires, Etudes et Documents pour servir à l'histoire de la Guerre mondiale* »

Avec une régularité et une précision surprenantes, l'auteur, qui a passé par toutes les situations, depuis la plus humble (ambulance) jusqu'aux plus enviées (cabinet du ministre de la guerre Gallieni, puis Grand Quartier général), a noté, on pourrait dire jour par jour, tout ce qui l'a frappé, sans d'ailleurs s'attacher uniquement au fonctionnement du Service de santé. L'attitude des blessés, leur état d'âme, le pittoresque des milieux qu'il a traversés, la réaction de ces milieux sur son entourage et sur lui-même, l'essentiel des opérations militaires avec leurs à-coups, les conversations intéressantes saisies au vol, même les statistiques lorsqu'elles étaient impressionnantes, tout a trouvé place dans son récit rapide, vibrant, varié et — on le sent — absolument sincère. On y rencontre même — et moins que rarement — des critiques sans acrimonie, mais sans fard, inspirées avant tout par le désir de ne rien cacher de la vérité, dans l'intérêt général.

Tous ceux qu'intéresse le sort du blessé de guerre liront avidement ces *Souvenirs,* où ils trouveront non seulement l'évocation des tristes journées vécues, mais aussi quantité de faits et d'observations d'ordre strictement humain qui seront de toutes les guerres à venir, quelque nouvelle qu'en puisse être la modalité.

ELIAS METSCHNIKOW. **Leben und Werk**, par HEINZ ZEISS, professeur à l'Université de Hambourg, ancien chef de service du Tarassewitsch-Institut de Moscou, 196 p. (mit 5 Tafeln), Gustave Fischer, Iéna, 1932. Broché 10 m. Relié 12 mks.

Cet ouvrage considérable est fait d'après la biographie due à Mme Olga Metschnikova, d'après les documents du Museum Metschnikow de Moscou et d'après les recherches personnelles de l'auteur.

Passionnant comme un récit d'aventures, on ne peut s'empêcher de comparer Metschnikow aux grands explorateurs.

Ce fut, en réalité, un *conquistador* que ce Russe qui, non seulement abattit les pans de l'inconnu, mais encore sut se trouver *chez lui* en quantité d'endroits fort différents parmi lesquels : Moscou, Berlin et Paris, où, fort heureusement pour nous, il se fixa, éloigné de l'Allemagne par l'attitude un peu trop fraîche de Koch à son égard.

A cette merveilleuse faculté d'adaptation que Metschnikow dût peut-être à la part israélite de son hérédité et à laquelle s'ajoutait une autre qualité juive : *la constance dans l'effort* se joignaient les plus beaux dons naturels de l'intelligence et aussi la simplicité, la bienveillance, la bonté.

L'œuvre de Zeiss est de celles qui sont l'une des gloires de la manière allemande, je veux dire qu'elle est extrêmement documentée, fouillée consciencieuse.

Mais elle demeure parfaitement claire.

A la partie biographique singulièrement attachante, Zeiss a joint une vaste étude bibliographique aussi complète que possible, étude que lui facilita son séjour de dix années à Moscou parmi les documents laissés par Metschnikow et dans l'entourage immédiat de ses amis et de ses disciples.

Mais ce ne sont pas seulement les relevés bibliographiques relatifs au savant russe que nous livre Zeiss, ce sont aussi ceux d'un nombre extrêmement élevé de savants en relations avec lui et dont les écrits ou les opinions sont signalés avec force détails sur leurs œuvres, sur leurs tendances, sur leur mode d'existence.

Citons parmi les documents des lettres inédites de : *E. Arning, K. E. v. Baer, A. de Bary, E. v. Behring, E. du Bois-Reymond, J. Bordet, H. Buchner, C. Claus, F. Cohn, A. Dohrn, P. Ehrlich, M. Gruber, Ar. Hansen, K. Heider, F. Hüppe, W. Keferstein, N. Kleinenberg, E. Korschelt, E. Lesser, J. Lister, E. Metschnikow, C. v. Noorden, W. Ostwald, L. Pasteur, R. Pfeiffer, G. Sanarelli, C. Th. E. v. Siebold, J. W. Spengel, F. Schaudinn, H. de Vries, A. v Wassermann, C. Weigert, A. E. Wright.*

L'ouvrage d'Heiz Zeiss n'est pas seulement nécessaire pour comprendre Metschnikow et son œuvre.

C'est une œuvre qui nous révèle des traits essentiels de l'effort biologique et de l'effort médical pendant la dernière période du XIXe siècle et pendant la première du XXe.

Dr G. ESPÉ DE METZ.

Journal de Voyage. *En Italie par la Suisse et l'Allemagne*, par MICHEL DE MONTAIGNE, préface d'EDMOND PILON. Illustré de 8 photogravures. Broché 12 francs. *Collection Hier*. « Les œuvres représentatives », 41, rue de Vaugirard, Paris-VIe.

L'Italie des humanistes et des savants, l'Allemagne des théologiens se reflètent à toutes les pages de ce curieux et vivant *Journal*. Commencé en 1580, achevé en 1581, c'est-à-dire au point culminant du florissant XVIe siècle, ce *Voyage* ne dura pas moins de 17 mois et 8 jours. Tantôt ce fut à cheval et tantôt au trot des mules rustiques. Comme notre philosophe souffrait de « choliques » néphrétiques « très griêves », il y avait à cela quelque mérite. Où celui-ci devient plus grand encore, c'est de penser que Montaigne, chaque soir, trouvait encore la force de dicter, en arrivant à l'auberge, le détail de ce qu'il observait le jour sur les monuments, les pays, les particularités touchant les mœurs des habitants. Chaque fois il le faisait avec cet esprit judicieux, souriant, cette verve de son pays, un peu gasconne, qui donnent à son récit un tour si savoureux, un charme si vif à son langage. Découvert en manuscrit au XVIIIe siècle, et presque introuvable encore de nos jours, le *Voyage* de Montaigne est le complément obligé des *Essais*. Comme eux, a dit Sainte-Beuve, il « fait jaillir des sources de fraîcheur ». En même temps, il ajoute à la connaissance de ce grand esprit ; et c'est un Montaigne érudit, familier, spirituel, mais aussi indulgent et bon qui se dégage de ces feuillets à la fois vrais et humains.

Et l'étude d'Edmond Pilon, à elle seule, vaut qu'on lise ce livre.

Riom, Mozat, Volvic, Tournoel, par G. DESDEVISES DU DEZERT et L. BRÉHIER. Un vol. in-8° (19×26), illustré de 105 gravures et 3 plans. Broché 18 francs. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

On pourrait s'étonner de voir une ville comme Riom mise au rang des villes d'art célèbres, si l'importance artistique d'une ville se mesurait au chiffre de ses habitants et si Riom par son passé historique, ainsi que par les témoignages qu'elle en conserve, ne méritait de retenir l'attention des historiens de l'art et n'offrait aux touristes le charme de ses places et de ses rues bordées de magnifiques hôtels de toute époque.

Ce sont ces trésors d'art, la Sainte-Chapelle de Jean de Berry et ses verrières, la célèbre Vierge du Marthuret, les basiliques de Saint-Amable et de Mozat avec leurs trésors et toute la série admirable des vieux logis que MM. Desdevises du Dezert et Bréhier ont décrits avec la méthode historique qu'ils avaient déjà appliquée à Clermont-Ferrand, étudiée par eux dans la même collection.

Ils ont tenu à compléter la description de Riom par celle des curieux groupes monumentaux qui ornent sa banlieue, le pittoresque village de *Volvic*, le château historique de *Tournoel*, le centre de pèlerinage qu'était *Marsat*, tous endroits rattachés étroitement à l'histoire de Riom et à son influence artistique.

Comme il est de coutume dans la collection, de nombreuses illustrations augmentent le charme de ce bel ouvrage.

Histoire illustrée de la littérature latine, par J. HUMBERT. Henri Didier, éditeur.

Qui n'a pas dépassé la quarantaine connaît, pour l'avoir eue entre les mains au collège, la *Littérature française illustrée*, à cartonnage jaune, d'Abry, Audic et Crouzet, et se souvient d'avoir assurément éprouvé quelque plaisir à passer des tomes pesants et gris alors en usage à ce riant ouvrage.

M. J. Humbert a fait le même sort à la littérature latine et selon la même méthode : exposé bref, schématique et ordonné ; la rapidité de la note critique s'appuie sur de nombreuses citations : l'histoire littéraire n'est jamais isolée de l'histoire générale (politique et sociale). Enfin, de belles et nombreuses illustrations ont le mérite — particulièrement efficace en ce domaine — de rendre de la vie, du mouvement, une réalité plus sensible à la matière traitée.

De tels ouvrages servent puissamment le goût des humanités. Et si nous signalons cet heureux travail du distingué professeur à la Faculté de Poitiers, c'est que, de consultation facile, il est susceptible de rendre les meilleurs services à tous les lettrés.

L'électricité à la ville, à la campagne, en auto, par Marcel BOLL. Un volume in-8° illustré de 174 gravures et 2 hors-texte, broché, 15 fr. Larousse, éditeur.

Grâce à ce livre, le lecteur sait ce qu'est l'électricité, ce que représentent un ampère, un hectowatt, un volt, la différence qu'il y a entre le courant continu et l'alternatif, le monophasé et le triphasé ; il comprend pourquoi la lampe éclaire et chauffe, tandis que le fil conducteur reste froid, etc... Il apprend à utiliser avec le maximum de rendement et de sécurité tout l'appareillage électrique, depuis les plafonniers de son appartement jusqu'aux groupes électrogènes des grandes installations privées, à remédier rapidement aux pannes et aux dérangements éventuels, etc... Gardons-nous aussi d'oublier les si intéressants chapitres relatifs au téléphone, à la radio et à l'équipement électrique des autos. Tout le monde lira avec curiosité et profit ce livre pratique où la clarté du texte se complète d'une illustration ingénieusement faite en vue de la démonstration.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 15 LE NUMÉRO : 50 Centimes 9 AVRIL 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Académie royale de médecine de Belgique. — M. le Professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine de Paris, est nommé membre honoraire étranger de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Association générale des médecins de France.— *Bourses familiales du Corps médical* (fondation de M. le Docteur Roussel). — Il est rappelé que dix bourses de 10.000 francs ont été créées par le Docteur Roussel en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe) pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront simplement avertir par lettre qu'ils maintiennent leur candidature pour 1932.

Faculté de médecine de Paris. — *Prix André Léri.* — Le prix André Léri d'une valeur de 1.500 francs, destiné à récompenser chaque année un travail sur « Les maladies des os ou des articulations », sera attribué pour la première fois en 1932.

Les candidats sont priés de s'inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 25 avril 1932 (demande établie sur papier timbré à 3 fr. 60 accompagnée d'un exemplaire des travaux).

Société internationale de chirurgie. — Dans son assemblée générale tenue à Madrid, au cours du récent Congrès, le Professeur Eiselsberg (de Vienne) a été élu président du prochain Congrès qui se tiendra au Caire en 1935. Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° Chirurgie des glandes parathyroïdes ;
2° Chirurgie du sympathique lombaire ;
3° Chirurgie du côlon (cancer excepté).

Une quatrième question, de préférence de chirurgie tropicale, sera désignée ultérieurement par le Comité international.

Le secrétaire général est le Docteur L. Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1931-1932, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE TROISIÈME TRIMESTRE 1931-1932. — 17 avril, M. Noël PERON, médecin des hôpitaux : La malariathérapie et la pyrétothérapie dans la syphilis nerveuse. — 24 avril, M. CROUZON, médecin des hôpitaux : La dysostose cranofaciale héréditaire. — 8 mai, M. GUTMANN, médecin des hôpitaux : Le diagnostic de l'ulcère duodénal (projections). — 22 mai, M. André MARTIN, chirurgien des hôpitaux : Diagnostic et traitement de la sténose pylorique du nourrisson. — 29 mai, M. GRENET, médecin des hôpitaux : Le traitement de la diphtérie. — 5 juin, M. HAGUENEAU, médecin des hôpitaux : Le traitement radiologique et chirurgical des compressions médullaires. — 12 juin, M. J. HUTINEL, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux : L'hérédo-syphilis et son traitement. — 19 juin, M. Henri BENARD, médecin des hôpitaux : Les données biologiques de la pathogénie des œdèmes. — 26 juin, M. LEVY-VALENSI, médecin des hôpitaux : Les magnicides : Charlotte Corday (projections).

Hôpital Broca (Services des Drs WEISSENBACH et TZANCK.) — Avec le concours des Drs CIVATTE, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint-Louis ; FERNET, médecin de Saint-Lazare ; BASCH, BORDIER, EDWIN SIDI, assistants à l'hôpital Broca ; MARTINEAU et Mlle DOBKEWITCH, chefs de laboratoire à l'hôpital Broca ; MM. A. DREYFUS, M. CORD et LE CHARTRE, leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie du 2 mai au 3 juin 1932.

PROGRAMME. — 2 mai, M. TZANCK : Classification dermatologique et lésions élémentaires. — 3 mai, M. A. DREYFUS : Anatomie normale et pathologique de la peau. — 4 mai, M. TZANCK: Erythèmes et érythrodermies. — 6 mai, M. M. CORD : Taches rouges et squameuses. Kératodermies. Kératoses folliculaires — 7 mai, M. TZANCK : Les séroses (eczéma, urticaire, etc.). Notions des intolérances cutanées. Les prurigos. — 9 mai. M. TZANCK : Les plasmoses résolutives (papules, végétations), — 12 mai, M. TZANCK : Les plasmoses nécrosantes (tubercules, gommes, ulcères, cicatrices). — 13 mai, M. LE CHARTRE: Thérapeutique dermatologique. — 14 mai, M. E. SIDI : Les dystrophies cutanées. — 17 mai, M. CIVATTE : Tumeurs malignes. — 18 mai, M. TZANCK : Les pyodermites. — 19 mai, M. BASCH : Parasites (gale, phtiriase). Mycoses cutanées. — 20 mai, M. FERNET : Tuberculoses cutanées, lupus, tuberculides. — 21 mai, M. BASCH : Chancre mou. Poradénolymphite. — 23 mai, M. WEISSENBACH : Syphilis (généralités). Syphilis primaire. — 24 mai, M. BASCH : Syphilis secondaire. — 25 mai, M. FERNET : Syphilis tertiaire. — 26 mai, M. BASCH : Syphilis viscérale tardive. — 27 mai, M. FERNET : Syphilis héréditaire. — 28 mai, M. WEISSENBACH : Les médicaments de la syphilis. — 30 mai, M. WEISSENBACH : Conduite du traitement de la syphilis. — 31 mai, Mlle DOBKEWITCH : Maladies du cuir chevelu. Maladies des ongles. — 1er juin, M. BORDIER : Blennorragie aiguë. — 2 juin, M. BORDIER : Blennorragie chronique. — 3 juin, M. MARTINEAU : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 10 h. 30 et permet d'assister, à partir de 9 heures, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (dispensaires Fournier et Fracastor) aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 francs. S'inscrire auprès du Dr MARTINEAU, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe). Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (Professeur : M. Fernand BEZANÇON.) — *Cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire du 8 avril au 29 juin 1932*, par MM. F. BEZANÇON et P. BRAUN, avec la collaboration de MM. M.-P. WEIL, L. DE GENNES, Et. BERNARD, A. JACQUELIN, R. AZOULAY, F. V. TRIBOUT, J. DESTOUCHES, R. WAHL, A. DURUY, J. DELARUE, V. OUMANSKY, S. SCHERRER, J. FREY-RAGU, A. MEYER.

Vendredi 8 avril, F. BEZANÇON : Evolution générale de la tuberculose. — Lundi 11 avril, Et. BERNARD : L'importance de la notion de contagion. — Mercredi 13 avril, J. DELARUE. Les

formes anatomo-cliniques de la tuberculose. Essai de classification. — Vendredi 15 avril, F. Bezançon : Les acquisitions récentes sur le bacille de Koch. — Lundi 18 avril, V. Oumansky : La tuberculose du cobaye. — Mercredi 20 avril, J. Delarue : Histogénèse des lésions tuberculeuses. Etude histobactériologique. — Vendredi 22 avril, F. Bezançon : Les enseignements de la tuberculose animale et de la tuberculose expérimentale. — Lundi 25 avril, P. Braun : Tuberculose familiale (intérêt du dispensaire dans son dépistage). — Mercredi 27 avril, V. Oumansky : Le diagnostic bactériologique (en dehors de l'examen direct : culture et inoculation, le problème de la bactériémie tuberculeuse. — Vendredi 29 avril, F. Bezançon : La notion d'allergine en tuberculose.

Lundi 2 mai, P. Braun : Le stade de tramite initiale. —Mercredi 4 mai, A. Jacquelin : Morphologie et tuberculose. — Vendredi 6 mai, F. Bezançon : La question de la tuberculose latente, l'infection tuberculeuse secondaire. Le critérium de la nature tuberculeuse d'un processus. — Lundi 9 mai, P. Braun : Les causes d'éclatement de la tuberculose. — Mercredi 11 mai, F. V. Tribout : L'aspect radiologique normal du poumon et les aspects élémentaires radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — Vendredi 13 mai, F. Bezançon : Les formes cliniques de la pleurésie et l'état humoral des pleurétiques. — Mercredi 18 mai, L. de Gennes : Tuberculose et glandes endocrines. La tuberculose de la puberté. — Vendredi 20 mai, F. Bezançon : L'état du poumon dans les tuberculoses externes. — Lundi 23 mai, P. Braun : L'infiltrat précoce des auteurs allemands. — Mercredi 25 mai, J. Delarue : La granulie froide. — Vendredi 27 mai, F. Bezançon : La tuberculose discrète à bacilles rares et intermittents. — Lundi 30 mai, M.-P. Weil : Tuberculose et diabète. La nutrition des tuberculeux.

Mercredi 1er juin, R. Wahl : Les albumines du sérum. La réaction de sédimentation. — Vendredi 3 juin, F. Bezançon : Les réactions de fixation et de floculation dans la tuberculose. — Lundi 6 juin, P. Braun : Les phénomènes congestifs et fluxionnaires dans la tuberculose : Les formes dites pneumoniques. — Mercredi 8 juin, R. Azoulay : Les principaux aspects radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — Vendredi 10 juin, F. Bezançon : Le problème de l'évolutivité dans la tuberculose. — Lundi 13 juin, Et. Bernard : La tuberculose de la cinquantaine. — Mercredi 15 juin, J. Destouches : Le problème pratique de la prophylaxie antituberculeuse. — Lundi 20 juin, A. Jacquelin : Asthme et tuberculose. — Mercredi 22 juin, P. Braun : Indication et mode d'action du pneumothorax. — Vendredi 24 juin, A. Meyer : La section des brides. — Lundi 27 juin, A. Duruy : Les épanchements du pneumothorax. — Mercredi 29 juin, F. Bezançon : L'état actuel de la thérapeutique médicale de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Des démonstrations pratiques (consultations, pneumothorax) seront faites au Centre de triage, les mardis, jeudis, samedis, par M. P. Braun, Mme Frey-Ragu, M. Destouches, Mlle Scherrer.

Association amicale des anciens médecins des corps combattants (74, rue du Rocher, à Paris, VIIIe.) — Cette Association qui compte actuellement plus de 1.100 membres, a tenu son assemblée générale le 17 mars à l'hôtel Carlton, sous la présidence du Docteur J. Forestier, président sortant.

Elle a élu comme président, le Docteur Louis Leroux, comme président honoraire, le Docteur A. Landrin, et comme présidents d'honneur, le Professeur Balthazard et le Docteur Censier.

D'importantes modifications ont été apportées aux statuts. Il a été fondé une caisse de solidarité, pour venir en aide aux infortunes de la famille médicale.

Le dîner qui a suivi a réuni une centaine de convives autour du Docteur Launay, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Le centenaire de Nicolas Vauquelin. — Le Syndicat des pharmaciens du Calvados fêtera, au début de juillet, son cinquantième anniversaire. Il célébrera en même temps le centenaire de la mort de Nicolas Vauquelin, pharmacien et chimiste célèbre, qui fut successivement professeur à l'Ecole polytechnique, au Collège de France, membre de l'Institut, directeur de l'Ecole de pharmacie, professeur au Muséum et à la Faculté de médecine. Cette dernière manifestation aura lieu le dimanche 3 juillet. Elle sera présidée par MM. Guérin, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris ; Blaisot, ministre de la Santé publique, et un membre de l'Institut.

Le 4 juillet aura lieu un pèlerinage au tombeau de Nicolas Vauquelin, à Saint-André-d'Hébertot, près de Pont-Lévêque.

(*Journal des Débats*).

Les voix latines: les forces spirituelles scientifiques de la latinité. — *Conférences internationales de l'Unifia.* (Conférence prochaine du Professeur Sergent.) — Le Professeur Sergent, membre de l'Académie de médecine, fera le 11 mai prochain, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, à 21 heures précises, sous la présidence de l'ho-

norable Philip Roy, ministre plénipotentiaire du Canada, une conférence sur : *Le Canada, impressions d'un médecin français en mission au Canada.*

Pour les cartes d'invitation, prière de les demander directement au Docteur Dartigues, président de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris, 16e ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris ; à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris ; à l'*Informateur médical*, Docteur Crinon, , 111, boulevard Magenta, Paris, et à la Cité Universitaire, Pavillon Canadien, 5, boulevard Jourdan, Paris, 14e.

Assistance publique à Paris.— Une place d'assistant suppléant de la consultation de médecine générale et une place d'assistant suppléant de la consultation de médecine infantile ouverte tous les jours (dimanches et fêtes compris) à la polyclinique du boulevard Ney sont actuellement vacantes.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette administration (3, avenue Victoria) avant le 15 avril prochain dernier délai ».

Nécrologie. — Docteur Pierre Teissier, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine et du Conseil de l'Université de Paris, décédé à l'âge de 68 ans, en son domicile, 142, rue de Grenelle. Les obsèques ont eu lieu à Bordeaux. — Baron d'Anfreville de Jurquet de la Salle, médecin hors classe de la Santé et de l'Hygiène publiques au Maroc, décédé à l'âge de 60 ans. — Docteur Cambon, de Paulhan (Hérault). — Docteur René Collignon, correspondant de l'Académie de médecine, décédé à Jaulny (Meurthe-et-Moselle). — Docteur Garçot, de Nancy. — Docteur Georges Guinon, de Paris, 97, rue du Cherche-Midi (VIe), ancien chef de clinique à la Faculté. — Docteur Louis Ligouzat, de Fontainebleau, médecin colonel en retraite, mort victime du devoir professionnel à l'âge de 60 ans. Pendant la guerre il avait réorganisé le corps de Santé serbe, à la suite de la retraite du Vardar.— Docteur Raoul Pacaud, d'Angles (Vendée), député des Sables-d'Olonne, vice-président de la Commission d'hygiène, décédé dans sa 70e année. — Docteur Joseph Parrocel, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Marseille, rédacteur en chef de la *Provence médicale*, décédé à l'âge de 36 ans. — Docteur Louis Villette, de Dunkerque. — Docteur Louis Waldmann, de Lyon, décédé à l'âge de 51 ans. — Docteur Gregorio Mendizabad, doyen du corps médical mexicain. — Docteur L. Laroque, professeur agrégé d'anesthésie, à l'Université de Montréal, décédé à l'âge de 51 ans. — Professeur Albert Lasalle, de Montréal, décédé à l'âge de 59 ans. — Docteur Rushton Parker, professeur honoraire de pathologie chirurgicale à l'Université de Liverpool, décédé à l'âge de 84 ans. — Docteur B. Sherwood-Dunn, professeur agrégé de l'Université de Boston, décédé à Nice. Pendant la guerre, il était à la tête des formations américaines de la Croix-Rouge, à Amiens.

BIBLIOGRAPHIE

Pleuroscopie et libération endopleurale des adhérences au cours du pneumothorax thérapeutique, par le Docteur E. Peyret, interne des sanatoriums d'Hauteville. Préface du Docteur Dumarest. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Le pneumothorax thérapeutique dont nous devons la découverte au génie de Forlanini, est aujourd'hui unanimement accepté dans la pratique phtisiologique. C'est un traitement local, mais le seul vraiment et rapidement efficace. Les phtisiologues qui l'ont appliqué à l'étranger et en France, à la suite du Dr Dumarest, ont souvent déploré son efficacité relative dans les cas de collapsus imparfait dû à l'existence d'adhérences. Ces constatations conduisirent de bonne heure Jacobæus et Hervé à l'idée de supprimer ces brides gênantes. La thérapeutique phtisiologique s'enrichit ainsi d'une méthode nouvelle qui améliore les résultats de la collapsothérapie par le pneumothorax.

Le Dr E. Peyret, dans une revue précise et documentée, met définitivement au point l'ensemble des travaux effectués sur la question en France, par Hervé, Coulaud, Brissaud, Triboulet, à l'étranger par Jacobæus, Unverricht, Cova, Matson, etc...

On trouve dans cet important travail, un exposé complet des différentes techniques avec leur instrumentation respective, et des résultats statistiques jusqu'à ce jour publiés. Ce travail se termine par une relation détaillée des observations personnelles de l'auteur.

La connaissance de cet ouvrage est nécessaire à tous les phtisiologues qui pratiquent le pneumothorax.

TRAVAUX ORIGINAUX

La fracture de Bennett

Par J.-P. TOURNEUX

Chirurgien-chef des Hôpitaux de Toulouse

Parmi les différentes variétés de solutions de continuité traumatiques qui peuvent se manifester au niveau de l'extrémité supérieure du premier métacarpien, il en est une, particulièrement intéressante, intraarticulaire, que l'on désigne du nom de fracture de Bennett. On comprend sous cette dénomination une solution de continuité dans laquelle le trait de fracture partant de la facette articulaire trapézienne du métacarpien se dirige obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, avec déplacement plus ou moins marqué du fragment inférieur en arrière et en haut.

Historique

Confondue jusque vers la fin du siècle dernier avec toutes les autres lésions traumatiques du premier métacarpien, et en particulier avec les luxations trapézo-métacarpiennes, cette variété de fracture n'a été individualisée qu'en 1882 par Bennett, qui en décrivit le premier les particularités étiologiques, anatomiques et cliniques : les observations de Kœnig et Baerh, de Beatson et de Prichard parues quelques années plus tard (1899 et 1900) ne vinrent que confirmer la description donnée par Bennett.

En 1904, Miles et Struthers consacrèrent à cette lésion une importante monographie basée sur l'examen de 15 nouveaux cas, puis parurent successivement les observations de Aulhorn et de Duroux (1905), de Russ et de Robert (1906), en 1907, la thèse de Dorny, en 1908 celle de Dreux ainsi que l'article de Graveline et le mémoire de Robinson, où cet auteur signale 28 cas de fractures de Bennett parmi les 92 cas de fractures du premier métacarpien qu'il lui avait été donné de constater.

L'étude de cette lésion fut reprise en 1909, à l'occasion d'une observation personnelle par Mauclaire et Jacoulet, puis de nouveaux cas furent signalés par Costobadie (1910), par Isaak et par Gilette (Thèse 1912), par Kleniec (thèse 1914), par Jean (1915), par Cattaneo (1916), par Schapfer (1918), par Halter (1921), par de Pomès, par Tourneux et par Villandre (1922) ; l'article d'Imbert et Cottalorda paru en 1923 est surtout consacré à l'anatomie pathologique et au mécanisme de cette fracture dont ces auteurs ont fait une étude expérimentale.

Depuis cette époque s'est écoulée une période de plusieurs années au cours de laquelle de nombreux cas ont été rapportés, par Schum (1924), par Mouchet et par Cotte et Dechaume (1925), par Bressot, par Guillot, par Tourneux, par Winterstein (1926), par Cambresier, par Gresset, par Masini (1927), par Chastakoff, par Delapchier et Rœderer, par Havinga, par Magliulo et par Marique (1928), par Cottalorda, par Masini (1929), par Huard et par Masini (1930), par Coquelet et par Galeazzi (1931) portant ainsi à plus d'une centaine le nombre des cas de fractures de Bennett actuellement publiés.

Etiologie

La fracture de Bennett a été considérée comme très rare par la plupart des auteurs, en particulier par Tanton, par Imbert et par Masini : son peu de fréquence tiendrait à la mobilité extrême du premier métacarpien, qui permettrait à cet os de fuir devant le traumatisme direct, ou de parer en partie des chocs indirects. La capsule articulaire trapézo-métacarpienne est en effet très lâche et d'autre part, la tête du métacarpien, protégée du côté de sa face palmaire par un coussin musculaire, n'est accessible au choc que sur une partie très limitée, la partie dorsale qui n'est mise complètement à découvert que dans la flexion de la phalange.

Pourtant, si l'on remarque que certains chirurgiens ont pu observer personnellement un nombre relativement assez important de cette lésion, 15 cas pour Miles et Struther, 28 cas pour Robinson, 4 cas pour Bressot, 4 pour Magliulo, 5 pour Alglave, etc., on est bien forcé de reconnaître que sans être d'observation courante, la fracture de Bennett doit être assurément plus fréquente que ne le soutient l'opinion classique.

Il est d'ailleurs infiniment probable que si l'on prenait le soin de faire radiographier bien des sujets traités pour de prétendues contusions ou entorses trapézo-métacarpiennes, on ne manquerait pas de reconnaître souvent l'existence d'une solution de continuité au niveau de la base du premier métacarpien.

Quoi qu'il en soit, et en négligeant les chiffres donnés autrefois, qui ne correspondent certainement plus à la réalité des faits, la fracture de Bennett s'observe dans 30 à 35 pour cent des cas de fractures du premier métacarpien.

Pouvant assurément se voir à tout âge, mais n'ayant été constatée jusqu'ici qu'entre 19 et 66 ans, avec un maximum de fréquence de 20 à 45 ans, la fracture de Bennett, favorisée bien entendu par toutes les causes tant générales que locales qui peuvent diminuer la résistance osseuse, ne se relève chez la femme que d'une manière exceptionnelle (4 à 5 cas connus) ; cette rareté tiendrait non seulement au moindre degré de fréquence des lésions traumatiques dans le sexe féminin, mais encore à une particularité anatomique signalée par Alglave et consistant dans une saillie moins accusée du rebord articulaire antérieur de la base métacarpienne.

Cette fracture affecte beaucoup plus souvent le côté droit que le côté gauche, la bilatéralité est extrêmement rare ; quant aux questions de race ou de profession, elles semblent ne jouer aucun rôle et n'avoir aucune importance. Par contre, la fréquence et l'étendue des mouvements dont l'articulation trapézo-métacarpienne est le siège, ainsi que la configuration anatomique de la base du premier métacarpien apparaissent comme des conditions favorisant la production de la fracture de Bennett.

Anatomie pathologique

On sait que l'articulation trapézo-métacarpienne appartient au genre des articulations par emboîtement réciproque, ou articulations en selle, dont elle constitue le type le plus parfait. A une facette quadrilatère située sur la face inférieure du trapèze, regardant en bas, en dehors et un peu en avant, concave dans le sens transversal et convexe dans le sens antéro-postérieur, répond du côté métacarpien une facette inversement configurée, et par conséquent convexe de dehors en dedans, et concave d'avant en arrière.

Les deux tiers de la surface articulaire métacarpienne, en contact avec le trapèze sont constitués par la partie antérieure de l'épiphyse, très saillante, sorte de projection palmaire (Duroux) formant une véritable apophyse, alors que la partie postérieure est en prolongement direct avec la diaphyse. Cette apophyse, beaucoup moins saillante chez la femme que chez l'homme, se comporte comme un crochet arcbouté sous le trapèze et qui fixe là principalement le premier métacarpien.

Les surfaces articulaires sont maintenues en présence par une capsule, plus épaisse en arrière qu'en avant et remarquable par son ampleur et par sa laxité, conditions anatomiques des plus favorables pour la mobilité du pouce qui possède les mouvements fondamentaux des diarthroses, flexion, extension, adduction, abduction, circumduction et opposition.

◆◆

Dans la fracture de Bennett, le trait réalisant la solution de continuité, parfois vertical, mais plus souvent oblique en bas et en avant, part de la facette articulaire trapézienne du métacarpien à peu près à l'union de son tiers moyen et de son tiers dorsal, et aboutit sur la face antérieure ou palmaire de l'os, soit immédiatement au-dessus de la base, soit sur la diaphyse à un niveau variant nécessairement avec l'obliquité du trait : dans certains cas, comme dans un de ceux rapportés par Miles et Struthers, ce dernier peut descendre jusqu'au tiers inférieur du métacarpien.

Ainsi se trouve détaché un fragment palmaire inférieur, plus ou moins important : parfois minime, représentant seulement le processus articulaire de l'os et désigné alors sous le nom de fracture partielle, apophysaire, il peut être beaucoup plus considérable, et comprendre en plus du volumineux tubercule palmaire du métacarpien, une partie de la diaphyse (Imbert). D'après Miles et Struthers, Robinson, Mauclaire et Tanton, le fragment détaché serait d'autant plus petit que le pouce se trouverait en abduction plus marquée lors du traumatisme, car dans cette position une plus petite partie de l'apophyse porte sur le trapèze : le fragment serait au contraire plus considérable lorsque le trauma s'effectuerait le pouce étant en adduction et en flexion.

Les deux fragments ainsi délimités ne restent jamais accolés, mais tendent à s'écarter l'un de l'autre d'une manière plus ou moins accusée : le déplacement est en effet chose constante et intéresse toujours le fragment diaphysaire. Ce dernier en raison de l'obliquité du trait et de la continuation de l'action traumatisante, glisse ordinairement sur le fragment supérieur de bas en haut et d'avant en arrière, de façon à venir chevaucher la face dorsale de la base métacarpienne, en subluxation par rapport au trapèze audessus duquel il réalise une saillie plus ou moins marquée.

Certains auteurs tels que Halter et Gilette ont soutenu qu'il s'agissait là de luxation véritable, mais comme l'ont fait très justement observer Tanton et Imbert, si le fragment dorsal entraîné par le traumatisme, glisse bien sur le fragment palmaire, il ne peut aller bien loin, son déplacement étant limité par l'étendue de la déchirure capsulo-ligamentaire presque toujours incomplète, ainsi que par le fort trousseau fibreux qui le relie au trapèze. Il s'agit donc bien de subluxation, et ce n'est que dans des cas tout à fait rares, comme dans celui signalé par Demarquay, que le métacarpien peut se luxer en totalité et arriver même au contact de la styloïde radiale.

En dehors de ce déplacement en arrière et en haut, qui est la règle en raison des dispositions anatomiques normales de l'articulation trapézo-métacarpienne, on en a signalé d'autres, dans lesquels le fragment métacarpien s'était dirigé soit en arrière et en dedans de façon à reposer sur l'articulation du trapèze et du trapézoïde (Demarquay), soit franchement en dehors (Destot).

A côté de ces fractures complètes, c'est-à-dire intéressant la totalité de la surface osseuse, Alglave a décrit un type de fracture incomplète, dans laquelle la solution de continuité, partant de la surface articulaire, ne pénétrait que de quelques millimètres dans l'épaisseur de l'os, sans aboutir jusqu'à la face antérieure de la diaphyse : le fragment restait ainsi uni au corps du métacarpe par sa pointe doublée du périoste. Il est permis de se demander si, dans ce cas resté unique jusqu'à présent, il s'agissait bien d'une fracture de Bennett et non d'une simple fissure de la base métacarpienne, analogue à celles que l'on peut voir parfois au niveau de l'épiphyse radiale inférieure.

Il est à noter que la fracture de Bennett peut être compliquée par l'existence d'autres solutions de continuité, se manifestant au niveau du trapèze, d'un autre os du carpe, d'un autre métacarpien ou encore de l'extrémité radiale (Mouchet).

Mécanisme

Plusieurs mécanismes se partagent la pathogénie de cette solution de continuité, qui peut être occasionnée par des violences directes ou par des violences indirectes.

Les fractures de causes directes sont rarissimes, car on n'en connaît qu'un très petit nombre de cas : elles résultent, comme leur nom l'indique, d'un traumatisme, coup de bâton, ou chute d'un objet pesant, portant directement sur la face dorsale de la base du métacarpien, seule région accessible à un choc quelconque.

Les fractures de causes indirectes, qui constituent la presque totalité des cas, peuvent être consécutives à des coups ou à des chutes sur l'éminence thénar, sur l'extrémité unguéale du pouce étendu, sur l'extrémité inférieure de la première phalange, la deuxième étant fléchie, et sur extrémité inférieure, c'est-à-dire la tête du métacarpien, la direction du traumatisme s'exerçant toujours de bas en haut et de dehors en dedans.

Imbert et Cottalorda estiment d'après les résultats de leurs recherches expérimentales que la fracture de Bennett ne peut se produire que lorsque le traumatisme porte sur la tête du premier métacarpien, ce dernier pouvant être en adduction, en abduction, ou en position intermédiaire. De la lecture, cependant, des différentes observations publiées, il semble bien que si dans de nombreux cas la solution de continuité s'est manifestée comme le soutiennent Imbert et Cottalorda, c'est-à-dire après un traumatisme portant sur la tête du métacarpien, dans un certain nombre d'autres, elle a résulté comme l'ont admis les classiques d'un choc ou d'une chute portant sur l'éminence thénar (Mauclaire), sur la première phalange ou sur l'extrémité unguéale (Bressot). De même, l'abduction forcée du premier métacarpien rejetée par Imbert est également admise par un certain nombre d'auteurs parmi lesquels Robinson et Graveline.

Quant au mécanisme lui-même de la solution de continuité, deux théories se trouvent en présence, celle de l'arrachement et celle de l'éclatement par transmission directe du choc.

Pour Dorny, pour Graveline et pour Imbert, dans la chute sur la tête du premier métacarpien, le choc, étant porté dans le sens de l'axe longitudinal, ne saurait s'exercer sur le tubercule palmaire qui ne se trouve pas directement sur le prolongement de la tige osseuse. Comme il est maintenu en place par les ligaments trapézo-métacarpiens, ces derniers fortement tendus l'arrachent de la diaphyse. Ce mécanisme de l'arrachement, considéré comme très rare par Tanton, a été vérifié expérimentalement par Imbert qui le considère comme seul possible.

Au contraire pour Aulhorn, pour Duroux, pour Mauclaire, la chute ou le choc s'exerçant sur l'extrémité unguéale du pouce étendu, sur l'extrémité de la première phalange, ou sur la tête du premier métacarpien, le traumatisme transmis dans l'axe porte surtout sur l'apophyse palmaire puisqu'elle est presque seule articulaire, la base du premier métacarpien débordant normalement en partie la face dorsale du trapèze. La violence fracture alors l'apophyse non soutenue par la diaphyse et le fragment est d'autant plus volumineux que l'adduction et la flexion du pouce sont plus marquées.

Il semble bien que ce soit ce mécanisme d'éclatement par porte à faux qu'il faille incriminer dans la presque totalité des cas, malgré l'opinion d'Imbert ; il paraît bien difficile que les ligaments trapézo-métacarpiens, dont la puissance est en somme très secondaire, soient capables de déterminer l'arrachement de fragments apophysaires souvent volumineux et comportant parfois une partie diaphysaire. Ce n'est que dans les cas de fracture apophysaire partielle que le mécanisme de l'arrachement paraît pouvoir être admis.

Symptomatologie et diagnostic

A la suite d'un traumatisme chute ou choc, portant sur le pouce, le blessé présente une douleur persistante, souvent très vive, ainsi que de l'impotence fonctionnelle qui l'amènent à se faire examiner.

On constate alors un gonflement assez accusé de la face postérieure du pouce ainsi que de l'éminence thénar : très

fréquemment, ce gonflement s'étend au niveau du premier espace interosseux qu'il injecte complètement rendant épais, convexe en bas et abaissé le bord inférieur libre. Le gonflement disparaît généralement au bout de quelques jours pour faire place à une raideur persistante.

La déformation présentée par la région est assez caractéristique : du côté dorsal, par suite du chevauchement des fragments et de la subluxation de la base métacarpienne au-dessus du trapèze, on observe entre les tendons court et long extenseurs du pouce une proéminence anormale d'autant plus marquée que la subluxation est plus complète. Du côté palmaire, on relève une saillie de la partie supérieure de l'éminence thénar alors que le reste de cette éminence présente de l'aplatissement. Ces deux déformations disparaissent par pression directe ou par traction sur le pouce, mais elles se reproduisent immédiatement dès que l'on cesse ces manœuvres. Le diamètre dorso-palmaire est sensiblement augmenté surtout du côté dorsal, et l'on constate en même temps un raccourcissement du métacarpien qui dans les cas extrêmes peut atteindre quinze millimètres.

La crépitation qui ne peut être mise en évidence que lorsque les deux fragments n'ont pas perdu tout contact, se perçoit surtout au cours des manœuvres de réduction ; la mobilité anormale est très difficile à pouvoir être reconnue car le fragment n'est pas assez accessible pour que l'on arrive à le mobiliser séparément avec la main. Quant à l'ecchymose, toujours très limitée, elle n'apparaît que quelques jours après l'accident et se manifeste au niveau de la face dorsale.

La palpation révèle en plus d'une douleur régionale diffuse, un point exquis à la base du premier métacarpien. L'impotence fonctionnelle est toujours assez marquée ; les mouvements du pouce ne sont pas toujours impossibles, mais ils sont toujours gênés et douloureux dès qu'ils arrivent à dépasser une certaine étendue. Le blessé est incapable d'écrire, il peut encore, quoique faiblement, opposer le pouce à l'index, mais il ne peut d'aucune manière l'opposer aux trois autres doigts. Les mouvements d'adduction et d'abduction sont également très réduits.

Le diagnostic de la fracture de Beunett facile dans certains cas est beaucoup plus délicat dans d'autres, particulièrement dans ceux où le fragment palmaire est très petit : il est à faire avec les contusions et les entorses de l'articulation trapézo-métacarpienne, avec la luxation trapézo-métacarpienne, avec la fracture extra-articulaire oblique de la diaphyse métacarpienne, avec la fracture ou la luxation du trapèze.

Une contusion ou une entorse de l'articulation trapézo-métacarpienne bien que s'accompagnant de gonflement et d'impotence fonctionnelle, n'entraîne ni déformation, ni crépitation osseuse : en outre, la douleur est plus diffuse et il n'y a pas de raccourcissement.

Dans la luxation trapézo-métacarpienne vraie, lésion du reste très rare, la déformation est plus marquée, l'impotence fonctionnelle est presque absolue, et le raccourcissement atteint près de deux centimètres ; mais il n'y a pas de douleur exquise, pas de crépitation, et le déplacement ne se reproduit plus après la réduction, qui pour réussir nécessite une traction assez considérable.

La fracture oblique diaphysaire présente une symptomatologie à peu près analogue à celle de la fracture de Bennett, car déformation, douleur et crépitation existent dans les deux cas : peut-être l'impotence fonctionnelle est-elle un peu moins marquée, mais le signe considéré par plusieurs auteurs comme caractéristique de la fracture de Bennett, à savoir la réduction facile du déplacement se reproduisant dès que la traction cesse, se relève également dans la fracture oblique extra-articulaire. Aussi le diagnostic ne peut-il est vraiment porté qu'après un examen radiographique.

Il est de même des fractures ou luxations isolées du trapèze qui sont d'ailleurs rarissimes, elles non plus ne peuvent être reconnues que par la radiographie.

Pronostic

Le pronostic de la fracture de Bennett doit toujours être très réservé, étant donné l'impotence fonctionnelle prolongée quelquefois définitive, que peuvent présenter les malades, et qui tient à l'absence de consolidation, à la persistance du déplacement, à la difformité du cal, et à l'arthrite trapézo-métacarpienne.

Toute consolidation osseuse peut en effet manquer, et les deux fragments sont alors réunis l'un à l'autre par des trousseaux fibreux : le fait est rare, mais plus fréquemment il se produit une réunion des fragments en position vicieuse. Par suite de l'absence de toute réduction, ou encore d'une mauvaise réduction, le fragment palmaire se soude à la diaphyse ce qui entraîne la permanence de la subluxation du métacarpien. Il en résulte une déformation constante avec augmentation de volume de la face dorsale métacarpienne dans le sens antéro-postérieur, s'accompagnant de douleurs permanentes, et d'impotence fonctionnelle avec limitation définitive des mouvements d'adduction, d'abduction et d'opposition, rendant ainsi très pénibles, et quelquefois même impossibles les tentatives de préhension.

L'arthrite trapézo-métacarpienne qui existe toujours à un certain degré, peut aboutir à des déformations osseuses importantes, à des modifications de l'orientation des surfaces articulaires, et parfois à de l'ankylose, ce qui aggrave sensiblement le pronostic, surtout si cette ankylose met le pouce en mauvaise position, en adduction forcée par exemple : c'est dans ces cas alors que l'on note de l'atrophie musculaire au niveau de l'éminence thénar, au niveau du premier espace interosseux, et quelquefois même au niveau de l'avant-bras et du bras.

La fracture de Bennett s'accompagne donc, lorsque la consolidation n'a pas pu être obtenue dans de bonnes conditions, d'un pronostic fonctionnel très sérieux qui se chiffre par un taux d'incapacité partielle et définitive, variant nécessairement avec la profession du malade et suivant qu'il doit se livrer à des travaux manuels plus ou moins délicats ; d'après les cas, elle évolue entre quinze et trente-cinq pour cent.

Traitement

Toutes les diverses méthodes de traitement général des fractures, massage, immobilisation dans un appareil plâtré, extension continue, ont été appliquées à la fracture de Bennett, et bien souvent avec des résultats tout à fait insuffisants.

C'est que s'il est toujours très facile de réduire la subluxation métacarpienne par traction sur le pouce et par pression sur la saillie dorsale, et d'amener les deux fragments au contact l'un de l'autre, il est infiniment plus difficile de maintenir cette réduction.

En laissant de côté les attelles avec compression locale, on peut réaliser la contention au moyen d'une petite gouttière plâtrée embrassant le poignet, l'éminence thénar et le pouce qui est mis en extension et en abduction extrême. Pendant la dessiccation, alors qu'un aide continue à exercer des tractions sur le pouce et à le maintenir en hyperabduction, on imprime avec les doigts des dépressions sur les faces dorsales et palmaires du foyer de fracture afin de bien maintenir les fragments en contact. La période d'immobilisation doit durer environ trois semaines au bout desquelles le massage et la mobilisation sont commencés.

Si la réduction ne peut être obtenue ou si la déformation se reproduit sous l'appareil plâtré, on peut essayer de l'extension continue suivant la technique indiquée par Robinson. On utilise une planchette bien fixée sous l'avant-bras qui s'arrête au niveau de la tête des quatre derniers métacarpiens pour laisser libres les mouvements des doigts, mais qui déborde au contraire le pouce en avant. Une anse de leucoplaste embrassant le pouce reçoit l'extrémité proximale d'un tube de caoutchouc dont l'extrémité distale est attachée à un clou fixé à l'extrémité de la planchette. Cette traction doit être maintenue pendant trente à quarante

jours sous peine de voir la déformation, se reproduire rapidement, et le blessé conserver une diminution dans l'étendue et la force des mouvements du pouce.

Le peu de résultats satisfaisants obtenus par les méthodes orthopédiques a conduit un certain nombre d'auteurs à préconiser pour la fracture de Bennett le traitement sanglant qui permettrait de réaliser, non seulement l'ostéo-synthèse des fragments, mais encore une reconstitution exacte de la capsule articulaire.

Cette intervention préconisée par Mauclaire dès 1909, exécutée sur le cadavre par Imbert et Cottalorda et surtout indiquée dans les fractures à grand déplacement, a été tentée par Cotte et Déchaume qui ont obtenu un brillant succès. Suivant les dimensions des fragments, on pourra pratiquer soit le vissage au moyen d'une vis longue et fine, soit le cerclage au ruban métallique, au crin ou au catgut chromé. Dans les cas, où pour une raison ou pour une autre, en particulier petitesse du fragment palmaire, la suture osseuse serait impossible, on pourrait, comme l'a fait Cotte pratiquer l'extirpation de l'apophyse fracturée : les bons résultats des suites éloignées montrent que cette ablation est parfaitement possible.

Dans le cas de fracture ancienne consolidée avec un cal exubérant, empiétant dans l'espace interosseux, une résection partielle pourrait être tentée avec des chances de succès, comme dans les cas d'ankylose du premier métacarpien avec impotence fonctionnelle complète du pouce on sera autorisé, à l'exemple de Villandre, à pratiquer la résection de cet os : l'excellent fonctionnement de la main qu'il a obtenu à la suite de cette intervention paraît légitimer parfaitement cette ligne de conduite.

Le traitement du cancer par le plomb

Etat actuel de la question

Par le Dr R. DALIMIER

Depuis quelques années, les recherches concernant la chimiothérapie du cancer par le plomb ont pris un tel développement — à l'étranger surtout — qu'il m'a paru utile de faire un exposé d'ensemble, très concret, des travaux qui ont été publiés jusqu'ici sur cet important sujet.

Il semble bien que ce soit à Duroux (de Lyon) que l'on doive faire remonter l'idée première d'utiliser le plomb (1) dans le traitement des néoplasies malignes de l'homme (1923). Mais il faut reconnaître aussi que Blair Bell (de Liverpool) a été celui qui, depuis 1924, a donné le grand essor à cette méthode. Il l'a basée sur une conception originale de la cellule cancéreuse ; il l'a réalisée avec une préparation particulière de plomb à l'état colloïdal ; il l'a appliquée à un nombre considérable de cas de cancer ; il l'a répandue en Angleterre, fondant même un groupement homogène d'expérimentateurs, la « Liverpool Cancer Research Organition », qui continue de travailler sous son égide ; il l'a diffusée par ses publications dans les autres pays, en Amérique du Nord en particulier, où elle a fait l'objet d'un nombre important de travaux. On peut donc dire que c'est grâce à lui, qu'en dehors des thérapies chirurgicales et physiques, la chimiothérapie du cancer est, depuis huit ans, le traitement qui a occupé, le plus de chercheurs, suscité le plus grand nombre de publications, nourri le plus de controverses et d'espoirs (2).

(1) Nous verrons plus loin que Borrel l'avait déjà expérimenté chez l'animal.

(2) Nous ne parlerons pas ici des traitements combinés du plomb et des rayons X ou du plomb radium. La part qui revient à chacun de ces agents est difficile à déterminer et le rôle du plomb n'apparaît pas nettement.

I

Les idées directrices de Blair Bell et du groupe de Liverpool, sur la nature de la cellule cancéreuse et son affinité par le plomb

Blair Bell et ses collaborateurs ont été amenés à étudier les possibilités thérapeutiques du plomb dans le cancer en partant d'une conception très particulière de la nature de la cellule cancéreuse.

Ils considèrent la cellule cancéreuse comme une cellule adulte qui, sous des influences tissulaires, humorales ou autres, encore indéterminées, subit un processus de régression totale. Elle redevient embryonnaire, mais pas d'une manière quelconque, elle redevient embryonnaire en reprenant les caractères spécifiques de *la cellule du chorion fœtal* : le chorioblaste.

Pour eux, la cellule cancéreuse est, en somme, une cellule choriale par réversion individualisée de la cellule normale.

L'analogie, l'identité même de ces deux cellules, serait prouvée par les observations suivantes :

La cellule choriale des villosités a les caractères *d'une cellule normalement maligne*, tout au moins au début de la vie embryonnaire. Cette malignité ressort de son extrême vitalité, de son extraordinaire pouvoir de multiplication, de sa liberté d'évolution désordonnée dans le sein du tissu auquel elle appartient, de son *envahissement destructeur des tissus voisins* et des vaisseaux sanguins, enfin de son pouvoir glycolytique intense de remplacement (1). Les cellules du chorion représentent, en fin de compte, pour ces auteurs, un système cellulaire autonome, anarchique, que l'on pourrait dire « canceroïde » jusqu'au moment où le sang maternel parvient à les baigner, à leur apporter l'oxygène : la cellule revient alors à l'unité, à la normale.

La cellule cancéreuse, par sa structure, ses fonctions physico-chimiques son évolution ressemble étrangement à la cellule choriale. Même vitalité, même pouvoir énorme de multiplication, même tendance à la vie parasitaire au sein des tissus, même bouleversement de l'architecture normale de ceux-ci, même envahissement destructeur des vaisseaux sanguins, même puissance de glycolyse vicariante. Au total la cellule cancéreuse; comme la cellule choriale, est douée d'une vie autonome, anarchique et maligne. Elle est si l'on veut « chorionoïde », comme le chorioblaste est « canceroïde ».

Se basant sur ces faits, Blair Bell et son groupe admettent l'identité de ces deux cellules et invoquent des phénomènes de régression continue, pour expliquer cette surprenante différenciation à rebours, de la cellule cancéreuse. Ils considèrent que le cancer n'est, en fin de compte, dû à autre chose qu'à un processus de « chorionisation » par évolution rétrograde de certains tissus de l'organisme.

C'est une conception très nouvelle et tout à fait différente, on le voit, de celles qui ont cherché l'explication du cancer dans la phylogénie ou dans l'ontogénie. Il ne s'agit plus de développement ou de persistance, mais d'un phénomème réversif anormal et pathologique.

Il est, de plus, un fait qui devait fortifier l'opinion de Blair Bell, dans sa théorie de la nature chorionique récupérée des néoplasmes malins, c'est l'affinité des cellules choriales pour le plomb.

Admettant comme tout le monde l'action de ce métal sur la musculature utérine dans la pathogénie des avortements d'origine saturnine, il pense que l'action du plomb sur le placenta et les villosités choriales elles-mêmes est très importante aussi. D'ailleurs Dilling n'a-t-il pas montré l'extrême sensibilité des tissus jeunes à l'action des métaux de poids atomique élevé, le sélenium, le tellure et surtout le plomb ? Ces métaux lourds entravent la croissance des tissus, et Dilling va jusqu'à dire que le plomb possède une action spécifique sur les cellules jeunes, en particulier celles du chorion, « comme le mercure sur le spirochète ». Il y

(1) Warburg a montré que les cellules privées d'oxygène, c'est-à-dire de respiration, suppléent à cette absence par la glycolyse.

avait donc lieu de penser que la cellule cancéreuse aurait une affinité marquée, elle aussi, pour le plomb, et de fait Blair Bell aurait constaté que le tissu néoplasique malin fixe électivement le plomb. Les analyses démontrent, d'après lui, que les tissus cancéreux retiennent toujours plus de métal que les tissus sains. On voit que la théorie qui a servi de base aux recherches de Blair Bell, et du groupe de Liverpool forme un tout très cohérent qui justifiait, à défaut de vérifications étiologiques et pathogéniques impossibles à l'heure actuelle, la mise à l'épreuve du traitement corollaire du cancer par le plomb.

II

Objections fondamentales à la méthode de Blair Bell

Avant d'établir le bilan de la saturnothérapie du cancer je dois signaler deux importantes objections qui ont été faites à la conception et à la méthode de Blair Bell.

La première concerne les tumeurs, qui, par définition, devraient être les plus sensibles au traitement par le plomb, puisqu'elles sont d'origine choriale, les chorio-épithéliomes. S'il est vrai que la cellule néoplasique est de nature choriale, et si le chorion est normalement malin, si d'autre part, le plomb a vraiment une affinité élective et pour le chorion et pour le tissu cancéreux, il est bien évident que c'est dans les cas de chorio-épithéliomes que cette chimiothérapie devrait donner son résultat le plus éclatant, or, il n'en serait rien et le plomb se serait montré impuissant dans ces circonstances entre les mains de Knox, Stone et Crawer.

La seconde objection a trait à l'affinité du plomb pour les néoplasies malignes. Ni l'analyse chimique, ni l'histologie ni la spectroscopie n'ont permis à un certain nombre d'auteurs de retrouver du plomb dans les tumeurs des animaux injectés ou de l'homme traité par ce métal.

Il ne faut pas s'exagérer l'importance de ces objections, qui, d'ailleurs n'ont pas arrêté les expérimentateurs dans leurs recherches. Tout chimiothérapie est soumise à tant de contingences et son mode d'action est si obscur, même pour les mieux connues et les plus décisives parmi celles que nous employons chaque jour, que des statistiques importantes peuvent seules nous éclairer sur la valeur d'une semblable méthode thérapeutique. Les chorio-épithéliomes sont des formes néoplasiques assez rares et peu d'entre elles, sans doute, ont été jusqu'ici traitées par le plomb. Quant à la teneur des tissus sains ou cancéreux en métal, au cours du traitement, disons tout de suite que les avis sont partagés et contradictoires, comme nous allons le voir en exposant les constatations des différents auteurs.

III

Comportement du plomb thérapeutique dans l'organisme

A. Toxicité

C'est le chapitre le moins étudié. On a peu recherché chez l'animal la toxicité du plomb et de ses dérivés, base cependant indispensable de toute chimiothérapie expérimentale. C'est d'autant plus surprenant que, malgré l'importance pathologique et médico-légale du saturnisme, les traités classiques de toxicologie ne donnent eux-mêmes que peu de renseignements précis qui puissent servir de guides.

Pour le traitement du cancer par le plomb, les expérimentateurs ont généralement utilisé dans leurs essais le plomb colloïdal de Blair Bell.

Chez la souris, Burton T. Simpson a trouvé, par voie veineuse, une dose léthale de 0,008 à 0 010 milligrammes.

Chez le rat, Carter Wood a observé que 0,002 milligrammes pour 100 grammes d'animal, injectés tous les sept jours, étaient bien tolérés, soit 0.02 centigrammes par kilogramme.

Chez le lapin, Ulmann, se plaçant à un point de vue spécial, a constaté que le plomb colloïdal faisait tomber de 35 pour 100, le taux de l'hémoglobine en cinq jours, comme d'ailleurs l'oxyde de plomb colloïdal et l'acétate, qui donnent des chiffres très voisins. Par contre, l'ortho-phosphate de plomb serait bien toléré à la dose de 0,004 milligrammes à 0 gr. 010 par kilogramme.

Ce dernier résultat a été confirmé par Bischoff (de Baltimore) qui conclut de ses recherches que les deux seuls produits utilisables, sans danger, par voie veineuse, sont l'ortho-phosphate de plomb et le plomb tétra-éthyle.

Ce sont là les seuls documents un peu précis que j'ai pu rassembler sur la toxicité expérimentale du plomb thérapeutique et de ses composés. C'est peu et voilà, à tous les points de vue, une étude importante à reprendre avec plus de méthode.

B. Répartition du plomb thérapeutique dans l'organisme

a) Affinités organiques

D'après Soiland et ses collaborateurs, le plomb colloïdal injecté dans le sang, n'y demeure pas, les phagocytes s'en emparent et l'entraînent dans le système réticulo-endothélial, pour l'accumuler dans les os, le foie et la rate. Après deux ou trois mois, le plomb serait finalement oxydé, hydrolysé et éliminé par la bile, sous forme de plomb ionique.

Jowett, Dilling et Blair Bell nient l'accumulation du métal dans les os ; par contre Thomson, qui a fait des dosages précis, confirme sa présence en quantité prédominante dans le foie et dans la rate. Il y en a également dans le rein, mais en quantité bien inférieure. Les chiffres de ses dosages sont les suivants :

Rate..............	0,0066 pour 100 de plomb
Foie..	0,0043 » »
Reins...............	0.0009 » »

Dans une autre série d'expériences Thomson, recherchant encore la teneur en plomb de différents organes, a trouvé un « potentiel métallique tissulaire », selon l'expression de Levaditi, insignifiant pour l'utérus, nul pour le tissu normal et pour la vulve, appréciable pour le sein (0,002).

On peut conclure de ces recherches, difficiles d'ailleurs, en l'absence d'une méthode aisée de dosage, que le plomb introduit dans l'organisme, semble s'accumuler en majeure partie dans la rate et dans le foie, accessoirement dans le rein et dans la glande mammaire. Ce chapitre est, lui aussi à compléter, car si l'on se réfère au saturnisme professionnel, par exemple, on sait bien que le plomb a d'autres affinités organiques : tube digestif, système nerveux par exemple, qui, si l'on en croit les manifestations toxiques à leur niveau, ne doivent pas compter pour rien dans la rétention de ce métal au sein de l'organisme.

b) Affinités tissulaires

Tissus normaux. — Nous avons déjà signalé les travaux de Dilling qui a mis en évidence l'affinité des métaux lourds, et du plomb en particulier, pour les tissus jeunes dont ils entraveraient la croissance. Thomson par contre, n'a pas rencontré de plomb, ou bien de simples traces indosables, dans les tissus normaux. Jowett, Dilling et Blair Bell pensent que ceux-ci ont une teneur très variable et qu'on ne peut les classer d'après leur affinité pour le plomb.

Au point de vue histologique, Fry n'a trouvé de lésions dues au plomb que dans le foie et dans le rein.

Il semble donc bien que le plomb thérapeutique ne présente, finalement, chez l'individu normal, d'affinité organique ou tissulaire évidente et appréciable que pour les trois viscères : foie, rate et rein.

Tissus néoplasiques. — Les affinités du plomb pour le tissu néoplasique est de beaucoup plus importante à étudier, sa recherche dans les tumeurs a fait l'objet de nombreux travaux, malheureusement assez contradictoires.

♦♦♦

Thomson a trouvé des traces de plomb dans une tumeur, mais en quantité infime par rapport à la quantité trouvée dans le rate et dans le foie.

Soiland et ses collaborateurs ont fait la même constatation, au niveau des tumeurs primitives, comme au niveau des métastases.

Glynn n'a vu qu'exceptionnellement des modifications histologiques dans les tumeurs soumises au traitement par le plomb, et Fry dit ne point en avoir rencontré.

A l'inverse de ces tumeurs, on a pu faire dans certains cas des constatations positives.

Lœw et Loiseleur ont retrouvé du plomb (0,00094 dans 16 gr. 2 de tissu) dans une tumeur du sein opérée 48 heures après l'injection de 0,10 centigrammes de plomb (oxyde). Ils constatent la réalité de la fixation du plomb dans la tumeur, mais ne lui reconnaissent pas un caractère spécifique.

Jowett, Diling et Blair Bell ont recherché le plomb dans plusieurs cas de cancers traités par leur méthode.

Dans un carcinome du foie, ils ont trouvé plus de plomb que dans le reste de la glande ; dans un carcinome du sein, plus de plomb que dans aucun autre tissu normal, sauf le rein. Dans un sarcome périostique, plus de plomb que dans l'os adjacent, et ils concluent que les tissus néoplasiques malins attirent et fixent plus de plomb que les tissus sains. Cependant ils ont vu un sarcome qui contenait moins de plomb que les tissus normaux (le foie de ce malade en contenait moins lui aussi). Tout cela est peu net, et l'on ne peut s'empêcher de remarquer combien toutes ces recherches sont insuffisamment démonstratives. Quelles conclusions tirer de pareilles contradictions ? On reste dans le doute.

Je sais bien l'extrême difficulté de la recherche et surtout du dosage du plomb dans les organes et dans les tissus. Les procédés d'Armand Gautier, de Trillat, de Tresch, de Fairhall (de Baltimore) sont longs et délicats, ils exigent la destruction préalable de la matière organique et le dosage d'aussi infimes quantités reste toujours aléatoire. Peut-être aura-t-on de meilleurs résultats, un jour, en faisant appel à d'autres méthodes, aux isotopes radio-actifs du plomb, par exemple, ou au dosage électrique proposé par H. Millet ? Souhaitons-le, avec Blair Bell lui-même.

Enfin, notre esprit logique ne nous porte-t il pas, dans sa simplicité, à croire trop facilement à l'action purement directe des médicaments ?

Différents expérimentateurs, renonçant à rechercher le plomb dans la cellule cancéreuse, se sont aperçus que ce métal avait une action manifestement thrombosante sur les vaisseaux périphériques, thrombose qui entraîne la nécrose centrale de la tumeur. R. Wood admet aussi une action principale thrombosante du plomb et une action cyto-toxique secondaire. M. F. Carter, qui a fait les mêmes constatations expérimentales sur les animaux place également l'action vasculaire du plomb, avant son action cellulaire.

C'est déjà un point de vue bien différent, mais en voici un autre : Blair Bell, qui admet la fixation élective du plomb dans la cellule cancéreuse, pense que ce plomb fixé est, au moins partiellement ionisé et qu'il intervient surtout sous forme d'ions-plomb qui paralysent l'action des enzymes cellulaires. Le métal ne réagirait alors que sur la nutrition cellulaire. Il faut bien avouer après ce que nous ont appris les chimiothérapies les mieux établies et les plus étudiées, chimiothérapie de la syphilis, par exemple, soit avec les arséno-benzènes ou les dérivés arsiniques pentavalents, soit au moyen des métaux lourds comme le mercure et le bismuth, que le mécanisme intime de leur action curatrice nous est encore bien mal connu, et qu'il est difficile, sinon impossible, de préjuger des résultats ou de leurs possibilités d'après la simple constatation de la présence ou de l'absence du métalloïde ou du métal dans un organe ou dans un tissu.

En réalité, le seul moyen de connaître la valeur d'un traitement, c'est de l'appliquer et d'en observer avec soin les résultats.

Or, le traitement du cancer par le plomb, proposé par Blair Bell et son groupe de Liverpool, a fait l'objet d'un très grand nombre de travaux que nous allons maintenant passer en revue, afin d'essayer d'en retirer un enseignement ou une suggestion.

IV

Le plomb dans le cancer expérimental

Malgré les différences, maintes fois constatées, du cancer expérimental — et nous comprenons sous ce nom, aussi bien le cancer spontané des animaux que le cancer provoqué (greffe, goudron, etc...) — avec le cancer humain, il est nécessaire de dire quelques mots des essais qui ont été faits dans cette voie, par quelques auteurs qui ont utilisé le plomb dans un but thérapeutique.

Les premiers, à ma connaissance, qui ont étudié le plomb dans le cancer expérimental sont Borrel, de Coulon et Boez, en 1922, un an par conséquent avant le livre de Duroux, et deux ans avant les travaux de Blair Bell. Ils employèrent l'ionisation pour introduire le métal dans l'organisme animal et n'eurent pas recours aux injections intra-veineuses ou sous-cutanées.

Dans 80 pour 100 des cas de cancer greffé chez le rat, ils obtinrent une régression de la tumeur. Après une phase d'œdème congestif, ils observèrent une nécrose du néoplasme qui peu à peu finit par s'éliminer. Ils utilisaient une dose de 0,005 milligrammes de plomb pour cette ionothérapie. C'est un traitement local, sans doute, mais de tels résultats sont cependant remarquables et encourageants.

En 1927 et 1928, Carter Wood (de New-York) a expérimenté le plomb colloïdal, en injections intra-veineuses, chez des rats greffés avec des tumeurs épithéliales et conjonctives (doses : 2 à 4 milligrammes). Les épreuves ont porté sur près de 1.000 animaux. Les réactions tumorales observées par Borrel et ses collaborateurs avec l'ionisation locale se sont reproduites sous l'influence de ce traitement général. Carter Wood a pu même constater quelques cas de guérison, mais pas du tout dans la même proportion.

L'année suivante Krause a publié ses expériences sur le cancer de la souris traité par des dérivés organiques du plomb et de l'étain, en particulier par le plomb tétraphényl et le fluorure de tri-n-propyl-plomb.

Avec ce dernier corps, qui s'est montré le plus actif, Krause a vu le tissu néoplasique greffé régresser dans 71 pour 100 des cas. Ce chiffre est voisin de celui de Borrel usant de l'ionothérapie (80 %).

Il n'est pas jusqu'au cancer cultivé qui n'ait montré sa sensibilité au plomb. Opérant sur des cultures de cellules néoplasiques, Roffo et Calcagno (de Buenos-Ayres) ont constaté que l'introduction dans le milieu de certaines doses de vanadate de plomb ou de cupro-cyanure de plomb entravait manifestement la croissance du tissu.

Ces résultats plaident évidemment en faveur de l'action du plomb dans le cancer.

Voyons maintenant comment il a été employé, chez l'homme, à quelles doses, et avec quels résultats.

V

Mise en œuvre du plomb thérapeutique dans le cancer humain

A). Préparations employées

Blair-Bell s'est adressé au plomb colloïdal injecté par voie intraveineuse. Une première préparation, réalisée par la « British Collosol Cie Ltd » sous les auspices du groupe de Liverpool, paraît avoir été une suspension de plomb colloïdal obtenue électriquement par la méthode de Bredig. Elle contenait 0,50 pour 100 de plomb et les particules ne dépassaient pas 0,3 μ. Elle était assez instable et devait être utilisée dans les quelques jours qui suivaient sa préparation. Introduite dans le sang, cette suspension se transformait en phosphate de plomb (85 %) et en carbonate de

BIBLIOGRAPHIE

Exploration fonctionnelle des voies biliaires et chirurgie, par L. Bérard et P. Mallet-Guy. Un volume de 362 pages avec 86 figures, 68 francs. Masson et Cie, éditeurs, boulevard Saint-Germain, Paris.

Depuis une dizaine d'années, la séméiologie des voies biliaires s'est enrichie de méthodes nouvelles d'exploration parmi lesquelles le tubage duodénal et la cholécystographie occupent la première place, place équivalente dans l'examen d'une vésicule à celle qu'occupent dans l'examen de l'estomac la radiologie et le chimisme gastrique. Ces méthodes n'ont-elles pas pour but d'étudier l'organe en fonctionnement, d'analyser le trouble physiologique, de déceler la caractéristique physio-pathologique de l'affection en cause ?

Quelle peut donc être l'application chirurgicale de cette nouvelle orientation de la séméiologie biliaire ?

La chirurgie des voies biliaires est d'évoluer, elle aussi, dans le sens physiologique, cette nouvelle chirurgie s'appuyant sur de nouvelles méthodes d'exploration, et considérant bien moins anatomiquement la lésion à enlever que le trouble fonctionnel à redresser évite la cholécystectomie systématique et rend aux opérations conservatrices des indications plus étendues.

Le but de cet ouvrage est de développer cette collaboration de l'exploration fonctionnelle des voies biliaires et de la chirurgie. Les auteurs ont poursuivi sur un nombre important de malades l'analyse physiologique des syndromes des voies biliaires, par toutes les méthodes que leur offrait la technique séméiologique moderne, — avant l'opération, — tout de suite après l'opération, — et longtemps après l'opération — Une très large place est faite à l'exploration post opératoire des voies biliaires : les suites physiologiques de la cholécystectomie, de la cholécystogastrostomie, sont longuement analysées à l'acide de documents originaux de tous ordres, et, plus encore, *l'étude fonctionnelle des cholécyst stomies*.

Cette opération bénigne « offre d'incomparables possibilités d'étude de la physiologie normale et pathologique des voies biliaires chez l'homme. Elle le met à cet égard dans des conditions quasi-expérimentales ». De fait, l'analyse des modalités de l'excrétion fistulaire et l'étude radiologique du *transit biliaire*, après injection lipiodolée, ont donné aux auteurs une ample moisson de précieux documents. Ce chapitre est peut-être le plus original de ce livre. L'intérêt des documents sur lesquels les auteurs s'appuient, ne réside pas uniquement dans leur nombre, mais dans ce fait qu'ils sont dus à l'observation des mêmes chirurgiens, et qu'ils représentent chacun le maximum de ce qui pourrait être fait en pratique dans le sens de l'analyse physiologique des voies biliaires. Le résultat de ces travaux, exposé entièrement dans cet ouvrage, présente un intérêt considérable pour la clinique.

Lyautey-le-Magicien, par Henry-Louis Dubly. Editions du *Mercure de Flandre* (Collection : « La plus grande France »), Lille. 480 p., 30 fr.

Du Chef, de l'Organisateur qu'est Lyautey j'écrivais récemment *non inégal aux meilleurs de Rome...*

L'hommage est plutôt insuffisant qu'excessif.

On le comprendra aisément en parcourant *Lyautey-le-Magicien* où l'auteur Henry-Louis Dubly, mélange harmonieusement appréciations personnelles et extraits de lettres de Lyautey dans un cadre parfaitement ordonné.

Henry-Louis Dubly, auteur de nombreux ouvrages fort estimés, lauréat des Rosati en 1930, est un de nos meilleurs écrivains. Sa nouvelle œuvre est utile ; elle est juste, elle est saine.

Pourtant, je ne suis pas sans désapprouver sinon l'auteur du moins le genre dont relève son livre : *le genre panégyrique*.

Que la charité le fasse excuser quand l'éloge est celui d'un médiocre dont il est humain de dissimuler les tares, de taire les insuffisances, à la rigueur nous l'admettons, encore qu'il serait souvent préférable de conférer l'oubli au personnage.

Mais aux personnalités de la valeur d'un Lyautey, on doit, fussent-elles vivantes : *toute la vérité*.

Les surhommes ne sont ni impeccables ni infaillibles. Les faire tels c'est à la fois manquer à l'exactitude, prêter au lecteur une crédulité niaise enfin les outrager eux-mêmes puisque c'est les supposer incapables de supporter le vrai et d'en faire leur profit.

On a, dit-on, les défauts de ses qualités, les qualités de ses défauts ; de fait certains déficits sont la condition même de certaines vertus.

Où sont les déficits de Lyautey ?

J'aimerais qu'il en fût beaucoup plus nettement fait état dans ce beau livre qui pourrait ainsi prétendre au titre de *livre de science*.

Tout de même voudrais-je que fussent de façon beaucoup plus large, exposées, soulignées et flétries toutes les méchancetés, toutes les bassesses (celles des militaires comme celles des civils) qui ne parvinrent que trop souvent à paralyser l'effort de Lyautey, l'imbécilité et la perversité de ce qu'Henry-Louis Dubly appelle pudiquement à l'instar de Lyautey, *les bureaux*, bref cette canaillerie jalouse de tout ce qui est grand, ennemie de tout ce qui peut élever un homme, même quand cet homme est exclusivement voué au bien général-canaillerie fort répandue dans toutes les classes et dans toutes les castes, mais qui s'épanouit et atteint sa malfaisance suprême dans les sphères supérieures.

On ne sait, en lisant la vie de Lyautey, si l'on doit davantage s'étonner ou regretter.

S'étonner de ce que l'homme, en dépit des vilenies soit parvenu à nous donner le Maroc.

Regretter que la vilenie ait retenu d'utiliser intégralement cet homme.

Quand une nation a laissé surgir un Lyautey, elle ne doit pas le disgracier ni le ravaler au rôle d'organisateur d'expositions et de cornac pour proboscidiens de passage.

Les tâches ne manquent pas.

Ainsi trois mois eussent suffi à Lyautey pour mettre la Tunisie en ordre, deux ans pour transformer *la terre du honteux abandon*, la Guyane, en une colonie prodigieusement fructueuse pour la Mère-Patrie.

(*Reproduction autorisée*). G. Espé de Metz.

plomb (15 %). C'était « le choriotrope » de Blair Bell, auquel on a dû finalement renoncer à cause de sa grande toxicité et des accidents graves qu'il provoquait chez les malades.

Blair Bell a eu recours ensuite à une seconde préparation de plomb colloïdal, dont la formule est la suivante (1) :

Plomb colloïdal	100 cc.
Gélatine aqueuse	0,40
Chlorure de calcium	0,077
Chlorure de sodium	1,10
Chlorure de potassium	0,05
Chlorure de calcium	0,05

Ces trois derniers sels seraient ajoutés pour rendre la préparation légèrement hypertonique. C'est en somme une suspension colloïdale chimique, dans un état voisin du « gel », et contenant une certaine quantité d'électrolytes.

Beaucoup d'auteurs anglo-saxons ont eu recours au plomb colloïdal de Blair Bell, mais de nombreux expérimentateurs en ont adopté aussi des variantes.

Stone et Cramer, par exemple, suppriment la gélatine, et diminuent le taux de la suspension métallique.

Jona (de Sydney) utilise un poly-colloïde de plomb-bismuth et plomb cuivre combiné avec des hématies de mouton, de bœuf ou du malade lui-même, dans du sérum isotonique.

D'autres ont adopté le plomb électrique. Waters, Colston et Jay emploient un colloïde de plomb obtenu par la méthode de Bredig, mélangé avec une solution de dextrose. Pour éviter l'oxydation du métal pendant la préparation, on chasse l'ozone du milieu par un courant d'azote. Ce produit serait plus stable et moins toxique.

En Italie, Bianchi, Donati, Lombardo, Porati, ont expérimenté le plomb colloïdal électrique de Lorenzini et Ganassini qui est stabilisé par l'hyposulfite de soude. Ils escomptaient le pouvoir antifloculant de l'hyposulfite pour éviter les chocs colloïdaux et aussi son pouvoir antitoxique vis-à-vis des sels de métaux lourds.

Certains autres expérimentateurs ont préféré les sels de plomb à l'état colloïdal.

Sorland, Costolow et O'Meland ont utilisé le phosphate de plomb colloïdal ; Ulmann (de Chicago) l'ortho-phosphate.

Fitz Williams a eu recours à l'iodure de plomb qu'il employa mélangé à du sérum glucosé isotonique et à de faibles quantités d'extrait thyroïdien et de crésol (solution d'iodure de plomb à 0,20 pour 100).

Enfin, ces dernières années, plusieurs préparations étaient, paraît-il en cours d'expérimentation à Liverpool. Parmi elles on peut citer le phosphate de plomb colloïdal à 0,50 pour 100 avec 2 équivalents d'acétate de soude et 1 d'acide acetique, le glycinate de plomb, préparé dans des conditions analogues, des dérivés de l'hydroxyde de plomb, mélangés avec différents sucres : fructose, mannitol, lactose, etc., un séléniate de plomb, etc... La plupart de ces préparations paraissent avoir été abandonnées à cause de leur toxicité.

En France, trois préparations de plomb colloïdal ont été jusqu'ici employées.

Un plomb colloïdal chimique expérimenté par Tilmant, et dont voici la formule :

Plomb	0 gr. 10
Lysalbine	2 gr. 40
Gomme	5 gr.
Eau distillée	Q.S.P. 500 cmc.

Soit 0,0002 de plomb par cmc.

Un plomb colloïdal électrique, étudié par Duroux (de Lyon), qui contient 0,16 pour 100 de plomb, et qui n'est pas toxique. J'ai personnellement utilisé cette préparation de Noël Aguettant, elle est admirablement supportée.

Enfin un oxyde de plomb colloïdal employé par Lœwy et Loiseleur (suspension à 5 pour 1000, isotonique, avec glycogène).

(1) C'est du moins la formule que l'on trouve dans les documents bibliographiques. Elle est peu compréhensible sous cette forme et bien difficile, sans doute, à réaliser physico-chimiquement...

Le fumarate de plomb en injections a aussi été expérimenté par Fournier, il serait bien toléré par l'organisme.

En somme, le plomb a été mis en œuvre chez l'homme surtout sous forme colloïdale chimique et électrique) et aussi sous forme de sels, en suspension ou en solution (1).

B. Doses employées

a) La cure-type de Blair Bell a été précisée par Cunningham : on donne à intervalle de dix jours, deux doses de 20 cmc. de plomb colloïdal, puis deux de 15 cmc., par voie intra-veineuse. Après un repos d'un mois, on réinjecte, mais par petites doses, 10 nouveaux cmc., soit au total 0 gr. 40 de plomb métallique pour 80 cmc. de suspension.

On aurait été, mais exceptionnellement, jusqu'à un total de 0 gr. 60 de plomb métal, en 120 cmc., répartis sur une cure prolongée.

La cure normale dure donc quarante jours, elle est suivie de trente jours de repos, puis de x jours de traitement d'appui pour les derniers centi-cubes.

Quand il n'y a pas urgence, on commence par des doses plus faibles, pour éviter l'intoxication saturnine.

b) E.-G. Knox, qui a employé le plomb colloïdal pur ou mélangé à du séléniate de plomb, injecte des doses de 0,030 à 0 gr. 110 de plomb métal, de manière à atteindre, en six ou huit semaines, 0 gr. 60 au total.

c) Tilmant (de Paris) injecte son plomb colloïdal chimique à de plus faibles doses : 0,0001 à 0,0004 de métal par injection, tous les quatre jours, jusqu'à un total de 0 gr. 003. Il est vrai qu'il emploie ensuite la radiothérapie.

d) Bianchi, Donati, Lombardo, Porati injectent leur plomb colloïdal électrique à la dose de 0,05 cgr de métal, tous les deux jours, et observent une action hémopoïétique et une augmentation de poids des malades.

e) Duroux fait 15 injections de 5 cmc. du colloïde électrique d'Aguettant à 0,16 pour 100, soit 0,12 cgr. de métal dans la série.

En somme, on voit que le plomb, sous ces différentes formes, a été employé à des doses allant de quelques milligrammes à un maximum total de 0 gr. 60 à 0 gr. 70 par série d'injections.

C. Accidents, contre indications et surveillance du traitement des cancers par le plomb

Les auteurs anglais ont signalé une assez grande proportion de cas d'intoxication saturnine en employant le plomb colloïdal de Blair Bell par voie veineuse. Au premier rang des accidents relatés, il faut citer la néphrite saturnine avec urémie consécutive ; puis l'anémie grave avec chute du taux de l'hémoglobine et raréfaction des hématies. Il semble qu'avec cette préparation, la dose toxique soit assez rapprochée de la dose active. Il faut aussi, tenir compte de ce fait que les malades traités, comme il arrive toujours lorsqu'on expérimente une nouvelle thérapie, étaient recrutés parmi les plus mauvais, parmi les laissés pour compte des traitements actuellement en faveur.

Le groupe de Liverpool et d'autres auteurs ont établi une liste des contre-indications concernant l'emploi du plomb colloïdal dans le cancer.

En tête figurent les cardiopathies et l'insuffisance rénale comme cela est bien naturel.

A ce sujet, signalons que certaines préparations provoquent de l'anémie saturnine, tandis que d'autres ont une action hémopoïétique indiscutable et bien avantageuse (plomb colloïdal de Lorenzino par exemple, et celui de Duroux-Aguettant). On ne saurait dire jusqu'ici le pourquoi de cette imprévue différence.

Les autres contre-indications résultent de l'infection microbienne, de l'insuffisance hépatique, même minime (Cunningham et Datnov) et enfin de la cachexie.

(1) Signalons que l'ionisation plombique locale, selon la technique de Foveau de Courmelles, a été également employée dans le traitement du [illegible]

Il est évident que tout choc colloïdal ne peut être que nocif chez des cancéreux en état d'instabilité humorale.

Même lorsque la discrimination des malades justiciables du traitement par le plomb est faite, il y a encore lieu de surveiller de très près les réactions thérapeutiques surtout du côté du rein (1), du sang et du foie.

Les auteurs anglais ont d'ailleurs très souvent recours à la transfusion sanguine et, en tout cas, utilisent systématiquement la méthode de Whipple.

En somme, la métallothérapie, par voie sanguine avec la préparation de Blair Bell (qui a été de beaucoup la plus fréquemment employée), paraît d'un maniement délicat en raison, sans doute, des chocs colloïdaux qu'elle provoque, et peut-être aussi de la petitesse chez elle du rapport chimiothérapique C/T, je veux dire du peu d'écart entre la dose curative et la dose tolérée.

VI

Résultats du traitement du cancer humain par le plomb

Les résultats les plus importants qui ont été relatés sont ceux de Blair Bell et de son groupe : ce sont les plus nombreux et aussi les plus anciens.

Dans une statistique de 1923, Blair Bell énonce les faits suivants :

227 *cas*, que l'on peut décomposer ainsi :

1° *Cas à éliminer* = 67.

Décès avant la fin du traitement	50
Décès par infections intercurrentes	3
Résultats trop récents pour entrer en ligne de compte	14
	67

2° *Restent donc* :

160 *cas*, se répartissant en :

a) Décès après traitement (110), dont deux de néphrites saturnines	106
Après destruction extensive par le plomb	4
	110

b) *Bons résultats* (50)

Amélioration, vie normale, refus de continuer le traitement	9
Cancers complètement supprimés	10
Cas guéris	31
	50

Soit près de 25 pour 100 d'améliorations ou de guérisons, ce qui est un pourcentage impressionnant dans ces matières.

Sur les 31 malades *guéris*, 29 étaient encore vivants et bien portants en mars 1929, les deux autres étant morts de maladies intercurrentes.

La deuxième statistique de Blair Bell a été publiée en 1929.

Elle porte sur 500 cas traités par le plomb colloïdal en injections intra-veineuses. 50 cas ont guéri complètement, soit 10 pour 100.

Cette proportion remonte à 21 pour 100 si l'on élimine les cas trop avancés, morts avant la fin du traitement.

Ces deux statistiques de Bell réunies donnent une moyenne impressionnante de 23 pour 100 de guérison de cancers par le plomb colloïdal.

Les avis des autres expérimentateurs sont bien partagés.

Roffo et Calcagno (de Buenos-Ayres) rejettent le plomb comme trop dangereux et même (ils sont seuls de cet avis) le suspectent de favoriser la néoplasmogenèse.

(1) L'albuminurie qui apparaîtrait dans 23 % des cas traités, doit être dépistée, on observe souvent de l'oligurie préalable qui doit donner l'alarme.

Stanley Wyard a employé le plomb colloïdal dans 58 cas ; il a obtenu une amélioration et a vu deux malades mourir d'urémie. Il considère que la dose de 0,20 cgr. de plomb par voie veineuse (et au-dessus) entraîne la mort par intoxication saturnine dans la plupart des cas.

Knox sur 40 malades, a observé, 4 guérisons, 2 améliorations temporaires et 34 morts.

Thomson sur 55 malades a vu 2 guérisons, 2 arrêts du processus cancéreux, 10 améliorations et 40 morts.

Hume, sur 13 malades, n'a obtenu aucun résultat.

Simson a eu une guérison sur 19 malades.

Cunningham cite en détail deux cas de guérison complète concernant des malades traitées uniquement par le plomb, et dont la tumeur avait fait l'objet d'un examen histologique :

Cancer utéro-vaginal, hystérectomie, 0,52 cgr. de plomb : guérison ; biopsie 18 mois après : on ne trouve plus que du tissu conjonctif.

Cancer du sein inopérable, carcinome. Cicatrisation en quinze jours, disparition de la tumeur en six semaines ; biopsie : tissu conjonctif. Guérison confirmée cinq ans après ; deux grossesses avec allaitement.

F Fitz William avec sa solution d'iodure de plomb n'a pas observé de réactions importantes et a pu noter l'arrêt de l'extension tumorale chez quelques malades.

Craver et Stone, qui emploient le plomb colloïdal, ont obteuu sur 21 malades, sept fois des diminutions de tumeurs du sein, dont deux guérisons.

A.-F. Fodd (de Bristol) a employé le plomb colloïdal aussi et le sélénium colloïdal dans des cas de cancers inopérables. Il a pu observer des améliorations impressionnantes.

Lœwy et Loiseleur, avec l'oxyde de plomb colloïdal associé au glycogène, n'ont constaté, dans une première série de mauvais cas, que la nullité du traitement. Dans une seconde série, mieux sélectionnée, l'arrêt de l'extension de la tumeur s'est produit dans 4 cas sur 21.

Tilmant, avec une combinaison lipo-plombique et l'ionisation, a observé les mêmes résultats.

Duroux, avec le plomb colloïdal d'Aguettant qu'il a utilisé d'abord à petites doses répétées, puis dernièrement à doses fortes (0,30 par injections, 0 gr. 60 en quinze jours) a obtenu des améliorations passagères... Les deux seules guérisons qu'il ait vues concernent des épithéliomas cutanés (ulcérations cervicale et ulcération du dos de la main) qui ont été traités localement avec sa pommade au plomb (acétate).

Enfin Jona qui a recours à des préparations métalliques plomb + Bi, ou plomb + Cu colloïdaux, a vu des améliorations passagères chez des malades désespérés.

J'ai tenu à énumérer tous ces résultats, pour bien montrer leur disparate. Il en est de remarquables, puisqu'il s'agit de guérisons, la moyenne concerne des améliorations transitoires, beaucoup consacrent la défaite de la méthode.

Aussi, nombre d'auteurs, adeptes du plomb, sont-ils arrivés à préconiser la combinaison de cette chimiothérapie avec les irradiations (rayons X ou radium) faites, soit avant, soit pendant, soit après l'imprégnation métallique de l'organisme, ce qui est un désaveu de la spécificité du plomb dans le traitement des néoplasies malignes de l'homme.

Conclusions

Si l'on s'en tient aux faits précis, publiés par quelques auteurs, on peut, en fin de compte, établir un bilan de la chimiothérapie du cancer par le plomb, d'après le tableau suivant :

Auteurs	Nombre de cas	Guérisons vraies
Blair Bell	500	50
Knox	40	4
Thomson	55	2
Simson	19	1
Craver et Stone	21	2
	635	59


DIASTO-PEPSINE
RICHEPIN
PEPSINE PANCRÉATINE-DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas.
ou un verre d'Elixir
très agréable
après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES
du Dr FAUCHER
ACTION SÛRE, DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES
QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOCITHINE TISSOT
SIROP_DRAGÉES_AMPOULES
NUCLEINATE DE { Fer Manganese
et Arsenic organique
Fluor
1 ou 2 ampoules par jour
1 ou 2 dragées ou
cuillerées de sirop.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
GRAINS ANISÉS
DE
CHARBON TISSOT
AGISSENT
par leur forme
leur volume
et le Gluten
mucogène
Absorbent_Divisent_Expulsent
RÉALISENT
le véritable
et continuel
rajeunissement
de l'intestin.
PANUROL
TISSOT
CONTIENT TOUS LES
SOLVANTS
des sels uriques
et uratiques
Aide et Soutient
LE REIN
dans sa double fonction:
FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes. Bronchites. Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAÏACOL_HÉLÉNINE_TERPINOL_EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides
Le Carnox
est le meilleur Vin de VIANDE.
Laboratoires du Docteur TISSOT 34 Boulevard de Clichy, PARIS

Soit un pourcentage de guérisons de 9 pour 100 environ.

On est loin, comme on le voit, de la proportion importante de guérisons obtenues, grâce au plomb, dans le cancer expérimental, qui, comme on sait, est généralement plus accessible que celui de l'homme, aux moyens thérapeutiques et que l'on a pu guérir souvent par des traitements variés.

Au total, une incertitude pèse encore lourdement sur la valeur réelle de la chimiothérapie du cancer humain par le plomb. Devant tant de résultats contradictoires et de publications incomplètes, on est partagé entre l'espoir donné par les cas heureux, ceux de Blair Bell et de Cunningham, et la noire statistique des désastres enregistrés par d'autres expérimentateurs.

Peut-être, ne s'agit-il, après tout, que d'une question de méthode et il ne paraît pas *a priori* impossible d'améliorer l'action du plomb dans le cancer, en recherchant d'autres formes chimiques plus électives, d'autres modes d'application et en s'adressant à une catégorie de malades moins désespérés.

VARIÉTÉS

Psychanalyse d'Emily Brontë

L'œuvre unique d'Emily Brontë, qui vécut dans la première moitié du dix-neuvième siècle, est l'objet d'une admiration très vive dans le public anglo-saxon. Certains lui accordent la première place dans l'histoire littéraire anglaise, immédiatement près de Shakespeare. Comment cette fille d'un pasteur, qui avait vécu dans un « pays perdu » du Yorkshire et qui mourut jeune a-t-elle pu inventer et composer ces extraordinaires *Hauts-de-Hurlevent*? C'est un problème d'histoire littéraire ; c'est aussi, par certains côtés, peut-être, un problème de psychologie morbide.

Une si étrange personnalité, un tel phénomène psychologique devaient, de toute nécessité, tenter la curiosité d'un médecin. C'est ce qui est arrivé à Lucile Dooley (de Washington), docteur en médecine, docteur en philosophie qui, dans la *Revue psychanalytique* américaine (vol. XVII, n° 2, avril 1930, p. 208), a consacré un très intéressant article à la psychanalyse d'Emily Brontë (1).

Autant qu'il a été possible à Lucile Dooley de le constater, aucun autre psychanalyste ne s'est attaqué à ce problème, bien qu'un grand nombre d'écrivains célèbres et compétents aient fait de brillantes études sur la famille Brontë (1).

Néanmoins Lucile Dooley tient à reconnaître que personne n'a eu autant que Romer Wilson une intuition aussi pénétrante, et que personne n'a publié sur ce sujet une étude aussi intense que cet écrivain si bien doué.

Mais le phénomène Brontë appelle une tentative d'application des principes de la psychanalyse pour expliquer l'originalité de ces caractères si singuliers et de ces génies d'un type si rare.

La famille Brontë offre un exemple unique de l'influence que peut avoir un cercle de famille très fermé sur le développement du caractère de chacun de ses membres :

Un presbytère dans un coin reculé du Yorkshire. Un pasteur, préoccupé de poésie, une mère morte prématurément. Un fils ivrogne et mauvais sujet. Plusieurs filles délicates, atteintes de tuberculose. Paysage austère, milieu austère, défense de jouer, défense de rire. Une vieille servante raconte à la nuit tombante des histoires d'apparitions. Isolement total, réclusion absolue, intensification des relations familiales, permanence des émotions de l'enfance donnent l'explication du caractère et du génie extraordinaires de ces écrivains.

Est-ce là ce qui crée le génie ? Lucile Dooley ne saurait le dire, ne croyant pas que le génie puisse tirer parti de quoi que ce soit. Par le moyen de la psychanalyse, on a pu quelquefois se rendre compte de la forme et de la production artistiques que prenait le génie : cela fut appliqué au cas de Wagner, de Dante, de Napoléon, de Léonard de Vinci et de quelques autres.

Les filles trouvent alors un adoucissement dans la littérature. Très jeunes déjà, au contact de leur père, elles rédigent des essais littéraires et s'intéressent à la politique et à la littérature de leur époque.

Charlotte a donné dans son livre « Jane Eyre », qui obtint rapidement la notoriété, une description bien décevante du collège de Cowan Bridge où elles furent admises comme enfants pauvres de pasteurs. Cet endroit ne fut propice à aucune des délicates petites Brontë dont la santé précaire ne retint pas assez l'attention des professeurs diligents et plutôt sévères de cette école.

C'est ce qui donna à la pensée de Charlotte autant de tristesse. Nous ne pouvons savoir à quel point en fut affectée Emily, mais elle ne put non plus y rester insensible.

L'effet produit par les circonstances sur Emily est bien difficile à définir.

Les faits de la vie d'Emily furent peu nombreux. Ayant perdu sa mère à l'âge de 3 ans, elle est confiée à ses sœurs aînées et à une domestique jusqu'à l'arrivée d'une tante qui ne lui témoignera jamais d'affection.

Elevée en partie par un père au caractère instable, rigide, irascible et égoïste, elle fut entourée d'affection profonde par sa sœur Charlotte et très attachée à sa jeune sœur Anne, qui lui ressemblait et qui suivait ses exemples avec docilité. Sa vie entière passée dans les bruyères du Yorkshire lui laissa plus d'impressions que n'importe quelle influence humaine.

Après la mort de leurs sœurs, Charlotte et Emily firent un autre séjour à Cowan Bridge, puis ne retournèrent en pension que lorsqu'elles eurent quinze et quatorze ans, mais cette fois-ci dans une école beaucoup plus sympathique tenue par les Misses Wooler à Rockhead.

Emily, apparemment, ne s'y fit pas d'amies et s'y sentit si dépaysée qu'elle n'y resta que trois mois.

Plus tard, Emily enseigna dans un grand collège de Halifax pendant six mois : elle dut renoncer, alors, comme elle l'avait fait étant élève de Rockhead : elle ne pouvait se décider à vivre loin de la maison. Elle reste aussi insensible au charme de Bruxelles, où elle passa quelque temps.

Emily, comme un bloc de granit au milieu de ces bruyère tant aimées, était fort peu sensible à tout ce qui se passait autour d'elle.

Leur professeur de Bruxelles, M. Heger, reconnaissait le plus de génie à cette dernière et cela en dépit du fait que, souvent, elle se révoltait contre ses méthodes d'enseignement, alors que Charlotte était son élève docile et dévouée.

> « Elle (et non pas Charlotte) était à ses yeux, géniale, bien qu'il se soit plaint que son entêtement la rendait sourde à tout raisonnement quand il s'agissait de son sentiment du droit. Il pensait qu'elle deviendrait un grand historien ; comme il le disait à Mrs Gaskell : « sa faculté d'imagination était telle, ses visions des scènes et des caractères si vivantes et si puissantes ses arguments si rigoureusement exposés, que le lecteur en aurait été fortement impressionné, malgré l'opinion ou la conception primitive de la vérité qu'il aurait eue auparavant. Elle aurait pu être un homme, un grand navigateur. »

Emily traduisit ses sentiments secrètement dans ses poèmes et dans son unique livre « Wuthering Heights » qui passe presque inaperçu, puis elle meurt de tuberculose à 30 ans en 1848, très peu de temps après la mort de leur frère Branwell pour lequel elle eut malgré tous ses vices, le plus de tolérance et de patience.

(1) Parmi eux Thackeray, Swinburne, Maeterlinck, Lafcadio Hearn, G. K. Chesterton, A. C. Benson, May Sinclair, Sir Wemyss-Reid, Augustine Birrel, Clément Shorter et Georges Henry Lewes, Mrs. E. C. Gaskell, une romancière connue, contemporaine de Charlotte Brontë, écrivit sa vie avant la mort de cette dernière et Mme Duclaux sous le pseudonyme de M. F. Robinson fit une biographie d'Emily Brontë. Ernest Dimnet, l'éminent écrivain français fit une étude sur « Les sœurs Brontë » traduite plus tard en anglais.

Le jour de sa mort, elle se réveilla comme d'habitude et descendit au salon. Là, la servante la trouva assise au coin du feu, où elle avait essayé encore de coiffer ses longs cheveux puisque le peigne était tombé près de la grille. « Tabby, dit-elle, mon peigne est tombé par terre et je me suis sentie trop faible pour le ramasser ». Un peu plus tard, quand ses quintes de toux atteignirent leur paroxysme, elle réclama un médecin qu'elle avait jusque-là refusé de voir et dit : « Si vous vouliez chercher le Docteur, je voudrais le voir maintenant ». Une ou deux heures après, elle rendait le dernier soupir.

La description de cette mort, mieux que tout ce que nous pourrions dire sur elle, nous peint un des côtés de son caractère. D'autre part, une calme sérénité donnait l'impression qu'elle traversait une période de joie ou plus justement peut-être d'exaltation. Charlotte dit : « C'est avec conscience, amertume, l'âme déchirée et soupirante qu'elle rêvait d'une vie heureuse ». Dans la mesure du possible, elle gardait pour elle ses souffrances et ses joies.

Parlant du jour de sa mort, Charlotte nous dit encore :

« Tandis que physiquement elle déclinait, mentalement elle devenait plus forte. De jour en jour, face à face avec les souffrances, je la considérais avec étonnement et amour. Plus forte qu'un homme, simple comme un enfant, sa nature restait unique. Pleine de pitié pour les autres, elle se négligeait totalement. Elle se servait comme en pleine santé, de ses mains tremblantes, de ses membres nerveux, de ses yeux affaiblis. »

Les tragédies de sa famille étaient tout ce qu'elle connaissait, et ses œuvres dépeignent les profondes connaissances et les tragiques expériences de l'humanité.

May Sinclair nous donne un saisissant exposé de son caractère énigmatique :

« Pour les étrangers, elle semblait une nature très complexe, incompréhensible et très différente d'eux-mêmes, il leur était difficile de comprendre les émotions qu'elle ressentait devant toutes les choses de la vie. Elle paraissait avoir un dédain profond pour les inconnus et pour toutes les manifestations extérieures.

Néanmoins, il y avait quelque chose de profondément tendre et maternel pour cette nature virginale. »

Or, des années s'écoulent et la gloire soudaine s'empare d'Emily Brontë. Ne l'a-t-on pas comparée à Shakespeare ?

« Wuthering Heights » est une œuvre rude, âpre, véhémente et l'on peut se demander comment une jeune fille a pu imaginer ce cauchemar.

Plusieurs écrivains y compris Mrs. Humphrey Ward ont voulu attribuer la manière étrange de son style romantique « des Hauts de Hurlevent » à une influence littéraire germanique, surtout celle d'Hoffmann qu'Emily devait avoir lu. Il est possible qu'elle en ait reçu quelques impressions ; mais il est aussi plausible que, d'une part, la vie qu'elle a menée dans le sauvage Yorkshire et, d'autre part, le travail de sa propre imagination secrètement impressionnée au contact de la famille solitaire au milieu de laquelle elle vivait, aient pu produire le même résultat que n'importe quelle influence allemande. D'autres ont pensé qu'elle avait pu subir celle de Gœthe. Mais les sentiments d'horreur et de brutalité que nous y retrouvons ne sont-ils pas dus en partie au contact d'un frère dépravé ?

On ne trouve rien de plus étrange ni de plus émouvant dans l'histoire du roman anglais. Que pouvons-nous conclure du caractère d'Emily ? Qu'elle aimait la solitude ? Cela est certain ; mais bien que taciturne, elle pouvait s'animer. Jamais comme Charlotte elle n'eut de crises de nerfs ou de phobies, ni comme Anne de crises de mysticisme ou de dépression. Le cas échéant, elle ne chercha pas de consolation dans les stupéfiants comme son frère Branwell.

Le temps très court où Emily fut entourée de l'affection de sa mère laissa en elle un ensemble d'impressions et de réflexions d'enfance, confuses, amères, mal assimilées qui ne peuvent pas s'appeler des pensées. Elle fut privée de toutes les influences qui aident le plus à former les sentiments d'affection et de sociabilité, et à cultiver les émotions les plus positives.

Emily n'a rien à dire sur la maternité, beaucoup sur la nature, sa seconde mère. En elle, elle trouve un réconfort suffisant ; elle augmente encore délibérément la solitude de l'existence, pour prouver son indépendance et revendiquer sa liberté absolue.

L'amour de la liberté qu'elle prône toujours, et que ses poèmes chantent sans cesse ne provient pas surtout, comme la plupart des critiques l'ont imaginé, de son amour de la lande, mais bien aussi d'un sentiment de rébellion contre son père. Les deux traits essentiels, amour de la liberté, amour de la nature, se juxtaposent en tant que cause et effet. D'elle-même elle se condamna à rester l'être déshérité, le traître exilé que l'on retrouve dans beaucoup de ses poèmes. Et ceci parce qu'elle se croyait mise à l'écart et détestée de chacun. Les exemples de négligence et les témoignages d'affection trop rares chez l'enfant déjà, se gravent profondément dans la mémoire et en imprègnent la pensée. Ceux qui ont connu des enfants élevés dans un cercle fermé, aussi bien que ceux qui ont analysé chez leurs malades les jalousies de leur enfance ont fait cette observation. La petite Emily était dans son imagination une enfant peu appréciée et peu aimée. Dut-elle être peu séduisante pour ne pas susciter d'affection ? Pour ceci, elle devait avoir réalisé un type d'enfant à elle. Dans les années qui suivirent, jamais elle ne développa sa coquetterie, ni la moindre chose qui eût aidé à la rendre physiquement plus attrayante, elle ne fit aucun effort pour attirer les regards.

Le plus cher désir d'Emily, enfant, était de s'assimiler à une créature masculine. Ce sentiment, plus tard, devait être répudié par elle. Comme nous le verrons toutes les filles de la famille Brontë se rendaient compte des avantages que possèdent l'homme. Mais le mépris et le dédain qu'elles avaient pour leur frère et leur père, devaient leur enlever ce désir et augmenter en elles le féminisme qu'on retrouve dans les œuvres des deux sœurs aînées.

Mais l'exemple de ce père et de ce frère et le conflit qu'on, retrouve en Emily suffisaient-ils à nous donner des lumières sur ce qu'Emily écrivit sur l'amour ? Maeterlinck lui-même dans son chapitre consacré à Emily dans « Sagesse et Destinée » ne trouve pas de solution à cette énigme.

«..... Elle n'eut jamais d'amour, elle n'entendit pas une seule fois retentir sur la route les pas merveilleux de l'amant, et cependant elle, qui mourut vierge à 29 ans, a connu l'amour, a parlé de l'amour, en a pénétré les plus incroyables secrets, au point que ceux qui ont le plus aimé se demandent parfois quel nom donner encore à leur passion quand ils apprennent d'elles des paroles, les élans, les mystères d'un amour à côté duquel tout semble accidentel et pâle.

Où a-t-elle entendu si ce n'est dans son cœur, ces paroles inégalables de l'amante qui parle à sa nourrice de celui que tous autour d'elle persécutent et détestent et qu'elle seule adore ? « Mes grandes misères en ce monde ont été ses misères. Toutes, je les ai observées et je les ai ressenties depuis le commencement. Ma pensée, quand je vis, c'est lui-même. Si tout le reste périssait et que lui seul demeurât, je continuerais d'exister, et si tout le reste demeurait et qu'il fût anéanti, l'univers ne serait plus pour moi qu'un immense étranger, et je n'en ferais plus partie. Mon cœur pour Heathcliff est comme le feuillage des forêts ; le temps le change comme l'hiver change les arbres, mais mon amour pour lui ressemble aux rocs éternels et souterrains. Ils sont la source de peu de satisfactions visibles, mais ils sont nécessaires. Je suis lui-même. Il est toujours dans ma pensée, non pas comme un plaisir, pas plus que je ne suis toujours un plaisir pour moi-même, mais comme mon propre être. »

Et plus loin :

«..... Elle tourne autour des réalités extérieures de l'amour avec une innocence qui peut nous faire sourire ; mais où a-t-elle appris ces réalités extérieures qui touchent à tout ce que la passion a de plus profond, de plus logique, de plus inattendu, de plus invraisemblable et de plus éternellement vrai ? Il semble qu'il eût fallu vivre durant trente ans dans les chaînes les plus ardentes des plus ardents baisers pour arriver à savoir ce qu'elle sait, pour oser nous montrer avec cette certitude, avec cette exactitude infaillibles, dans le délire des deux amants prédestinés de Weithering Heights, les mouvements les plus contradictoires de la douceur qui voudrait faire souffrir et de la cruauté qui voudrait rendre heureux, de la béatitude qui donne la mort et de la détresse qui s'attache à la vie, de la répulsion qui désire, et du désir ivre de répulsion, de l'amour plein de haine et de la

haine qui chancelle sous le poids de l'amour. Et cependant, nous le savons, car rien n'est caché dans cette pauvre vie, elle n'aima personne et personne ne l'aima. »

Il est vrai qu'elle avait une profonde connaissance de la littérature du 18e siècle, celle-ci plus libertine que celle de l'ère victorienne pouvait à elle seule lui fournir l'exacte, la principale et la vraie pénetration des éléments psychologiques que l'on retrouve dans « Weithering Heights ». Charlotte nous dit, que tandis qu'Emily évitait les relations avec ses voisins, elle connaissait les secrètes histoires des vieilles familles habitant à 25 milles d'elle. Dans ses nouvelles, elle s'est servi de tout ce qu'elle put enregistrer autour d'elle. Tout ce qu'Emily a pu dire concernant l'amour, provient beaucoup plus de ce qu'elle a vu ou entendu, que de ce qu'elle a ressenti elle-même. Le génie artistique, est celui qui peut, à la fois, retrouver les expressions nécessaires pour transmettre aux autres ses propres pensées, et comprendre et ressentir les expériences humaines par la voie de sa propre expérience. Cette faculté, Emily la possédait à un bien plus grand degré que Charlotte.

Comme Chesterton le fait remarquer, la jeunesse triste des Brontë dans ce milieu austère n'a pas contribué entièrement à influencer leurs œuvres et leurs créations. Les émotions dont elles s'imprègnent sont les émotions générales que l'on retrouve dans le premier ressort de l'existence : les premiers élans de joie et de terreur.

Chacun de nous, comme fille ou garçon, a vu dans certains songes des obstacles sans nom et des menaces inexprimables qui, sous des formes bizarres, nous ont laissé les mêmes impressions d'effroi et de panique qui se dégagent souvent de « Wuthering Heights », chacun de nous aussi, dans des rêves conscients, a pu s'imaginer sa destinée d'une façon en rien plus raisonnable que « Jane Eyre ».

Emily, pratiquement, comme nous venons de le dire, ne connut rien de la physique de l'amour, mais beaucoup de sa psychologie, parce que toutes les bases de la psychologie de l'amour chez l'adulte étaient contenues dans la passion ardente et sauvage des romans de famille de son enfance. Sa propre vie demeura immuable sans avoir subi l'influence délétère des contacts physiques de l'amour.

Les sensations élémentaires qui d'habitude restent gravées, ou qui s'expriment incorrectement sont présentées par elle sous une forme et dans un style réalistes ; il ne faudrait pas l'accuser de s'être laissée influencée dans ses romans par la véhémence de l'ère victorienne de sa jeunesse.

Les traits virils du caractère d'Emily ont retenu pour une grande part notre attention.

A quel point existaient-ils, et comment consciemment ou inconsciemment les développa-t-elle en elle ? il est difficile de le déterminer. Il y avait peu d'apparence masculine dans son physique, peu aussi dans son travail et dans ses occupations qui étaient plutôt d'ordre domestique ; toutes les qualités directes et objectives qu'on attribue généralement à l'homme, cette recherche du détail et cette indépendance personnelle étaient, du moins à son époque, considérées comme contraires au tempérament de la femme. Emily, n'admettait pas la théorie d'après laquelle certaines qualités étaient exclusivement masculines et d'autres purement féminines. Emily repoussait énergiquement l'opinion de certains des lecteurs de « Wuthering Heights » qui trouvaient trop efféminé, le caractère d'Edgar Linton fait de bonté, de gentillesse et de constance. D'après elle, il pouvait se trouver des hommes tendres et constants et des femmes intrépides et fortes. Le sexe est indépendant des qualités morales. Sa conception était très avancée pour son époque.

Elle, comme Charlotte, pensait que les femmes pouvaient travailler, et que toutes les voies pouvaient leur être ouvertes comme aux hommes. Pour elle, l'infériorité de la femme n'était qu'une idée préconçue de la Société, et jamais Emily n'admit la supériorité de ceux qui se disaient les maîtres de la création. Emily avait conscience de sa supériorité lorsqu'elle prenait soin gracieusement de son frère et de son père.

C'était là, peut-être, une compensation à ces sentiments d'infériorité féminine qu'on avait imprimés en elle dans sa première enfance, et qu'elle avait rejetés plus tard comme certains auteurs l'ont suggéré. Il a été démontré cependant dans l'analyse psychologique de certains cas, que les côtés masculins du caractère, soigneusement développés chez des fillettes au point de devenir une seconde nature, proviennent de la réaction produite chez celles-ci par l'indifférence paternelle. Si elles ne peuvent être le compagnon aimé que leurs désirs leur suggèrent, elles s'efforcent, par esprit d'imitation, de rivaliser avec l'homme tout puissant. On ne veut pas de filles, elles seront des garçons. Tout cela a pu être observé par analyse sur des cas réels. Cela peut être vrai pour Emily Brontë.

Cette sensation de délaissement, ce sentiment d'être privée de toute marque d'affection, a fait plus pour développer son caractère masculin, qu'un sentiment d'infériorité féminine. Ceci paraît mieux répondre aux autres traits de la personnalité d'Emily.

Jamais aucune influence extérieure n'a eu de pouvoir sur elle. Emily fut celle de ses sœurs, qui vécut le plus repliée sur elle-même. Néanmoins, elle témoigna à ses frère et sœurs, une affection soutenue que tous lui rendaient bien. Il est certain que chez elle on retrouve deux personnalités distinctes et opposées : l'une caractérisée par la joie de vivre au milieu de sa famille, l'autre par la crainte de rester incomprise. Elle s'était fait une idée de Dieu sans toutefois renier les croyances religieuses de son entourage.

Si les filles Brontë avaient reçu une éducation rationnelle, les faisant profiter des distractions de leur âge auraient-elles pu produire ce qu'elles nous ont légué ?

Personne ne peut le dire. C.-J. BEAUVOIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril 1932

L'évolution des idées dans le domaine de la pathogénie, de l'étiologie et du traitement de l'asthme à « épine respiratoire » d'origine microbienne. — ***M. A. Haibe.*** — L'antivirusthérapie est un ferme soutien de la vaccinothérapie dans le cas à poussées bronchiteuses ayant pour point de départ des rhino-pharyngites. Elle marque une innovation importante dans le traitement de l'asthme lié aux rhumes de cerveau. Elle constitue une arme puissante, frappant juste et fort qui mérite une place de choix dans l'arsenal thérapeutique antiasthmatique.

Constante d'Ambard et azotémie. — ***M. Fodéré.*** — En dehors du chiffre exprimé par la constante, son établissement traduit un ensemble de renseignements utiles : *urée sanguine, concentration, débit uréique.*

Alors que le dosage de *l'urée sanguine* est sujet à l'erreur : un malade atteint de néphrite confirmée pouvant en raison du régime, avoir un taux minime d'azotémie.

Sur 40 résultats que publie l'auteur, 31 confirment sa thèse.

Sérum antipoliomyélitique concentré. — ***M. A. Pettit.*** — L'an passé l'Académie de médecine a émis le vœu suivant ; en prévision d'une réapparition possible de poliomyélite, « il est désirable de pouvoir mettre, à la disposition du Corps médical, une provision suffisante de sérum d'anciens malades et de sérum d'origine animale ».

Dans la limite des moyens matériels à sa disposition, le Professeur Pettit s'est appliqué à réaliser cette indication. En outre, avec l'aide de B. Erber, il a préparé du sérum concentré et purifié de cheval, dont le pouvoir immunisant est le quadruple de celui des sérums les plus forts.

Voici les résultats thérapeutiques obtenus tout récemment par le Professeur Foa, de Turin.

Nombre de cas	Guérisons complètes	Guérisons avec séquelles	Morts
10 non traités	10 %	70 %	20 %
29 traités par S. de Pettit (non concentré)....	55 %	30 %	13 %

M. Gaudier. — Un cas de maladie de Basedow traité par l'ablation des parathyroïdes inférieures.

M. Paulian. — Le virus herpétique et la sclérose latérale amyotrophique

MM. Mougeot et *Aubertot*. — Pouvoir phylactique des eaux minérales d'Auvergne vis-à-vis de l'aconitine chez le cobaye et le rat, sa disparition après traitement des eaux efficaces par les acides gras.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mars 1932

Traitement par un extrait bacillaire colloïdal. — *M. Grimberg* présente trois malades traités par cet extrait : deux adénites suppurées guéries rapidement, ainsi qu'un troisième malade présentant une fistule tuberculeuse costale depuis deux ans et guéri en une semaine. Le traitement consiste en injections sous-cutanées de l'extrait bacillaire et n'empêche pas les malades de continuer leurs occupations.

Un nouveau vecteur de radioactivité. — *M. Marcel Joly* rappelle qu'il était pratiquement impossible, jusqu'ici, de faire agir les corps radioactifs sur une grande étendue cutanée en conservant l'intégralité du rayonnement alpha, bêta, gamma, autrement que par les bains d'eaux minérales ou applications de certaines boues naturellement radioactives. L'auteur a eu l'idée d'incorporer des sels radioactifs, dosables à volonté, dans certains mélanges à base de paraffine, dans lesquels l'émanation est soluble. On peut ainsi faire agir le rayonnement intégral des corps radioactifs sur toute l'étendue du tégument, et cela, grâce à un vecteur qui possède lui-même des qualités thérapeutiques propres. Le rhumatisme sous toutes ses formes, la goutte, les œdèmes post-phlébétiques ou post-traumatiques, les troubles trophiques cutanés, les raideurs articulaires, les névrites et névralgies, l'obésité, les brûlures, certaines dermatoses bénéficient largement de ces applications.

Le traitement physiothérapique des fibromes utérins. — *M. Ch. Guilbert* après avoir enuméré les contre-indications du traitement des fibromes, par le radium ou la radiothérapie, expose sa technique qui lui permet d'obtenir la stérilisation en une séance unique de quatre heures environ sans immobiliser la malade et sans lui faire courir le moindre risque. Cette méthode radiothérapique, assez voisine de la curiethérapie des fibromes, a sur cette dernière l'avantage de ne pas traumatiser l'utérus, et d'éviter l'immobilisation. Les résultats sont définitifs dans 87 % des cas après un traitement ; dans 8 % après deux traitements. Dans 4 % des cas, les malades furent opérés sur les indications de l'auteur. L'auteur n'a jamais constaté d'hadérences cliniquement ou après intervention chirurgicale avec cette méthode. Quant à la dégénérescence cancéreuse que quelques-uns ont paru redouter, elle est contraire à la principale action des rayons X (qui est l'histolyse cellulaire) et ne s'est jamais montrée sur la peau ayant reçu des doses beaucoup plus importantes que celles qui sont nécessaires pour la stérilisation. Ces heureux résultats ne peuvent être obtenus que par une sélection rigoureuse des malades.

Les albumines du sérum et l'urée. — *MM. Chailley-Bert* et *Edouard Peyre* montrent l'intérêt que présente le dosage concomittant des albumines (par réfractométrie) et de l'urée dans le sérum sanguin. Pour juger du travail uréopoïétique, ils partagent les malades en quatre groupes : 1° ceux dont les quantités d'urée sont normales ; 2° ceux dont les quantités d'albumine sont normales et les quantité d'urée trop élevées (azotémie classique) ; 3° ceux dont les quantités d'albumine sont au-dessus des moyennes normales et dont les quantités d'urée sont quelquefois basses ; 4° ceux dont les quantités d'albumine et d'urée sont au-dessus des moyennes normales (mauvais fonctionnement rénal et mauvais travail de désamination) ; 5° ceux dont les quantités d'urée et d'albumine totale sont au-dessous des moyennes normales (sous-alimentation ou mauvaise assimilation).

Le radium contre le cancer du col utérin. — *M. Foveau de Courmelles*, dès le 15 avril 1904, présentait à la Société médicale des Praticiens, des cancers du col utérin améliorés par les sels radifères, alors bien faibles. Hémostase, analgésie, déodorisations même étaient manifeste. Depuis, avec des sels de plus en plus radio-actifs, avec des doses de 2 à 10 centigr. de radium-élément et des durées de 10 à 60 heures, selon les ménorrhagies plus ou moins intenses et l'étendue des ulcérations du col utérin), il est arrivé à des guérisons durant 5, 10, 15 ans, régulièrement suivies, et réapplications heureuses de radium dans les récidives.

A propos du néo-interventionnisme en matière de tuberculose osseuse. — *M. Marcel Galland* (de Berck) répondant à ses contradicteurs au sujet du néo-interventionnisme en tuberculose osseuse, maintient le point de vue berckois interdisant les intra-focales avant le 18e mois de la maladie, en exposant les résultats de Ménard, Leriche, Vignard, Gauvain, et en discutant le cas de la résection du genou, des arthrodèses précoces et des succès faciles dans les juxta-articulaires.

P. Prost.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les antécédents pleuraux dans les arthrites et synovites tuberculeuses

G. Goumet (*Th. de Lyon*, 1931) attire l'attention sur la fréquence des antécédents pleuraux chez les malades atteints d'arthrites ou de synovites tuberculeuses. Dans les 100 derniers cas d'arthites et de synovites tuberculeuses soignées dans le service du Prof. Tixier, l'auteur a trouvé 20 cas qui ont été précédés d'une pleurésie séro-fibrineuse. Voici le détail de cette statistique :

48 malades n'ont pas d'antécédents tuberculeux ;
52 ont des antécédents tuberculeux ; dont :
20 une pleurésie séro-fibrineuse ;
19 une affection pulmonaire tuberculeuse bien caractérisée ;
4 des antécédents pulmonaires probablement bacillaires ;
9 des tuberculoses localisées (maux de Pott, adénites, ganglions suppurés).

La durée moyenne de l'intervalle séparant la manifestation pleurétique de l'apparition des localisations synoviales ou articulaires tuberculeuses a été trouvée égale à 25 mois. Dans 11 cas sur 20 elle était égale ou inférieure à un an. Le pronostic de ces localisations tuberculeuses synoviales ou articulaires post-pleurétiques s'est montré très bon au point de vue général (sur 20 cas deux seulement sont morts). Mais au point de vue local et fonctionnel, il s'agit presque toujours (12 fois sur 20) de localisations sévères nécessitant une intervention (7 résections, 5 amputations). Les résultats opératoires ont été dans l'ensemble excellents. Aucun des malades guéris n'a présenté de nouvelle localisation pulmonaire.

Les sangsues dans le traitement de l'iritis

En général, dit M. le Professeur Terrien dans une leçon clinique, les sangsues sont particulièrement recommandables et ont dans l'iritis, un effet tout particulier. Elles diminuent rapidement les douleurs ; à condition de les laisser tomber d'elles-mêmes et de n'arrêter le sang qu'au bout d'une demi-heure, afin d'en retirer le maximum d'effet. Aussi ne manque-t-on jamais, en présence d'une attaque d'iritis, quelque peu intense et douloureuse, de recourir aux sangsues. Elles sont de beaucoup préférables à l'emploi de la ventouse de Heurteloup, dont l'effet sur la douleur, aussi bien que sur la sédation des phénomènes inflammatoires est toujours bien moins accusé.

(Iritis et diabète. *Journal des Praticiens*, 6 février 1932).

Les injections intra-veineuses d'atropine dans le traitement des crises gastriques

M. A. Horowitz (*Etude thérapeutique et pathogénique des crises gastriques du tabès. Th. de Paris*, 1932) a obtenu constamment la suppression des crises gastriques du type sensitivo-moteur ou sensitif par les injections. L'auteur commence par un demi à un milligramme, et suivant l'effet injecté quelques heures plus tard, un milligramme et demi à deux milligrammes — en cas d'état de mal gastrique, institue s'il y a lieu, une véritable cure d'attaque pendant plusieurs jours. Il n'a jamais eu besoin de dépasser en une fois, la dose de trois milligrammes. Cette action remarquable de l'atropine est bien moins constante dans les douleurs fulgurantes où elle réussit cependant dans un tiers des cas environ, et notamment dans les douleurs lancinantes qui surviennent par crises paroxystiques. L'atropine est le médicament de choix pour couper

l'accès algique qui ne réapparaît qu'à son rythme antérieur habituel.

Après la cure d'atropine, les récidives même sont souvent espacées. De toute manière, l'atropine par la voie veineuse arrêtera, avec la même constance les crises ultérieures. L'atropine introduite directement dans le torrent circulatoire, est très bien tolérée, beaucoup mieux que par la voie buccale. Son innocuité est remarquable. M. Horowitz, depuis 1928, sur plus de 200 séries d'injections pratiquées, n'a pas observé le moindre incident et ne connaît pas de contre-indications, sauf, peut-être l'insuffisance cardiaque avec bradycardie marquée. L'auteur attribue l'efficacité de l'atropine à son action générale sur tout le système végétatif, sur les centres et les terminaisons para sympathiques et sympathiques y compris les appareils automatiques intra-muraux. C'est un alcaloïde amphotrope par excellence, à action à la fois vagolytique et sympathique.

La morphine et ses dérivés, dit Horowitz, doivent disparaître à jamais de l'arsenal thérapeutique dressé contre les algies du tabétique. Chez les malades morphinomanes, il est difficile, voire même impossible, de faire la part de la crise viscérale, et du besoin douloureux du toxique. La morphine est dangereuse et peut chez eux être la cause de mort immédiate. Beaucoup de ces malades meurent, non point de leur affection nerveuse, mais indiscutablement de leur intoxication par la morphine. L'opportunité et la nécessité d'un traitement étiologique antisyphilitique du tabes à manifestations douloureuses ne sauraient être discutées, mais elles laissent tout entière la question d'une thérapeutique à opposer à la crise elle même.

La section des adhérences au cours du pneumothorax thérapeutique

Voici les conclusions d'un travail de M. Edmond Peyret (Baillière, édit.) : La section des adhérences, opération complémentaire du pneumothorax thérapeutique, s'impose dans tous les cas où les adhérences sont nuisibles, et où elles sont irréductibles. Le nombre des cas justiciables de la méthode paraît atteindre 15 à 20 % du nombre total des pneumothorax créés et 40 % environ du nombre des pneumothorax incomplets. Ces chiffres s'appliquent aux indications radiologiques et cliniques ; le contrôle pleuroscopique les réduit.

Les indications de l'intervention se tirent de la constatation clinique et radiologique de l'inefficacité du pneumothorax.

a) Persistance radiologique, après un certain temps de collapsus, d'une ou de plusieurs brides s'opposant à la rétraction d'une région pathologique ;

b) Persistance de l'expectoration bacillifère ;

c) Persistance d'accidents évolutifs ou d'hémoptysies dont le siège est le poumon traité.

La possibilité de l'intervention, présumable d'après les données cliniques et radiologiques, n'est établie avec certitude que sur les données pleuroscopiques.

La pleuroscopie, intervention autonome, est une opération inoffensive.

Quant au mode d'intervention :

a) Le décollement chirurgical (types Leotta et Paternoster) est dangereux et n'a qu'un très faible intérêt, que diminue encore le fonctionnement des méthodes nouvelles

b) Les méthodes endoscopiques seules recommandables sont :

1° La méthode de Jacobaeus-Herve (galvano cautère) ;

2° La méthode de Maurer (diathermo-galvano-caustique) ;

3° La méthode de Davidson, Maison et Chandler (diathermie-haute fréquence). Chacune de ces deux méthodes a ses indications propres. Les deux dernières constituent néanmoins un notable perfectionnement de la première.

Sauf indications d'urgence (hémoptysie, grossesse, bilatéralisation) l'intervention ne doit être pratiquée qu'après un délai suffisant pour épuiser les chances d'étirement spontané des adhérences. Ce délai variable avec chaque cas, est généralement de 4 à 10 mois, à partir de la création du pneumothorax.

Les complications observées sont : la pleurésie séreuse 60 à 70 % environ ; les hémorragies 10 à 50 % environ.

Les pleurésies purulentes de 1 à 10 % environ.

Les symphyses post-opératoires de 2 à 3 % environ.

Les perforations sont de fréquence très variable selon les auteurs (0 à 2 %).

La méthode de Maurer offre des pourcentages très faibles en ce qui concerne les pleurésies séreuses et les hémorragies. Elle n'accuse pas de perforation.

Les résultats sont favorables dans une proportion d'ensemble d'environ 60 % des cas opérés. La mortalité post-opératoire qui, dans les débuts a pu atteindre 2 %, semble avec les techniques actuelles, devoir être réduite.

L'élongation progressive des brides dans le pneumothorax artificiel de l'enfant

MM. P. Armand-Delille, P. Hechter et A. Magrin (*Soc. d'ét.sc. de l'œuvre de la tub.*, 9 janvier 1932) en suivant par des radiographies successives des enfants traités par pneumothorax et qui présentaient des brides, ont vu, alors qu'ils pensaient à l'opération de Jacobaeus, ces brides s'allonger progressivement en même temps qu'elles devenaient filiformes et que les cavernes correspondantes s'affaisaient, puis s'oblitéraient. Ils considèrent par conséquent que la section des brides est très rarement nécessaire chez l enfant.

Chancre du menton chez une enfant de trois ans

Une fillette de trois ans, dont le père avait eu en novembre dernier un chancre syphilitique de la lèvre, avait à la même époque de l'impétigo de la face. Cet impétigo servit de porte d'entrée à l'inoculation d'un chancre induré du menton. Volumineuse adénopathie sous-mentale. Recherche positive du tréponème. Réaction de Wassermann. (G. Petges et A. Petges, *Soc. de méd. et de ch. de Bordeaux*, 21 janvier 1932.)

Le traitement préventif de la maladie sérique par le sérum de convalescent de maladie sérique

MM. D. Pauzat et Jacques Lévy, (*S. de médecine et de chir. de Bordeaux*, 17 déc. 1931) ont utilisé le sérum de convalescent de maladie sérique prélevé 4 à 8 jours après la terminaison des accidents pour le traitement preventif de cette maladie chez les sujets soumis à la sérothérapie antitétanique. Leur technique consiste à injecter, avant le sérum spécifique, 10 cmc. de sérum de convalescent, presque immédiatement et par voie sous-cutanée quand il s'agit d'une primo-injection, avec un intervalle d'une heure et par voie intra-musculaire quand il s'agit d'un sujet ayant déjà subi antérieurement des injections de sérum. Les premiers résultats obtenus sont les suivants : sur 23 témoins, 16 ont présenté des accidents sériques, 7 ont montré une résistance spontanée. Sur 20 blessés traités par le sérum de convalescent, un seul a fait une maladie sérique. Il s'agissait d'une femme sujette à des poussées d'œdème idiopathique de Quincke. Les 19 autres n'ont eu aucun accident.

Entérorragie extrêmement abondante due à un étranglement hernaire

MM. Vanverts et Ed. Gaudier (*Réunion médico-ch. des hôp. de Lille*, 16 nov. 1931) rapportent un cas d'entérorragie survenu après un taxis prolongé et insistent sur les dangers du taxis, tant de fois signalés déjà et si souvent oubliés.

Les complications spasmodiques de la coqueluche et leur traitement

Les complications nerveuses ont été fréquentes, au cours de l'épidémie de coqueluche, qui a sévi à Toulouse il y a trois ans. MM. P. Bezy et Drouet (*S. de med. de chir. et de ph. de Toulouse*, décembre 1931) rapportent quatre observations, l'une de spasme glottique, les autres de convulsions externes. Il faut distinguer deux classes dans ces dernières : les unes, survenant à la fin d'une quinte se reproduisant à courts intervalles, s'accompagnant de prostration ou de coma, relèvent généralement d'une hémorragie cérébrale ou méningée. Les autres, laissant, dans leurs intervalles un bon état général, relèvent de troubles circulatoires au niveau de l'encéphale et peuvent être combattues par une thérapeutique appropriée : éther, vaccins, oxygène, antispasmodiques, *mais surtout actinothérapie qui est le véritable traitement de fond, et donne les meilleurs résultats* pourvu que soient respectees certaines conditions : précocité de traitement, intensité des doses et fréquence des séances.

Traitement de la verrue plantaire par les rayons X

Les rayons X, grâce d'une part à leur pouvoir analgésique, grâce surtout à leur action cytolytique, constituent, dit M. Marcel Joly (*Presse médicale*, 30 déc. 1931) le traitement de choix de la verrue plantaire.

« Sur les cellules papillomateuses, il suffit en général d'exposer à un rayonnement X convenablement choisi une verrue plantaire pendant une seule séance d'une dizaine de minutes (parfois 2 séances à quelques jours d'intervalle) pour que les douleurs disparaissent d'une façon absolue et définitive tandis que s'affaisse la verrue et s'assouplit le durillon corné qui l'accompagne toujours. »

Les accidents nerveux consécutifs aux réductions de luxation congénitale de la hanche

Une statistique de Froelich et Corret (*S. de méd. de Nancy*, 25 novembre 1931) montre qu'ils sont rares. Sur plus de 2.600 réductions de la hanche, Froelich a rencontré :

Six cas de paralysie des nerfs périphériques (crural, sciatique, sciatique poplite externe).

Quatre cas d'accidents nerveux (convulsion, hémiplégie, amaurose, un cas de mort).

Dans la majorité des cas, il faut incriminer l'élongation des nerfs au cours de la réduction. Ces paralysies guérissent spontanément. Celles du sciatique poplité externe sont les plus longues à disparaître : un an et plus, alors que celles du crural et du sciatique disparaissent généralement en six mois. Froelich préconise l'ablation de la calotte du genou de l'appareil plâtré afin de pouvoir faire du massage et de l'électrisation.

Le traitement, la plupart du temps, devra se borner à être symptomatique. *Un examen général doit toujours précéder la réduction de la luxation congénitale de la hanche.*

Un nouveau symptôme d'hémorragie cérébro-méningée chez l'enfant

Chez des enfants atteints d'hémorragie cérébro-méningée confirmée ultérieurement à l'autopsie, Mme Marthe Ehrlich (Société de Pédiatrie, 15 décembre 1931) a observé un aspect tout à fait particulier du facies : ces nouveau-nés ont les yeux ouverts et paraissent plus éveillés qu'ils ne devraient l'être.

La radiothérapie est actuellement le meilleur traitement de la tuberculose verruqueuse

Dans les traités de dermatologie, le traitement de la tuberculose verruqueuse de la peau par la radiothérapie est, soit complètement passé sous silence, soit déconseillé. Darier, dans son *Précis de Dermatologie* (1928) déconseille l'utilisation des seuls rayons X ou du radium et donne la préférence à l'excision, puis à défaut de celle-ci, à la rugination, suivie de deux ou trois séances de radiothérapie. L'opinion de la grande majorité des auteurs étrangers paraît de tous points semblable.

MM. J. Gaté, J. Coste et P.-J. Michel (*Journal de médecine de Lyon*, 5 novembre 1931), parmi les très nombreux traitements proposés dans la tuberculose verruqueuse, accordent la préférence à la radiothérapie, qui leur a donné constamment les meilleurs résultats et ne comporte pas les inconvénients des autres méthodes thérapeutiques. « Cette méthode ayant été appliquée avec succès chez une cinquantaine de malades, nous croyons de notre devoir, disent-ils, de la vulgariser et de la défendre, persuadés que nous sommes qu'elle représente à l'heure actuelle, la thérapeutique de choix de cette redoutable affection... Elle amène à elle seule une cicatrisation on peut dire constante et définitive des lésions, et, fait également très remarquable, elle paraît contribuer à relever l'état général du malade, toutes les fois que celui-ci est précaire ». La méthode paraît sans danger. La technique employée est celle de Coste, étudiée et précisée dans la thèse de Girel (Lyon, 1926) pour le traitement des épithéliomas cutanées. Ses bases fondamentales sont les suivantes :

Longueur d'onde moyenne ;
Absence de filtre ;
Séance unique.

Voici la ligne de conduite suivie en pareil cas, telle qu'elle est indiquée par MM. Gaté, Coste et P.-J. Michel :

« 1° *Absence de tout curettage des lésions.* — Que celles-ci soient de faible épaisseur ou non, aucune ablation par curette ou bistouri n'est pratiquée.

2° *Irradiation unique.* — Il est bien entendu que ceci signifie qu'une région donnée de la lésion n'est exposée qu'une seule fois à l'action des rayons X. Si les surfaces malades atteignent des dimensions supérieures à 25 ou 30 centimètres carrés, l'irradiation est pratiquée par champs successifs, dont les dimensions en surface sont inférieures ou égales, mais jamais supérieures à 25 ou 30 centimètres carrés.

3° *Absence de toute filtration.*

4° *Utilisation d'un rayonnement moyennement pénétrant* correspondant à 16-18 centimètres de l'étincelle, équivalente entre points (bobine Gaiffe-Gallot Pillon n° 2). On ne saurait trop répéter que les lésions justiciables de la rœntgenthérapie et présentant plusieurs centimètres d'épaisseur sont nettement et heureusement influencées par des *rayons de λ moyenne non filtrés* (à peu près universellement considérés comme pénétrant à une profondeur minime) administrés *en une seule séance*. La clinique journalière nous autorise à admettre que les résultats

obtenus en l'occurence sont nettement supérieurs à ceux que donnent les *rayons très pénétrants, très filtrés, administrés en des séances répétées*.

L'épicondylite des joueurs de tennis et des escrimeurs

L'épicondylite des escrimeurs, des joueurs de tennis, est, dit M. Conzette, de Saint-Mandé (*Presse médicale*, 5 août 1931), « une douleur des apophyses, localisée le plus souvent à la partie inférieure de l'humérus, sans lésions osseuses appréciables, ni au palper ni à la radioscopie. Elle est une algie périostée, due à la contraction des muscles longs, des extenseurs surtout, agissant sur le périoste par l'intermédiaire de leurs expansions tendineuses et aponévrotiques qui s'intriquent avec les fibres de la couche externe du périoste.

Le mot épicondylite est mauvais. C'est un terme générique qui englobe toutes les manifestations osseuses des apophyses, tuberculeuses, syphilitiques, maladie de Schlatter, la dénomination *périostalgie apophysaire* conviendrait mieux. »

Cécité post-hémorragique

A la suite des pertes de sang abondantes ou répétées on peut voir apparaître des troubles visuels aboutissant à la cécité par atrophie optique bilatérale.

Ces faits sont connus cliniquement depuis longtemps ; la découverte de l'ophtalmoscope a permis de rapporter la cause des lésions à une atrophie papillo-rétinienne.

Ce sont surtout les hémorragies répétées, gastro-intestinales et utérines, qui sont la cause la plus fréquente de ces désordres, tandis que les hémorragies traumatiques ne les provoquent que exceptionnellement.

Les troubles visuels apparaissent surtout du troisième au seizième jour après l'hémorragie, mais ils peuvent se manifester au cours de l'hémorrhagie ou immédiatement après l'hémorragie, ils surviennent rarement après le vingt et unième jour. Ils guérissent dans une moitié des cas, mais, lorsque l'atrophie optique survient, elle est progressive et en général la cécité devient définitive.

Les lésions qui entraînent l'atrophie des nerfs optiques, siègent dans la couche des fibres nerveuses de la rétine et dans les cellules ganglionnaires.

L'ischémie est la cause la plus importante de ces atrophies, mais il est probable que d'autres causes toxiques, infectieuses ou que des phénomènes de choc colloïdoclasique viennent s'ajouter à l'ischémie. Le mauvais état général du sujet, la dénutrition, jouent aussi un rôle. La pathogénie de ces troubles reste obscure, car ils ne surviennent que dans de rares cas et ne sont pas en relation directe avec l'intensité de l'hémorragie.

Le pronostic des troubles visuels est grave, mais la guérison reste possible même après deux ou trois jours de cécité complète. Lorsqu'apparaissent des signes d'atrophie optique la cécité est imminente.

Le traitement des troubles visuels survenant au cours de l'hémorragie se confond avec le traitement médical ou chirurgical de l'hémorragie, cependant on évitera l'emploi des vaso constricteurs. Après l'hémostase on s'adressera aux vasodilatateurs et aux médications des anémies aiguës. A la phase d'atrophie partielle, c'est à une hygiène générale et oculaire prudente qu'il faudra avoir recours.

(L. Genet, de Lyon. Cécité post-hémorragique. *Journal de médecine de Lyon*, 5 octobre 1931.)

L'extrait parathyroïdien en thérapeutique gastrique

MM. Gaston Durand et Zana (Société de Thérapeutique, 10 juin 1931) rapportent les résultats satisfaisants qu'ils ont obtenus avec des injections sous-cutanées d'extrait parathyroïdien (à l'exclusion de toute autre médication) dans le traitement de certains cas de dyspepsie de longue date, non ulcéreuse, où dominent les sensations quotidiennes de brûlure épigastrique ou gastro-œsophagienne. Rappelant les travaux déjà parus sur le traitement de l'ulcère par les injections d'extrait parathyroïdien et les rapprochant des cas particuliers qu'ils rapportent, les auteurs se gardent d'accorder une valeur absolue à la méthode encore à l'étude. Ils opposent seulement pour la série de malades traités par eux, la suppression assez rapide des troubles dyspeptiques par l'extrait parathyroïdien à l'inefficacité de tous les traitements employés antérieurement chez les mêmes malades.

FONDÉ EN 1873. — N° 16 LE NUMÉRO : 50 Centimes 16 AVRIL 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Lyon. — *Concours de l'adjuvat.* — Le concours s'est terminé par les nominations de M. Colson, interne des hôpitaux, et de M. Jean Regar, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade du chevalier.* — MM. les docteurs Gilormini (de la Ciotat), Lambron (de Paris).

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Migner, maire des Essarts, conseiller général de la Vendée ; M. le Docteur Saffar (de Bougie).

— *Au grade d'officier.* — M. le Docteur G. Cauvy, maire de Lamalou.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Florentin (de Thenon, Dordogne).

MINISTÈRE DES COLONIES. — Est promu au grade d'officier, M. Elysée Bailly, directeur des Laboratoires Bailly.

Asiles publics d'aliénés. — Le jury du concours pour l'emploi de médecin du cadre des Asiles publics d'aliénés, qui s'est ouvert à Paris, le 4 avril 1932 est constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. le Professeur Daniel Santenoise, inspecteur général adjoint des services administratifs.

Membres titulaires : MM. les Docteurs Hamel, chargé de cours à la Faculté de Nancy, médecin chef de l'asile de Maréville; Vernet, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Beauregard ; Pignède, médecin chef de l'asile d'aliénés de Clermont ; Paul Abely, médecin chef de l'asile public d'aliénés de Villejuif ; Renaux, médecin chef de l'asile public d'aliénés de Saint-Gemmes-sur-Loire; Genil-Perrin, médecin chef de l'asile public d'aliénés de Perray-Vucluse ; M. Haye, chef du 1er bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance.

Membres suppléants : MM. les Docteurs Merland, médecin chef de l'asile d'aliénés de Marseille ; Marchand, médecin chef de l'asile clinique Sainte-Anne.

Une conférence à l'Académie de médecine. — Sous les auspices de l'Association France-Grande-Bretagne et de l'Institut britannique de Paris, une conférence a été faite, vendredi 8 avril à l'Académie de médecine, par Sir Humphry Rolleston, une des plus hautes personnalités médicales de l'Angleterre, professeur à l'Université de Cambridge et médecin ordinaire du roi, sous la présidence du Professeur Meillère, président de l'Académie. Reçu par le bureau de l'Académie en grand uniforme, Sir Humphry Rolleston a été d'abord salué dans la salle du conseil par M. Meillère et MM. les professeurs Achard, Hartmann, Souques, J. Renault, puis il a abordé le sujet de la conférence.

Il a notamment rappelé les efforts faits dans l'ordre de la médecine préventive et de l'éducation sanitaire depuis les origines, et les progrès obtenus en Angleterre. Il conclut, après de très intéressantes remarques, sur les maladies transmises par les insectes et les animaux et sur les maladies de déficience physique, appelées avitaminoses, dues en partie aux travaux de Hopkins, par des aperçus originaux et optimistes sur l'avenir de la médecine préventive.

Hôpitaux de Bordeaux. — *Hôpital des Enfants. Service central d'électro-radiologie.* — Par délibération de la commission administrative en date du 11 mars 1932, M. le Docteur Mathey-Cornat, électro-radiologiste des hôpitaux a été nommé électro-radiologiste à l'hôpital des enfants, en remplacement de M. le Docteur Roques, atteint par la limite d'âge.

Congrès de gynécologie. — Le Congrès de la Société française de gynécologie qui se tiendra désormais chaque année à Paris à l'époque du Congrès de chirurgie, aura lieu les 3, 4 et 5 octobre 1932 à la Faculté de médecine.

Deux questions sont à l'ordre du jour : Hypophyse et ovaire. Rapporteurs : MM. JAYLE et HALLION. — La diathermie en gynécologie : Rapporteur : M. Xavier BENDER.

La troisième journée sera consacrée à la chirurgie gynécologique. Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Maurice Fabre, secrétaire général, 6, rue du Conservatoire, Paris IXe.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris (Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine. Métro Gambetta.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies des artères, des veines et des capillaires.* —. — Ce cours, qui aura lieu du 23 au 28 mai 1932, sera fait par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. HAGUENEAU, médecin des hôpitaux ; WELTI, chirurgien des hôpitaux ; A. C. GUILLAUME, ancien chef de clinique ; A. BLONDEL, ancien interne lauréat des hôpitaux , 1er assistant deu service ; GILBERT-DREYFUS, EVEN, P. MERKLEN, ODINET, P . PUECH, RACINE, anciens internes du service ; GAUGIER, ancien assistant du Professeur Sicard ; GOLBLIN, assistant d'électrocardiographie ; MARCHAL, assistant de radiologie du service ; PAUTRAT interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections ; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique (sphygmomanométrie, électrocardiographie, radiologie, pression veineuse, capillaroscopie).

PROGRAMME. — Lundi 23 mai, 10 heures, M. LIAN : Valeur séméiologique de la pression artérielle maxima, moyenne et minima ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. P. MERKLEN : Mécanisme régulateur de la pression artérielle ; 16 heures, M. ODINET : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 h. 1/2, M. HAGUENEAU : Accidents artériels de l'hypertension.

Mardi 24 mai, 10 heures, M. LIAN : Conférence-consultation ; 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : Accidents cardiaques et rénaux de l'hypertension artérielle ; 16 heures, M. GOLBLIN : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Formes cliniques et traitement de l'hypertension artérielle.

Mercredi 25 mai, 10 heures, M. LIAN : L'hypotension artérielle ; 11 heures, M. GOLBLIN :Exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes ; 15 heures, M. WELTI : Anévrysmes artériels et artérioso-veineux ; 16 heures, M. RACINE : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 h. 1/2, M. HAGUENAU : Manifestations viscérales de l'athérome et de l'artério-sclérose.

Jeudi 26 mai, 10 heures, M. GAUGIER : Varices ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : Artérites oblitérantes ; 16 heures, M. EVEN : Technique et valeur séméiologique de la pression veineuse ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Phlébites.

Vendredi 27 mai, 10 heures, M. LIAN : Conférence-consulta-

tion ; 15 heures, M. PUECH : Syndrome de Raynaud et érythromélalgie ; 16 heures, M. GUILLAUME : Technique de la capillaroscopie et de la mesure de la pression capillaire ; 17 h. 1 2, M. GUILLAUME : Valeur séméiologique de la capillaroscopie.

Samedi 28 mai, 10 heures, M. LIAN : Traitement des phlébites : 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours : ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours :

1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Artères, veines et capillaires ; 4° Endocarde, péricarde, myocarde, aorte, et artère pulmonaire.

Le cours de novembre 1932 portera donc sur : endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES A BAGNOLES-DE-L'ORNE. — Le cours sera suivi du deuxième voyage d'études médicales cardio-vasculaires, qui aura lieu à la station hydro-minérale de Bagnoles-de-l'Orne (maladies des veines): visite de l'établissement thermal ; deux leçons sur les indications, la technique et les résultats de la cure ; excursion aux environs de Bagnoles. Départ samedi 28 mai après-midi ; retour à Paris dimanche soir 29 mai.

Droits d'inscription : 250 francs pour le cours ; 100 francs (tous frais compris) pour le voyage à Bagnoles-de-l'Orne.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi) salle Béclard (A. D. R. M.) ou à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Bourses de vacances du Docteur Debat. — Comme chaque année, les laboratoires du Docteur Debat offrent 100 bourses de 1.000 francs chacune à des étudiants fatigués et peu fortunés, afin de leur permettre de prendre quelque repos.

Les demandes doivent être adressées aux laboratoires du Docteur Debat, service des Bourses de vacances, 460, rue de Prony, à Paris, avant le 15 mai.

Prière d'indiquer la situation de famille, le numéro de dossier, etc., etc.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (Chirurgie du tube digestif), en dix leçons, par M. le Docteur P. FUNCK-BRENTANO, prosecteur, commencera le lundi 18 avril 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — 1. Lundi 18 avril : Technique des résections et sutures sur le tube digestif. La résection intestinale. Procédés de fermeture des bouts intestinaux. Technique des anastomoses termino-terminale, latéro-latérale, latéro-terminale. Anastomose aux boutons. — 2. Mardi 19 avril : Chirurgie de l'œsophage. Voies d'abord de l'œsophage thoracique. — 3. Mercredi 20 avril : Voies d'abord et exploration de l'estomac. Gastrostomie (Fontan-Witzel). — 4. Jeudi 21 avril : Gastro-entérostomie. — Vendredi 22 avril : Traitement de l'ulcère de l'estomac. Résection en selle. Résection annulaire. — 6. Samedi 23 avril : Traitement du cancer de l'estomac. Gastrectomies (Billroth, Polya). — 7. Lundi 25 avril : Les ulcères duodénaux. Sténoses duodénales chroniques : la duodéno-jéjunostomie. — 8. Mardi 26 avril : Chirurgie du côlon droit : Appendicectomie. Colopexie en équerre (P. Duval et Grégoire). Hémicolectomie droite. L'iléo-sigmoïdostomie. — 9. Mercredi 27 avril : Chirurgie du côlon transverse et du côlon gauche. Collectomies en un ou deux temps. Anus iliaque gauche. — 10. Jeudi 28 avril : Chirurgie du rectum. Traitement du cancer. (Voies abdominale, périnéale et abdomino-périnéale).

En liaison avec le cours de chirurgie du tube digestif, les leçons suivantes auront lieu : L'amputation abdomino-périnéale du rectum suivie d'abaissement pour cancer, par le Docteur SOUPAULT le mardi 26 avril, à 16 heures ; Le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum, par le Professeur GOSSET, le jeudi 28 avril, à 16 heures ; La chirurgie de l'œsophage thoracique, par le Professeur GRÉGOIRE, le vendredi 29 avril, à 16 h.


OVAIRE
(Vache)
corps jaune
follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets | Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY 48 rue Théophile Gautier PARIS (XVI°)


PastaPalm
LAXATIF-PURGATIF
A BASE DE FRUITS
Figues
Raisins
Dépot Général
PHARMACIE A. BAILLY
15, RUE DE ROME PARIS 8e

Nécrologie. — Docteur Georges BERNIS, de Rivesaltes (Pyrénées-Orientales). — Docteur Alfred-Louis RICARD, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté, décédé à Nice. — Docteur Jacques SILHOL, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Marseille. — Docteur Antoine VERDIER, père, de Millau (Aveyron), décédé à l'âge de 82 ans. — Docteur Ferdinand DAUBRESSE, président de la Société médico-chirurgicale du Brabant. — Docteur HAULET, de Liège. — Professeur Félix KLEMPERER, directeur de l'hôpital de Reinickendorf à Berlin, décédé à l'âge de 66 ans. — Professeur WILHELM OSTWALD, ancien directeur de l'Institut de physique et de chimie de l'université de Leipzig, titulaire en 1909 du prix Nobel de chimie, décédé à Gross-Bothen (Saxe), à l'âge de 79 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Napoléon III, par Octave AUBRY. Deux volumes in-8 imprimés sur alfa et illustrés de 32 hors-texte en héliogravure, publiés dans la Bibliothèque « Historia » aux éditions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris, 1932. Prix : chaque volume 25 francs.

Ce grand livre coloré et puissant classe Octave Aubry au premier rang des historiens. Ce n'est pas une biographie. C'est la résurrection de toute une époque, autour de la prodigieuse *aventure* du fils cadet de la reine Hortense qui, sorti du néant par sa ténacité et par sa chance, parviendra, après cent péripéties romanesques, à rétablir l'Empire et dominera l'Europe pendant vingt ans.

Le caractère longtemps méconnu du conspirateur de Strasbourg et de Boulogne, du prisonnier de Ham, de l'organisateur du coup d'Etat, si singulier, si attachant malgré ses erreurs et ses faiblesses, prend dans ce livre sa vraie expression. Octave Aubry l'a replacé dans son air et sa lumière, sans parti pris, dur parfois, toujours exact. Il a recréé autour de lui son entourage mêlé, disparate. L'Impératrice Eugénie, la princesse Mathilde, la comtesse de Castiglione, le prince de Metternich, Marguerite Bellenger, Eléonore Vergeot, Morny, Persigny, Bismarck, le petit Prince impérial, ministres, généraux, courtisans, la politique, l'amour, les intrigues, la guerre, revivent ici autour du second Empereur. On ne peut comparer cette évocation étonnante qu'au Napoléon de Ludwig, mais le Napoléon III d'Octave Aubry montre une psychologie infiniment plus nuancée. C'est l'homme qui devant la réalité n'est jamais sorti de l'imagination, et pendant un quart de siècle a pu courber les faits devant les rêves. On sait combien les faits se sont vengés. Toute la fin de cette œuvre magistrale est d'une atroce et poignante grandeur.

Encyclopédie par l'Image. L'Armée française, 128 illustrations. Un volume in-8° sur papier de luxe, couverture en 4 couleurs, broché : 5 francs. Librairie Hachette.

L'Encyclopédie par l'Image, toujours à la page, vient de publier un fascicule sur l'*Armée française* où l'on trouvera tous les éléments d'une information précise et complète.

A le lire on sera fort étonné. Après l'avoir lu, on s'étonnera...

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : un an, 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 mars 1932 : A. Mazon : Les bylines russes. — P. Van Tieghem : Le roman rustique (Suisse, Allemagne, France, Angleterre) (I). — H. Gonhier : Introduction à la théorie thomiste de la connaissance (III) : La signification critique des preuves thomistes de l'existence de Dieu. — P. Couissin : Virgile et l'Italie primitive (III) ; Le latium primitif et les premières invasions. — R. Bray : Chronologie du romantisme (1804-1830) (VI) ; Le débat de 1824 — G. Bachelard : Essai d'une classification des intuitions atomistiques (V) ; L'atonisme positiviste. — R. Gout : Une thèse féminine en Sorbonne sur Marie Lenéru.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anévrysme de Rassmussen dans un ulcère calleux de l'estomac

Par MM. M. LOEPER et A. LEMAIRE

La thérapeutique des grandes hématémèses d'origine ulcéreuse reste toujours controversée.

Nombre d'auteurs s'en tiennent au seul traitement médical et considèrent que l'intervention est dangereuse quand des gastrorragies abondantes ou répétées ont provoqué un état marqué d'anémie. D'autres estiment que la seule conduite logique est l'hémostase chirurgicale : mais en pratique elle n'est pas toujours de réalisation *facile*. Bien souvent l'hématémèse est l'accident révélateur de l'ulcus, et aucun autre symptôme ne permet de le localiser. Par ailleurs, dans un estomac rempli de sang, il peut être bien difficile d'aller à la recherche du point qui saigne, plus difficile encore de le trouver dans des conditions de rapidité suffisantes pour ne pas rendre trop choquant l'acte opératoire.

Et nous ne parlons pas des cas où l'hémorragie se produit en nappe et dans lesquels la chirurgie est évidemment impuissante.

Sans vouloir prendre parti pour l'une ou l'autre de ces tendances thérapeutiques, nous avons cru devoir rapporter l'histoire d'un de nos malades qui prouve que l'intervention chirurgicale peut être obligatoire et les traitements médicaux voués à un échec certain.

M. Y... Henri, 52 ans, entre le 23 mai, salle Lorain, parce qu'il vient de vomir abondamment du sang. Dans les deux jours qui suivent, l'hématémèse persiste d'une façon discontinue, malgré le traitement médical, l'anémie progresse, et le 25 l'examen du sang montre :

GR.................	1.530.000
GB.................	27.000
Hémoglobine.......	40 à 50 %

Bien que l'examen clinique reste par ailleurs négatif et qu'on ne trouve dans les antécédents aucun signe d'affection gastrique on pense qu'il s'agit d'une hématémèse d'origine ulcéreuse.

Devant l'échec du traitement médical et, malgré l'intensité de l'anémie, on se décide à intervenir sous anesthésie locale le 26 mai.

On trouve un ulcère calleux de la petite courbure qu'on résèque, sans gastro-entérostomie complémentaire.

Examen de la pièce. — L'ulcère a tous les caractères d'un ulcère calleux térébrant, la seule particularité est qu'en un point de son pourtour fait saillie un petit *anévrysme* artériel rompu, mesurant 2 à 3 millimètres de diamètre, et assez semblable à un anévrysme de Rassmussen. Il représente indiscutablement l'origine de l'hémorragie.

Histologiquement cet anévrysme ampullaire s'implante à la jonction du bord latéral et du fond de l'ulcère. Il est partiellement rempli par un caillot jaune qui ne montre aucun signe d'organisation. L'artère aux dépens de laquelle il s'est développé est loin d'être saine : dans tout le trajet qu'a intéressé la coupe, ses parois sont épaisses et infiltrées de cellules rondes, les noyaux de l'endothélium font saillie dans sa lumière, les lésions inflammatoires ont marché, comme dans les anévrysmes des cavernes, de la couche externe vers la tunique interne ; les fines artérioles de voisinage, dont on aperçoit la section, présentent les mêmes lésions. La portion de la muqueuse qui borde l'ulcère et l'épais tissu conjonctif



FIG. 1. — Anévrysme de Rassmussen dans le fond d'un ulcère calleux.

sous-jacent sont le siège de petits abcès à polynucléaires ; il existe, de plus, une réaction éosinophilique diffuse assez intense.

Ces lésions qu'illustrent les deux figures jointes à cette note, montrent suffisamment que tout traitement médical était dans ce cas voué à un échec. Nous pensons qu'en présence d'un ulcère qui, après deux à trois jours d'obser-



FIG. 2. — Coupe de la paroi de l'ulcère et de l'artère montrant les lésions progressives des tuniques et le point de rupture.

vation, continue à saigner malgré l'administration des hémostatiques habituels, dont l'anémie progresse, il faut recourir à l'intervention chirurgicale et ne pas hésiter à *réséquer* l'ulcus, surtout s'il est calleux : en dépit de sa gravité, cette intervention est, dans certains cas tout au moins, la seule conduite logique et efficace, car aucun autre traitement ne pourrait suffire à oblitérer la rupture artérielle.

BIOLOGIE

L'avenir des caractères acquis

Par **R. TURPIN**
Médecin des hôpitaux

Parmi les problèmes qui éveillent la curiosité des chercheurs, l'un des plus controversés est celui de l'*hérédité des caractères acquis.* Il y a peu d'années encore, après la disparition du grand fixiste Cuvier, l'hérédité des caractères acquis, base de l'explication Lamarckienne du transformisme était un *credo* pour tous les biologistes. Et, brillamment défendue par Broca, cette conception avait été admise par les médecins. Nos traités reflètent encore cet état d'esprit. On y parle de « l'action modelante du milieu », et l'hérédité nous est souvent présentée comme une qualité mystérieuse que les acquisitions morbides de l'individu peuvent marquer de leur empreinte.

On imagine toute l'ampleur de ce problème. Il dépasse les limites de la pathologie. Il touche à l'avenir même de l'espèce.

Comment aujourd'hui répondre à cette question : *les qualités normales ou pathologiques acquises par un individu sont-elles, ou ne sont-elles pas transmissibles à sa descendance ?*

Pendant plus de 40 ans, ce problème a soulevé des polémiques passionnées. Des expériences qu'on croyait toujours décisives ont été invoquées, puis rejetées. Le moment est-il venu de prendre parti ? Devons-nous nous résoudre à admettre que les êtres vivants ne peuvent bénéficier des acquêts physiques, intellectuels et moraux qu'ont pu accumuler leurs ascendants au cours de longues générations ? Certains biologistes éminents, tels le Professeur Cuénot, le Professeur Guyenot, n'hésitent pas à se prononcer pour la négative. Aucun argument expérimental, aucun fait, ne permettraient de défendre l'hérédité des caractères acquis. Les acquisitions de l'individu ne s'accumuleraient pas dans le patrimoine héréditaire de l'espèce : l'adaptation individuelle ne pourrait devenir une adaptation spécifique.

***

Avant d'exposer des arguments empruntés soit aux publications des deux auteurs précités, soit à un ouvrage récent de Jean Rostand sur le transformisme, il importe, par une définition précise, de donner aux termes toute leur valeur.

L'adaptation individuelle est une qualité remarquable qui permet à tout organisme vivant de réagir utilement aux influences venues du milieu ambiant. De nombreux exemples peuvent être choisis parmi des faits empruntés à la vie commune ou à la pathologie.

Les mains de l'ouvrier qui manie la pelle, la pioche, s'épaississent ; les paumes, tout d'abord irritées, se couvrent au niveau des zones de frottement d'épaisses callosités qui les protégeront : elles se sont adaptées.

Sous l'influence des rayons solaires, un érythème cuisant se développe sur la peau du citadin non protégé. Cet érythème n'est que le premier temps d'une pigmentation utile qui le préservera de l'ardeur du soleil.

L'enfant qui contracte une rougeole s'immunise. Son organisme réagit à la cause morbide par une adaptation utile, qui lui permettra de se défendre contre les retours offensifs du même mal. L'immunité anti-infectieuse n'est qu'une adaptation individuelle, et sa transmission éventuelle de la mère à l'enfant, n'a jamais la valeur d'un phénomène héréditaire ; elle n'est que la conséquence du passage transplacentaire de qualités humorales éphémères.

On peut encore puiser dans les observations médicales d'autres exemples. Poirier, opérant un jeune garçon qui avait perdu tout le corps d'un de ses tibias à la suite d'une ostéomyélite, unit le péroné aux extrémités tibiales intactes : quinze mois plus tard, le volume du péroné avait triplé.

Carleton constata longtemps après une péricardectomie, que l'épaisseur de l'épicarde était devenue quinze fois plus considérable.

La pratique journalière, enfin, ne nous enseigne-t-elle pas qu'un muscle immobilisé s'atrophie, qu'un muscle qui travaille s'hypertrophie, qu'un testicule, qu'un rein dont le congénère est détruit, augmente de volume. Les exercices sportifs, la nage entre autres, exigent une éducation psychomotrice appropriée, qui n'est encore qu'une adaptation individuelle. Tous ces exemples prouvent que nous sommes doués, ainsi que tous les êtres vivants, d'une précieuse faculté d'adaptation qui nous permet de nous accommoder au milieu.

L'adaptation spécifique doit être formellement distinguée de la précédente. Elle est caractérisée par des dispositions organiques particulières à une espèce, adéquates à ses conditions d'existence, et dont l'apparition précède de loin le moment d'utilisation.

Quelques exemples feront mieux comprendre cette définition : je les emprunte à Cuénot.

Le revêtement cutané plantaire de l'homme au niveau du talon est très épais. Or, cette disposition particulière de l'épiderme est bien antérieure à la marche à laquelle elle est adaptée. Elle apparaît dès le quatrième mois de la vie intra-utérine, alors que cette région fœtale est préservée de tout frottement.

Les callosités sternales et pubiennes de l'autruche, développées au niveau des points d'appui sur lesquels repose l'animal lorsqu'il s'étend sur le sol, sont ébauchées sur l'autruchon encore dans l'œuf. Le caneton, sitôt sa coquille brisée, est apte à la nage sans qu'il lui soit utile d'acquérir par un effort individuel les qualités physiques nécessaires à ce mouvement.

Ces exemples suffisent à mettre en valeur les caractères différentiels de l'adaptation individuelle et de l'adaptation spécifique. La première est propre à chaque individu ; la seconde est commune à tous les représentants d'une même espèce. La première est acquise par l'individu, elle se développe progressivement sous l'influence de la cause qui la détermine. La seconde est innée, elle se développe en nous, avant même que nous rencontrions les circonstances auxquelles elles s'adapte.

***

Pour peu que l'esprit s'attarde à réfléchir à de tels faits, il imagine aussitôt une liaison possible entre ces deux adaptations. Les caractères acquis au cours des générations par les représentants d'une même espèce ne peuvent-ils à la longue s'inscrire dans son patrimoine, et, d'individuels, devenir collectifs ? Cette tendance du raisonnement est si spontanée que l'idée d'une transformation progressive des espèces vivantes par l'adaptation, apparaît dans les citations ou les écrits des plus anciens auteurs.

Elle semble bien avoir été entrevue par Anaximandre de Millet (611 à 547), par Empedocle d'Agrigente (495 à 435) cités par Aristote qui imagine l'affinement progressif au cours des temps d'ébauches grossières. Elle est également évoquée plus ou moins confusément par Benoît de Maillet, par Buffon, par L. Marchant surtout, qu'on laisserait trop souvent dans l'oubli, suivant la remarque de Jean Rostand. Mais elle fut exposée avec une telle précision et une telle force par Jean Lamarck dans la célèbre « Philosophie zoologique » (1809), qu'on laisse habituellement à notre célèbre naturaliste la paternité de cette conception. Combattue par les fixistes, en


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

particulier par Cuvier, l'idée Lamarckienne fut reprise par Darwin, qui l'enrichit de la sélection naturelle. Malgré l'opposition de Flourens entre autres, elle s'imposa peu à peu. Devenue le *credo* des biologistes, elle fut brillamment défendue devant les médecins par Broca.

Il est incontestable qu'avec l'appui de cette théorie, bien des difficultés s'aplanissent, bien des faits reçoivent une explication satisfaisante.

Un organe travaille-t-il ? il se développe, et ce façonnement progressif acquis à la longue par l'espèce rend compte d'un grand nombre de ses dispositions anatomiques. On saisit immédiatement la raison d'être des sabots de certains ruminants qui se livrent à la course ; de la langue du fourmilier, qui, sans elle, ne pourrait atteindre sa proie ; du cou de la girafe qui, par l'usage, s'exhaussa progressivement pour permettre à l'animal d'atteindre des feuillages élevés.

Un organe ne travaille-t-il plus ? il s'atrophie. Ici, le « non usage », nous explique la régression progressive de l'appareil visuel des animaux cavernicoles, de la taupe. Il nous explique également l'atrophie des ailes des oiseaux des Iles Bermudes, qui à l'abri de la disette et du danger, ne sont astreints ni aux longues randonnées, ni aux fuites salutaires. On pourrait multiplier les applications de cette théorie du non-usage. Elle nous explique les particularités anatomiques des édentés, des serpents qui perdirent leurs pattes à force de ramper dans les herbes, etc... Cependant, et déjà cette objection est grave, elle est incapable de rendre compte de faits nombreux observés parmi les espèces animales, tels que la disparition des poils de certains chiens, de certaines souris, la disparition du pavillon des oreilles de certains moutons, des plumes du cou de certains oiseaux, etc.

Néanmoins il ne faut pas être trop dur pour ce que certains appellent maintenant les rêveries Lamarkiennes. Cette théorie a pour elle une logique apparente qui, au premier abord, la rend très séduisante. Et puis elle atteignit son apogée à une époque où la conception de l'hérédité était extrêmement confuse. Pourtant, dès 1863, notre illustre compatriote Ch. Naudin avait ouvert la voie aux recherches qui devaient aboutir à la découverte des lois de l'hérédité. Mais ses travaux, de même que ceux de Mendel (1865) restèrent méconnus jusqu'en 1900.

La première attaque sérieuse qu'eut à subir le Lamarckisme se place en 1883. Elle fut conduite par le biologiste allemand Weissmann et les raisons exposées dans son « Essai sur l'hérédité ». Pour Weissmann, l'hérédité des caractères acquis n'existe pas.

L'organisme est composé de deux parties distinctes. L'une est le *germen* ; elle est constituée par les cellules germinales, spermatozoïdes ou ovules, réceptacle du patrimoine héréditaire « car elles renferment en puissance tout le devenir de l'individu qui en sortira, depuis ses caractères de classe, d'ordre, de famille, d'espèce, jusqu'au moindre détail, une tache sur la peau, une mèche blanche dans les cheveux, un geste familier, une bonne ou une mauvaise santé » (Cuénot). L'autre est le *soma*, c'est-à-dire l'organisme tout entier hormis le germen. Pour qu'un caractère soit héréditaire, il faut qu'il soit inscrit au germen. Pour qu'une acquisition de l'individu, une acquisition de son soma devienne héréditaire, il faut qu'elle soit acquise par son germen. Or, pour Weissmann, les acquisitions somatiques, les *somations* de Plate, ne s'inscrivent jamais au germen. Il rejette la théorie de la pangénèse de Darwin, d'après laquelle des grains matériels, les *gemmules*, produits par toutes les cellules de l'organisme s'accumuleraient durant l'existence dans les cellules germinales, établissant cette liaison entre le soma et le germen, sans laquelle on ne peut comprendre qu'une adaptation individuelle devienne spécifique. Les gemmules ainsi transmises, auraient la propriété merveilleuse de se répandre dans l'organisme nouveau, en des points correspondant à leur origine, pour y reproduire les caractères dont elles assurent la pérennité.

***

Depuis plus de 40 ans, deux écoles s'affrontent, opposant chacune des faits utiles à sa thèse. Mais, suivant la remarque de Cuénot auquel j'emprunte, encore, toute cette partie de l'argumentation, une expérience démonstrative du Lamarckisme ne dure pas en général plus d'un an, le temps utile à son contrôle.

Deux expériences, par contre, sont particulièrement intéressantes. La *première* démontre l'indépendance du germen à l'égard du soma. La *seconde* est une preuve de la facilité avec laquelle on peut, de la meilleure foi, donner d'une expérience, une fausse interprétation.

La première expérience fut effectuée par Castle et Philipp. Souvent contrôlée, elle prouve, que le germen peut être transplanté dans un soma étranger sans subir l'influence de ce dernier. Un cobaye femelle blanc est castré, puis greffé avec un ovaire provenant d'un cobaye noir. Ce premier temps de l'expérience consiste donc à greffer un germen noir dans un soma blanc. L'animal ainsi préparé est fécondé par un cobaye blanc. Si on ne jugeait que par l'aspect des animaux, les petits de cette femelle devraient être tous blancs. Or, ils sont tous noirs. Le résultat obtenu est superposable à celui qu'aurait donné la fécondation de la femelle noire. Il tient au germen, transplanté qui n'a pas été modifié par le milieu étranger qui l'hébergeait.

La seconde expérience pourrait être le thème de longues méditations. Au moment de la métamorphose du têtard les pattes antérieures se développent dans une sorte de poche cutanée. Avant qu'elles apparaissent, un orifice s'agrandit peu à peu dans la poche en regard de l'extrémité de chacune d'elles et leur livre passage. Or, si les pattes sont sectionnées avant leur issue, le trou se forme quand même. N'est-ce point là, disent les Lamarckiens, un exemple démonstratif de l'hérédité d'un caractère acquis ? Au cours d'innombrables générations, la patte a perforé son enveloppe. Ces innombrables mutilations acquises se sont inscrites à la longue au germen ; elles sont devenues héréditaires. L'exemple serait vraiment impressionnant, si cette expérience n'avait en réalité une toute autre signification. A. Weber a constaté en effet qu'après l'extirpation complète de la patte, et non plus une simple amputation, l'orifice n'apparaissait plus. Cette opération, en effet, entraîne avec le membre des petites glandes situées à sa base, et qui sécrètent un suc qui digère la membrane enveloppante. *Cette disposition a la valeur d'une adaptation préparée et ne peut être tenue pour favorable à la thèse Lamarckienne.*

D'autres faits, tels ceux de Guyer et Smith, n'ont pu être reproduits. Ces expérimentateurs injectent à la poule des cristallins de lapin. Ils obtiennent ainsi un sérum anticristallin qu'ils injectent à une lapine pleine. Cette femelle met bas, et 1/6 de la portée est atteint d'une cécité, qui se révèle au cours d'expériences ultérieures, héréditaire. Or, les recherches de contrôle ont toutes été négatives ; et l'erreur tenait peut-être à une coïncidence car la cataracte spontanée héréditaire du lapin, n'est pas rare.

Certaines pratiques rituelles enfin, ne permettent pas de défendre l'hérédité des mutilations, infirmée encore par la classique expérience de Weissmann. Ce dernier amputant la queue de souris nées au cours de vingt-deux générations successives, ne vit apparaître sur 1.592 individus aucune modification caudale.

Ces faits sont en parfait accord avec les constatations cliniques. Seules, des observations exceptionnelles, l'observation que rapporta récemment Victor Cathala (1), par exemple, s'opposent à ces notions bien établies. Leur carac-

(1) Victor CATHALA. — Hérédité d'une mutilation acquise, amputation de deux doigts de la main gauche, traumatique chez la mère, congénitale chez l'enfant. Soc. de pédiatrie, 16 déc. 1930.

tère énigmatique ne tient peut-être qu'à une extraordinaire coïncidence.

***

Depuis le début de ce siècle, les découvertes de Naudin, de Mendel, tirées de l'oubli, furent complétées par celles de de Vries, Correns, Tschermak. Puis Cuénot, Bateson, démontrèrent que les lois de Naudin-Mendel (1) s'appliquaient aux espèces animales.

Depuis lors, d'innombrables travaux poursuivis par les généticiens, par Morgan et son école en particulier, tendent à une représentation de plus en plus précise des phénomènes héréditaires. Le patrimoine héréditaire de chaque individu serait formé de l'agrégat d'éléments nommés *gènes* ou *facteurs* qui tiendraient sous leur dépendance les caractères, entendus dans leur sens le plus large. La réalité de ces gènes, pour un grand nombre de biologistes n'est pas plus discutable que celle de l'atome pour le chimiste. Ces éléments seraient localisés dans les chromosomes et ils interviendraient activement, lors du développement de l'œuf, dans les phénomènes nucléo-cytoplasmiques. Cette hypothèse s'est montrée fructueuse. Elle a permis à Morgan et à son école de faire une ample moisson de faits. Grâce à elle, l'hérédité peut être envisagée à l'échelle morphologique et considérée avec Guyenot « comme liée aux propriétés intrinsèques de l'œuf dont les processus de développement sont réglés, modifiés, par le jeu des particules, les gènes ou facteurs, localisés dans les chromosomes du noyau ».

Or, depuis Naudin et Mendel, tous les travaux s'accordent à prouver la remarquable stabilité du patrimoine héréditaire de chaque individu. Sans doute, ses éléments constitutifs sont dissociables au hasard des unions, et, des groupements nouveaux peuvent se constituer suivant les lois précitées, applicables aux grands nombres, mais ces éléments restent invariables et indépendants du soma qui les héberge et des autres constituants de ce patrimoine. Cette stabilité merveilleuse est prouvée par l'étude de la descendance des lignées pures. On sait, depuis les travaux de Jordan, que toute espèce est composée en réalité de l'intrication d'espèces élémentaires. Si, à la manière de cet expérimentateur, on parvient à extraire d'une espèce donnée une lignée pure, un jordanon, on constate que le patrimoine héréditaire est transmis de génération en génération, immuable, qu'il est indéfiniment stable.

Les Lamarckiens poussés par les faits, invoquent alors le sophisme de l'éphémère : « ils supposent, dit Cuénot, que les effets somatiques du climat, de l'usage et du non-usage, agissant dans le même sens durant des siècles, finissent par s'insérer dans le germen. Mais cette insertion n'est pas plus compréhensible au bout de 1.000 générations, qu'après une ou deux, et pas plus en l'amenuisant jusqu'à l'imperceptible qu'en admettant une transmission notable ».

Ainsi donc, d'une part, aucune expérience ne peut être retenue qui autorise à croire à l'hérédité des caractères acquis ; et d'autre part, tous les faits tendent à prouver la stabilité extraordinaire du patrimoine héréditaire. De quelque côté qu'on se tourne, tous les faits s'accordent à prouver que la somation reste une acquisition individuelle à laquelle l'espèce demeure étrangère. Mais ces découvertes, en augmentant nos connaissances, ne font qu'accroître notre embarras. Comment les concilier en effet avec la doctrine transformiste que personne actuellement ne songe plus à rejeter ? Plus nous avançons, plus cette théorie s'impose à l'esprit alors que sa démonstration apparaît de plus en plus ardue.

***

Il convient maintenant de parler d'un fait dont l'importance considérable n'échappera à personne : *la mutation*.

Certains expérimentateurs, dans le cours de ces dernières années, eurent la surprise de voir surgir parmi les descendants d'espèces élémentaires, des individus nouveaux se distinguant de leurs ascendants par un simple caractère ou par un bouleversement organique plus profond. Et, particularité remarquable, chacun de ces individus nouveau apparut capable de transmettre à sa descendance ces caractères nouveaux, acquis d'emblée, insignifiants ou considérables.

Une mouche commune, la mouche du vinaigre, Drosophila melanogaster a fourni aux expérimentateurs qui l'observaient, en particulier à Morgan et ses élèves, plus de 400 exemples de mutation portant sur la forme des ailes, leurs nervures, sur la forme et la texture de l'œil, sa couleur, sur les poils, la forme et la teinte du thorax, la forme de la tête, de l'abdomen, les pattes, la couleur générale du corps, la fertilité et la viabilité.

La mutation peut donc être insignifiante, ne modifiant qu'un caractère imperceptible ; elle peut être considérable, atteignant l'existence même de l'individu.

Elle se comporte de la même manière qu'un caractère héréditaire. On ne peut l'expliquer que par une transformation inattendue et soudaine des cellules germinales. Elle atteint d'emblée le germe, et ne retentit que secondairement sur le soma, essentiellement différente par conséquent de la somation.

Sa découverte ne heurte pas notre conception actuelle de l'hérédité. Bien au contraire, si on attribue au patrimoine héréditaire, une structure granulaire, discontinue, on ne peut être surpris de ces changements brusques, capables, sans transition, de faire surgir d'une espèce connue, un être nouveau. Les anciens naturalistes avaient entrevu les mutations. On en trouve la trace dans l'histoire des anomalies de Geoffroy Saint-Hilaire (1837), dans les écrits de Darwin qui ne s'attarde pas à ces phénomènes qu'il dénomme « sports ». Mais Ch. Naudin surtout, nous apparaît ici encore le grand précurseur. Il est curieux de relire les passages suivants, cités par Guyenot; ils sont d'une actualité frappante malgré le temps écoulé. « Ici, se présente un point sur lequel j'appelle toute l'attention de ceux qui croient à la mutabilité des formes spécifiques et attribuent l'origine des espèces actuelles à de simples modifications d'espèces plus anciennes. Ils admettent, au moins la plupart d'entre eux, que ces modifications se sont effectuées avec une excessive lenteur, et par des transitions insensibles... Nous ignorons ce qui a pu arriver dans le lointain des âges, mais ce que l'expérience et l'observation nous apprennent, c'est qu'à l'époque actuelle, les anomalies légères ou profondes, les altérations de ce que nous appelons arbitrairement peut-être, des types spécifiques..... se produisent brusquement, et sans qu'il y ait jamais de formes transitoires entre elles et la forme normale. Une race nouvelle naît toute formée, et le premier individu qui la représente est déjà tel qu'il se montrera dans les générations suivantes, si les circonstances permettent qu'elle se conserve... »

Longtemps après, les travaux de Bateson, de de Vries, de Tower, de Th. H. Morgan, contribuèrent chacun dans des proportions variables à nous faire mieux connaître ce phénomène. Il peut apparaître parmi toutes les espèces vivantes, végétales ou animales, et l'homme n'est pas épargné.

Pour le médecin, l'intérêt des mutations humaines est sans aucun doute considérable. Certaines observations permettent de rattacher à cette origine un grand nombre de maladies familiales : l'atrichose ou l'hypertrichose, observées par Le Double, l'achondroplasie (Bangson), l'ectromélie ; certaines malformations digitales : syndactylie, polydactylie, brachydactylie, ectrodactylie, l'albinisme, etc. Malheureusement, l'espèce humaine se prête mal aux études de génétique. Pour qu'un caractère nouveau ait la valeur d'une mutation, il importe qu'il apparaisse brusquement, pour la première fois, qu'il at-

(1) Ces deux lois sont habituellement dénommées lois mendéliennes. Il est plus juste de dire lois de Naudin-Mendel, puisque la première, celle de la ségrégation des caractères à la deuxième génération se trouve entière dans l'œuvre de Naudin.

teigne d'emblée son développement complet et définitif, que sa transmission héréditaire suive les lois de Naudin-Mendel. Il est malheureusement rare dans l'espèce humaine, de trouver réunies toutes les conditions indispensables à ce contrôle. Aussi ne pouvons-nous encore, sans doute, juger que très imparfaitement l'importance, à notre point de vue, des mutations.

***

Une voie nouvelle a été ouverte aux chercheurs le jour où Muller soumettant des drosophiles aux rayons X parvint à provoquer des mutations, les unes analogues aux mutations spontanées, les autres originales. Le radium (Hanson) par ses rayons β, la chaleur (R. Goldschmidt), détermineraient des phénomènes de même ordre, alors que les rayons ultra-violets ne permettraient pas d'atteindre ces résultats. Tout ceci a été obtenu sur la drosophile ; les recherches effectuées sur la souris paraissent moins fructueuses.

Récemment, dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux, M. Apert (1) a relaté l'histoire si curieuse des lapins castorrex.

Il s'agit de mutants apparus inopinément dans une lignée de lapins normaux et qui sont caractérisés surtout par l'aspect de leur fourrure, constituée de poils gris (poils de bourre), sans poils rudes (poils de jarre). Or ces animaux sont très fréquemment infectés par un trépomème, treponema cuniculi, voisin du tréponème de la syphilis.

Le bismuth guérit cette infection sans influencer les caractères nouveaux, nés de la mutation. Assurément, si l'infection par treponema cuniculi d'une souche saine de lapins était toujours suivie de l'apparition de mutants castorrex, l'influence mutante de ces trépomènes serait démontrée. Cette hypothèse, si elle était vérifiée, serait du point de vue médical, extrêmement importante, car elle démontrerait l'étiologie infectieuse possible des mutations, leurs rapports avec les influences morbides. D'ailleurs, il faut bien le reconnaître, les mutations actuellement connues, sont bien plus souvent inutiles ou nuisibles, qu'avantageuses. Elles sont, suivant l'expression de Guyenot « filles du hasard ». Elles peuvent nous expliquer des dispositions organiques absurdes, nuisibles ou monstrueuses. On homologuerait volontiers à des mutants les cétacés, ectromèles, les édentés, anodontes, les taupes, micropsiques, et avec plus de certitude, les chiens nus, les bassets, les bouledogues.

Mais comment admettre d'après les faits notés, que ce mécanisme ait pu perfectionner un appareil sensoriel délicat, développer un cerveau, combiner, suivant les remarques de Cuénot, ces « coaptations » ingénieuses et délicates, dont la zoologie nous offre de nombreux exemples (2).

Tels sont les faits. Bien qu'ils ne puissent donner une réponse à toutes les questions que pose notre besoin de savoir, il faut reconnaître qu'ils sont déjà considérables. En quelques dizaines d'années, les recherches contemporaines ont édifié une science nouvelle, la génétique. La considération dont elle jouit tient moins aux espoirs qu'elle laisse entrevoir qu'à la rigueur des faits qu'elle peut dès maintenant grouper. Il faut se contenter de les enregistrer, sans les amoindrir par des conclusions hâtives.

(1) APERT. — Syphilis et maladies familiales. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 9 novembre 1931, n° 29, p. 1641.

(2) Cuénot dénomme coaptations, des dispositifs ingénieux dont « la haute perfection exclut l'accidentel », tels les boutons-pression qui unissent le manteau à la base de l'entonnoir chez un grand nombre de céphalopodes décapodes, le rail et la rainure directrice de l'ovopositeur des phasgonurides, etc...

« La somme de nos certitudes en matière d'étiologie, d'anatomie pathologique, de diagnostic, de thérapeutique, est énorme. Que dis-je. La médecine ne serait point une science, mais une sorte de jeu de hasard, si elle ne roulait tout entière que sur des probabilités. » (J. BOUILLAUD. Essai sur la philosophie médicale, Paris, 1836, page 189.)

ACTUALITÉS

Gœthe devant ses maladies et ses médecins

(A propos du centenaire de sa mort)

Par le Dr M. SCHACHTER (Bucarest)

Gœthe avait une mauvaise opinion des médecins surtout, car il faillit mourir à la naissance, « à cause de la maladresse de la sage-femme » ! En effet, il vint au monde en état d'asphyxie apparente (ou mort apparente). C'était le 28 août 1749.

Rien de bien important, nous reste des antécédents de cette gigantesque personnalité, dont l'œuvre a permis aux lettres allemandes, de prendre place à côté de celles des écrivains du monde entier.

Ce qui est plus ou moins bien connu, et de la bouche de Gœthe lui-même, c'est que le grand poète, était une nature maladive, facilement prédisposée aux bronchites sans fin, par exemple. En effet, il nous raconte qu'il consulta fréquemment des médecins, pendant ses années d'études à Leipzig (1765-1768). Disons ici, que c'est dans cette même ville, qu'il eut beaucoup d'amis, étudiants en médecine, et qu'il y fit pour ainsi dire la connaissance des médecins....

Tous les commentateurs commencent l'histoire de Gœthe « malade » avec la date de juillet 1768, quand il eut dans la nuit, une formidable hémoptysie. C'est à cette occasion, disent les biographes, qu'on a pu diagnostiquer, chez l'illustre poète, l'existence au niveau du cou, à gauche, d'un lymphome tuberculeux. Le Professeur R. Fleckseder (Vienne) dit à propos du diagnostic : « Il s'agissait à coup sûr d'une tuberculose qui a causé d'une part une hémoptysie sérieuse, par suite, probablement, d'un ganglion parabronchique caséifié, et de l'autre, d'un lymphome causé par la même tuberculose. » L'histoire de ce lymphome, aurait été très simple, si Gœthe avait été un malade un peu plus patient. Mais, après l'incision du lymphome suppuré, il dut supporter les ennuis des attouchements multiples au nitrate d'argent, et il semble que ce fut la première fois que cet homme très prétentieux en tout, a connu, les misères de la maladie et... la valeur de l'aide des médecins. Quoique ceux-ci l'eussent soigné avec beaucoup de dévouement, Gœthe trouva que cela le torturait trop !.. Mais le lymphome était guéri ! et deux mois plus tard sa santé était tellement bien rétablie qu'il put partir à Strasbourg, pour y continuer ses études (1770).

La cause de l'accident dont nous venons de donner très brièvement l'histoire, est diversement interprétée par les médecins biographes de Gœthe. Seule, l'explication, qui attribue l'hémoptysie, à une tuberculose, semble mériter toute l'attention ; nous en verrons dans la suite les raisons. (L'hypothèse du Professeur W. A. Freund sur la nature syphilitique de l'accident ne tient donc pas debout). En faveur de la nature tuberculeuse de l'accident, on a invoqué aussi le fait que Gœthe s'était exposé pendant des mois aux vapeurs irritantes qui se dégageaient pendant le travail de gravure sur cuivre (chose qui chez un jeune homme prédisposé ou un tuberculeux latent, peut déclencher une hémoptysie), le fait qu'il mangeait trop irrégulièrement, qu'il menait une vie estudiantine sans ordre. Mais à tout ceci s'ajoutaient chez Gœthe, des chocs d'ordre sentimental. En effet, dans les mois de mars et avril de la même année eut lieu la rupture définitive avec sa Kathchen ; or, l'accident arriva, on l'a vu, vers le mois de juillet. Un des commen-

•••

tateurs très enthousiastes de Gœthe, l'écrivain Chamberlain (d'origine anglaise) a fait la remarque très intéressante, que les maladies les plus graves de Gœthe, coïncidaient dans la majorité des cas, avec des chocs psychiques importants. Nous verrons que cette remarque était juste.

Entre 1770 et 1775, la santé de Gœthe, malgré les petits rhumes, fut bonne. Mais plus tard, vers la quarantaine (1783-1793) on put remarquer chez le poète une tendance plus ou moins accentuée, vers l'obésité, qui augmenta jusque vers 1799. Son médecin Hufeland, lui conseilla de faire du mouvement, et des cures dans les stations thermales. D'ailleurs, l'obésité n'était pas venue seule. Elle avait invité aussi, une parente à elle : la colique néphrétique, qui donna au poète beaucoup de souffrances. Seulement, Gœthe ne commença à souffrir des coliques règulièrement que plus tard. Nous y reviendrons bientôt.

Au début du XIXe siècle, en 1801, Gœthe fit, à l'occasion d'une épidémie, un érysipèle facial, qui évolua de façon très sérieuse chez lui (les tarés ne supportent-ils pas plus mal les infections, qui chez des autres évoluent de façon simple ?) Il eut du délire, un état comateux, qui nécessitèrent l'appel du Professeur Stark de Jena. Tout le monde, raconte Mme de Stein, le croyait perdu, mais le pronostic des profanes, n'était pas exact, car Gœthe se rétablit vite. Voilà comment Gœthe raconta lui-même plus tard cette maladie : « Quelques jours passèrent sans que je puisse me rendre compte de mon état général et puis grâce à l'aide de la nature et des médecins, je redevins conscient et j'ai trouvé alors mon œil droit gonflé et un état général très pitoyable ! »

De l'avis de son médecin, Gœthe alla se refaire à Pyrmont, mais il ne semble pas avoir été content du séjour qu'il y fit ; il le dit de cette façon : « j'ai quitté l'endroit (Pyrmont) le 17 juillet, peu rétabli ! »

Vers 1805, Gœthe fit une grippe qui se compliqua vite avec des accidents pulmonaires ; on le jugea de nouveau perdu ; même le Prof Stark, appelé de nouveau le croyait perdu. Il se rétablit, grâce au dévouement et à la sagacité du professeur cité. Disons ici, que des louanges, apportés aux médecins par un homme comme l'était Gœthe, n'étaient pas chose banale. En effet, H. Voss, dit dans une lettre à propos de ceci : « quand je le flattais, il finissait par accepter de prendre des médicaments, mais ceci avec un sentiment de gêne évidente. Je devais le frictionner deux fois par nuit avec de l'alcool camphré, mais ceci demandait beaucoup de peines de ma part », car Gœthe se plaignait toujours des obligations imposées par les médecins, et ne voulait jamais suivre exactement leurs ordonnances. Gœthe nous apparaît à nous, médecins, comme le type du malade « insupportable » ; il avait naturellement des raisons. Les voilà : il avait de sa personne une idée trop bonne, et trop parfaite et ne pouvait pas tolérer qu'on lui imposât des prescriptions, qui parfois lui semblaient être en opposition avec ses opinions, car Gœthe se croyait assez fort pour juger son état de santé, avec autant de compétence que certains de ses médecins.

Dans une lettre écrite à Zelter (1806) il dit entre autres que les médecins « veulent l'envoyer à tout prix » à Karlsbad, et qu'il doit accepter (!) malgré le manque de confiance qu'il avait, lui Gœthe, dans la réussite de la cure. Mais comme beaucoup de fois, Gœthe, dut reconnaître, que son opinion « médicale » ne méritait pas beaucoup, car revenu de Karlsbad, il remarqua qu'il se sentait tellement bien, qu'il regrettait ne pas avoir entrepris cette cure, un peu plus tôt ! « De ma cure à Karlsbad, je peux dire seulement que je regrette ne pas l'avoir entreprise plus tôt ; l'usage des boissons et des bains m'a fait du bien et comme je m'occupais beaucoup de moi-même, je vois du miraculeux dans tout ceci et je me sens heureux de pouvoir abandonner ma méfiance » (envers les médecins). C'était seulement une déclaration momentanée ; la déclaration du malade qui palpe, pour ainsi dire, l'influence heureuse du conseil de son médecin. En effet, une année plus tard (1807), à propos de la maladie de la Duchesse, il écrit à la même Mme de Stein, les paroles suivantes : «... des médecins, on ne peut jamais savoir quelque chose. On ne sait jamais s'ils cachent quelque chose, ou bien s'ils ne savent eux-mêmes où ils en sont ! »

Quand, il était malade, Gœthe se permettait, de dire parfois des choses, qui ne pouvaient pas flatter ses médecins. Ainsi, pendant la grippe très grave qu'il fit en 1823, et dont nous parlerons immédiatement, alors que ces médecins se consultaient entre eux sur les mesures à prendre, il dit : « Voilà les Jésuites qui s'en vont ! Ils savent faire des conseils entre eux, mais pas conseiller et sauver les autres ! ». Il se plaignait que les médicaments étaient amères et que l'on avait recours à ses « enfants » (c'étaient sa belle-fille et sa sœur) pour lui faire avaler les drogues. Comme autrefois, il se rétablit cette fois aussi, et reconnut l'influence salutaire des médecins qui l'avaient soigné avec beaucoup de dévouement. Il le dit : « Ma santé se rétablit lentement, mais aux medecins revient néanmoins l'honneur, d'avoir fait dans mon cas, un petit (!) miracle ». En effet, après la guérison, le miracle ne lui semblait pas très grand ! Les louanges à l'adresse des médecins, qui l'ont soigné, ont duré cette fois-ci seulement un peu plus longtemps, car il dit à Soret et à la veuve du grand poète Schiller, les mêmes éloges, pour ses médecins, qui ont fait des miracles !

Une seule fois, croyons-nous, fut-il juste avec ses médecins. Ce fut à l'occasion de la mort de son docteur bien aimé, Rehbein, qu'il trouva des mots pleins de cœur. Il dit encore, que cet homme est irremplaçable. Mais dans la même lettre, à Zelter, il demande qu'on lui envoie, un autre médecin, capable : « entre 30 et 40 ans, un homme qui est encore mobile ».

Le choix tomba sur la personne du Dr Vogel, dont il a toujours eu une bonne opinion et qui lui a rendu beaucoup de services. C'est le seul médecin, qui fut jugé avec beaucoup de bonté par le grand et prétentieux Gœthe. « Il est clair dans sa pensée, franc, gai, il connaît sa profession (Gœthe emploie le terme « métier » !) et quant à lui même, c'est-à-dire, à Gœthe, « tout va bien ».

En effet, tout allait bien, et voilà ce que Gœthe disait de Vogel en 1830 : « Je dois à Vogel que je vais si bien ; sans cet homme je serais déjà mort depuis longtemps. Vogel est né pour son métier et en plus il est l'homme le plus génial que j'aie jamais rencontré ».

Revenons de nouveau aux maladies de Gœthe. Nous sommes restés en 1805, quand il est sorti guéri de sa grippe. Pendant les années 1807, 1809, 1811, 1812, Gœthe eut des crises de coliques néphrétiques, et c'est pendant ce temps, que nous le trouvons dans sa station préférée, c'est-à-dire à Karlsbad.

Dès 1804 il commença à avoir des crises typiques de goutte, qui déterminèrent son séjour à Marienbad pendant les années 1820, 1821, 1822, 1823.

C'est au retour de la cure, qu'il tomba grippé de nouveau. C'était en février 1823. Cette grippe se compliqua aussi très vite, chez ce malade déjà fatigué de tant de travail et de souffrances physiques. La température était très sérieuse, il frissonnait, était dyspnéique, et avait des douleurs fortes dans la région cardiaque. On pensa à une péricardite et à une pleurésie ; il eut plusieurs collapsus, délires, et tout le monde le crut de nouveau à sa fin. Heureusement, vers le neuvième jour, tout s'améliora nettement. Cette résolution au neuvième jour, a fait penser avec une certaine raison qu il s'agissait d'une pneumonie grippale. Seulement, il ne faut pas oublier que pendant cette grippe Gœthe, eut des crises nettes mais moyennement fortes d'angor pectoris.

Deux ans plus tard, en 1830, il apprit brusquement, la mort à Rome de son unique fils Auguste ; c'était le 10 novembre. Or, deux semaines plus tard, Gœthe, qui s'était efforcé d'étouffer dans son âme cette douleur extraordinaire, fit une nouvelle et forte hémoptysie. C'était le réveil probable de la cicatrice de jeunesse. Médicalement parlé, il s'agissait d'une hémorragie d'hypertension. Grâce aux soins des médecins, il se rétablit assez vite, et déjà le 29 novembre, il reconnaissait que c'était grâce à leur aide que cela marchait mieux.

Enfin en 1832, il fit de nouveau une grippe qui se compliqua aussi comme les autres, avec la seule différence que cette fois, l'organisme ne pouvait plus résister. La maladie commença le 15 mars 1832, et se compliqua vite ; malgré les efforts énormes dépensés par Vogel, le malade eut plusieurs crises d'angine de poitrine. Les phénomènes de collapsus cardiaque se répétaient de plus en plus fréquemment, la température et la dyspnée augmentaient, avec des faibles rémissions. Gœthe sentait que c'était la fin. Vogel qui a décrit admirablement les dernières heures, trouva des mots d'éloges pour son client qui, dit-il, était assez difficile, n'aimait pas les médecins mais qui avait néanmoins une admiration pour la science de la guérison.

Le 22 mars, à midi, les médecins perdaient ce client illustre qui ne les avait pas trop aimés, et en même temps le monde entier perdait celui qui fut un des hommes les plus illustres, un homme que l'on juge en déclinant son nom : Gœthe.

VARIÉTÉS

Bichat, Cuvier, Pasteur

Par M. le Docteur **LEDOUX**

Directeur de l'Ecole de médecine de Besançon

Le 65e Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements vient de tenir ses assises à Besançon. Lors de la séance des clôture, M. le Docteur Ledoux y prononça un discours dont voici le texte (d'après le Journal officiel, *6 avril* 1932) :

Cesare Lombroso, dans *l'Homme de Génie*, ce livre qui eut un si grand retentissement et dans lequel, sur la trame des vérités, sont brodés quelques paradoxes — Cesare Lombroso consacre quelques pages à la génialité française. Il classe nos départements dans l'ordre de leur aptitude à produire des hommes de grand talent. Il n'écrit pas « des génies » puisque, pour lui, le génie est une aberration, une sorte de tératologie de l'humanité.

Or, un Franc-Comtois ressent quelque émotion en constatant que, dans ce steeple de la gloire et de l'immortalité, le département du Doubs est «placé», placé au deuxième rang, derrière Paris, «gagnant», forcément gagnant. Après Paris et le département du Doubs, les autres départements s'égrènent et nous avons plaisir à reconnaître, non loin du poteau, le département du Jura avec le n° 10. Quant au département de la Haute-Saône, Lombroso l'a oublié : il n'en parle pas.

Nous ne nous étendrons pas sur les raisons qu'invoque Lombroso pour expliquer pourquoi tels ou tels départements français ont une génialité plus ou moins dense et puissante. Elles nous ont paru naïvement simplistes.

Nous avons tenté récemment de définir le sens de la génialité comtoise et d'étudier le génie même de la province comtoise.

Nous faisions remarquer que la race de cette province affirmait des tendances intellectuelles et morales fort nettes, que l'on retrouve chez tous ses représentants, les plus modestes et les plus magnifiques. La Franche-Comté n'a pas donné le jour à un grand nombre de poètes, de musiciens, d'orateurs, mais les juristes, les érudits, les hommes de science, les inventeurs abondent dans son nobiliaire racial.

Chez ses inventeurs, modérant, épurant l'imagination créatrice, interviennent le sens critique, la pondération, le perpétuel retour sur soi-même — essence même de l'esprit comtois — qui soutiennent la patience, permettent de résister à l'adversité, brident l'enthousiasme hâtif, autorisent et légitiment enfin l'affirmation lorsque l'invention est achevée et, comme on dit : bien mise au point.

Vernier, d'Ornans, invente l'instrument qui porte son nom. Morel, au siège de Besançon, découvre le garot. Desfosses isole pour la première fois un alcaloïde : la solanine. Sauria, de Dôle, invente l'allumette chimique. De Jouffroy d'Abbans lance sur le Doubs le premier bateau à vapeur et Fulton reconnaît la priorité de la découverte de notre compatriote. Les frères Lumière inventent le cinématographe et Marey leur rend hommage. Le comte de Chardonnet file, pour la première fois, il y a plus de quarante ans, la soie artificielle et Besançon voit s'édifier la maison mère de tant d'industries du nouveau textile.

Beaucoup d'autres noms pourraient être cités. Le patrimoine de gloire de cette province est d'une richesse exceptionnelle et lorsqu'on passe en revue toutes les illustrations de la Comté, depuis Granvelle, le chancelier de Charles-Quint, jusqu'à Lyautey que nous revendiquons comme Comtois, car depuis plus de deux siècles, ses ancêtres sont issus de notre sol, jusqu'à Curie dont les origines montbéliardaises ont été fixées par M. le pasteur Viennot, on n'est pas surpris que Lombroso, qui ne cite du reste aucun nom, ait, après avoir soupesé la densité et la valeur de la génialité de cette province, conclu qu'elle était une des plus riches de France.

Mais dans le firmament de nos gloires, nous avons de plus resplendissantes constellations. En 1922, nous commémorions ici le centenaire de Pasteur. Dans quelques mois, se dérouleront, à Montbéliard, des fêtes qui célébreront l'anniversaire de la mort de Cuvier. L'œuvre de Bichat reste, de tous les temps, immuable dans sa grandeur et sa force et que toutes les découvertes modernes de la biologie n'ont pas ébranlée, puisqu'elle en a été le fondement.

N'aurions-nous pour légitimer le classement de Lombroso que ces trois noms, chacun reconnaîtra qu'une province qui a donné le jour à d'aussi prestigieux savants a quelque droit de montrer sa fierté d'un tel apparentement.

Peu importe que Poncin, le village où vivait le père Bichat, fut du Bugey.

Le pays de Nantua, comme Thoirette, où naquit Bichat, c'est le même sol, le même air, le même climat, que la terre rude, l'hiver inclément et presque l'altitude de Mouthe où vivaient les ancêtres de Pasteur. C'est sur ces sévères plateaux jurassiens que se formèrent les hérédités de Bichat et de Pasteur.

M. le chanoine Musy a étudié la généalogie de Pasteur. Ses aïeux sont de Reculfoz, village situé aux dernières pentes du Jura, face à la grande forêt du Noirmont, frontière de la Suisse, à plus de 1.000 mètres d'altitude. Du Noirmont, le Jura descend en lents gradins jusqu'à la plaine. Plus bas, un palier, celui de Nozeroy, retient un instant les parents de Pasteur qui vécurent à Miège, à Plénisette, à Lemuy sur la lisière de la forêt de Joux. Plus bas encore, c'est déjà la plaine, Dôle où il naquit, Arbois où il grandit et où il se reposait des fatigues de son formidable labeur.

Nous citions tout à l'heure Nozeroy. Si l'on gravit la tour maîtresse de cette vieille forteresse des Chalon, qui domine le verdoyant plateau, on peut voir, par delà Miège, un petit village encastré dans la plus belle forêt de sapins de France, la forêt de la Joux. Ce petit village s'appelle Cuvier.

Dans ses *Mémoires pour servir à celui qui fera mon éloge*, Georges Cuvier, qui songeait à faciliter la tâche des orateurs académiques, écrit : « Ma famille est originaire d'un village qui porte encore notre nom ».

Georges Cuvier aurait eu tort. Son patronyme ne désignerait pas le village de ses ancêtres, mais la profession de quelque aïeul, tonnelier.

M. le pasteur Mathiot estime que rien ne prouve — en dépit de l'affirmation de Cuvier — l'origine montagnarde de la famille de l'illustre Montbéliardais. Les archives les plus anciennes mentionnent déjà des Cuvier en 1511 à Mon-

técheroux, en 1562 à Villars-sous-Danjoux, en 1580 au Poset, près de Noirefontaine. M. le pasteur Mathiot prétend que le berceau de la famille de Cuvier est la seigneurie de Clémont où la Réforme fut introduite en 1565.

Que la famille de Cuvier soit de Cuvier ou de la seigneurie de Clémont, qu'elle se soit réfugiée des plateaux jurassiens au pays de Montbéliard pour sauvegarder sa religion, ou qu'elle ait embrassé la Réforme lorsqu'elle fut introduite dans les villages de la seigneurie de Clémont, peu importe, Cuvier appartient à notre patrimoine provincial et M. le pasteur Vienot vient de démontrer que Cuvier, Montbéliardais, n'est pas « Allemand », comme on l'a osé dire, mais Français et Comtois. Montbéliard fut une principauté wurtembourgeoise enclavée dans notre province. Ses maîtres furent Allemands, mais avaient-ils pu changer le sol, le climat, les mœurs, la langue, l'esprit de tout un peuple ? Cuvier, enfant, fut admis à l'Académie Caroline à Stuttgart — attraction administrative — mais jeune homme, ne dirigea-t-il pas ses pas vers la France, la patrie de son esprit — appel de son cœur ?

On a prétendu que Bichat était Bressan, parce que son père exerçait la médecine à Poncin et qu'on trouve des Bichat installés à Poncin depuis le dix-huitième siècle. Mais il y avait aussi à Thoirette des Bichat depuis de longs siècles. La grand'mère du grand biologiste était d'Arinthod et l'Ain, qui sépare Thoirette, village comtois, du département voisin n'est pas une frontière internationale. Cette rivière n'est qu'un ruban d'argent dans le pli verdoyant du grand manteau qui couvre notre montagne jurassienne.

Du reste, ce ne sont que querelles topo-généalogiques accessoires. L'essentiel et qu'il faut reconnaître, c'est que Cuvier, Bichat, Pasteur — Comtois — ont des parentés intellectuelles et morales qui s'affirment tellement étroites que de rapprocher ces trois esprits et de conjoindre leurs œuvres pour en extraire un souffle identique, n'est pas simplement jeu futile de rhétorique et prétexte à dithyrambes académiques.

Des œuvres de Cuvier, de Bichat, de Pasteur ressort un trait puissant et fondamental, parfaitement semblable de leur physionomie intellectuelle, à savoir la généralisation, la vue d'ensemble, cette faculté inouïe de déchirer les voiles du mystère pour faire apparaître, après avoir inondé de lumière les faits eux-mêmes, les données universelles et promulguer les lois.

On pourrait, faisant l'analyse des œuvres de ces savants établir un parallèle entre l'esprit qui animait leurs travaux, présidait à leurs méthodes, fécondait les champs de leur labeur. Chacun apportait d'abord cette lucidité et cette conscience scrupuleuse à observer les faits, à les classer, à les ordonner, puis cette faculté de déduire, de l'observation des faits, une idée générale, un concept universel, dominant les faits eux-mêmes, et enfin, ce génie qui leur permettait de s'élever, comme d'un coup d'aile magnifique, jusqu'aux divinations, jusqu'à la prescience de l'avenir.

Opposons le pauvre fatras hermétique et grandiloquent de la physiologie d'avant Bichat, à l'essor imprimé par notre compatriote à la biologie moderne. Avant lui querelles verbales d'écoles, toutes imprégnées de philosophie spéculative, de dogmatisme et de théologie, joutes scolastiques qui affrontent les partisans de l'animisme et les tenants du vitalisme. Bichat apporte des faits, des observations, des déductions raisonnées, et pour un peu, s'il avait eu un microscope véritable et non pas un de ces instruments rudimentaires, un de ces « microscopes à puces » comme disait Ranvier, il eut été le créateur de cette pathologie cellulaire, qui, pendant si longtemps, résuma toute la pathologie et fit penser « anatomiquement » tant de générations de médecins, avant que nous pensions comme aujourd'hui « physiologiquement ».

Buffon avait déjà commencé la passionnante lecture de la nature. Mais il n'avait jeté son regard que sur les formes des êtres, et il ne les avait décrits, dans sa langue admirable, que par le dehors, pour ainsi dire.

Cuvier les étudia par le dedans, comme un anatomiste, après avoir usé du scapel pour les connaître mieux, et en physiologiste, pour scruter les fonctions des organes qu'il venait de disséquer,

Et lorsqu'il appliquait sa méthode des « restitutions » progressives, lorsqu'il revivifiait, si l'on peut dire, les fossiles, lorsqu'il fondait la stratigraphie géologique, ressuscitant les animaux enfouis dans le bouleversement des millénaires, soulevant l'enthousiasme, non seulement des savants, mais de la foule passionnée, ne déchirait-il pas les voiles du mystère de la création ?

Avant Pasteur, Laënnec avait mis déjà un ordre admirable dans le chaos de la clinique, de son temps, Broussais se payait de mots, Laënnec observait les faits cliniques, puis contrôlait les lésions qui s'étaient extériorisées par les symptômes. Laënnec était, pour la pathologie, ce que Bichat fut pour la biologie. Foin des théories qui n'étaient pas soutenues par des faits, par des observations, par des contrôles. Quoique ébranlée par la méthode anatomo-clinique de Laënnec, « l'inflammation » de Broussais et sa pathologie de rêve, se prolongeait et restait le fond sablonneux et mouvant sur lequel s'élevait une science inconsistante et caduque.

A vrai dire, le moment était venu où quelque microbiologiste devait jeter bas un édifice tremblant. On attendait Pasteur comme aujourd'hui nous attendons, nous espérons quelque physicien de génie qui éclairera la mécanique de nos humeurs et le jeu de leurs micelles. Avant Pasteur, de faibles lueurs avaient percé les ténèbres. Cagniard-Latour avait remarqué, dans le moût de la bière, des « globules » qui semblaient doués de vie. Davaine avait reconnu, dans le sang des animaux morts de charbon, un bâtonnet. Mais au regard de la science officielle, ces observations ne pouvaient pas être considérées comme les préliminaires de la révolution que le génie de Pastenr allait consommer.

Révolution ! Celle qui devait bouleverser le monde, faire reculer la maladie et la mort sous les coups du génie de Pasteur, fut certainement la plus tangible et la plus émouvante. Les acclamations de la ferme de Pouilly-le-Fort avaient retenti dans l'univers entier et le drame qui se jouait dans la conscience de Pasteur lorsqu'il osait injecter une moelle rabique de plus en plus virulente à Meister, ce drame, chacun le vivait, anxieux et frénétique, car chacun y jetait peut-être l'enjeu de sa propre vie.

C'était alors le début de ces temps merveilleux où tout un passé s'effondrait, où s'ouvrait, si large et si frémissante d'espoir, l'ère pastorienne.

Mais ne peut-on pas dire aussi que l'œuvre de Bichat marqua d'une pierre blanche le début de l'ère de la biologie moderne et que Cuvier inaugura la grandiose avenue de la paléontologie française ?

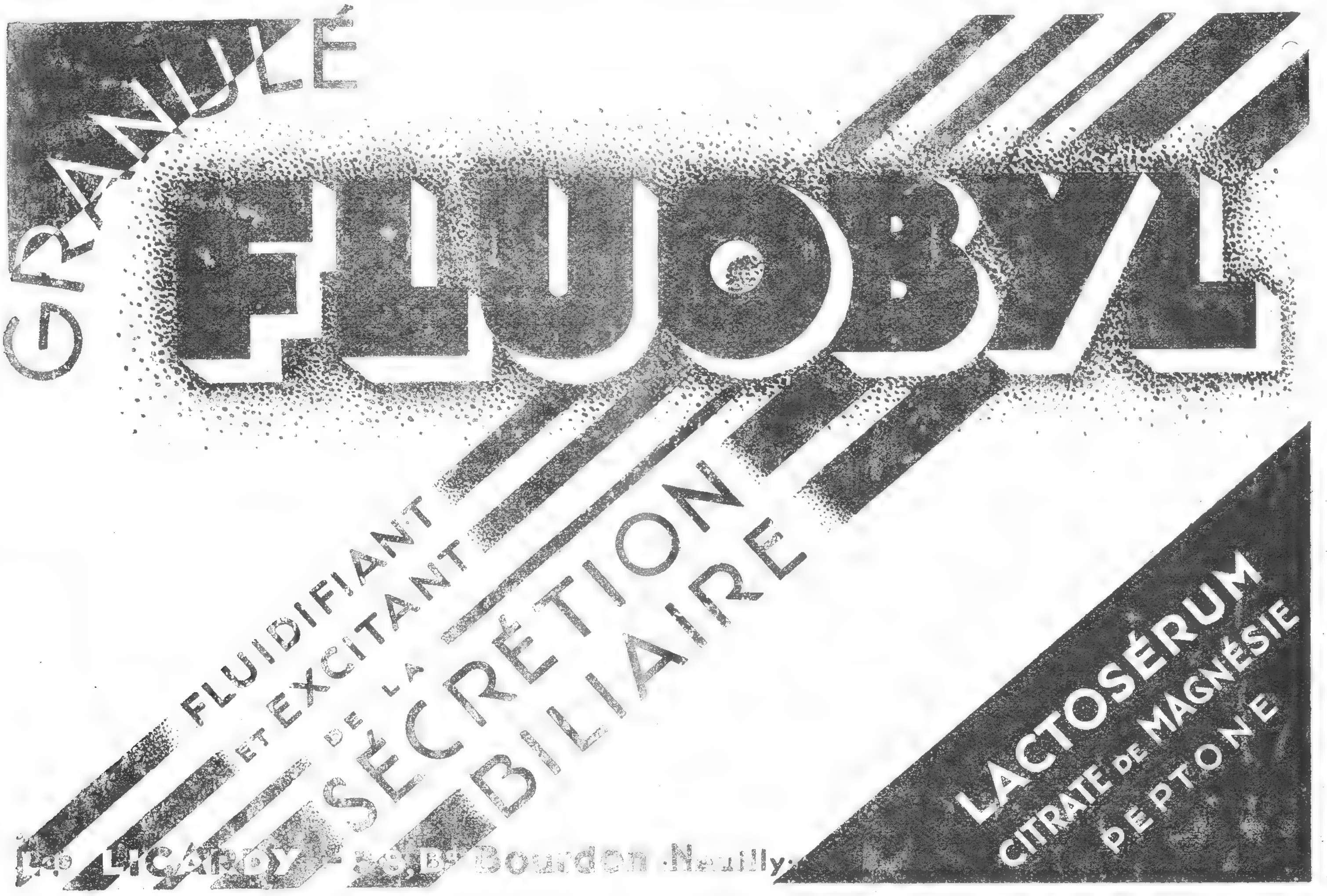
Voilà trois hommes dont les labeurs parallèles abordent des champs dissemblables et cependant leurs efforts se rejoignent et leurs moissons, pour diverses qu'elles soient, enrichissent pareillement leur patrie et l'humanité.

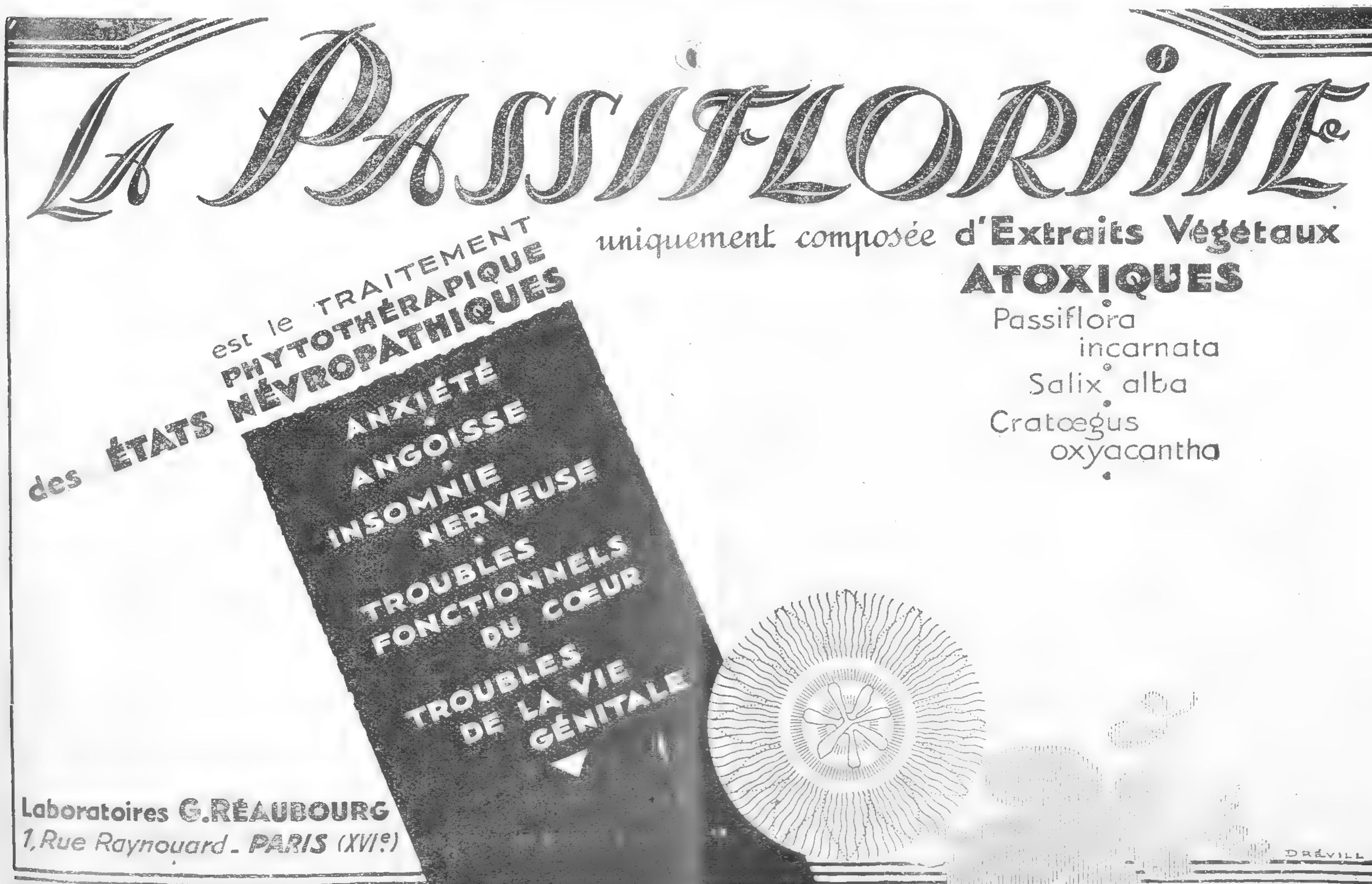
N'avons-nous pas le droit de nous demander si certains facteurs sentimentaux, familiaux, sociaux, pédagogiques ne sont pas intervenus identiques et essentiels dans le développement de leur intelligence et dans la formation de leur conscience.

Car, s'il ne faut pas méconnaître le troublant fatum de l'hérédité, on ne doit pas oublier que dans la chaleur du foyer familial, de quotidiennes et mystérieuses osmoses imprègnent l'âme de l'enfant et qu'un courant s'établit vers lui, venant du père et de la mère.

Ce sont surtout les forces morales qui agissent sur l'enfant, plus que le prestige intellectuel, les forces morales, l'emprise religieuse, l'exemple du devoir accompli, la preuve du courage, la valeur pragmatique de la vertu.

Ni Bichat, ni Cuvier, ni Pasteur ne grandirent dans le bien-être, à plus forte raison dans l'opulence. « Mon grand-père, écrit Cuvier, était d'une branche pauvre. » Son père, officier d'un régiment suisse, au service de la France, presque complètement ruiné, vivait, ayant pris sa retraite, d'une pension de 800 fr. Bichat était fils d'un médecin de campa-


GRANULÉ
FLUOBYL
FLUIDIFIANT
ET EXCITANT
DE LA
SÉCRÉTION
BILIAIRE
LACTOSÉRUM
CITRATE DE MAGNÉSIE
PEPTONE
LICARDY
Bourdon Neuilly


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)
DRÉVILL

BIBLIOGRAPHIE

Séméiologie chirurgicale, par G. JEANNENEY. Un volume de 232 pages, avec 99 figures (*Collection des Initiations médicales*), 25 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'enseignement médical français est essentiellement basé sur la clinique, c'est-à-dire sur l'art d'interroger et d'examiner les malades. On conçoit l'importance que prend la séméiologie dans la formation du médecin.

C'est une science qui obéit à des règles précises, qui s'apprend et où rien ne doit être laissé au hasard : c'est aussi un art qui fait appel à des qualités personnelles d'intelligence et de réflexion elles-mêmes perfectibles. Cette science est indispensable, *non seulement au débutant*, s'il veut bien employer son temps à l'hôpital et ne pas fausser son esprit dès l'origine, *mais aussi au médecin*, car elle le conduit au diagnostic. Or, savoir, en partant des signes, reconnaître exactement une maladie est souvent plus difficile que de traiter une maladie une fois connue ; la pratique de la séméiologie fera du débutant un bon clinicien, c'est-à-dire un médecin expérimenté et un praticien habile.

Ce petit livre, « guide méthodique », au sens véritable du mot, ne laisse dans l'ombre aucune des questions essentielles concernant l'interrogatoire et l'examen du malade.

Gynécologie, par A. LAFFONT. Un volume de 206 pages, avec 35 figures (*Collection des Initiations médicales*), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tout dans ce livre a été subordonné à la nécessité de simplifier la tâche de l'étudiant et du praticien désireux d'arriver au plus tôt à poser un diagnostic gynécologique aussi précis que possible.

Pour y parvenir, l'auteur suit le plan simple et logique adopté dans la plupart des volumes de cette collection.

Dans la première partie, il énumère rapidement les raisons principales pour lesquelles le gynécologue est consulté.

Dans la deuxième partie, il apprend à faire l'examen aussi détaillé qu'il est nécessaire des organes génitaux internes et externes de la femme.

La troisième partie est consacrée à la description des grands symptômes gynécologiques.

Leur étude conduit au diagnostic des affections gynécologiques qui fait plus particulièrement l'objet de la quatrième partie.

Vingt ans dans la brousse africaine, souvenirs d'un ancien membre de la mission de Brazza dans l'Ouest Africain (1893-1903), par Albert WEISTROFFER, administrateur des colonies. Editions du « *Mercure de Flandre* », Lille. (collection : *au-delà des mers*), 238 p. avec photographies, cartes, autographes. 18 fr.

Un maréchal des logis du 18e dragons à Compiègne, brûle de se vouer à l'exploration. Il obtient un mot de vague recommandation pour de Brazza, court chez lui, trouve sa porte défendue par des médecins interdisant la moindre visite, fait du tapage, attire l'attention du grand homme qui, alité, le fait comparaître, l'examine quelques instants, et, connaisseur d'âmes, le range immédiatement au nombre des vingt candidats qu'il agrée parmi les milliers qui ont postulé.

Et c'est ainsi qu'Albert Weistroffer fut pendant vingt ans l'homme de la brousse et de la forêt congolaises, qu'aux côtés et sous les ordres de Brazza, il devint l'un des fondateurs du royaume que le génie patient et humain de l'illustre italien devenu français acquit à sa patrie d'adoption.

Je n'ai jamais lu ouvrage colonial qui m'ait autant intéressé que ce livre de Weistroffer consacré à l'admirable conquête de notre Congo — admirable car ce n'est pas à la force que Brazza dut son incroyable succès, ce furent persuasion, foi, une infinie et souple patience qui lui permirent, en dépit de l'insuffisance inouïe des moyens, de s'attacher les populations autochtones.

Weistroffer apporte à l'œuvre sa pondération d'homme du Nord, son esprit pratique et réalisateur, songoût de la conquête pacifique.

Son livre sent la vérité comme d'autres sentent le mensonge et l'exagération.

Pas de toc, pas de pâmoisons devant des couchers de soleil, pas de cris d'effroi, à la manière d'une jolie femme poursuivie par une petite souris, à constater que tels de ses amis indigènes obéissent religieusement aux vénérables traditions qui leur imposent de faire cuire et de manger leurs ennemis.

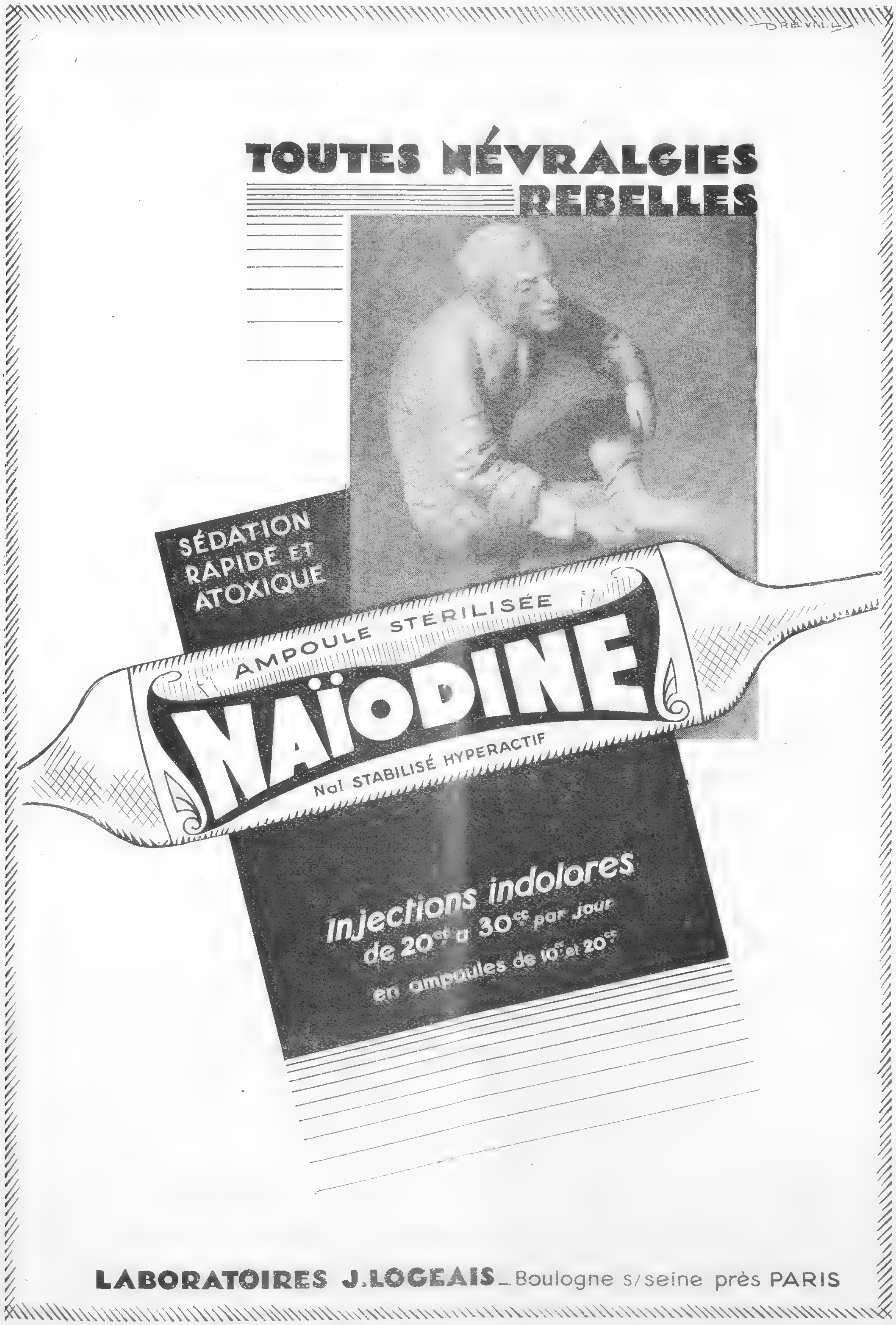
Non, pas de phrases ; pas de subtilités politiques ou philosophiques, pas de cette littérature « tape-à-l'œil » rien de ce style tremolo par quoi la plupart des reporters de nos grands quotidiens s'évertuent à couvrir leur ignorance présomptueuse des contrées qu'ils prétendent avoir, en quelques jours, étudiées et comprises.

Du bon sens, de l'équilibre et une indéfectible humeur optimiste.

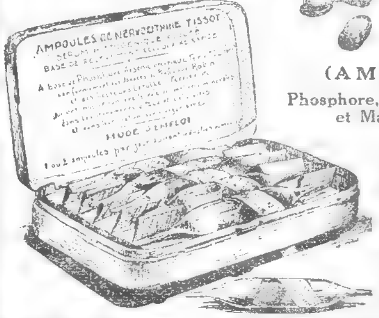
Certes voilà le livre d'un brave homme et d'un homme brave ; le livre d'un sincère qui ne se soucie que de dire ce qui fut et comme ce fut. Quelle leçon pour nos bateleurs et pour nos *littérâtres* !

J'ajoute que tous ceux qui s'intéressent aux aventures qui naissent au voisinage des éléphants, hippopotames, grands singes, serpents de toute taille et autres habitants remarquables de ces régions privilégiées trouveront dans les relations magnifiquement éditées, illustrées, présentée, de Weistroffer une ample moisson d'anecdotes, histoires vécues, drames ou comédies qui ne laisseront pas que de les passionner.

(*Reproduction autorisée.*) G. ESPÉ DE METZ.


TOUTES NÉVRALGIES
REBELLES
SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE
AMPOULE STÉRILISÉE
NAÏODINE
NaI STABILISÉ HYPERACTIF
injections indolores
de 20cc à 30cc par jour
en ampoules de 10cc et 20cc
LABORATOIRES J. LOGEAIS _ Boulogne s/seine près PARIS





gne. Médecin de campagne pendant les dures années de crise qui précédaient la révolution, c'est sous-entendre que la fortune ne hantait pas son foyer.

Pasteur était le fils d'un modeste tanneur : « Humble logis, humbles gens, tout allait de pair », écrit Vallery-Radot.

Lorsque la pauvreté n'engendre pas l'envie, lorsqu'elle s'accorde avec la vertu, n'est-elle pas un aiguillon du travail, de l'émulation et d'une légitime ambition. Pasteur ne méprisait pas l'ambition si elle est encadrée des qualités qui la justifie : « La volonté, le travail, le succès, se partagent toute l'existence humaine, écrivait-il à ses parents ? La volonté, ouvre la porte aux carrières brillantes et heureuses, le travail les franchit et, une fois arrivé au terme du voyage, le succès vient couronner l'œuvre ».

Une lettre de Bichat à son père nous le montre partagé entre le souci de s'élever et le respect et la soumission du meilleur des fils à son père : « Ma mère, écrit-il, me mandait que vous désiriez que je retournasse me fixer au pays. Je pourrais peut être bien y exercer avec succès mon état, mais sur le point d'être un peu connu et, par conséquent de pouvoir pratiquer avec encore plus d'avantage, ce serait me perdre entièrement que de ne pas passer ici encore quelque temps et vous ne voudriez pas, mon cher père, nuire à mon avancement. Si, cependant vous le voulez, je partirai pour le pays, car, dans quelques circonstances où je me trouve, vos volontés seront toujours pour moi des lois auxquelles je me soumettrai sans réserve ».

Chez les uns et les autres, Cuvier, Bichat, Pasteur, ce respect filial, cette obéissance faite de soumission traditionnelle et de tendresse, s'affirme maintes fois. Que ne devaient-ils pas chacun à leurs parents !

« Cuvier, écrit le Professeur Louis Roule, est le produit de sa race, de sa mère, de sa religion... Sa mère l'a enfanté deux fois ! la première en lui donnant le jour, la deuxième en l'instruisant, en le guidant vers le travail et l'honnêteté. »

« Quelles que soient mes occupations, croyez, mon cher père, écrivait Bichat, que le bonheur de vous aimer, de vous savoir heureux, sera toujours le premier de mes besoins, mon cher père, on peut aimer autant ses parents que moi, mais je ne crois pas qu'on peut les aimer plus. »

Et dans sa réponse au maire de Dôle, lors de l'inauguration de la plaque apposée sur sa maison natale, Louis Pasteur, célébrant « les deux grandes choses qui avaient fait la passion et le charme de sa vie : l'amour de la science et le culte du foyer paternel », ne lançait-il pas la touchante apostrophe que nous connaissons tous : « Oh ! mon père et ma mère, oh ! mes chers disparus, soyez bénis l'un et l'autre pour ce que vous avez été et laissez moi vous reporter l'hommage fait aujourd'hui à cette maison ! »

Ce qu'ils avaient tous recueilli au foyer familial, c'était non seulement les exemples vivants de la vertu, mais la force des traditions et le soutien d'une religiosité formelle et profonde.

La mère de Cuvier le fait prier, lui fait répéter le catéchisme, les psaumes. Pendant ses vacances, Georges participe à la vie édifiante de son oncle et de son cousin, pasteurs de l'église réformée. Pendant dix ans il dirige les affaires du culte protestant. « Notre église, écrit le pasteur Mathiot, est en droit de considérer Georges Cuvier comme son enfant et un enfant resté fidèle. »

Bichat appartenait à une famille religieuse. Ses parents l'avaient envoyé au collège de Nantua, dirigé par les Joséphistes. Mais lorsqu'ils apprirent que le directeur du collège avait prêté le serment de fidélité à la constitution civile du clergé, ils le retirèrent de cette maison pour le confier au séminaire de Saint-Irénée, à Lyon, dont le supérieur était un de leurs parents.

Quant à Pasteur, c'est dans la chaleur d'une famille traditionnaliste, respectueuse de l'esprit et de la lettre des lois religieuses qu'il puisa l'idéalisme permanent, le spiritualisme courageux, dont toute sa vie fut imprégnée et qu'avec cette autorité ferme et prudente, digne et mesurée il affirmait, comme dans cette interrogation touchante, endeuillée des sanglots de la mort de son enfant : « Ne sentez-vous pas, au-dedans de vous, quelque chose qui vous fait crier que l'âme est immortelle ? »

Pasteur toutefois, dans le discours où il définissait de cette émouvante façon le terrain réservé, dans sa vie intérieure et dans la vie familiale, à la douceur consolante du sentiment, demandait aussi que ni le sentiment, ni la raison ne s'annexent réciproquement. Franchie la porte de son laboratoire, c'était au seul culte de la vérité scientifique qu'il voulait sacrifier.

L'œuvre de Bichat est débarrassée de toute arrière-pensée métaphysique. Elle est matérialiste, dans le sens élevé de ce mot et nous ne sommes pas surpris qu'elle ait joué un rôle immense dans la philosophie d'Auguste Comte et que le nom de Bichat consacre un des mois du calendrier positiviste.

Quant à Cuvier, dit M. le professeur Roule : « il dissèque, observe, regarde, ne consentant point à dépasser le fait ni la réalité. Volontairement, il s'est abstenu de pénétrer dans ces au delà où la pensée tente de saisir la liaison des choses ». Il dit comment il comprend la formation et la disparition des vies. Il ne cherche pas à corriger la Genèse.

Ils ont aussi un trait commun — nos trois grands compatriotes — c'est que rien de ce qui est humain, de ce qui vient de l'esprit humain, ne leur est étranger, c'est qu'ils ont chacun, quelles que soient la spécialisation et la tendance de leur propre esprit, un respect général pour toutes les sciences, un sentiment vénérable de la magnifique solidarité qui unit les connaissances humaines.

Si Cuvier est avant tout anatomiste, n'est-il pas aussi embryologiste, physiologiste, géologue, botaniste, agronome ?

Pasteur est chimiste, physicien, économiste, agriculteur, biologiste, médecin. Il est chaque jour différent dans son labeur, mais chacun de ses efforts procède du précédent et s'attache au suivant. Tout se tient, dans son œuvre, comme les mailles d'une longue chaîne coordonnée et puissante.

Ils auraient — Cuvier, Pasteur — souscrit à cette page admirable qu'écrivait Bichat, jeune homme de 25 ans et qui devrait figurer, avec le serment d'Hippocrate, sur la première page des thèses des jeunes docteurs en médecine. D'avance, Bichat répondait à ceux qui songent à transformer les médecins en techniciens précocement spécialisés et à bannir de leur esprit et de leur formation les généreux élans et les bénéfices de la culture véritable.

« Passionnés pour notre art, avides de connaissances et de vérités nouvelles, nous voudrions forcer toutes les connaissances humaines à payer un juste tribut à la médecine ; aussi nous aimons les plus belles lettres parce qu'elles peuvent jeter quelques fleurs sur une science sublime et belle, dont une philosophie farouche n'a que trop souvent profané les charmes éternels ; nous aimons les sciences mathématiques parce qu'elles forment l'esprit de méthode et d'analyse ; nous aimons la morale, parce que sans elle on n'a de l'homme qu'une connaissance imparfaite, grossière et matérielle ; nous aimons la physique parce que nous sommes nous-mêmes un élément du grand système du monde ; nous aimons la chimie parce qu'elle oblige la nature à nous mettre dans la confidence de ses secrets ; en un mot, nous aimons la philosophie universelle, parce que nous sommes convaincus qu'une théorie médicale sera d'autant plus sage et mieux établie qu'elle s identifiera plus intimement avec la science générale des rapports, dont la médecine pratique n'est que le corrollaire ou l'application. »

Dirai-je un mot de leur vocation ? N'est-il pas mystérieux cet appel entraînant, n'est-elle pas étrange cette voix qui aspire toute une destinée et qui fait de Bichat, savant de 25 ans, le fondateur de la biologie moderne, de Pasteur, élève à l'Ecole normale, le physicien précoce qui étonne et ravit de vieux maîtres comme Biot ; de Cuvier, âgé de 15 ans, l'auteur d'un journal zoologique d'où, quelques années plus tard il devait extraire ses deux premiers mémoires sur les mouches et les cloportes ?

N'a-t-on pas rapporté que, tout petit enfant, Cuvier, en vacances chez son oncle et son cousin, pasteurs, ne se las-

sait pas de lire l'histoire naturelle de Buffon, en reproduisait les planches et faisait partager son admiration zoologique à ses petits compagnons de jeux ?

Le frère de Bichat n'a-t-il pas raconté que le futur auteur de l'*Anatomie générale* se passionnait déjà, dès l'âge de 7 à 8 ans, pour l'anatomie en disséquant des chats et des chiens. Adolescent, ne chassait-il pas, pour transformer son gibier en matériel scientifique, se penchant, pour en scruter les rapports et les analogies, sur les viscères des lièvres et des perdreaux qui figuraient à son tableau de jeune Nemrod jurassien.

Messieurs,

Au mois d'octobre dernier s'ouvrait, à Paris, le IIe congrès international de pathologie comparée. Des médecins et des biologistes, des vétérinaires et des zoologistes, des botanistes et des phytopathologistes y étaient accourus. Et, lorsque les délégués de vingt-deux nations se levaient, les une après les autres, pour saluer la France et la science française, il me semblait que les esprits de Cuvier, de Bichat, de Pasteur planaient sur cette assemblée.

La solidarité des sciences de la vie qui s'affirmait par la réunion et la communauté de travail de ceux qui, analysant l'homme, l'animal et la plante, trouvaient des raisons de s'entendre et la joie réciproque de l'entr'aide, cette solidarité scientifique, repose, n'est-il pas vrai, sur les œuvres des Francs-Comtois dont je viens d'évoquer la mémoire.

N'avais-je pas quelque droit de rapprocher leurs noms ?

Penchons-nous sur leurs méthodes — elles sont identiques. — Scrutons leurs œuvres — elles se ressemblent. — Mesurons-en les résultats — ils ont été, les uns et les autres, aussi féconds.

Et lisons, aux frontispices des Panthéons, leurs titres de gloire. Ecoutons dans le recul du siècle, les échos de leurs voix. Elles ne sont pas étouffées par les nouvelles clameurs de la science moderne. Elles en sont magnifiées et plus sonores.

L'univers entend toujours les leçons de Cuvier, de Bichat, de Pasteur. La France s'en glorifie. Le Comté, qui leur a donné le jour, en éprouve une tendre et maternelle fierté.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Tuberculose

Dans la pathogénie des adénopathies cervicales tuberculeuses, la carie dentaire occupe une place de premier plan. Le rapport de cause à effet entre la carie dentaire et les adénopathies cervicales paraît si évident, dit M. J. Veyrassat, qu'on pourrait le supposer connu de tous, et croire qu'il est superflu d'y insister. Et cependant, dans le traitement des adénopathies cervicales, la plupart des praticiens oublient qu'elles ne sont que le symptôme très visible d'une maladie qui évolue d'une manière plus ou moins latente sur les muqueuses et sur les dents. « Quand on traite localement une adénite cervicale, il faut toujours chercher dans la bouche, s'il n'y a pas de dent mauvaise, auquel cas, la condition de la guérison certaine et définitive de l'adénite est la suppression de cette source d'infection. » (Calot)

Les dents malades jouent un rôle capital dans la porte d'entrée du virus tuberculeux, comme le montrent quelques statistiques.

Starck, sur 113 enfants porteurs de ganglions cervicaux bacillaires, en a trouvé 41 % d'origine strictement dentaire.

Morgan, dans une statistique qui porte sur 3.161 enfants, donne la proportion de 70 %. Petit, dans 40 observations d'adénites bacillaires cervicales, signale 22 fois la présence de caries dentaires, donc une moyenne de 55 pour 100. Conteneau, donne une proportion plus faible : 33 p. 100. M. Veyrassat fait une distinction entre la période qui s'étend de l'apparition de la première dent à la perte de la dernière de lait — c'est-à-dire jusqu'à 12 ans — et la période qui s'étend de 12 à 25 ans environ. Dans la première période le nombre des adénopathies relevant exclusivement des dentites est moins élevé ; il faut tenir compte des végétations adénoïdes, des amygdalites, et des lésions nasopharyngiennes. Dans la deuxième période, de 12 à 25 et même 30 ans, les adénites cervicales proviennent presque toutes des caries dentaires. Après 30 ans, elles relèvent parfois de la carie dentaire, assez souvent de lésions gingivales pyorrhéiques.

Les amygdalites qu'on incrimine volontiers comme point de départ, sont très souvent la conséquence directe d'une infection dentaire du maxillaire supérieur.

Les adénites surviennent plus ou moins longtemps après le début de la carie et dépendent d'elle ; ce qui le prouve, c'est la relation constante de siège entre les ganglions infectés et les dents malades. La concordance de côté ne manque jamais : quand l'adénite débute à droite, la carie évolue de ce côté et a débuté du même côté. Quand on se trouve en présence d'adénites unilatérales, on peut prédire, avant même d'avoir fait ouvrir la bouche au patient, de quel côté se trouvent les lésions dentaires et, au cas où les caries évoluent bilatéralement, sur quel côté du maxillaire elles ont débuté et évolué le plus longtemps. Quand les adénites sont bilatérales, les caries le sont également.

L'étendue et l'importance des deux processus sont toujours proportionnelles : à une carie plus ou moins généralisée, ayant atteint toute une série de dents, correspondra également une adénite plus ou moins volumineuse.

Il reste bien entendu que beaucoup de caries n'ont aucun retentissement ganglionnaire. Les superficielles ne déclenchent que rarement des adénites. Par contre, les pénétrantes, celles qui touchent la pulpe et gagnent l'alvéole, déterminent sinon fatalement, du moins avec une assez grande fréquence, des réactions adénitiques.

L'infection dentaire peut atteindre les ganglions axillaires et même les ganglions sus-claviculaires. La pénétration du bacille de Koch se fait par les lymphatiques de la pulpe mise à nu par la carie.

Si on veut rendre la défense efficace, il faut donc fermer la porte par où pénètre le bacille. Le traitement rationnel des adénopathies doit s'inspirer de ces notions. C'est pourquoi tous les moyens proposés contre cette affection, ponctions évacuatrices, injections modificatrices, qu'elles soient faites avec de l'éther iodoformé, des sels d'or ou autres substances chimiques, les interventions chirurgicales ou la radiothérapie ne seront que des palliatifs sans influence décisive sur le processus adénopathique, tant que la porte d'entrée, en l'espèce la carie, ne sera pas fermée. Ils deviendront par contre des adjuvants utiles du traitement causal dans certains cas d'adénite suppurée, fistulisée, évoluant depuis longtemps sur un mauvais terrain.

Le procédé le plus sûr pour fermer la porte d'entrée du virus bacillaire, c'est l'avulsion de la dent malade. Par ce seul moyen, M. Veyrassat a vu guérir un grand nombre d'adénopathies bacillaires.

Que la carie soit bacillaire ou simplement bacillifère, qu'elle soit le résultat d'un processus polymicrobien, d'une symbiose, il n'en reste pas moins qu'elle constitue un des modes de pénétration les plus fréquents de la tuberculose dans notre organisme. Elle mérite à ce titre, de retenir très particulièrement l'attention des cliniciens. Le status bucco-dentaire doit figurer sur toutes les observations dont un trop grand nombre sont, hélas ! muettes sur ce point spécial.

(Professeur Jean Veyrassat, de Genève. Les adénopathies cervicales tuberculeuses et les caries dentaires. *La Presse médicale*, 6 février 1932.)

Endocrinologie

En présence d'une ostéopathie chronique, localisée à un seul os « il ne faut pas se contenter de radiographier l'os atteint, il faut interroger les réactions du reste du squelette et faire des clichés radiographiques des différents os, sans laisser de côté le crâne, les ceintures scapulaire et pelvienne.

Il faut explorer, s'il s'agit du syndrome de Recklinghausen ou du syndrome de Paget, la région parathyroïdienne et rechercher soit à la palpation, soit à la radiographie s'il n'existe pas une tumeur soupçonnable.

Un bilan calcique et phosphoré aussi complet que possible doit être établi, en tenant compte de l'activité et de la rapidité de l'évolution du processus osseux, pour l'interpréter.

La recherche de l'excitabilité musculaire, par l'étude de la chronaxie est intéressante à comparer avec les résultats fournis par l'étude biochimique. Il y a lieu de recourir à l'examen interférométrique. Si les résultats des investigations précédentes amènent à soupçonner une lésion parathyroïdienne, l'exploration chirurgicale méthodique des parathyroïdes s'impose ; toute parathyroïde tumorale doit être enlevée.

Après l'intervention, il faut surveiller particulièrement le malade et rechercher les petits signes de l'insuffisance parathyroïdienne de façon à combattre immédiatement par la médica-

tion calcique associée à l'hormonothérapie parathyroïdienne les accidents menaçants de l'hypoparathyroïdie. »

(P. Sainton. Hyperparathyroïdie et syndrome osseux. *Journal médical français,* janvier 1932.)

Thérapeutique

Les injections intra-veineuses d'alcool à 33 pour 100 constituent pour Mieczyslaw Fejgin, « un médicament précieux pour toutes les affections aiguës et surtout pour toutes les poussées subaiguës et aiguës des processus morbides non spécifiques des voies respiratoires s'accompagnant d'une expectoration purulente, comme les broncho-pneumonies, les bronchiolites chroniques ou en poussées, les bronchectasies infectées avec broncho-pyorrhée, etc.).

L'auteur fait, tous les jours ou tous les deux jours, une injection intra-veineuse de 15 à 20 cmc. d'alcool à 33 p. 100, thérapeutique qui est continuée aussi longtemps que le demande l'état du malade et que le permet l'état des veines. Injections bien tolérées par le malade, dit l'auteur. A noter cependant « un léger endolorissement de la veine », lequel n'est pas plus marqué que celui observé après une injection intra-veineuse de salicylate de soude à 20 pour 100.

Dans quelques rares cas, on peut voir apparaître des frissons qui disparaissent dès qu'on diminue la dose d'alcool.

Ce sont les résultats favorables obtenus dans des cas de suppuration et de gangrène pulmonaires, qui ont amené l'auteur à employer les injections intraveineuses d'alcool dans les processus aigus et subaigus de l'appareil respiratoire, accompagnés d'une expectoration purulente abondante. L'auteur rapporte quelques observations prises parmi les plus démonstratives.

Quel est le mode d'action ?

Il est évident qu'on ne peut pas encore déterminer exactement le mode d'action de ce médicament, ni ses indications précises. Notre hypothèse est qu'il serait retenu par les cellules du système réticulo-endothélial du poumon et qu'il agirait ainsi *in situ* sur la cause de l'infection, en diminuant la virulence des microbes d'une part, en excitant l'activité de la production des anticorps par le tissu réticulo-endothélial de l'autre. Mais à côté de son action locale sur le foyer d'infection, l'alcool a une influence extrêmement favorable sur le système circulatoire et sur l'état général des malades : le pouls se ralentit, les forces augmentent d'un jour à l'autre, et une sensation de bien-être apparait après chaque injection, même chez les malades gravement atteints...

L'action tonifiante de l'alcool sur le système cardio-vasculaire est évidente dans tous nos cas. Se produit-elle par l'influence directe sur le muscle cardiaque ou bien par l'intermédiaire du système nerveux végétatif, notamment par les centres vaso-moteurs ? Ceci reste à démontrer.

L'auteur — qui n'a observé « aucun effet nocif quelconque attribuable à l'alcool, bien qu'il y ait naturellement des cas où son action thérapeutique ne soit pas suffisamment évidente » — dit en terminant :

Cette médication est très simple, facile à pratiquer et d'une action extrêmement favorable dans certains cas, où elle ne peut être remplacée par aucun autre traitement. Même dans les cas réfractaires à son action, elle n'est pas sans exercer une influence heureuse sur l'état général, de telle sorte que les malades eux-mêmes nous ont souvent demandé de continuer les injections.

(Mieczyslaw Fejgin. Observations ultérieures sur l'application d'injections intraveineuses d'alcool. *La Presse médicale* 30 décembre 1931.)

Varia

Les césariennes peuvent être faites hautes, basses, suivies d'extériorisation (opération de Portes), suivies d'hystérectomies ; elles ont leurs indications respectives, mais la césarienne basse, est une belle et bonne opération représentant un progrès incontestable, car elle permet d'intervenir en toute sécurité dans des cas suspects, qui relevaient autrefois de l'opération de Portes, ou même de l'hystérectomie.

M. Daniel Ferey, de Saint-Malo, a eu, en quatre ans l occasion de faire 42 césariennes, réparties de la façon suivante :

21 césariennes basses ;
14 césariennes hautes ;
7 césariennes suivies d'hystérectomies.

Il n'a pas observé un seul décès, ni dans les césariennes basses, ni dans les césariennes suivies d'hystérectomies ; par contre, il a perdu une femme à la suite d'une césarienne haute ; mais il s'agissait d'une malade anormale à tout point de vue, myxœdémateuse, naine, avec un cœur asystolique et qui est morte brusquement à la quarante-neuvième heure après l'opération.

(Dr Daniel Ferey, de Saint-Malo. — Avantages de la césarienne basse. Quelques détails de technique. Le *Bulletin médical,* 16 janvier 1932.)

***

La connaissance de tous les travaux parus depuis ces vingt dernières années sur la thérapeutique du séminome ne permet plus au chirurgien de se passer de la radiothérapie dans le traitement de cette néoplasie particulière.

(Marcel Joly. Rapports de la chirurgie et de la radiothérapie dans le traitement du séminome. *Paris médical,* 6 février 1932.)

***

L'exercice physique constitue une pratique excellente pour les diabétiques ; en effet, l'exercice a des conséquences des plus heureuses en augmentant la combustion du glucose circulant dans l'organisme, et en diminuant par ce fait l'hyperglycémie. Tout diabétique devrait être habitué à faire de l'exercice, dont la dose quotidienne équivaille à peu près à une marche de plusieurs kilomètres. A ce sujet, l'on doit faire remarquer la fréquence avec laquelle un exercice fatigant, tel que le golf, peut entraîner des accidents graves d'hypoglycémie, soit simple étourdissement, soit perte de connaissance vraie.

(Izod Bennet. Considérations et conclusions sur le choix d'un régime dans le diabète. Traduit par le Dr Max Vauthey. *La Gazette des hôpitaux,* 13 janvier 1932.)

***

Les septicémies tiennent une place importante en clinique infantile. Il faut y penser en présence d'états infectieux graves et même d'intensité moyenne. Le diagnostic clinique de septicémie est impossible. Les hémocultures sont nécessaires ; elles doivent être précoces et répétées. Positives, elles établissent le diagnostic de septicémie et en même temps, la nature du germe en cause. Les septicémies présentent à peu près les mêmes caractères cliniques quel que soit le germe en cause, soit au moins pour les méningocoques, les pneumocoques, les streptocoques.

(Leçon clinique du Professeur Nobécourt. Septicémies médicales à streptocoques chez les enfants. *Journal des Praticiens,* 26 décembre 1931.)

***

La question des fractures de la cavité cotyloïde mérite d'être connue de tous les praticiens, car, si elle relève au point de vue thérapeutique du chirurgien et de l'orthopédiste, elle impose au médecin dans la pratique courante et dans l'examen des accidentés du travail le *devoir de dépister sous le masque de la contusion de la hanche,* des lésions susceptibles de compromettre gravement l'avenir fonctionnel du membre.....Leur connaissance explique certains cas de mort attribués au shock traumatique et qui sont dus, en réalité, à des graves complications vasculaires ou viscérales ; elle éclaire, d'autre part, la genèse de certaines coxo-pathies, incorporées à tort au groupe confus des arthrites chroniques.

(M. Paître, professeur au Val-de-Grâce. Les fractures de la cavité cotyloïde. *Le Bulletin medical,* 20 février 1932.)

« Les égoïstes, les exigeants, les pontifes, les autoritaires ne sont pas rares chez les « « plus de cinquante ans », surtout parmi les célibataires et dans les ménages sans enfants. Ces gens-là se croient le centre du monde. Vers eux tout doit converger. Tout leur est dû ; ils ne doivent rien à personne. Ils détiennent l'omniscience et sont faits pour commander. L'humanité entière doit être à leur service. Leurs exigences sont innombrables ; ils en réclament la satisfaction comme un droit. Il faut qu'on les écoute, qu'on les approuve, qu'on les encense comme des pontifes, qu'on se prosterne devant eux comme des divinités. Avec des gens de cette espèce, nulle société, nulle conversation n'est possible. Ils vous assujettissent, ils vous imposent leurs idées, leurs goûts, leurs caprices. Dès les premiers mots que vous prononcez, ils vous interrompent : « Moi, je n'agis pas ainsi... Moi je fais mieux que çà ». En présence de l'état d'esprit de ces Bouddhas, que peuvent faire des hommes libres, ceux qui pensent, agissent et vivent pour eux-mêmes ? Une seule attitude possible : les abandonner à la contemplation de leur nombril... ! (Dr Victor PAUCHET. L'automne de la vie. L'homme et la femme à l'âge critique, 1 vol., J. Oliven, édit.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

Le début de la fièvre typhoïde par un syndrome méningé retarde le diagnostic quand il n'aboutit pas à une erreur. Le cas suivant souligne la difficulté que l'on peut rencontrer.

Un enfant de dix ans se plaint d'un violent mal de tête depuis quelques jours. La température est de 38°5, le pouls à 100 ; il y a eu quelques vomissements. L'examen révèle l'existence d'un syndrome méningé : raideur de la nuque, signe de Kernig positif, attitude en chien de fusil, hyperesthésie cutanée et sensorielle, photophobie. A ces signes s'ajoutent de la constipation et un certain degré de somnolence. On propose une ponction lombaire, qui est refusée.

Le diagnostic le plus vraisemblable est méningite bacillaire.

Au bout d'une semaine les symptômes méningés s'atténuent et les symptômes digestifs apparaissent : diarrhée, ballonnement abdominal, langue saburrale. La rate devient percutable. Un examen du sang confirme le diagnostic de typhoïde. L'évolution ultérieure fut banale et sans complication.

Dans des cas semblables le diagnostic de début est réellement difficile.

(Balédent. Fièvre typhoïde chez l'enfant à début simulant la méningite tuberculeuse. *Gazette médicale de Picardie*, décembre 1931.)

La diphtérie des vaccinés ne doit être admise que si les conditions suivantes sont remplies :

1° Il faut que la vaccination ait été complète.

2° Il faut qu'elle soit contrôlée avec exactitude, trop d'enfants étant inscrits comme vaccinés, alors qu'ils ont échappé à une ou plusieurs injections.

3° Il faut qu'un laps de temps suffisant se soit écoulé depuis la dernière piqûre, 30 jours au moins.

4° Il faut que la diphtérie déclarée soit vérifiée bactériologiquement.

De nombreuses causes d'erreur entachent les statistiques de diphtéries post-vaccinales.

L'anatoxine exerce une influence sur les caractères cliniques des diphtéries. Dans l'immense majorité des cas elles sont très bénignes ; les formes moyennes se rencontrent rarement ; les formes graves existent, bien qu'elles soient exceptionnelles. Les complications sont peu fréquentes.

A propos de l'apparition des formes graves il faut souligner l'appel tardif fait à la sérothérapie.

La diphtérie se déclare chez un enfant vacciné parce que la vaccination n'a pas été faite correctement ; telle est la cause la plus fréquente ; dans le cas contraire diverses éventualités sont à considérer :

1° Le sujet était immunisé. L'immunité conférée par le vaccin diminue spontanément pour disparaître au bout d'une ou deux années environ. Par contre la courbe de fréquence des diphtéries post-vaccinales au cours des années montre que, rapidement ascendante au cours des deux premières années, elle devient très basse au cours de la troisième année et tombe à zéro plus tard. Enfin l'immunité peut fort bien baisser passagèrement au cours d'un état pathologique aigu ou chronique

2° Il existe de bons et de mauvais terrains. Certains sujets, anergiques cons itutionnels, ne sont pas aptes à produire des antitoxines en quantité suffisante, ils restent réceptifs. D'autres ont une immunisation à retardement, d'autres une immunité à évanouissement rapide.

3° La résistance des muqueuses à l'infection joue aussi un rôle.

4° La virulence du microbe a une importance qu'il ne faut pas négliger.

Le traitement de la diphtérie est le même chez les vaccinés et chez les non-vaccinés ; il faut cependant préciser quelques points importants. La sérothérapie sera précoce et aussi intense qu'à l'ordinaire. Il existe encore une arme efficace, c'est l'injection supplémentaire d'anatoxine, qui agit aussi vite que le sérum quand elle est pratiquée assez tôt. On combine les deux méthodes avec avantage en pratiquant d'abord une injection supplémentaire d'anatoxine et une heure plus tard l'injection de sérum.

(Joseph Chalier et Mlle Rougier. La diphtérie des vaccinés. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 janvier 1932).

Neurologie

Depuis quelques années se multiplient les observations d'encéphalo myélites aiguës disséminées, d'évolution atypique, parfois à caractère épidémique et s'écartant nettement du cadre que les classiques ont attribué à cette affection.

On a rattaché ces encéphalo-myélites soit à la syphilis diffuse du névraxe, soit à la maladie de Heine-Médin, soit à l'encéphalite primitive de Von Economo dans ses formes basses.

Cinq observations de Richon, Girard et Kissel sortent de ce cadre. Aucun signe clinique ou humoral de syphilis n'a pu être mis en évidence. Contre la maladie de Heine-Médin on a l'intensité des troubles sensitifs, l'absence de toute amyotrophie et, dans les deux cas où elle a été pratiquée, l'échec de la thérapeutique spécifique. Enfin, rien dans le tableau clinique ne rappelle l'encéphalite épidémique à forme basse de Cruchet.

Les auteurs sont tentés de rapprocher ces cas de la sclérose en plaques aiguë à type de paraplégie flasque. En faveur de ce diagnostic ils rapportent les signes cliniques trouvés dans quatre de leurs observations :

Abolition des réflexes abdominaux avec conservation du réflexe médio-pubien, dysarthrie, nystagmus, abolition du réflexe du voile (signe de Marquézy), constance du signe de Babinski, tremblement kinétique.

(Richon, Girard et Kissel. Sur quelques cas de myélites aiguës primitives. De leur rapport possible avec la sclérose en plaques. *Revue médicale de l'Est*, 15 janvier 1932).

La neuro-myélite optique aiguë est un syndrome infectieux caractérisé par l'association de trois groupes de symptômes : névrite optique à évolution aiguë, encéphalo-myélite, syndrome infectieux. Elle est la résultante d'une localisation possible d'une encéphalo-myélite diffuse et non la conséquence d'une électivité bactériologique.

Il ne faut admettre cette nouvelle affection qu'avec la plus prudente réserve, car certaines formes cliniques de l'encéphalite léthargique, de la sclérose en plaques sont quelquefois déconcertantes et réalisent des syndromes aigus à symptomatologie des plus atypiques.

D'autre part la neuro-myélite optique aiguë s'éloigne de l'encéphalite léthargique par ses séquelles et de la sclérose en plaques par les altérations du liquide céphalo-rachidien.

(Delpy, du Mazel et Lefort. Un cas de neuro-myélite optique aiguë. *Maroc médical*, 15 novembre 1931).

Dermatologie

La détermination de l'équilibre acido-basique du sang joue un rôle important en dermatologie. Des observations cliniques portant sur près de 200 malades atteints d'affections cutanées diverses, ont montré qu'il existe dans la plupart des cas un déséquilibre acido-basique avec une proportion très considérable d'alcalose.

Il est difficile de prévoir à l'avance les résultats de la détermination du pH.

On modifie assez facilement l'acidose au moyen du bicarbonate, du citrate, du borate, du formiate, de l'hyposulfite de soude. Dans l'alcalose on utilise, avec beaucoup moins d'efficacité, l'acide phosphorique le chlorure de calcium, le bromure de sodium ; il ne faut pas oublier que la médication acide doit utiliser des doses assez élevées et être poursuivie assez longtemps.

On obtient parfois des résultats extraordinaires et il n'est pas rare de voir disparaître en un ou deux jours des poussées eczémateuses datant de plusieurs mois. Il y a par contre des cas où la guérison est lente, d'autres où le déséquilibre change de sens, d'autres enfin, vraiment paradoxaux où de petites quantités d'alcalin agissent favorablement sur l'alcalose.

D'autres médications que l'alcaline ou l'acide favorisent le rééquilibre du pH. Un hyperthyroïdien guérira avec la correction de son hyperthyroïdie ; il en sera de même pour une dysovarienne, un insuffisant hépatique.

Il faut reconnaître toutefois que le rétablissement de l'équilibre acido-basique ne permet que rarement de guérir définitivement les lésions de la peau. La guérison n'est que provisoire. C'est parce que le déséquilibre est une *conséquence* et non une *cause*. C'est cette cause première qu'il s'agit de déterminer ; la détermination en est toujours difficile, souvent impossible.

(L. Spillmann. Importance de l'équilibre acido-basique en dermatologie. *Revue médicale de l'Est*, 1er janvier 1932.)

Chirurgie

Les abcès de la région trochantérienne ont une symptomatologie commune et des origines très différentes ; il ne faut


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex – PARIS (IVe)

pas se contenter du diagnostic de *trochantérite* bacillaire, parce que c'est un diagnostic paresseux, à moins d'avoir éliminé soigneusement les *fausses trochantérites* beaucoup plus importantes.

La radiographie a ses défaillances et pèche trop souvent par excès ; elle révèle fréquemment des aspects qui ressemblent beaucoup à ceux d'une coque osseuse de caverne.

De plus les *vraies trochantérites* sont rares : 1/800 chez l'enfant, 1/250 chez l'adulte.

En pratique courante, il faut procéder à un examen qui dépasse de beaucoup la région trochantérienne, répéter les radios avec injection de lipiodol, rechercher systématiquement les fausses trochantérites, dues, par ordre de fréquence, aux lésions suivantes : Pott lombaire, lombo-sacré, ostéite sacrée ; sacrocoxalgie ; tuberculoses para-articulaires de la hanche ; bacillose des parties molles qui recouvrent le grand trochanter.

L'intérêt du diagnostic est basé sur la fréquence avec laquelle il se pose, sur la fréquence des erreurs commises quant au véritable point de départ des lésions et sur la gravité des opérations portant sur le grand trochanter lorsque doit être incriminée une lésion à distance.

(C. R. Martin et N. Rostin. Les « fausses trochantérites » et leur diagnostic d'origine. *Archives médicales d'Angers*, janvier 1932.)

Thérapeutique

Le vaccin antipneumonique ne met pas à l'abri de certaines complications, comme le prouvent trois observations de pleurésies purulentes métapneumoniques, que voici résumées :

1° Un enfant de 10 ans présente des symptômes de pneumonie le 21 juin 1930 ; 6 injections de vaccin de Minet sont pratiquées du deuxième au huitième jour. On constate la présence de pus dans la plèvre ; le 2 juillet petite résection costale, suites normales, guérison.

2° Une femme de 54 ans présente des signes de pneumonie droite, 6 injections de vaccin de Minet. Au bout de quelques jours présence de pus dans la plèvre. Une ponction de 300 cc. révèle l'association pneumocoques-streptocoques. Intervention, guérison.

3° Ce cas, qui concerne un enfant, parait au début calqué sur le premier. Vers le quinzième jour une ponction exploratrice montre la présence de pus dans la plèvre. L'enfant est opéré sans délai : incision intercostale, écoulement abondant de pus contenant des pneumocoques et des entérocoques. La température baisse, puis remonte pour atteindre 39°. Trois jours après le chirurgien pratique une incision nouvelle au point déclive ; les grandes oscillations thermiques persistent. La radiographie montre d'abord un pyopneumothorax, puis une pachypleurite de la base sans niveau liquidien appréciable. L'état général s'aggrave, on résèque un fragment de côte. Cachexie et mort le 45e jour.

(Dufour. Quelques remarques sur les vaccins antipneumoniques. *Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie de la Rochelle*, décembre 1931.)

Que peut-on obtenir des vaccins en urologie ?

1° Dans la blennorragie aiguë les vaccins n'ont guère d'efficacité ; dans la blennorragie chronique ils agissent dans bon nombre de cas ; dans les complications (épididymites, prostatites, arthrites), ils ont une efficacité réelle. On peut se servir soit de stock-vaccins, soit mieux encore d'auto-vaccins.

2° Dans les infections urinaires d'origine intestinale (cystites, pyélites) on a usé et abusé des vaccins. Le type de ces infections est la cystite ou la pyélite coli-bacillaire. Mais, si le colibacille est le principal microbe, il n'est pas le seul ; il ne faut ignorer ni l'entérocoque ni le staphylocoque. On emploie des vaccins polyvalents ; le staphylocoque est nettement et presque constamment influencé ; il est loin d'en être de même pour le colibacille et surtout pour l'entérocoque.

3° La tuberculose urinaire a été également traitée par les vaccins (Vaudremer, Nègre et Boquet). L'indication principale est dans les formes bilatérales où il n'y a pas d'intervention à envisager.

(André. Les vaccins en urologie. *Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1931.)

Le sulfarsénol est indiqué dans l'érysipèle, sur lequel il aurait une action curative rapide ; voici le résumé de deux observations.

Observation de Torlais. Une femme de 75 ans présente un érysipèle de la face ; elle est de plus diabétique et cardiaque. On pratique une injection de 0 gr. 05 de sulfarsénol ; la température tombe de 38 à 37° ; la tension des régions atteintes est moindre. Pas d'injection le lendemain : la dermite envahit le front ; température à 38°. Deux nouvelles injections de 0 gr. 12 de sulfarsénol amènent une régression très rapide de l'érysipèle et un retour de la température à la normale. Une dernière injection (0 gr. 12) amène la guérison totale.

Observation de Duval. Un soldat du 12e régiment de tirailleurs sénégalais est atteint d'un érysipèle de l'aile droite du nez et de l'angle interne de l'œil droit. Application locale de teinture d'iode goménolée. Cinq injections de sulfarsénol, la première de 0 gr. 12, les suivantes de 0 gr. 18, à raison d'une tous les deux jours. La dermite rétrocède et la température descend en lysis.

(Torlais. Erysipèle et sulfarsénol. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 15 novembre 1931 et *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle*, janvier 1932. Duval. Erysipèle et sulfarsénol. *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle*, janvier 1932.)

Varia

Une étude du rhumatisme cardiaque malin ne peut être fondée solidement que sur des faits assez étudiés pour apporter la double certitude que l'infection rhumatismale est en cause et qu'elle est seule en cause. (L. Langeron et J. Delcour, de Lille).

Le traitement du cancer de la langue se divise, dans l'état actuel de nos moyens d'action, en un temps d'exérèse ganglionnaire chirurgicale et un temps de curiethérapie linguale (G. Bonnal, de Marseille).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 Avril 1932

Septicémie à streptocoques hémolytiques guérie par le sérum antistreptococcique du Prof. Vincent. — *M. Marc Troude* apporte l'observation d'un jeune homme de 22 ans atteint de septicémie à streptocoque d'origine incertaine (angine possible), et qui se compliqua de congestion pulmonaire unilatérale. Fièvre élevée, en plateau, prostration très marquée. L'hémoculture était positive. On commença aussitôt les injections de sérum antistreptococcique de Vincent, d'abord intraveineuses (100 c. c.), puis intramusculaires, ces dernières à doses décroissantes. Au 5e jour, la fièvre était définitivement tombée, la pneumopathie en rétrocession régulière, avait disparu et l'hémoculture devint progressive. Guérison sans aucune séquelle.

Action de l'eau de Bains-les-Bains sur le système organo-végétatif. — *M. Desgrez* présente un travail expérimental de MM. Santenoise, Merklen et Vidacovith, établissant que l'ingestion d'eau minérale de Bains-les-Bains exerce une action sédative remarquable sur l'excitabilité réflexe sympathique.

Résultats éloignés des opérations précoces dans le cancer du col utérin. — *M. J.-L. Faure*, qui fut, il y a 35 ans, un des premiers à s'attaquer au cancer de l'utérus, et qui depuis lors, n'a jamais abandonné la lutte, vient communiquer le résultat de ses efforts, et montrer que ce cancer, qui passait autrefois pour incurable, et qui l'était en effet, est aujourd'hui devenu le plus curable de tous.

Dans les « bons cas », opérés à temps, c'est-à-dire dans les 2 ou 3 premiers mois, les guérisons radicales ont été, dans une première série, qui remonte à quelques années, de 83 %, dans une série plus récente 96 %. L'ensemble de ces deux séries donne une moyenne de 91 %.

Dans les deux séries réunies, sur 46 opérées, il y a eu 2 morts — soit 4,34 % — 2 opérées perdues de vue, à éliminer — sur les 42 opérées restant, 2 récidives, soit 4,54 % et 40 guérisons définitives — soit 90,90 %.

Tels sont les résultats qui autrefois, eussent paru incroyables.

Mais ces résultats ne peuvent être obtenus que dans les « bons cas », et ceux-ci, malheureusement, ne se présentent encore que dans 1/5e des cas opérés, et 1/7e seulement des cas obser-

vés. Les autres cas, médiocres, mauvais. inopérables — qui correspondent encore aux 6/7es des malades sont justiciables du radium.

Il y a donc encore beaucoup trop de femmes qui viennent trop tard. Il faut que ces beaux résultats soient connus de tous. Il faut que les malades soient opérées de façon précoce. Il y a encore beaucoup à faire dans ce sens. Mais on peut affirmer que, quand l'éducation générale des malades et des médecins permettra aux chirurgiens compétents d'opérer les malades à temps — dans les 2 ou 3 premiers mois — cette affection autrefois terrible guérira presque toujours.

Le salut est dans l'opération précoce.

L'artério-phlébographie comme moyen de déterminer la vitesse de la circulation du cerveau, des méninges et des parties molles du crâne. — *M. Egas Moniz* (de Lisbonne) a pu obtenir la phlébographie cérébrale (circulation veineuse du cerveau) avec la même injection de thorotrast qui donne l'artériographie cérébrale. Pour cela, il faut surprendre le sang, chargé du liquide opaque, aux rayons X, après son passage par les capillaires. Le déclic de l'ampoule pour l'artériographie doit se faire à la fin d'une injection du thorotrast de 10 à 15 cent. cubes dans la carotide primitive.

Pour la phlébographie, il faut faire une deuxième radiographie deux secondes après.

L'injection du thorotrast, suspension colloïdale de bioxyde de thorium, est toujours indolore et inoffensive. Les malades peuvent se lever et marcher après l'épreuve. M. Moniz n'a jamais vérifié de conséquences fâcheuses immédiates ou mêmes médiates du côté du foie ou de la rate dans plus de 100 épreuves encéphalographiques faites avec le thorotrast.

Par la méthode de l'artério-phlébographie, il a pu déterminer la vitesse de la circulation cérébrale.

Le sang passe des artères aux veines du cerveau en deux secondes.

En somme la méthode de l'artério-phlébographie pourra être utilisée chez l'homme et chez l'animal pour étudier la vitesse du sang dans les divers organes.

Elle pourra aussi servir pour l'étude des troubles circulatoires sous l'action médicamenteuse ou après des interventions chirurgicales chez l'homme ou expérimentales chez les animaux.

L'impaludation cérébrale. — C'est le nom que M. Ducosté donne à l'inoculation du paludisme dans la substance blanche ou dans les ventricules.

Il injecte dans les lobes frontaux, droit ou gauche, des paralytiques, 2 à 5 cent. cubes de sang paludéen citraté : On n'a observé aucune complication ou accident à la suite de ces injections.

Sur 80 malades ainsi traités et dont les résultats sont acquis depuis trois ans et demi au maximum et six mois au minimun, mortalité 1,4 p. 1000, chez 31,4 p. 100, amélioration de l'état général, et plus particulièrement de l'état mental chez les malades encore peu touchés.

Dans 45,7 p. 100, améliorations « très estimables »; chez 21, 4 p. 100, la paralysie générale « n'est plus qu'un souvenir ».

M. Ducosté n'a pratiqué l'impaludation intra-ventriculaire que chez 23 malades. Les résultats thérapeutiques sont inférieurs aux précédents.

Le Maroc infecteur. — *M. Remlinger.* Le Maroc peut infecter notre pays : contamination par les marchandises. M. Remlinger indique les précautions individuelles, les mesures collectives à mettre en action pour assurer la protection de la métropole contre le « Maroc infecteur ».

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mars 1932

Sur la lithiase rénale. — *M. Heitz-Boyer* insiste sur les avantages de sa technique personnelle : table radio-opératoire, utilisation de la radiographie et non de la radioscopie, etc.

Rupture de la rate. — *M. Proust* fait un rapport sur deux travaux, l'un de *MM. Cahen* et *Sicard* (de Paris), l'autre de *M. Rousseaux* (de Nancy). Chaque travail repose sur des observations personnelles : celle de MM. Cahen et Sicard concerne un blessé chez lequel n'existait aucune contracture. L'extirpation de la rate amena la guérison. Des deux observations de M. Rousseaux, la première a trait à une malade, à ventre souple, opérée deux heures après l'accident et qui mourut le neuvième jour de broncho-pneumonie. Le deuxième malade fut opéré six heures après l'accident ; il présentait une contracture généralisée à tout l'abdomen : une splénectomie amena la guérison.

Luxation récidivante de l'épaule. — *M. Mathieu* relate un cas de *M. Solcard* (de la Marine) que cet auteur guérit avec une butée ostéoplastique sous-coracoïdienne sans intervention capsulaire.

Traitement du cancer du rectum par le radium. — *M. Gouverneur* insiste sur les mauvais résultats obtenus dans le traitement du rectum proprement dit, même par la technique chirurgicale de Neumann et Coryn, plus satisfaisante que la méthode intra-cavitaire. Au contraire, dans les cancers de l'anus, où l'aiguillage de la tumeur doit être accompagnée par un curage bilatéral des deux aines, on obtient de très bons résultats.

M. Desplas est du même avis.

Splénomégalie égyptienne. — *M. Petridis* (d'Alexandrie) rapporte l'histoire d'un malade de 15 ans, porteur d'une énorme rate. Une splénectomie fut pratiquée, et amena la guérison, malgré une fistule gastrique qui nécessita une deuxième intervention.

L'examen histologique montra la présence de nodules de Gandy-Gamma.

Maladie de Dupuytren. — *MM. Desplas* et *Meillière* décrivent leur technique personnelle : elle consiste essentiellement dans la dissection d'un lambeau cutané en pont, qui permet la dissection complète de l'aponévrose sous-jacente et donne des cicatrices latéralisées.

De la phrénicectomie dans la symphyse péricardique. — *M. Bréchot* a fait dans un cas une alcoolisation du nerf phrénique gauche qui a amené une grosse amélioration ; aussi se propose-t-il de pratiquer une autre fois une phrénicectomie.

Rétrécissement cicatriciel de l'estomac ; gastrectomie. — *M. Leriche* a fait une gastrectomie étendue avec rétablissement de la continuité par un Polya.

Ostéoporose du genou guérie par les injections d'extrait ovarien. — *M. Leriche.*

Pince bipolaire coupante et coagulante. — *M. de Martel.*

Séance du 9 mars 1932

A propos de la maladie de Dupuytren. — *M. Fredet* croit qu'il existe des indications differentes suivant le stade de la maladie ; si le procédé exposé par M. Desplas dans la dernière séance est applicable aux cas vus au début, la dissection d'un lambeau cutané comme le voulait Routier ou même la réalisation d'une greffe à l'Italienne peuvent être nécessaires si les lésions cutanées sont importantes.

Invagination intestinale du nourrisson. — *M. Mouchet* rapporte cinq cas de *M. René Bloch* avec cinq guérisons. Il insiste sur l'importance du lavement baryté pré-opératoire, qui permet la réduction partielle de l'invagination et la désinvagination complète par une seule incision de la fosse iliaque droite.

Bistouri électrique. — *M. Heitz-Boyer* insiste sur les avantages de l'emploi de cet instrument dans la chirurgie du cancer.

Diagnostic des tumeurs du testicule. — *M. Chevassu* insiste sur le diagnostic précoce de ces tumeurs, indispensable à faire. Dans les cas douteux, il insiste sur la nécessité et l'importance de l'orchidotomie exploratrice.

Bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales. — *M. L. Bazy* fait part de ses recherches personnelles et montre l'orientation générale actuelle de la question.

Staphylococcémie guérie par le bactériophage intraveineux. — *MM. Brûlé* et *Sauvé.*

Séance du 6 avril 1932

M. P. Duval, président, annonce le décès de *M. Silhol* (de Marseille) et prononce une allocution.

A propos des ruptures de la rate. — *M. Chevrier* rapporte une observation où toute contracture a fait défaut.

Troubles trophiques consécutifs à une plaie de jambe : résection d'un névrome et auto-greffe nerveuse. — *M. Roux-Berger* rapporte une observation de *M. Lasserre* (de

Bordeaux). Il s'agit de troubles trophiques nerveux après section du nerf tibial postérieur. Découverte du nerf, résection d'un névrome du bout central ; suture à l'aide d'une autogreffe prélevée sur le nerf tibial postérieur lui-même. Guérison maintenue au bout d'un an.

Echinococcose alvéolaire du foie. — *M. Roux-Berger* rapporte quatre observations de *MM. Martin* (de Lyon) et *Tisserand* (de Bezançon). Il s'agit là d'une affection rare en France et difficile à diagnostiquer. Il faut y songer en présence d'un malade présentant une hépatomégalie le plus souvent avec ictère, conservation d'un bon état général et d'un appétit normal ; parfois même boulimie. M. Roux-Berger décrit les aspects anatomo-pathologiques de l'affection, insiste sur les phénomènes d'infection secondaire entraînant la transformation purulente localisée en certains points de la tumeur. La thérapeutique chirurgicale de semblables lésions est très limitée. Elle se borne en général à une simple laparotomie exploratrice et tout au plus à l'incision et au drainage d'un foyer de suppuration localisée.

Kyste du mésentère compliqué de volvulus. — *M. Picot* rapporte cette observation de *M. Reinhold*. Intervention en période d'occlusion. On trouve un kyste adhérent aux anses grêles. Ponction du kyste. Il est impossible d'en faire l'ablation isolée. On pratique l'extirpation en masse du kyste et de l'intestin grêle situé au contact. Guérison. Le malade revu six ans après ne présente aucun trouble du transit intestinal.

M. Moure relate un cas de *M. Chauvenet* (de Thouars) de rupture traumatique d'un kyste du mesentère. Il l'a enlevé et le malade a parfaitement guéri.

Pied bot invétéré par contracture. — *M. Mathieu* a opéré ce malade par une résection correctrice dans les articulations de torsion du pied sans toucher à la tibiotarsienne.

M. Mauclaire conseille, avant ces opérations, une injection de sérum antitétanique.

M. Mathieu insiste sur l'incision qu'il pratique, qui est uniquement externe rétro-péronière.

Traitement des hémorragies graves par ulcère gastrique. — *M. Duval* relate une observation personnelle d'hématémèses massives. Laparotomie sus-ombilicale. Résection de la face anterieure pyloro-duodénale. Ligature d'une grosse artère au niveau d'un ulcère postérieur du bulbe. Suture du duodénum ; gastro-entérostomie. Mort quelques heures après malgré deux transfusions.

M. Duval insiste sur le fait qu'il n'y a aucun moyen de connaître la gravité réelle du saignement gastrique, et de savoir quelle est la source de l'hémorragie : saignement en nappe ou rupture d'une grosse artère. Aussi est-il impossible de poser avec certitude une indication opératoire.

M. Cunéo demande si l'hémorragie était arrêtée.

M. Duval dit que oui.

M. Moure a fait chez une malade analogue une gastrotomie et par cette bouche il a fait une hémostase par la boule du bistouri électrique. Gastro-enterostomie. Guérison sans nouveau saignement. Dans un deuxième temps, résection de la selle de l'estomac avec une portion de foie adhérente. Guérison définitive.

A propos du bistouri électrique. — *M. Cunéo* croit que dans les cancers à la limite de l'opérabilité, le bistouri électrique peut rendre des services.

M. Moure croit qu'au cours de la section péricancéreuse au bistouri ordinaire, on risque l'essaimage tandis que les sections sont calfatées par le bistouri électrique.

M. Heitz-Boyer dit avoir insisté sur ces avantages.

Restauration de la perméabilité tubaire. — *M. Brocq* croit qu'il faut envisager le traitement des salpingites des femmes jeunes avec un esprit conservateur. Cependant pour les opérer, il est nécessaire d'être certain de leur stérilité définitive et le délai de trois mois proposé par *M. Leveuf* lui parait bien court.

Fracture des os de jambe. — *M. Thalheimer* présente un malade qu'il a opéré pour pseudarthrose neuf mois après l'accident. Sympathectomie. Gouttière plâtrée puis appareil de

marche de Delbet. Un an après il existait une consolidation complète.

Plaie du poumon opérée.— *M. Fèvre* présente un malade chez qui il a fait une résection pulmonaire. Guérison.

Fibro-chondromatose du bras. — *M. Chevrier* présente un malade qu'il a opéré de fibro-chondromatose au niveau du muscle long biceps.

G. MENEGAUX.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Traitement des états prétuberculeux et tuberculeux pulmonaires par un composé séro-médicamenteux.

Ce travail que le Docteur Calvet a présenté comme thèse à la Faculté de Paris, est une contribution à l'étude du séro-médicament « Lita » du Docteur Dufour.

Après avoir rappelé sa composition, deux parties d'iodaseptine pour une de sérum de lapin immunisé à la tuberculine, il étudie son *mode d'administration et son action aux différents stades évolutifs de la tuberculose pulmonaire* et aux *différents âges de la vie.*

Le Lita peut être injecté par voie intramusculaire ou intraveineuse. La voie intramusculaire profonde est la plus employée.

Chez le *nourrisson* les doses sont de 1 cc. à la première injection, 2 cc. à la deuxième, 3 cc. à partir de la troisième.

Chez *l'enfant,* 1 cc. 1/2 à la première injection, 2 cc. 1/4 à la deuxième, 3 cc. à la troisième.

Chez *l adulte,* 3 cc. intramusculaires dès la première injection que l'on peut, suivant la méthode du Docteur Dufour, mélanger au préalable, à une quantité égale de sang pris dans la veine du malade. On associe ainsi la chimiothérapie à l'autohémothérapie.

Les injections sont pratiquées à la dose de deux par semaine d'une façon continue ou par séries de vingt.

Plus de 20.000 injections ont été faites jusqu'à ce jour et ont été admirablement supportées par les nourrissons et les enfants. Chez les adultes, très exceptionnellement, on voit apparaître un peu de rougeur au lieu de l'injection.

« Le Lita est indiqué, dit Calvet, dans tous les états de pré-« tuberculose et de tuberculose pulmonaire de l'enfant et de « l'adulte ». Son efficacité est fonction de potentiel cellulaire de l'organisme.

« Chez les prétuberculeux, sous l'influence du composé « Lita » très rapidement l'appétit renaît, le poids augmente « d'une façon souvent étonnante, les forces reviennent, la « fièvre disparaît en même temps que les troubles pulmonaires, « quand ils existent, s'amendent ».

Les états prétuberculeux réalisent une des grandes indications du séro-médicament, ainsi qu'en témoignent 21 observations de malades traités à l'hôpital Broussais dans le service du Docteur Dufour.

Chez les enfants du premier âge, en particulier dans les formes ganglio-pulmonaires, on assiste à de véritables résurrections, qu'il s'agisse de tuberculose aiguë ou chronique, les symptômes s'améliorent rapidement sous l'action du médicament et la radiographie confirme les signes cliniques: Calvet en rapporte 16 observations avec nombreuses et très démonstratives radiographies.

Dans la *tuberculose pulmonaire de l'adulte* les formes les plus favorables à l'action du composé Lita, sont les formes récentes, c'est-à-dire, les tuberculoses pulmonaires aiguës massives à forme pneumonique, les tuberculoses fibro-caséeuses et fibreuses au début avec ou sans pleurésie séro-fibrineuse ; dans ce cas, la plupart du temps, on obtient des guérisons cliniques. Aux stades plus avancés, on obtiendra souvent des améliorations notables. Calvet cite une soixantaine d'observations avec très belles et très probantes radiographies. Trois de ces cas ont trait à des formes très graves, non curables, qui eurent une extraordinaire période d'amélioration.

La médication par le Lita peut être associée avec fruit au pneumothorax et à la phrénectomie.

Cet important travail vient confirmer les conclusions des communications du Docteur Dufour à la Société médicale des hôpitaux et les importants travaux des Docteurs Hurez et Taboureux.


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
Adopté par :
L'Assistance-Publique_
Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
LABORATOIRES
AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS_8e
TÉL. LABORDE : 15-26

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifilant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

Les scientifiques contre le baccalauréat latin-grec. — Voici, à titre documentaire, un passage extrait d'un article de M. Marcel Boll, agrégé de l'Université, docteur ès sciences, paru dans la *Revue de quinzaine* du *Mercure de France* (15 mars 1932) :

La Haute Assemblée a voté le projet de loi Armbruster, qui rend obligatoire le baccalauréat latin-grec pour l'inscription dans les Facultés de médecine... Foin des rayons X et de la curiethérapie, de la chimie biologique et de la colloïdoclasie : le grec y pourvoiera, le grec suffira à préparer les futurs étudiants à la connaissance du mouvement biologique contemporain. Le P. C. N. est inutile ? (assertion contestable, puisque bien des médecins — et non des moindres — gagneraient à y retourner). Soit ! comme on l'a plaisamment écrit, qu'on le remplace par une forte culture, du jardin des racines hellènes.

Il n'y a plus rien à tirer des Anciens, dit M. Marcel Boll.

Il faut le dire bien haut : dans le domaine scientifique, les racines grecques sont, révérence parler, une « sinistre blague » : un lauréat de version grecque au concours général ne comprendrait pas un mot du vocabulaire technique employé par les médecins. Je me bornerai au mot *catalyse* qui intervient constamment en physico-chimie et qui « vient du grec : κατα, qui signifie *contre* et λυσις, qui veut dire *déliage* ». Un éminent helléniste songera immédiatement à l'horticulture, à un arbrisseau adulte que l'on débarrasse de son tuteur. Or, la catalyse est le phénomène par lequel une substance étrangère, additionnée à l'état de traces, accroit la rapidité d'une réaction chimique et se retrouve intacte après que la réaction est terminée. On songe infailliblement au *Bourgeois gentilhomme* : « Oui, la langue (grecque) est comme cela, elle dit beaucoup en peu de paroles. »

M. Marcel Boll, invoque à l'appui de sa thèse l'opinion de Sabouraud qui écrivait récemment dans la *Presse médicale* :

« Craignez les mots grecs : ce sont des *êtres de raison*, c'est-à-dire chimériques et déraisonnables ; ils recouvrent toujours un fait que nous comprenons imparfaitement. C'est par le grec que nous ressemblons encore aux médecins de Molière..... Tout mot grec doit être expliqué immédiatement. »

Autrement dit, *catalyse* ou *anaphylaxie* sont de pures et simples abréviations où le grec n'a rien à voir, pas plus que dans *cégété* ou dans *téhessef*.

M. Marcel Boll, dit qu'il a trouvé des erreurs scientifiques dans plusieurs livres de médecins, écrits par des médecins appartenant à la Faculté ou aux hôpitaux.

L'ignorance des médecins en physique était depuis longtemps proverbiale ; mais on se plaisait à imaginer que ce n'était pas le cas pour les praticiens qui s'étaient *spécialisés dans la physique médicale* !

Le choléra de 1832. — *Journal des Débats* du vendredi 30 mars 1832 :

Paris, 29 mars. — Presque simultanément le choléra s'est déclaré dans plusieurs quartiers de Paris ; mais un fait plus singulier encore a étonné les médecins. Un malade de l'Hôtel-Dieu, que l'on y soignait depuis trois semaines pour une maladie de cœur, qui suivait par conséquent le régime le plus sévère (il ne mangeait que de la soupe), a été ce matin frappé du choléra morbus ; ce soir, on désespérait de sa vie.

Total des malades portés hier et aujourd'hui dans les hôpitaux de Paris : 40. Morts : 8.

Le nombre des hommes atteints est jusqu'à présent beaucoup plus considérable que celui des femmes, et la classe pauvre et malheureuse en est la seule victime.

Dans chaque hôpital, une salle spéciale sera affectée au traitement du choléra morbus. En outre, 48 ambulances, ou quatre par arrondissement, seront établies.

Quelques personnes ont pris l'alarme ; elles ont quitté la capitale. Ce n'est point de la prudence ; c'est plutôt une peur mal entendue. Le remède est dans la propreté et la sobriété, non dans le lieu qu'on habite.

En Prusse, 20.000 personnes sont mortes dans les villes et 80.000 dans les villages.

On lit dans le Journal des Débats *du lundi* 2 *avril* 1832.

Paris, 1er avril. — M. le duc d'Orléans est allé aujourd'hui visiter à l'Hôtel-Dieu les malades du choléra. Il y a été reçu par M. le président du Conseil, le ministre des Travaux publics, M. le préfet de la Seine et M. le préfet de police, les médecins de l'hôpital et les membres de la commission sanitaire : S. A. R. était accompagnée de ses aides de camp et de plusieurs officiers de la maison du Roi.

M. le duc d'Orléans est resté longtemps dans les deux salles où l'on a placé les malades du choléra. Il s'est arrêté devant chaque lit, s'est informé de l'état de chaque malade. A ceux qui pouvaient l'entendre, il a adressé des paroles de consolation et d'encouragement. Quelques-uns lui ont demandé des secours pour leurs familles : il leur a promis de les prendre sous sa protection.

M. le duc d'Orléans est entré dans les moindres détails sur les soins qu'exige l'état des malades et ce qu'on leur donne. Il a témoigné sa haute satisfaction du zèle et de l'activité que déploient les médecins et les employés de l'hôpital : S. A. R. a remis aux infirmiers une gratification de 600 francs. Elle est sortie de l'hôpital emportant les bénédictions des malades assurés et consolés à la fois par l'intérêt que leur a témoigné l'héritier du trône.

Bulletin. Total général des malades depuis l'invasion de la maladie 483
Total des morts 167

On lit dans le « Journal des Débats *du* 5 *avril* 1832 :

[Feuille du 4.] Paris, 3 avril. — Hier, un assez grand nombre d'ouvriers s'étaient réunis devant l'Hôtel-Dieu. Persuadés que le choléra n'existe pas et que les malades meurent par le poison, ils faisaient entendre des paroles de vengeance contre l'autorité

et les médecins eux-mêmes ; ces médecins qui leur prodiguent tant de soins avec un si noble courage. En ce moment, on apporta un malade qu'accompagnait le docteur Koreff. Cependant, cette foule aveugle voulait interdire l'accès de l'hôpital au malade et au médecin. Indigné, M. Koreff les harangua avec force, leur reprocha d'être aussi barbares que les Russes, eux qui se prétendent la nation la plus policée du monde ; puis, prenant par le bras un des plus furieux : « Vous ne voulez pas croire au choléra, lui dit-il ; eh bien ! voyez ce que c'est qu'un cholérique. » En même temps, il leva la couverture qui cachait le malade. A l'aspect de cette figure livide et décomposée, la foule s'écarta, effrayée, et ouvrit passage au malade.

M. l'archevêque de Paris a visité hier l'Hôtel-Dieu. Il s'est approché de chaque lit. Tous les médecins ont reçu M. l'archevêque avec le respect qui lui est dû. En s'en allant, M. l'archevêque a laissé une somme de 1.000 francs pour les malades.

[Feuille du 5.] Paris, 4 avril. — M. l'archevêque de Paris a visité aujourd'hui l'hôpital de la Pitié. Il a laissé tous les malades touchés des paroles douces et consolantes qu'il leur a adressées.

Bulletin. Total des malades 1.381
— Total des morts 501

L'émotion a été grande aujourd'hui dans Paris : une sinistre préoccupation d'empoisonnements agitait le peuple. Ces rumeurs ont porté les ouvriers à de tristes excès. Un homme qui traversait le marché des Innocents en tenant à la main un flacon de camphre a été désigné comme empoisonneur aux femmes de la Halle. Elles se sont jetées sur lui et on ne l'a retiré de leurs mains que couvert de blessures.

Au pont d'Arcole, un homme désigné encore comme empoisonneur s'est enfui. Arrêté par la foule, il a été sur-le-champ précipité dans la rivière. Hier, un jeune homme qui se promenait rue Saint-Denis fut remarqué. La foule se jeta sur lui. Quand le poste arriva, le malheureux avait expiré, percé de mille coups.

Paris 5 avril. — On lit ce matin dans le *Moniteur* :

« A la faveur de soupçons aussi légers que cruels, des groupes exaspérés ont osé donner la mort à des citoyens inoffensifs.

« Hier, un employé a été dépouillé dans la rue Saint-Denis et assassiné : c'était un homme digne de l'estime de tous ceux qui le connaissaient.

« Ce matin, un médecin se rendant par la rue Lafayette à la barrière du Combat pour y faire, avec un vétérinaire d'Alfort, l'autopsie d'un chien, a été assailli et n'a dû son salut qu'à son refuge dans la caserne la plus proche.

« De 4 à 5 heures, les attroupements poursuivaient du nom d'empoisonneur, sur la place de Grève, un homme qui s'est réfugié à l'Hôtel de Ville d'où on voulait l'arracher de vive force. Deux individus ont été saisis par quelques furieux et jetés, dit-on, dans la rivière. Un homme était menacé par un groupe parce qu'il portait une bouteille à la main : c'était du vinaigre.

« Que les chefs de famille, que les chefs d'atelier, que tous les bons citoyens secondent les efforts de l'autorité et les esprits seront ramenés à des idées plus saines.

« Cette avidité à se repaître des bruits les plus mensongers, cette cruauté sanguinaire sont indignes de la nation française ! »

Bulletin du choléra.

Total général des malades depuis le 26 mars .. 1.851
Total des morts 670

Paris 6 avril. — M. le président du Conseil a été atteint la nuit dernière d'une assez forte indisposition.

Ce soir, sa santé ne donne plus aucune inquiétude.

On lit, ce matin, dans le *Moniteur* :

« La capitale a offert aujourd'hui le spectacle de l'ordre le plus profond et de la confiance la plus entière. »

Bulletin officiel :

Total général des malades 2.360
Morts 912

Avant-hier, au faubourg Saint-Antoine, la présence d'esprit d'un officier de paix nommé Henricy a sauvé de la fureur populaire un homme signalé comme ayant distribué à des enfants des tartines empoisonnées. Ce fonctionnaire goûta d'une tartine et déclara qu'il la trouvait excellente. Un garde municipal voulut aussi en prendre sa part, et, bien convaincue alors que la tartine ne renfermait aucune substance vénéneuse, la multitude abandonna sa proie.

Paris, 7 avril. — Samedi, à 7 heures du matin. — M. le président du Conseil, souffrant depuis quelques jours, a été saisi hier matin par une indisposition qui s'annonçait avec une cer-

taine gravité, mais les secours qu'il a reçus ont promptement dissipé les symptômes qui semblaient annoncer la déclaration d'une maladie sérieuse, et, ce matin, son état était considéré comme ne devant inspirer aucune inquiétude. (*Moniteur.*)

— La maladie de M. le président du Conseil dont le caractère dans les premiers moments aurait pu laisser quelques doutes, a présenté bientôt des symptômes tels qu'il n'a plus été possible de méconnaître le choléra morbus.

Heureusement les remèdes les plus efficaces ont été employés à temps ; les progrès du mal ont été arrêtés, et, dans l'état où est actuellement M. le président du Conseil, tout donne la garantie qu'il entrera prochainement en convalescence.

Bulletin officiel :

Total général des malades depuis l'invasion de la maladie	3.077
Morts	1.199

Journal des Débats du lundi 9 avril 1832 :

Paris, 8 avril. — Dimanche, à minuit. — La santé de M. Casimir Périer s'est encore améliorée dans la journée. Son état est de plus en plus satisfaisant.

— M. le président du Conseil a envoyé à la préfecture de la Seine douze lits complets et garnis de draps pour être employés au service des hôpitaux supplémentaires.

— Depuis hier le nombre des malades a encore augmenté de 109.

Bulletin officiel :

Total général	3.903
Total des morts	1.494

— Les dons de matelas, de traversins, de draps, de couvertures se multiplient à la préfecture de la Seine.

Le Roi a envoyé en objets de literie tout ce qu'il avait de disponible à Paris : S. M. en fait en outre, venir d'autres des maisons royales.

Ces envois sont très précieux pour l'administration au moment où elle organise à la hâte plusieurs hôpitaux.

Quelle est l'étymologie du mot « opodeldoch » ? — *M. Albert Ullmann* (Fortschritte der Medizin, 20 mars 1931) *essaie d'expliquer l'étymologie de ce mot :*

« L'étymologie du mot « Opodeldok », créé par Paracelse, constitue pour les étymologistes un problème difficile à résoudre. Cependant, Alexandre Moszkowski, a récemment expliqué très clairement l'étymologie de ce mot. Voici, ce qu'il dit « Il est facile de venir rapidement à bout de l'explication des syllabes du début, car « opo » vient sans aucun doute du grec « opos », suc résineux de plante, qui coule spontanément ou que l'on extrait artificiellement des plantes, de même que le suc de pavot est appelé opium, à cause du mot «opion ». Or, dans la composition de la préparation en question, nous trouvons du camphre et de l'essence de romarin, comme éléments principaux; nous devons donc chercher un moyen terme qui s'applique, assez bien, tant au camphrier qu'au romarin. Accordons-nous sur le sens de l'expression « Dolde » qui ne désigne pas seulement une inflorescence, mais aussi — d'après l'origine du mot qui vient du grec « *tholos* » — la cime ramifiée d'un arbre. Un vieil usage de la langue recommandait d'adjoindre les syllabes adjectives « *icus* » à un mot allemand ou germanisé , si bien que dans le langage scientifique, on puisse dire « *doldicus* » au lieu de « doldenhaft » ou de « doldisch » (*Vergangener Sprachsitte lag es nahe einem deutschen oder eingedeutschten Wort die adjektivischen Silben « icus » anzuheften, so daß man also im Gelehrtenjargon fur doldenhaft oder doldisch sagen durfte « doldicus »*.

Ainsi lorsqu'on écrivait le nom d'une préparation médicinale contenant un suc retiré des plantes ou des branches, l'expression « *Opo— doldicus* » paraissait tout à fait compréhensible au médecin et au pharmacien. Si on accepte cette étymologie du mot « Opodeldok, » le casse-tête auquel a donné lieu ce mot, cessera enfin ».

Au départ de Paris, de Lyon et de Marseille les voyageurs de 1re classe, de couchettes et de lits-salon, peuvent obtenir en retenant leur place d'aller qu'on réserve également leur place de retour.

Cette location spéciale est mise à l'essai :

à Paris, gare de Lyon et agence P. L. M., rue Saint-Lazare, 88 ;
à Lyon, gare de Perrache et agence Bellecourt ;
à Marseille, gare Saint-Charles et bureau P. L. M., 17 rue Grignan.

Les voyageurs acquittent d'avance les droits de location d'aller et de retour en déposant une demande écrite qui devra indiquer l'adresse où leur sera envoyé ultérieurement le ticket de la place qui leur a été retenue par la gare de retour.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 17

LE NUMÉRO : 50 Centimes

23 AVRIL 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 11 avril. — M. JOECOTTON. Etude de l'administration des hormones pancréatiques par voie entérale.

14 avril. — M. SIGWALD. L'hypoglycémie. — M. MONCEAU. Etude de la bacillémie tuberculeuse chez l'enfant à l'aide de la méthode de Lowenstein. — M. FOUGOUX. La verrue plantaire et son traitement par l'électrocoagulation. — M. KERBOUL. Hémorragies graves en pratique dentaire, traitement curatif et préventif.

18 avril. — M. DAMON. Le syndrome adiposo-génital d'origine infundibulo-hypophysaire sans tumeur. — M. PANNET. Les névrites arsénobenzéniques. — M. CANALE. Etude de la tension moyenne à l'état normal et dans quelques cas pathologiques. — M. LARRALDE. Conceptions actuelles del'insuffisance cardiaque et son traitement.

19 avril. — Mlle DESCHAMPS. Essai d'exploration pharmaco-dynamique du psychisme des déments précoces. — M. PÉTROFF. Etude de staphylococcémies à formes douloureuses. — M. LAGUZET. Etude du mangalisme et de son étiologie. — M. GIARD. A propos de quelques malformations diaphragmatiques chez le jeune enfant. — M. ROUSSEAU. Décollement de la rétine et traitement par la méthode de Gouin. — M. CRÉMET. Etude des artérites aiguës des membres inférieurs au cours de l'appendicite. — Mlle DUBA. L'iode. — M. DUPUIDENUS. Suppurations typhiques et paratyphiques des kystes de l'ovaire. — M. LARROUMETS. Etude sur les fractures isolées de l'os crochu.

20 avril. — M. POISBEAU. Etude du traitement de la lambliase par les composés arsenicaux. — M. BADARAN. Etude de l'hérédité en pathologie humaine. — M. CUVIER. Le vin, étude générale, rôle antitoxique. — M. FOUCAULT. Considération sur la vaccination antityphoïdique par le vaccin polyvalent chauffé. — M. GOROKHOFF. Influence de l'alimentation dans les pays tropicaux. — M. GOLDENBERG. Etude du décollement traumatique du placenta au cours de la gestation. — Mlle L'HOIR. Etude critique des différents procédés de césarienne dans la systocie pelvienne. — M. DENIS. Etude des luxations divergentes du métatarse. — M. DUSSOUIL. Etude des stases duodénales chroniques associées aux ulcères gastro-duodénaux.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Docteurs Alex (de Roanne), Aucaigne (d'Alger), Baruk (de Saint-Gemmes-sur-Loire), Bessière (de Mende), Cathala (de Cessenon), Dreyfus (de Guebwiller), Fayon (de Pau), Kern (de Thann), Landron (de Saint-Georges-sur-Loire), Le Coniac (de Toulon), Léculier (de Champrougier), Moreau (de la Marolle-en-Sologne), Ozoux (de Saint-Denis, Réunion), Philippe (de Saint-Dié), Schoepfer (de Marmoutier).

Officiers d'Académie. — MM. les Docteurs Barbarroux (de Marseille), Berton (de Saint-Paul), Bonifay (de la Seyne), Bourgeois (de Paris), Championet (de Vesoul), David-Chausse (de Bordeaux), Dejault (du Lude), Flamme (d'Istres), Fragnaud (de Rambouillet), Freysz (de Strasbourg), Girard (de Montbenoit), Giss (de Thionville), Guignot (d'Avignon), Guyomar'ch (de Marseille), Hannes (de Mulhouse), Jeanjean (de Genolhac), Laurens (de Paris), Le Jeune (de Morlaix), Le Page (d'Orléans), Ludwig (d'Arengosse), Mailley (de Marnay), Nouvel (de Vélines), Perdu (d'Amiens), Pierret (de Paris), Ranaivo (de Tananarive), Richard (de Carpentras), Schalk (de Wissembourg), Tourteau (de Pauillac).

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur : F. RATHERY.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies des reins* (du 31 mai au 11 juin 1932.) — Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

HORAIRE DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES. — Mardi 31 mai, 10 heures. Prof. RATHERY : Les théories de la sécrétion rénale. — 5 heures, Dr FROMENT : Albuminurie.

Mercredi 1er juin, 10 heures, Dr Julien MARIE : Polyurie et diabète insipide. — 5 heures, Dr BOLTANSKI : Anuries.

Jeudi 2 juin, 10 heures, Dr Maurice RUDOLF : Les œdèmes rénaux. — 4 heures, Exercices pratiques : Réserve alcaline. — 5 heures, Prof. RATHERY : Acidose rénale.

Vendredi 3 juin, 10 heures, Dr DÉROT : La polyurie provoquée et les épreuves de Volhard. — 4 heures, Exercices pratiques : NaCl dans le sang et dans les urines. — 5 heures, Dr Maurice RUDOLF : Les rétentions chlorurées et l'hypochlorémie.

Samedi 4 juin, 10 heures, Dr FROMENT : La rétention de l'urée. — 4 heures, Exercices pratiques : L'urée dans le sang. — 5 heures, Dr DÉROT : Azote résiduel. Acide urique. Créatininémie. Indoxylémie. Réaction xantho-protéique.

Lundi 6 juin, 10 heures, Dr CHEVASSU : Les méthodes d'exploration chirurgicale en pathologie rénale. — 5 heures, Prof. RATHERY : Lipémie. Hyperprotéidoglycémie.

Mardi 7 juin, 10 heures, Prof. RATHERY : Les classifications des néphrites. — 4 heures, Exercices pratiques : Technique histologique concernant le rein. — 5 heures, Prof. RATHERY : Les lésions anatomo-pathologiques type des néphrites.

Mercredi 8 juin, 10 heures, Dr FROMENT : Néphrite mercurielle. — 5 heures, Dr Germaine DREYFUS-SÉE : Les néphrites infantiles.

Jeudi 9 juin, 10 heures, Prof. RATHERY : Les types cliniques des néphrites chroniques. — 5 heures, Prof. RATHERY : Les types cliniques des néphrites chroniques.

Vendredi 10 juin, 10 heures, Prof. RATHERY : La néphrose lipoïdique. — 5 heures, Dr FROMENT : La syphilis rénale.

Samedi 11 juin, 10 heures, Dr Germaine DREYFUS-SÉE : Les diurétiques. — 5 heures, Prof. RATHERY : Les régimes en pathologie rénale.

Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest. — La Session-Congrès de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest, présidée par le Professeur J. Sellier, se tiendra à la Faculté de médecine les 22 et 23 avril 1932, la journée du 24 sera consacrée

à une excursion dans une région climatique et viticole du Bordelais.

L'ordre du jour des réunions comprendra, notamment : 1° Un rapport sur la pathogénie du diabète, par MM. Delmas-Marsalet et Gré ; 2° un rapport sur le traitement hydrominéral du diabète, par MM. Henri Paillard et Henri Walter ; 3° une conférence par le Professeur Santenoise sur : « Résultats expérimentaux concernant la Vagotonine » ; 4° une conférence par le Professeur Esclangon sur : « Rôle des actions solaires sur les climats » ; 5° des communications individuelles relatives à l'hydrologie et à la climatologie seront admises. Les sujets et les demandes de renseignements doivent être adressés à M. le Dr J. Vergely, secrétaire général, 4, rue d'Enghien, à Bordeaux.

Association française d'urologie. — *Prix Etienne Taesch.* (Donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay, sa veuve.) — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le premier juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décéleront.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier, dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et leurs résultats.

Ce travail, ou un résumé de ce travail, pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Pour l'année 1932, le prix Etienne Taesch sera de 7.500 francs Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1932, à M. le Dr O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris, 7e.

Lyon. — *On lit dans* Le Progrès de Lyon (12 *avril* 1932, *Vie universitaire*) :

L'installation prochaine de cinq services hospitaliers au nouvel hôpital de Grange-Blanche, ravive la rivalité traditionnelle entre le corps médico-chirurgical purement hospitalier et les professeurs de clinique relevant particulièrement de l'Université.

Les hospitaliers n'entendent point qu'on augmente le nombre des lits attribués aux professeurs de clinique. Ceux-ci, au contraire, invoquent l'exemple de Paris, où les services d'enseignement clinique disposent, dans les hôpitaux, d'un minimum de 160 à 180 lits. Ils arguent encore de l'intérêt des malades qui, dans un service réduit, sont constamment tracassés par les étudiants ; à quoi les hospitaliers répondent qu'un chef de service ne saurait soigner utilement, consciencieusement, cent cinquante à deux cents malades.

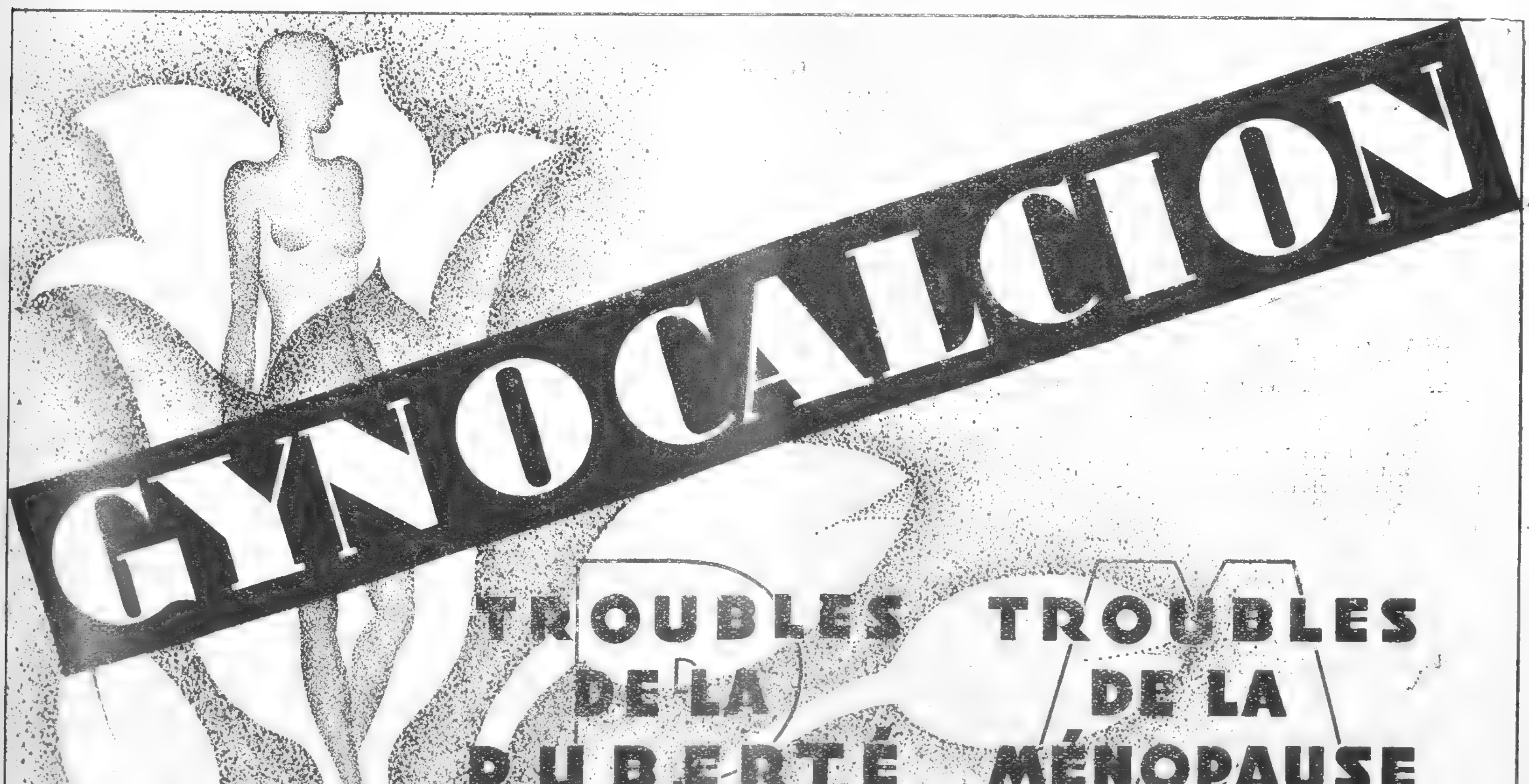
Sans doute, répondent les professeurs de clinique, mais nous nous partagerions la tâche avec des agrégés ou d'anciens médecins et chirurgiens des hôpitaux, et l'enseignement et les malades seraient également satisfaits.

Le débat continue. C'est sans doute le conseil municipal, après consultation du Conseil des hospices, qui le tranchera.

— Le Professeur Policard partira en avril aux Etats-Unis pour une tournée de conférences dans les grandes Universités américaines.

— Le Professeur Firket, de l'Université de Luze a fait (11, 12, 13 avril) trois leçons sur les sujets suivants : Sur la nocivité de certains brouillards dans les régions industrielles. — Les caractères biologiques et radio-biologiques des tissus latents.

Service de santé. — *Mutations.* — Le médecin général Lahaussois, directeur du service de santé de la 6e région, membre du Comité consultatif de santé, est nommé, tout en conser-


GYNOCALCION
TROUBLES DE LA PUBERTÉ
TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
LABORATOIRES CORTIAL. 15. Boulᵈ Pasteur. PARIS

vant ses fonctions actuelles, inspecteur des services chirurgicaux de l'armée.

Le médecin colonel Morel, des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen, maintenu et désigné comme médecin-chef.

Les médecins lieutenants-colonels : Champeaux, de l'hôpital militaire de Bourges, maintenu et désigné comme médecin-chef ; Sergeant, du 1er d'infanterie, à l'hôpital militaire de Lille ; Mulot, des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen, maintenu et désigné comme président de la commission de réforme.

Les médecins commandants : Nugue, du 305e d'artillerie, à l'hôpital militaire de Mulhouse ; Cuzalas, du 81e d'infanterie, aux salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier ; Pauron, du 19e escadron du train, à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains ; Desplats, du 9e dragons, au 19e escadron du train à Paris.

Les médecins capitaines : Luquet, du 353e d'artillerie portée, à l'hôpital militaire d'Oran ; Gélis, du 19e corps d'armée, au 25e tirailleurs algériens, Sarrebourg ; Dubau, des troupes du Maroc, au 22e bataillon d'ouvriers d'artillerie à Vincennes ; Chaudey, du 106e d'infanterie, au 9e dragons, à Epernay.

Le pharmacien commandant CARTIER, de l'hôpital militaire de Nantes, à la pharmacie d'approvisionnement à Bordeaux.

Les pharmaciens capitaines : Kermarrec, de l'hôpital militaire de Belfort, à l'hôpital militaire de Nantes ; Meesmaecker, professeur agrégé du Val-de-Grâce, aux troupes du Maroc ; Couty, de l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé, à l'hôpital militaire de Belfort.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XXXVIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Limoges du 25 au 30 juillet 1932.

Président : M. le Professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; vice-président : M. le Professeur Georges Guillain, de Paris ; secrétaire général permanent : M. le Docteur René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine (Seine) ; secrétaire annuel : M. le Docteur Calmettes, médecin-chef de l'Asile de Naugeat, près Limoges (Haute-Vienne) ; trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Vanves.

Les questions suivantes ont été choisies par l'assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVIe session :

Psychiatrie : Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie. — Rapporteur : M. le Docteur Achille DELMAS, médecin-directeur de la Maison de santé d'Ivry-sur-Seine (Seine).

Neurologie. — Les leucoencéphalites et autres affections diffuses de la substance blanche du cerveau. — Rapporteur : M. le Docteur M. MOREAU, assistant à l'Université de Liège, chef du Service de neurologie à l'hôpital d'Ougrée-Marihaye.

Assistance : La protection des biens des psychopathes : le rôle actuel du curateur à la personne, celui qu'il devrait jouer. — Rapporteur : M. le Docteur LAUZIER, médecin-chef de la Maison de santé de Fitz-James, à Clermont-de-l'Oise.

Cette session coïncidera avec la cérémonie d'inauguration, à l'Ecole de médecine de Limoges, d'un buste du Professeur Gilbert Ballet, ancien président du Congrès.

N. B. — Les *inscriptions* sont reçues par le Dr VIGNAUD, trésorier, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).

Le prix de la cotisation annuelle est de 75 francs pour les membres titulaires de l'Association. Pour être membre titulaire, il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité.

En plus des membres titulaires, peuvent être inscrits à chaque session des membres adhérents et des membres associés. Le prix de la cotisation est de 80 francs pour les membres adhérents et de 50 francss pour les membres associés.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la XXXVIe session, inscrits avant le 15 juin 1932, recevront les rapports dès leur publication.

Nécrologie. — Docteur E. BARBULÉE, de Paris, 205, faubourg Saint-Martin (Xe). — Docteur BENOIST, de Pithiviers (Loiret). — Docteur Adolphe BLOCH, de Paris, 24, rue d'Aumale (IXe). — Docteur André GILLOT-CARTET, de Chateaurenard (Bouches-du-Rhône), décédé dans sa 44e année. — Docteur Henri ROTHAMEL, médecin de l'Assistance publique en Indo-Chine. — Professeur Ernest FRIEDBERGER, directeur de l'Institut Duhlem pour les études sur l'immunité, décédé à l'âge de 57 ans. — Professeur Gustav ALEXANDER, de Vienne, assassiné devant son domicile par un de ses anciens malades.


DANS LES AFFECTIONS SAISONNIÈRES
DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES
CORYZA AIGU
RHUME des FOINS
TRACHÉO-BRONCHITE
CORYPHÉDRINE
ASSOCIATION D'
ET D'
SE PRESCRIT SOUS FORME
DE COMPRIMÉS CONTENANT:
Aspirine 0,50
Sanédrine 0,015
(tubes de 20 comprimés)
à raison de 1 à 4 comprimés
par 24 heures en prises espacées
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
marques "POULENC frères" & "USINES du RHÔNE"
21 rue Jean Goujon PARIS 8e

TRAVAUX ORIGINAUX

Anthéma et grandes hémorragies

Par MM. H. DUFOUR et LE HELLO

Dans la pratique médico-chirurgicale les hémorragies de moyenne intensité sont évidemment les plus fréquentes, et tous les médecins connaissent l'usage, et la technique devenue classique, des injections d'anthéma pour les combattre avec rapidité.

Devant les grandes hémorragies, celles qui sont d'emblée inquiétantes par leur abondance ; devant celles aussi qui le sont par leur persistance, le médecin peut se demander s'il n'a pas avantage à avoir recours à la transfusion sanguine pour arrêter la perte de sang. Disons dès l'abord que les deux procédés thérapeutiques ne s'opposent d'ailleurs nullement l'un à l'autre, et qu'ils ont pu être associés comme le montrent certaines observations.

Nous voulons montrer ici comment les injections d'anthéma se suffisent à elles-mêmes dans le traitement de grands processus hémorragiques.

La notion qui domine pour l'emploi de l'anthéma dans cette éventualité, c'est qu'il importe de savoir se servir de doses suffisantes. Trop de médecins prétendent demander à un sérum une action immédiate avec des doses minima. N'est-on pas amené à utiliser des doses considérables de sérum antitoxique pour vaincre certaines maladies infectieuses aiguës ? Dans le cas de la médication sérique antihémorragique, on doit comprendre qu'il importe de fournir à l'organisme une quantité suffisante de substances coagulantes.

Dans une de nos observations on pourra voir qu'après avoir eu recours à l'anthéma, on eut recours à la transfusion ; que celle-ci s'étant montrée inefficace, il fallut revenir au sérum antihémorragique. On avait manqué de patience, et de persévérance, et la dose nécessaire n'avait pas été atteinte. Voici ce que nous conseillons :

Injecter d'emblée 20 c.c au minimum. Avoir l'œil sur l'hémorragie et répéter cette dose et même des doses supérieures, à quelques heures d'intervalle, autant de fois qu'il le faudra. Après avoir utilisé 60 c.c. à 70 c.c. d'anthéma, on aura avantage alors à injecter le sérum dilué dans 250 ou 500 c.c. de sérum physiologique, afin de lutter plus efficacement contre la déshydratation. Le sérum glucosé pourra être également utilisé. La crainte des accidents sériques, d'ailleurs exceptionnels avec le sérum sérique et peu graves, ne doit pas, nous l'avons souvent dit, entrer en ligne de compte.

L'avantage dira-t-on, de la transfusion sanguine, réside dans l'apport des éléments figurés de la masse sanguine. C'est évident ; mais il faut aussi tenir compte dans la médication sérique de l'élément reconstituant appporté par le sérum animal, apport que nous renforçons encore par l'adjonction de sérum physiologique.

La transfusion sanguine présente sans nul doute des difficultés plus grandes dans la pratique. Elle doit être faite dans des conditions de sécurité absolue, et même avec une technique irréprochable ; des cas de transmission de syphilis, n'ont-ils pas été publiés à maintes reprises.

Si d'autre part, dans les grandes agglomérations, il existe des donneurs toujours prêts, s'il est facile de pratiquer l'étude des groupes sanguins, etc., il ne faut pas oublier que nombre de médecins et de chirurgiens, ne disposent pas aussi facilement de ces moyens immédiats. Ceux-là donneront leur préférence à un moyen simple, et auront tout avantage à recourir aux injections sous-cutanées d'un sérum qui a fait ses preuves. Si les doses de sérum antihémorragique nécessaires pour juguler une grande hémorragie, sont parfois assez considérables, elles ne sont nullement comparables aux doses de sang transfusé. Dans plusieurs des observations rapportées ici, on pourra noter des doses de 70 c.c. environ d'anthéma. Même si des doses supérieures sont nécessaires, elles restent largement au-dessous des quantités de sang utilisées dans la transfusion.

Ne trouve-t-on pas dans une récente observation des Docteurs Tzanck et Vivier, une dose de quatre litres de sang transfusé en quatre jours sans pouvoir arrêter une hémorragie persistante. En admettant que ce cas particulier soit exceptionnel, la dose de 300 c.c. est courante pour une transfusion. Le sang fournissant environ moitié de sérum sur la saignée totale cela correspond donc à 150 c.c. de sérum humain. Ceci revient à dire que lorsqu'on injecte à un malade 50 c.c. d'anthéma pour arriver au résultat cherché, cette dose correspond à une transfusion de 100 c.c., ce qui serait considéré comme une dose tout à fait insuffisante pour remédier à une forte hémorragie.

L'emploi de l'anthéma est de plus économique pour le malade. Il l'est aussi pour la collectivité payante : si nous prenons l'exemple de l'observation 7, où, un malade avait été adressé à l'hôpital pour recevoir une transfusion, on trouve par un calcul, dont nous dispenserons les lecteurs, que le résultat demandé fut obtenu avec une quantité d'anthéma correspondant à une dépense moitié moindre que celle d'une transfusion. Résultat appréciable pour une administration hospitalière.

Suivent les observations qui nous ont paru intéressantes à rapporter à l'appui de notre démonstration.

I. Observation du Docteur H. Dufour.

M. L..., originaire de Cuba, a été opéré deux fois en Amérique du Sud pour hémorroïdes. Venu à Paris, il est opéré à nouveau pour la même infirmité.

Une hémorragie considérable se produit après l'intervention au niveau des plaies opératoires. Ecoulement abondant de sang rouge et de caillots.

On injecta six ampoules d'anthéma dans les 48 heures, la dernière dans du sérum physiologique.

Malgré ce traitement l'hémorragie persiste, on pratique alors une transfusion de 300 c.c. L'hémorragie ne cède pas à cette transfusion, on revient à l'anthéma et l'hémorragie s'arrête après 40 c.c. dont 10 c.c. mélangés à du sérum physiologique.

II. Observation du Docteur H. Dufour.

M. B..., 76 ans. A présenté à 68 ans et 73 ans des gastrorrhagies brutales et considérables avec hématémèses et mælena, syncopes, état lipothymique mettant chaque fois sa vie gravement en danger.

A chacune de ces hémorragies le malade a reçu en injections sous-cutanées soit pures, soit mélangées à du sérum physiologique, sept ampoules d'anthéma. Chaque fois l'hémorragie a complètement cédé à ce traitement.

A la seconde crise, l'hémorragie étant complètement arrêtée, il a été fait une tranfusion de 300 c.c. pour lutter contre l'anémie consécutive.

A noter que malgré les examens répétés aucune lésion gastrique ne put être décelée. Le malade est un ancien syphilitique et chacune des hémorragies s'est produite à l'occasion d'une infection d'allure grippale.

III. Observation du Docteur Mendelssohn.

M. Z..., 76 ans, officier en retraite d'une nation sud-américaine.

Le Docteur Mendelssohn est appelé le dimanche 2 août 1931, près de ce malade qui présente une épistaxis énorme depuis le vendredi. Cette hémorragie a résisté aux tamponnements pratiqués pour la combattre. Le malade est littéralement saigné à blanc, en état de schock grave.

Appelé pour faire une transfusion le Docteur Mendelssohn juge urgent de recourir à l'anthéma. Une injection de 10 c.c. amène en un quart d'heure l'arrêt de l'hémorragie. Par précaution une nouvelle injection de 10 c.c. est faite trois heures après. Aucun

saignement ne se reproduit. Le lendemain l'examen clinique montre qu'il s'agit d'un ancien spécifique, aortique, hypertendu et de plus, diabétique.

Il existe un point hémorragique dans la fosse nasale gauche, c'est le vaisseau qui a saigné.

Quelques jours plus tard au cours d'une cautérisation de ce point à l'acide chronique, se produit une légère reprise du saignement, aussitôt jugulé par une nouvelle injection d'anthéma. Le Docteur Mendelssohn insiste sur la rapidité d'action du sérum et sur l'effet hypotensif momentané favorable à l'arrêt de l'hémorragie.

IV. Observation du Docteur Dussac.

En août 1931, le Docteur H..., 75 ans, présente une abondante épistaxis, qui a résisté à deux tamponnements dont un postérieur.

Le Docteur Dussac étant absent n'est appelé que le quatrième jour. Il pratique une injection de 10 c.c. d'anthéma et une nouvelle injection le lendemain. L'hémorragie cesse définitivement. Mais on pratique par précaution une injection chacun des trois jours suivants, soit en tout 50 c.c.

V. Observation du Docteur D. (auto-observation).

Hémorragie gastrique formidable consécutive à un ulcus duodénal. L'hémorragie commence brusquement dans la nuit. Elle est jugulée par l'injection de quatre ampoules d'anthéma faites à quelques heures d'intervalle. Aucune hémorragie ne se reproduit jusqu'à l'intervention.

VI. Observation du Docteur H. Dufour. Hôpital Broussais.

M. P..., 72 ans, entrée à l'hôpital le 31 décembre 1931, pour une abondante épistaxis. La malade a beaucoup saigné, elle est en état de schock et a été adressée à l'hôpital pour transfusion.

31 décembre : injection de 20 c.c. d'anthéma.

L'hémorragie s'arrête. Il persiste le lendemain un léger suintement :

1er janvier injection de 10 c.c.

2 janvier reprise de l'hémorragie. On injecte 30 c.c. avec sérum physiologique.

3 janvier 20 c.c. avec sérum physiologique.

Cette malade a reçu au total 80 c.c. Il s'agissait d'une hépatique, non hypertendue.

VII. Observation du Docteur H. Dufour. Hôpital Broussais

M. S..., malade de 35 ans, est envoyé à l'hôpital par son médecin pour recevoir une transfusion.

Le malade présente des hémorragies gastriques abondantes et qui persistent à son entrée dans le service.

Il reçoit en 36 heures une dose de 70 c.c. d'anthéma et guérit sans complications et complètement sans transfusion.

Il s'agisssit d'un ulcus gastrique.

VIII. Observation du Docteur H. Dufour. Hôpital Broussais

M..., 45 ans, maçon entre dans le service le 12 octobre 1931, pour hématémèse abondante avec caillots. Etat grave. Le malade dit avoir vomi six fois du sang depuis la veille. Le médecin a d'ailleurs déjà injecté, en ville, 20 c.c. d'anthéma avant l'entrée à l'hôpital pour tranfusion. A son entrée, il n'y a plus d'hématémèse. Le lendemain nouvelle hématémèse. On injecte 30 c.c. d'anthéma dans 500 c.c. de sérum glucosé.

Puis le jour suivant 20 c.c. dans 500 c.c. de sérum glucosé.

Soit au total 70 c.c. de sérum-sérique antihémorragique.

L'hémorragie est complètement et définitivement jugulée.

Il s'agissait d'un éthylique avec gros foie.

« Oui, la chirurgie a l'air, en ce moment, de souffrir d'un marasme qu'elle n'a point prévu, certes, aux temps de ses grandes conquêtes. Exemple : il y a, tous les ans, un Congrès de chirurgie où l'on étudie une ou plusieurs grandes questions choisies d'avance : c'étaient là, jusqu'à l'heure actuelle, des occasions de mises au point difficiles, de controverses, d'études fécondes. Or, si extravagante que la chose puisse paraître, il semble qu'on ne trouve plus d'aliment à discussions, de questions dignes de susciter un mouvement réel d'intérêt, il faut en revenir à des sujets battus et rebattus, et il n'est pas très étonnant que tout cela prenne une tournure un peu morne ». (Jean FIOLLE. La chirurgie moderne : tendances, buts. *La Revue de Paris*, 15 mars 1932.)

L'Hypotonie myocardique essentielle (1)

Par le Docteur **A. MOUGEOT** (de Royat)

Divers auteurs ont montré que l'on peut mourir d'insuffisance progressive du myocarde alors que, si l'examen anatomique *post mortem* vient à pouvoir être pratiqué, il reste impossible de trouver, même à l'aide des recherches les plus minutieuses et des techniques perfectionnées, aucune lésion capable d'expliquer la déchéance fatale du muscle cardiaque. Lian le montre bien dès 1921, dans son livre faisant partie du Traité Sergent.

Déjà l'Ecole lyonnaise (Paviot) avait attiré l'attention sur ces faits déconcertants en leur réservant le nom très peu satisfaisant d'hypertrophie primitive idiopathique ; Josué et Belloir les avaient décrits sous le terme de « asystolie surrénale » ; ils sont considérés par C. Lian sous le terme meilleur d'hypodynamie du myocarde. MM. Laubry et Walser reprennent cette étude, préférant le terme de myocardie, critiqué par d'aucuns, et auquel nous désirons, d'accord avec M. le Professeur Loeper, substituer celui de « asthénie ou hypotonie myocardique essentielle ». Toutefois, il faut reconnaître que parmi ces publications, l'une fait date et constitue pour ainsi dire le travail fondamental, c'est la thèse de Walser (Paris 1925, n° 323) avec le titre de « myocardie ».

Notre conférence sera, nous l'espérons, suffisamment documentée si nous nous bornons à trois chapitres :

a) La description clinique ;
b) L'explication physiologique ;
c) Le traitement.

***

Nous avons vu avec Laubry un homme d'une cinquantaine d'années présenter le syndrome typique à la suite d'émotions violentes ; comme maire d'une commune envahie pendant la grande guerre, il avait été plusieurs fois condamné à mort et sans raison plausible par les Allemands qui, par un raffinement de cruauté, l'obligeaient chaque fois à creuser sa tombe, le peloton d'exécution tirait avec des cartouches à blanc. Le malade présentait un galop qui était présystolique à la première révolution cardiaque, puis méso-diastolique à la seconde révolution, puis proto-diastolique à la troisième ; enfin arrivait une pause, et le cycle recommençait. La mort survint au bout de six mois, sans possibilité d'examen anatomique.

Mais plusieurs des observations fondamentales de Walser sont accompagnées d'examens *post mortem*, et permettent de donner les symptômes dominants.

C'est avant tout le bruit de galop, la dilatation du cœur avec assourdissements des bruits systoliques ; plus tard le soufffe systolique, doux, lointain, de l'insuffisance mitrale fonctionnelle. Enfin le tableau complet de l'hyposystolie progressive, le rythme restant régulier dans la majorité des cas. Les tensions maxima et minima tendent à se rapprocher ; au total, rien de caractéristique. Souvent le pouls devient alternant. A l'écran, le cœur est gros, avec une forme sphérique.

Les troubles fonctionnels sont ceux qui accompagnent toutes les insuffisances cardiaques : la dyspnée et la douleur thoracique à caractères angineux.

L'électrocardiographie reste muette ou à peu près vis-à-vis d'un syndrome aussi nettement myocardique ; ou bien le tracé est normal ; ou bien on peut parfois trouver un allongement de l'intervalle auriculo-ventriculaire, un élargissement de l'onde R ; mais tout cela me paraît lié à la dilatation des cavités du cœur, que démontre l'aspect sphérique du cœur à l'examen radioscopique. En somme toutes ces constatations sont de la plus grande

(1) Conférence donnée le 26 février 1932 à la Clinique médicale d'Alger (Professeur Aubry).

banalité et le syndrome ne prend son caractère que parce qu'il ne trouve sa filiation dans aucune lésion valvulaire ou artérielle préalable ou concomitante, et dans aucune étiologie apparente ; et aussi parce que, sans lésion appréciable du muscle cardiaque, la déchéance est souvent progressive, inexorable et conduit fatalement à la mort, les médicaments restant sans réponse.

Le syndrome n'est pas rare, il est tout particulièrement fréquent dans l'hypertension artérielle pure et l'on voit trop souvent les hypertendus supporter parfaitement pendant des années des tensions élevées comme 25-15 et brusquement entrer dans l'insuffisance myocardique, soit sans cause appréciable, soit à la suite de secousses morales, telles que la maladie ou la mort d'un époux ou d'un enfant, les soucis d'affaires, les revers de fortune, soit encore parce que le malade s'est soumis à un régime diététique sévère.

Nous avons jusqu'ici considéré les cas simples ; il en est d'associés, et aussi, heureusement, des formes bénignes, par opposition aux formes primitives et fatales. M. Lian dans le *Progrès médical*, 30 juillet 1927, a eu raison de mettre en lumière ces formes bénignes, au cours d'un excellent article. Ce sont ces bruits de galop qui ne durent que quelques heures, au plus quelques jours, au cours d'une maladie infectieuse, telle que typhoïde ou diphtérie. La durée est tellement courte, le retour *ad integrum* si parfait que l'on ne peut songer à une myocardite infectieuse que pour l'éliminer. Cependant le bruit de galop a signé d'une façon l'atteinte fonctionnelle du muscle cardiaque.

Bruit de galop, dilatation du cœur, mauvaise réponse à la digitale et au strophantus, caractère primitif du syndrome, voilà ce qui signe l'hypotonie essentielle du myocarde, alors que l'examen anatomique reste muet.

Dans son excellente thèse, Walser, cherchant à rendre compte du mécanisme pathogénique de ces faits, passe en revue toutes les hypothèses possibles sans trouver aucune théorie qui puisse s'accorder avec la généralité des observations.

Il discute successivement : 1) l'influence du système nerveux autonome : nous croyons que le sympathique ne peut être invoqué ; mais que l'excitation du X et notamment sa compression par un goitre compromettent la tonicité myocardique (Loeper et Mougeotin *Monde Médical*, 1927) et favorisent ou créent l'asthénie cardiaque essentielle.

2) La méiopragie par insuffisance d'irrigation coronaire, que nous ne concevons pas en dehors de lésions constatables.

3) L'insuffisance de sucre sanguin (hypoglycémie) parce que souvent on obtient de beaux résultats du sérum glucosé et nous nous rallions à son opinion, le sucre du sang étant la source du glycogène cardiaque.

4) La teneur du sang en calcium, en K, en CO^2 ; rien de précis à appliquer à la question ; aucune observation clinique n'a pu jusqu'ici s'appuyer sur des troubles nets du chimisme sanguin.

5) Les endocrines : *surrénales* (Josué et Belloir ont montré que, dans certains cas, le rapport pondéral des surrénales comparées au muscle cardiaque se montrait très faible).

Insuffisance thyroïdienne : Laubry et Musso-Fournier ont pu fournir une seule et unique observation de succès thérapeutique à l'aide de l'opothérapie thyroïdienne. J'ai obtenu deux succès dans lesquels l'opothérapie testiculaire a bien joué son rôle.

J'insisterai avec Lian sur les causes morales et je crois qu'il en résulte une perturbation dans l'élaboration des diastases par les cellules de l'organisme, que l'amylase du sang soit trop abondante comme cela arrive dans les néphrites, que les oxydases manquent, qu'il y ait hypoglycémie, ou que la réserve en glycogène s'épuise. Nous allons développer ces hypothèses, et les asseoir sur bon nombre de données expérimentales.

* * *

Nous avons été amenés à une conception nouvelle de l'hypotonie myocardique essentielle ; nous vous soumettrons une théorie propre à rendre compte des faits observés, à en expliquer la pathogénie, dans leur généralité, et à conduire à une thérapeutique plus efficace. Notre thèse se résume ainsi : le syndrome représente une maladie du tonus ; le substratum du tonus myocardique se trouve dans sa réserve glycogénée ; le myocarde puise dans cette réserve à l'aide de son amylase, et la reconstitue à l'aide d'une oxydase, en utilisant l'acide lactique et le glycose du sang : l'insuline facilite cette reconstitution. On le voit, cette conception fait intervenir au premier chef les diastases et les hormones.

L'existence d'un tonus dans le muscle strié est bien connue : c'est elle qui fait la rétraction des tendons sectionnés, et l'attitude vicieuse en cas de paralysie infantile, lorsque la poliomyélite antérieure a supprimé la tonicité des muscles fléchisseurs du pied, et par suite la force antagoniste qui s'opposait à la suprématie du tendon d'Achille.

Il s'en faut que la définition du tonus musculaire soit facile à donner : essayons-là cependant. Le tonus est cette demi-contraction permanente qui fait que la fibre reste, en dehors des contractions massives et transitoires du muscle, plus courte que lorsqu'il y a paralysie ou mort.

Transportons-nous dans le domaine cardiaque ; le tonus est cette propriété qui permet au muscle cardiaque, organe creux, de résister à la poussée et à la dilatation que tendent à produire l'arrivée continuelle du sang veineux. Il signe son existence sous forme des ondes *h* et *h'* que l'on relève sur le tracé jugulaire en cas de ralentissement du rythme.

Le tonus du myocarde, pour tous les physiologistes à l'exception du célèbre Starling, possède une existence certaine et une grande importance pathologique. C'est, dit Hering, « la propriété qu'a le muscle cardiaque de modifier la longueur de ses fibres par une action vitale indépendante de la contractilité ».

François Franck (*Arch. de Physiol.*, 1891, p. 478 et 575) en prouve l'existence chez le chien à l'aide d'une excitation très discrète du pneumogastrique, insuffisante pour amener l'arrêt des contractions et suffisante pour provoquer un allongement hypotonique des fibres. Vous voyez projeté sur l'écran le tracé de François Franck.

Gaskell (*Arch. of Physiology*, t. III, p. 53, Anno, 1880-82) fait varier expérimentalement la tonicité du myocarde de tortue, avec les alcalis, la digitale, qui l'augmentent ; avec les acides, la muscarine, qui la diminuent.

Sur le ventricule isolé de l'escargot, j'ai obtenu dans le laboratoire de M. le Professeur Loeper des tracés dont je vais vous projeter une partie. La plupart ont déjà paru dans les *Annales d'Hydrologie de Paris*, 1930.

Vous voyez de la façon la plus nette que la ligne des abaissements diastoliques, mesurant le tonus du myocarde, s'élève toujours sous l'influence de la diminution de la concentration moléculaire, de l'addition des sulfates alcalino-terreux, soit en solution artificielle, soit à l'état d'eaux minérales sulfatées ; qu'elle s'abaisse sous l'influence de la pepsine, de l'eau minérale de Saint-Nectaire, etc.

Ces réactions ont été constantes. La plus nette est celle due à la pepsine ; mais elle ne saurait asseoir une théorie pathogénique, car la pepsine n'agit qu'à la forte concentration de 1/1500 ; de plus elle est empêchée par une faible dose d'atropine, donc elle n'altère pas la fibre myocardique ; elle ne déprime son tonus que par excitation des terminaisons intra-cardiaques des nerfs cardio-inhibiteurs. Jamais on ne trouve dans le sang la pepsine à la concentration nécessaire pour abaisser le tonus du myocarde.

L'asthénie myocardique essentielle ou myocardie ne peut recevoir une étiquette anatomique ; mais elle répond, en l'absence de toute lésion constatable, à une définition physiologique : c'est la maladie de la perte progressive de la tonicité myocardique.

Il est apparu à M. Loeper et à ses collaborateurs, que le substratum de la tonicité pourrait bien n'être autre chose que la réserve de glycogène. Et voici les arguments sur lesquels nous pouvons nous appuyer.

Depuis bien longtemps, on dit que le muscle trouve dans les sucres du sang son aliment énergétique, et que ces sucres trouvent leur source dans le glycogène répandu un peu partout dans le foie et les autres tissus. Les fibres musculaires striées contiennent du glycogène en quantité très notable bien que inférieure aux tissus embryonnaires. La fibre myocardique en est inégalement pourvue ; elle en est spécialement riche au niveau des vestiges du tube cardiaque primitif (MM. Loeper et A. Lemaire, Soc. de biologie, 25 janvier 1930, *in* C.R., tome CIII, page 209), c'est-à-dire dans les nodules d'automatisme et dans le faisceau de conduction auriculo-ventriculaire. Le métabolisme du glycogène et sa transformation en glucose ne se conçoivent que par l'intervention d'une amylase. Nous pensons que le glycose du sang sert à constituer la réserve glycogénée du myocarde ; et que la fibre musculaire puise son énergie non pas dans le sucre sanguin mais dans son propre glycogène qu'elle digère *in situ* à l'aide de son amylase.

Mon maître et ami, M. Loeper, a jugé intéressant de rechercher la teneur comparée en amylase des diverses portions du muscle cardiaque (MM. Loeper, A. Lemaire et J. Tonnet, Soc. biologie, vol. CIII, 25 janvier 1930, p. 211) ; la proportion est moindre dans les vestiges embryonnaires, qui conservent après la mort une richesse considérable en glycogène ; elle est plus forte dans les portions non différentiées, véritables éléments propulseurs, qui perdent rapidement après la mort leur teneur en glycogène.

On sait encore depuis peu que la fibre musculaire est capable de régénérer *in situ* le glycogène dépensé pour une production d'énergie. La combustion du glucose par activité musculaire produit du CO^2 et de l'acide lactique. Si l'on met en présence *in vitro* du suc musculaire et de l'acide lactique, on obtient, en présence d'acide hexosephosphorique, à condition que l'oxygène soit présent et que le suc musculaire n'ait pas été chauffé, une néoformation de glucose et de glycogène. Il semble donc bien que cette transformation soit en définitive l'œuvre d'une oxydase directe, et l'on arrive à cette conclusion que l'essentiel de l'énergétique du myocarde tient à l'activité de deux ferments : l'amylase qui transforme la réserve glycogénée en un matériau directement utilisé, et une oxydase qui reconstitue la réserve en partant de l'acide lactique, résidu de la combustion.

De là à étudier l'action des diverses diastases sur le fonctionnement du cœur isolé, il n'y avait qu'une suite logique : sur la demande de Loeper, dans son laboratoire, je me suis chargé de ce travail, choisissant le ventricule isolé de l'escargot en survie dans la solution Ringer.

Avec MM. Loeper et A. Lemaire (Soc. de Biologie, 10 mai 1930, in C. R., T. CIV, p. 160) nous avons passé en revue les principaux ferments digestifs. La trypsine est indifférente ; la pepsine déprime le tonus, augmente l'amplitude des battements, elle ne possède aucun effet sur le rythme, elle respecte l'activité cardiaque.

Seule l'amylase se montre néfaste. Qu'il s'agisse de la ptyaline, de l'amylase pancréatique, de l'amylase d'orge (cette dernière agissant moins vite et moins fort), les ferments amylolytiques arrêtent vite le cœur, après l'avoir rendu faible et irrégulier ou alternant.

Les cœurs ainsi arrêtés par l'amylase, ont été immédiatement plongés dans de l'alcool absolu, et l'examen histologique nous a montré que ces cœurs avaient perdu tout leur glycogène, tandis que les témoins ayant battu pendant 48 heures dans un Ringer glucosé conservaient leur glycogène.

Il est dès lors impossible de ne pas attribuer dans la pathogénie des asthénies myocardiques un rôle essentiel à des troubles dans le métabolisme du glycogène (MM. Loeper, Lemaire et Mougeot : « Le rôle du glycogène dans l'activité du cœur d'escargot, *C. R. Académie des Sciences*, vol. CXC, p. 950, 14 avril 1930 et *ibid.*, p. 971, 10 mai 1930) dans son utilisation, dans sa digestion amylolytique et dans sa reconstitution par une oxydase.

Bien certainement, Messieurs, vous auriez été tout à fait convaincus si nous vous apportions des coupes prélevées sur des malades morts d'hypotonie essentielle du myocarde, et si ces coupes colorées à la gomme iodée montraient la disparition du glycogène, alors qu'elles restent vierges de toute autre altération anatomique. Hélas, cette preuve est impossible à fournir. Pour apprécier la teneur en glycogène, il est absolument nécessaire de prélever les pièces immédiatement après la mort, et les plonger aussitôt dans l'alcool absolu. Sinon l'amylase détruit rapidement le glycogène.

Une telle technique est inapplicable en fait de recherches hospitalières, mais elle a fourni sa preuve, à notre avis bien convaincante, chez les animaux de laboratoire, dans une publication parue après nos propres notes, de la part de deux auteurs de langue allemande : Wassermeyer und Jacobi, *Arch. f. Exper. Pathol. u. Pharmak*, 1930, vol. CLV, p. 70-90.

Sur le lapin, si l'on crée une insuffisance traumatique et expérimentale des valvules aortiques, on observe une phase (21ᵉ au 37ᵉ jour) de mauvaise tolérance du myocarde qui précisément à ce moment se montre pauvre en glycogène ; et le pouvoir synthétique de l'acide héxose-phosphorique sanguin se montre faible ; puis après trois mois survient une période de super-compensation qui correspond à un pouvoir synthétique plus grand que normal pour l'acide héxose-phosphorique, et aussi à une teneur forte du myocarde en glycogène.

Nous avons encore colligé nombre de constatations expérimentales qui rendent parfaitement compte des faits consignés par la clinique, à savoir que l'hypotonie myocardique survient plus facilement chez les malades soumis à un régime trop sévère, et qu'elle répond fort mal à la digitale et au strophantus, alors que la situation semble indiquer ces médicaments à fortes doses.

Le ventricule isolé de l'escargot peut battre dans une solution artificielle dépourvue de glucose (Léon Binet et Perlès), mais il bat mieux et plus longtemps en milieu glucosé.

Son fonctionnement est meilleur s'il est prélevé au début de la période d'hivernation, par comparaison avec celui de l'animal qui est resté plusieurs mois en période d'inanition hivernale, pendant laquelle la réserve glycogénée diminue.

Donc, le cœur consomme son glycogène ; il fonctionne mieux en milieu sucré. Il utilise le glucose du milieu, surtout en présence d'extrait pancréatique.

Les amylases sont néfastes parce qu'elles détruisent le glycogène intra-cardiaque (Loeper, A. Lemaire et A. Mougeot. « Le rôle du glycogène dans l'activité du cœur d'escargot ». *Académie des Sciences*, 14 avril 1930, *in* C. R., vol, 190, p. 950).

Nous avons cherché (MM. Loeper, A. Mougeot, R. Degos et S. de Seze : « Glycogène du cœur et médicaments cardiaques », *Académie des Sciences*, 23 avril 1930, *in* C. R., vol. 190, p. 971) l'influence de l'ouabaïne, de la digitaline, de l'acétylcholine, de l'adrénaline, de la quinidine *in vitro* sur l'escargot. L'acétylcholine arrête brutalement le cœur qui a conservé son glycogène ; la quinidine conserve les contractions et le glycogène ; l'adrénaline le fait disparaître ; l'ouabaïne et la digitaline font fondre la réserve glycogénée du cœur arythmique, à fortes doses. Nous avons poursuivi les mêmes recherches *in vivo* sur lapin et cobayes après quinze jours d'injections glycosées : L'acétylcholine conserve la réserve glycogénée et la quinidine aussi ; ce sont des médicaments d'épargne : les médicaments tonicardiaques à fortes doses la consomment, l'adrénaline la supprime.

Dès lors on conçoit que si l'hypotonie myocardique

est fonction de la pauvreté du cœur en glycogène, le malade ne pourra réagir bien à la digitale et au strophantus qui ont pour effet de l'appauvrir davantage en glycogène. *Or, c'est précisément ce que nous apprend la clinique.*

***

De là l'indication majeure pour la thérapeutique ; fournir du glucose au muscle cardiaque, ce que les praticiens réalisent depuis assez longtemps par le régime sucré ; *et de plus, faciliter au myocarde la reconstitution de sa réserve glycogénée.* Cette dernière conception est plus récente, et elle se trouvait former la suite logique de nos recherches sur l'action des divers ferments solubles quant au tonus et au glycogène de la fibre myocardique. C'est pourquoi, dès les premières semaines de 1930, M. Loeper et ses collaborateurs employaient l'insuline comme médicament propre à maintenir et à refaire la réserve glycogénée.

On sait, en effet, la grande activité de cette hormone dans le métabolisme des hydrates de carbone. Les succès thérapeutiques sont venus confirmer les conceptions expérimentales.

Chaque fois que vos malades montreront une défaillance du myocarde, surtout si elle est apparemment primitive, vous leur donnerez un régime riche en sucres, boissons très sucrées, fruits confits, confitures, compotes, jus de raisin non fermenté, fruits secs tels que dattes, raisins secs, figues. En cas d'urgence, vous employez les injections glucosées. Mais vous n'oublierez pas d'y adjoindre ce qui paraît constituer un sérieux progrès dans la thérapeutique : l'injection quotidienne sous-cutanée d'insuline dont les doses seront faibles, ordinairement 3 ou 5 unités, 10 unités au maximum. Sous l'influence de cette association, sucre et insuline, vous verrez que les malades recommenceront à bien réagir à la digitale et au strophantus et cela, très vraisemblablement, est dû à ce que vous aurez réussi à régénérer la réserve glycogénée de la fibre cardiaque. Les succès de la médication insulinique, obtenus par M. Loeper, ont été aussitôt confirmés par Kisthinios, Vaquez, Gomez, René Giroux, Bickel, et encore par M. Rimbaud (de Montpellier), et vous aurez intérêt à lire dans la thèse de Claude-Anselme Martin (Montpellier, 1931) le rôle efficace de l'insuline dans la médication tonicardiaque, considéré des points de vue théorique et pratique.

***

Nous avons été élevés dans la médecine par des maîtres vénérés qui ont vécu à l'époque où l'on croyait trouver dans l'analyse de plus en plus minutieuse des lésions anatomiques, l'explication de tous les troubles morbides graves. Ce qu'a édifié ainsi l'anatomie pathologique reste solidement établi. Mais certaines maladies lui échappent, et l'asthénie myocardique essentielle vient de nous en fournir une preuve manifeste et convaincante. C'est pourquoi la génération actuelle voit la médecine sous l'angle du trouble fonctionnel plus qu'anatomique.

La question qui nous a occupés aujourd'hui comporte bien peu de précisions dans sa partie clinique. Elle nous a amenés à disserter sur la nutrition intime de la fibre myocardique ; et à ce moment, vous avez pu penser que nous nous écartions définitivement de la médecine pratique pour nous perdre dans la physiologie pure. Mais nous avons été ramenés par la suite logique de ces considérations expérimentales à ce qui est en définitive la raison d'être de la médecine : être utile et bienfaisant au malade.

En attribuant à la question du glycogène myocardique un rôle de premier plan, et en étudiant les moyens pratiques d'en reconstituer ou maintenir les réserves, nous avons pu perfectionner quelque peu la pratique thérapeutique de tous les jours.

Ainsi se confirme, une fois de plus, la grande pensée de Claude Bernard : « C'est la physiologie qui fait le fondement de la médecine ».

ACTUALITÉS

Le mois médico-psychologique

Par le Dr J. ROUBINOVITCH

La *Paralysie générale* est toujours le sujet de prédilection dans la neuro-psychiatrie actuelle. Elle doit ce privilège à la malariathérapie dont l'application se poursuit avec une très grande activité dans la plupart de nos grands services hospitaliers et asilaires. Cette thérapeutique s'accompagne fréquemment de particularités cliniques fort intéressantes.

C'est ainsi que MM. Laignel-Lavastine, Boquien et Puymartin ont impaludé une femme atteinte de paralysie générale progressive typique le 28 janvier 1931. Le 6 février suivant, apparurent des accès du type tierce.

Douze jours après survint un *zona* thoracique avec hypoesthésie radiculaire. Le 3 mars suivant, la malade, délirante, présenta un ictère franc. Un essai de sérum antipaludéen n'ayant pas arrêté les accès, ceux-ci sont coupés par la quinine. En avril, la malade sortit très améliorée. Les auteurs de cette observation, réellement rare, estiment qu'elle est à rapprocher des cas publiés par Peter et Popesco. Ils pensent qu'impaludée, cette paralytique générale a réagi vis-à-vis du virus zostérien comme un sujet atteint de méningite syphilitique banale. D'après eux, le zona serait donc, comme la gomme, le signe du retour de la syphilis « paralytique » au type allergique normal. Ils citent, d'ailleurs, à l'appui de cette opinion, un autre cas d'apparition chez un paralytique général progressif impaludé de gommes de la langue. Cette complication survint après l'ascension thermique déterminée par une impaludation pratiquée dix jours auparavant. Une seconde gomme survint dix-huit jours plus tard et guérit comme la première par le traitement spécifique.

Il est juste d'ajouter que des faits analogues ont déjà été publiés par Wagner Jauregg lui-même, l'auteur principal de la malariathérapie de la paralysie générale progressive, et bien d'autres psychiatres étrangers et français. Tous ces faits tendent à démontrer que la malaria modifie avant tout le caractère réactionnel de la syphilis « paralytique » en la faisant redevenir une syphilis allergique.

En matière de complications non pas d'ordre somatique comme les gommes, mais de nature psychopathique chez les paralytiques généraux progressifs impaludés, on a parlé de certains « délires secondaires »... MM. Truelle et Cazalis citent une statistique ancienne dressée par l'un d'eux avant l'inauguration de la malariathérapie. Ils constatent alors que 10 % des paralytiques généraux présentaient un délire paranoïde.

Il n'est pas rare, d'après eux, de voir un pareil délire apparaître pendant les rémissions spontanées. Il ressort de cela que le délire n'est donc point secondaire à l'impaludation. Il leur semble que la malaria, en arrêtant les progrès de la démence, facilite l'éclosion des délires déjà en germes. Et ils ajoutent qu'il est fort possible qu'une intoxication, exogène ou endogène, favorise de son côté l'apparition de ces délires...

Enfin, la paralysie générale venant compliquer le *tabès amaurotique* n'est pas si exceptionnelle qu'on le croit habituellement. En ces deux dernières années, M. Courtois et Borel disent en avoir eu connaissance d'au moins six cas y compris le dernier et relatif à un syndrome de Cotard, avec idées mégalomaniaques et réactions humorales du type paralytique chez un tabétique, amaurotique depuis cinq ans.

***

Après la paralysie générale, l'attention de nos psychiatres se porte aujourd'hui tout particulièrement sur les *encéphalites aiguës* et les diverses *séquelles* dont elles sont suivies presque toujours. C'est ainsi que MM. Toulouse, Courtois et Dufet ont publié neuf observations d'encéphalitiques psychosiques aigus chez lesquels l'épisode confusionnel aigu initial infectieux, accompagné du syndrome de délire aigu, a été suivi de manifestations hallucinatoires ou anxieuses. La durée de ces dernières a été extrêmement variable : dans quatre cas, les hallucinations se sont dissipées en quelques mois ; dans un cas, leur durée a dépassé dix mois ; elles s'accompagnaient d'une vive anxiété, mais sans aucune idée de persécution ; deux fois, elles ont été suivies d'une installation rapide d'une démence précoce ; dans deux autres cas, on a observé une guérison apparente pendant quelques semaines après quoi les troubles mentaux revinrent et se terminèrent par la mort des malades ; l'autopsie et l'examen histologique confirmèrent dans un cas le diagnostic chimique.

Les auteurs rapprochent ces séquelles d'encéphalites psychosiques aiguës initiales des séquelles d'autres encéphalites connues.

Ces encéphalites psychosiques altèrent le cerveau à la manière d'autres encéphalites connues. Aussi, n'est-il pas surprenant qu'elles puissent réaliser les mêmes syndromes, les mêmes séquelles.

Si, dans les observations rapportées par les auteurs, les séquelles mentales de ces encéphalites psychosiques aiguës suivent presque immédiatement la période confusionnelle aiguë initiale, on peut concevoir d'autres cas dans lesquels un assez long espace de temps sépare l'atteinte cérébrale aiguë initiale des troubles mentaux d'aspects variés, quelquefois, de longues années plus tard.

Ces faits cliniques s'observent chez des malades à hérédité neuro-psychopathique plus ou moins chargée, qui ont présenté dans l'adolescence des complications cérébrales de typhoïde, de grippe, d'infection puerpérale, de diphtérie, de poliomyélite... Dans bien des cas le cerveau est altéré dans la première enfance par une maladie infectieuse quelconque et la même évolution peut s'observer. C'est ainsi qu'après des encéphalopathies du jeune âge, soit primitives, soit secondaires à des maladies infectieuses (fièvres éruptives, tuberculose, certains rhumatismes), on constate tous les jours tantôt un état d'arriération psychique, tantôt des perversions instinctives, tantôt des troubles nerveux ou mentaux de nature comitiale... Quelquefois, c'est plus tard, à la puberté, après une évolution psychique d'allure normale, on voit survenir un syndrome hébéphrénique, catalonique ou paranoïde de la démence précoce. Des auteurs, comme Marchand et d'autres ont rapporté des exemples de cet ordre que nous constatons très fréquemment à nos consultations de neuro psychiatrie infantile et juvénile de l'hôpital Henri-Rousselle. Ces faits paraissent donc indiscutables. D'ailleurs il n'y a qu'à se rappeler les travaux de Pierre Marie qui, lui, insistait déjà depuis fort longtemps dans son enseignement de la Salpêtrière sur l'origine infectieuse de divers syndromes comitiaux. A l'instar de son maître, M. Guillain revint sur ce vaste problème au dernier Congrès neurologique. Elargissant la question, il s'appliqua à démontrer que l'avenir des sujets ayant présenté dans leur enfance ou leur adolescence des infections aiguës non suppuratives du système nerveux, serait très important à envisager. A côté des grandes infections qui ont été décrites telles que l'encéphalite épidémique, la sclérose en plaques, les encéphalomyélites disséminées, il existe des infections de l'enfance moins aiguës, moins dramatiques, infections encéphaliques qui se traduisent seulement par de la fièvre, des convulsions épileptiformes. Dans ces conditions, des troubles mentaux tardifs, des syndromes comitiaux divers seraient une conséquence de ces infections.

La neuro-psychiatrie pourrait par conséquent beaucoup bénéficier des études biologiques du système nerveux pour arriver à une meilleure compréhension étiologique de ses syndromes si variés.

Les observations des psychiatres que nous venons de citer viennent largement à l'appui des opinions émises par les maîtres de la Salpêtrière, à savoir que beaucoup d'affections psychiques peuvent être considérées comme des séquelles d'encéphalites psychosiques infectieuses aiguës de l'enfance ou de l'adolescence . .

Le travail des malades et des infirmes

Par M. le Docteur **André PECKER**

C'est parce que fréquemment, et quelque soit notre spécialité, nous sommes consultés sur l'orientation ou le devoir professionnel de malade ou d'infirme qu'il nous a semblé intéressant d'étudier cette question dans son ensemble.

Les nombreux cas personnels, où nous avons dû prendre une décision concernant des tabétiques ou des paralytiques généraux, redevenus après malariathérapie ou stovarsolothérapie, aptes à une activité réduite mais non négligeable, nous ont fait comprendre l'importance sociale de ce problème. En effet, aucun pays, si riche soit-il en hommes, ne peut et ne doit gaspiller son capital humain. Cette vérité primordiale, prend de la valeur, surtout pour les Etats, où la dépopulation, fléau moderne. fait ses ravages. Malheureusement, des négligences graves en conséquences se produisent, lorsque par exemple, au nom de principes d'assistance, on oblige un malade ou un infirme à interrompre son travail, et que l'on éternise cette interruption. Or, il arrive, plus souvent qu'on ne veut le croire, que l'oisiveté, non seulement ne se justifie pas par des raisons strictement médicales, mais se trouve même en opposition avec les principes fondamentaux d'un traitement rationnel. Dans ces cas, un danger menace à la fois l'individu atteint et la Société qui lui vient en aide, car la paresse, imposée, sinon réclamée, compromet la guérison ou l'équilibre recherché, et crée des déclassés qui constituent pour le budget des œuvres privées ou publiques, une charge écrasante.

D'innombrables travailleurs, capables de fournir un travail rémunérateur, et, par surcroît, profitable à leur état physique et psychique, mènent pourtant une existence diminuée et pénible, parce que, en temps opportun, les possibilités de rééducation et de réadaptation ont été négligées et la valeur thérapeutique de travail sous-estimée ou méconnue.

Prévenir cet état de choses, aussi bien dans l'intérêt du malade et de l'infirme que dans celui de la Société, c'est le but que l'on doit poursuivre, soit que l'on aborde les divers problèmes d'un point de vue strictement individuel ou bien qu'on les envisage sous l'angle d'une tactique de grande envergure s'appliquant à une multitude de malades ou d'infirmes.

Aux Etats-Unis un effort méritoire est poursuivi en faveur de l'utilisation du travail, isolé ou collectif, des malades et des infirmes. Faut-il en conclure que ces initiatives ne sont possibles que de l'autre côté de l'Atlantique ? Il est impossible de défendre sérieusement cette opinion, car des exemples probants existent dans divers pays. C'est ainsi qu'on ne peut méconnaître l'effort fait en France, notamment pendant la guerre, lorsqu'on a organisé des Ecoles de rééducation des mutilés, qui ont donné de beaux résultats.

Les avantages incontestables du travail des malades et des infirmes, qu'il s'agisse d'un cas particulier ou d'une institution collective, ne doivent pas faire oublier que le travail est un médicament, et que comme tel, il doit être manié avec prudence. C'est la raison pour laquelle il est

BIBLIOGRAPHIE

Charles MAURRAS. **Dictionnaire politique et critique**, établi par les soins de Pierre CHARDON. Fasc. I-IV. La Cité des Livres, 27, rue Saint-Sulpice, Paris.

En composant, avec le concours de l'auteur, ce *Dictionnaire politique et critique*, l'éditeur (M. Pierre Chardon) s'est proposé, comme il le dit dans sa préface, de guider amis et contradicteurs « sur la grande route royale » de la pensée maurassienne. Route royale et royaliste, on le sait. L'ouvrage dont voici le premier fascicule forme donc une machine de guerre, très exactement : une contre-Encyclopédie. Nous y retrouvons non seulement des citations d'ouvrages qui figurent dans toutes les bibliothèques, mais aussi des extraits d'articles bien moins accessibles. L'énorme travail qu'exigeait une pareille entreprise, Pierre Chardon a su l'accomplir avec autant de dévouement que d'intelligence.

Visages et caractères, par Louis CORMAN, avec la collaboration de Gervais ROUSSSEAU. Un volume in-8° carré sur alfa avec 31 gravures dans le texte et 4 hors texte. Prix : 30 francs En vente à la Librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris (VIe), et dans toutes les bonnes librairies.

Le visage trahit le caractère. Un grand nombre de personnes douées d'intuition, savent deviner d'un seul regard ce que vaut leur interlocuteur et elles en tirent des règles de conduite vis-à-vis de celui-ci. Cette divination intuitive du caractère est départie aux hommes très inégalement. Chez certains elle est un don inné, devenu par la pratique un art véritable ; chez d'autres elle n'est qu'ébauchée, mais se montre susceptible d'éducation. Chercher à systématiser de telles connaissances, à découvrir les lois cachées de ces mystérieuses relations a été un problème de tous les temps. Les auteurs de ce livre montrent dans leur introduction qu'ils ont puisé aux œuvres les plus anciennes sur ce sujet. Mais, forts surtout de leur propre expérience, ils estiment qu'on peut aujourd'hui tenter l'esquisse d'une véritable *science* des relations de la forme et du caractère. Introduisant dans les connaissances antiques les données les plus récentes de la morphologie et de la psychologie, ils ramènent l'infinie variété des types humains aux *alliages* de huit types simples qui sont analysés rigoureusement et figurés par des dessins d'une précision rare. Quel lecteur, à la vue de ces derniers, ne reconnaîtra des personnages qui se sont souvent présentés à son observation.

Chacun de ces types est défini psychologiquement par la *tendance affective* qui dirige sa conduite ; point d'analyses abstraites et subtiles, mais une vue synthétique qui situe l'individu là où l'on s'adresse communément : dans la société. Des pages bien importantes sont également consacrées aux *aptitudes professionnelles* ; on y trouvera abordés certains problèmes qu'a toujours étudiés la psychologie classique, par exemple celui du *Sens des valeurs commerciales*. Cette connaissance des rapports des traits du visage avec ceux du caractère trouve des applications nombreuses ; elle aide à l'éducation des enfants ; plus tard elle aide à guider leur vocation. Elle sert à tous ceux que leur profession appelle à diriger d'autres hommes. A un point de vue plus spéculatif, elle permet une compréhension à la fois arge et précise de cette diversité de l'espèce humaine qui est un de ses traits les plus marquants.

Promenade autour de Georges Le Tourmenté, par Raoul RAYNAUD, 170 p. Editions du *Mercure Universel*, Lille-Paris.

To be or not to be ? la mort, la durée éphémère de l'existence, le choc, dans le même Etre du sentiment, de la matière et de l'intelligence, l'inanité de la vie et — tout de même l'utilité et l'amour de la vie — l'art, l'amour, la musique, la poésie, la philosophie, tels sont — avec beaucoup d'autres — les thèmes qu'offre à Georges le Tourmenté son goût naturel de la méditation.

Raoul Raynaud les traite avec maîtrise et avec subtilité, donnant successivement ou contradictoirement la parole au don Quichotte et au Sancho Pança qui sont en chacun de nous.

L'œuvre, quant au fond, évoque Loti, le divin poète de l'angoisse abaissée au point d'être supportable et même voluptueuse.

Je dis *quant au fond*, car Loti, cousin germain d'Homère, use de touches paraissant simples et même réellement simples, touches parfois de correction douteuse ou même franchement incorrectes mais dont il tire des effets d'une puissance, d'une profondeur surprenantes.

Je ne me permettrai pas de donner des conseils à Raoul Raynaud. Je crois pouvoir dire toutefois qu'à mon avis, il décuplerait sa force en renonçant à trop de virtuosité dans la coupe des phrases et dans l'agencement des mots.

Quoi qu'il en soit son œuvre emportera non seulement l'attention passionnée de tous ceux-là qu'inquiète le problème de la destinée mais encore de tous ceux pour qui le *deinde philosophari* est une des nécessités essentielles de la vie. (*Reproduction autorisée*).

G. ESPÉ DE METZ.





de première importance d'éliminer tout ce qui pourrait compromettre la santé du candidat à une occupation éventuelle et de s'abstenir d'en faire un sujet d'expériences hasardeuses. En même temps, toute schématisation à outrance est à éviter, afin de laisser à l'esprit d'initiative une entière liberté, dans l'application de méthodes souples, susceptibles d'être modifiées suivant les circonstances, mais qui ne devront jamais nuire.

Le souci, pour ainsi dire absolu, de garantir l'individu contre tout risque d'aggravation de la maladie ou de l'infirmité doit dominer l'activité des médecins qui se consacrent à récupérer socialement les tuberculeux, les psychopathes, les impotents et mutilés, les accidentés du travail, les maladies professionnelles, les femmes malades ou enceintes, les arriérés, les cardiaques, les aveugles, les malades chroniques, et fin, les convalescents et alités.

***

Si parmi les malades, capables de travailler, mais condamnés à une oisiveté coûteuse, on voulait prendre un exemple particulièrement probant, on pourrait citer un grand nombre de psychopathes de toute sorte qui remplissent les asiles ou traînent leur pitoyable existence parmi les êtres normaux, sans pouvoir subvenir à leur existence. Nous renonçons à cette tâche de documentation qui serait pourtant instructive si on procédait à une étude comparative, car elle montrerait partout la gravité et l'étendue d'un mal qui constitue une lourde charge pour les œuvres d'assistance. Sans avoir recours à des chiffres précis, on peut dire que le travail des aliénés, dans un but de guérison ou d'entretien, s'impose comme une mesure sociale de la plus haute portée économique.

L'estime en laquelle est tenu le travail des aliénés ne date pas d'aujourd'hui, et même il serait difficile de donner des précisions sur le nom du promoteur de la thérapeutique par le travail. Aux Etats-Unis, où on s'intéresse si vivement au travail des malades, on cite volontiers B. Rush qui, déjà en 1798, proposa le choix de certains emplois pour psychopathes. Pour les femmes, il conseillait le filage, la couture et la préparation du beurre, tandis que pour les hommes, il envisageait le sciage, le rabotage, la monture, le tissage, le jardinage, etc.

M. Rush qui proposa de traiter les phobies, au moyen de saignées et autres procédés tombés en désuétude, s'est beaucoup dépensé en faveur du travail des aliénés, et par la suite ses idées firent du chemin. Maintenant l'utilité du travail est déjà reconnue dans bon nombre de pays, de telle sorte que, dans certains asiles, la proportion d'aliénés travailleurs atteint un chiffre considérable, allant jusqu'à 80 p. 100 du nombre des pensionnaires.

***

Nous ne pouvons songer à étudier ici toutes les éventualités qui peuvent se présenter et sur lesquelles on pourra aisément se documenter dans l'excellent ouvrage du Dr Ichok (1), auquel nous empruntons d'ailleurs les éléments de notre article.

On trouvera dans ce livre, toutes les données nécessaires à une action individuelle et sociale utile, et les indications bibliographiques, permettant de se reporter, lorsque exceptionnellement ce sera nécessaire, aux travaux plus spécialisés, et également remarquables de Rœderer, Gourdon, Demay.

Disons seulement que la spécialisation permet d'étudier les possibilités de travail relatives à chacun des cas faisant partie d'une catégorie de malades ou d'infirmes, mais elle ne signifie point que des cloisons étanches se dressent entre ces catégories. Certes, chaque groupe pathologique présente ses particularités sur lesquelles il y a lieu d'insister tout particulièrement, mais celui qui se prononce en faveur du travail des malades et des infirmes ne peut que tirer profit d'un aperçu général du problème, même s'il ne se consacre qu'à un seul de ses aspects.

Parallèlement à l'action individuelle, l'œuvre sociale est susceptible d'intéresser les partisans du travail des malades et des infirmes, et il faut connaître les problèmes généraux de l'organisation du travail, sur un terrain plus ou moins vaste. Les questions ainsi traitées ne ressortent pas exclusivement du domaine du travail des malades et des infirmes, mais elle peuvent se poser quand on voudra s'adapter aux organisations déjà existantes ou en créer de nouvelles, en relation avec celles-là. Parfois, il s'agira tout simplement d'adopter les méthodes qui ont fait leurs preuves ailleurs et dont il faut tenir compte, en y apportant si besoin est, certaines modifications, au moment d'organiser le travail des êtres dont la santé réclame l'attention spéciale des employeurs.

Malgré tous les efforts, il se peut que la maladie ou l'infirmité ne permettent guère de procurer les ressources, nécessaires à une existence pourtant modeste et que le travail reste un appoint insuffisant. Aussi, l'attention se portera-t-elle sur la nécessité de faire voter certains textes législatifs qui offriront aux malades et aux infirmes une série d'avantages dont ils pourront s'assurer le bénéfice, tout en jouissant du fruit de leur travail.

Pour terminer, insistons sur ce point essentiel, à savoir que, sans la collaboration étroite du Corps médical, l'organisation du Travail des malades et des infirmes risque de manquer son but. En retour, pour aboutir à un résultat heureux, il faut que les médecins puissent compter sur les efforts des sociologues, des économistes, des politiciens, et de tous les hommes de bonne volonté qui se dévouent aux innombrables victimes de la maladie ou de l'infirmité.

(1) G. Ichok. — Le travail des malades et des infirmes. Un vol. de 3?0 pages. Paris, Rivière, éditeur, 1931.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Tuberculose

Dans l'état actuel de la chrysothérapie, il ne faut pas s'attendre à 80 p. 100 de guérisons, disent M. M. F. Bourgeois et L. Sandzer.

« Ce qu'il faut demander au traitement aurique, c'est un arrêt d'une poussée évolutive, la possibilité de continuer un pneumothorax malgré une bilatéralisation, une baisse de la température, et un relèvement de l'état général et de l'appétit du malade.

Demander à l'aurothérapie de guérir des cavernes, de faire disparaître des lésions anciennes nous paraît dépasser, dans l'état actuel, ce qu'elle peut donner.

Eprouver le sentiment d'avoir arrêté une poussée évolutive, voir son malade reprendre du poids, se relever d'une déchéance physique et morale, sont des satisfactions nouvelles pour le phtisiologue, qui les a rarement connues avant l'aurothérapie. Ces résultats doivent nous suffire pour le moment. »

(F. Bourgeois et L. Sandzer. L'état actuel du traitement de la tuberculose par les sels d'or. Revue générale. *Gazette des Hôpitaux*, 2 janvier 1932.)

Voie urinaires

La ponction évacuatrice sus-pubienne de la vessie faite avec un trocart de petit calibre, n'est pas une intervention aussi bénigne que veulent bien le dire certains auteurs. Elle présente des dangers dont un des plus graves est l'infection prévésicale qui peut avoir pour origine la filtration d'urines infectées, le long de l'aiguille de ponction ou au niveau de son trajet lorsqu'elle a été retirée.

MM. Bayle et Bocquentin rapportent deux cas de phlegmons prévésicaux, survenus après une ponction de la vessie. Si depuis l'emploi du trocart de Potain, l'opération est plus bénigne qu'à l'époque où on employait les gros trocarts, il n'en reste pas moins que les accidents infectieux consécutifs aux ponctions de la vessie ne sont pas très rares. En 1887, quelques cas ont été signalés dans la thèse de Cristol. En 1920, H. de Berne-Lagarde

et Ramos, ont signalé, à propos de deux observations, le danger des ponctions de la vessie.

Dans un cas, il s'est produit un hématome, dans l'autre, une véritable infiltration d'urine pré-vésicale. Lorsque la ponction n'est pas faite au point d'élection ou lorsqu'il y a une malformation du cul-de-sac péritonéal, la blessure du péritoine peut donner des accidents.

MM. Bayle et Bocquentin, tirent les conclusions suivantes de leurs deux cas, observés dans le service de M. Chevassu :

1° Il faut éviter, autant que possible, de faire une ponction de la vessie, quand on soupçonne que les urines sont infectées.

2° Lors d'une ponction de la vessie, il convient d'employer une aiguille de petit calibre et non un trocart (l'aiguille à ponction lombaire nous paraît très satisfaisante). Il est bon de pratiquer de l'aspiration, car il est préférable de vider aussi complètement que possible la vessie. De cette façon, la perforation vésicale est infime, la tension intra-vésicale est basse. Ainsi les risques de diffusion de l'urine à travers la paroi vésicale, qui peut être minime chez les distendus, seront réduits au minimum. Sinon on s'expose à la filtration de l'urine dans la cavité de Retzius pouvant aboutir, si les urines sont infectées, à un phlegmon diffus de l'espace prévésical.

3° La ponction de la vessie étant une petite intervention chirurgicale, il est de toute évidence que le malade qui vient d'être ponctionné doit être laissé au lit et au repos complet au moins vingt-quatre heures, pour permettre au trajet de la ponction de se trouver dans les meilleures conditions d'oblitération et de cicatrisation.

(H. Bayle et A. Bocquentin. Sur le danger des ponctions des vessies infectées. *Paris médical*, 30 janvier 1932.)

Orthopédie

Le traitement chez l'adulte des luxations congénitales négligées dans l'enfance « apparaît comme un traitement où il est nécessaire d'utiliser et la chirurgie opératoire et des manœuvres externes, et l'immobilisation dans des appareils ; il ne faut pas penser qu'on peut tout attendre d'une seule méthode, et il semble que l'orientation nettement chirurgicale de l'orthopédie laisse espérer des résultats, qu'on ne pouvait atteindre autrement.

C'est pour avoir méconnu ou négligé l'importance d'un des éléments de ce traitement que beaucoup de résultats ne sont pas ce qu'ils devraient être, alors que des interventions arriveraient encore à améliorer les malades anciennement traités.

Nous ne devons plus considérer comme incurables les vieilles luxations douloureuses, nous devons nous élever contre l'idée généralement admise qu'on ne peut plus rien faire, alors même qu'elles deviennent plus douloureuses, et il est bien certain que peu à peu le public sera pénétré de cette notion de curabilité et d'amélioration en voyant rendre à la vie active quotidienne des malades qui restaient confinés dans un fauteuil ou dans un lit. »

(R. Massart. Les luxations congénitales de la hanche non traitées dans l'enfance. *Journal des Praticiens*, 30 janvier 1932.)

Varia

La question des centres de dépistage et de diagnostic, qui avait laissé jusqu'à présent l'ensemble du Corps médical français assez indifférent, vient subitement de prendre une acuité particulière, grâce à une circulaire ministérielle du 5 septembre 1931 qui préconise la création d'une institution de ce genre par les assurances sociales. ..... A notre avis, les syndicats doivent s'employer d urgence à obtenir des caisses, la direction technique des centres de diagnostic.

(P. Fruictier. *La Clinique*, janvier 1932.)

***

Le mot *héméralopie* que l on trouve pour la première fois dans le recueil galénique est si mauvais que de son époque à nos jours, il a prêté à confusion. Etymologiquement, en effet, il n'exprime que l'aptitude à voir le jour. Je lui préfère le mot *hespéranopie*, proposé par M. Terson ; il est court, a le même rythme, le même relief, la même sonorité que l'indésirable synonyme, qui est encore sur nos lèvres et a des chances de s'y substituer.

(Henri Lagrange. Les amblyopies crépusculaires. *La Médecine*, janvier 1932.)

***

Notre première question à un malade qui nous montre une hémorragie sous-conjonctivale doit être : « Avez-vous beaucoup toussé ces jours-ci ? » J'ai déjà fait allusion à la coqueluche, mais tout effort violent de toux, peut, même chez un sujet par ailleurs parfaitement sain, amener la petite rupture vasculaire conjonctivale.

(Bailliart. Les ecchymoses sous-conjonctivales. *La Médecine*, janvier 1932.)

***

Pendant longtemps, on a connu *chez l'enfant* seulement les orchites compliquant les fièvres éruptives. On avait avec Hutinel et Broca, fait une large part à la tuberculose, mais actuellement, on sait que les orchites aiguës, appelées à tort traumatiques, dépendent d'une torsion de l'hydatide de Morgagni ou d une torsion testiculaire.

(André Martin. Orchites aiguës de l'enfant par torsion. *Le Médecin chez lui*, décembre 1931.)

***

Les meilleurs résultats de l'insulinothérapie ont été observés dans les maigreurs d'apparence primitive ou relevant d'un trouble endocrinien, en particulier thyroïdien. Elle présente quelques contre-indications :

Dans les cas de tuberculose pulmonaire, ses indications semblent réservées aux cas de tuberculose fibreuse apyrétique.

Au cours des ulcères gastriques, le rôle hypervagotonique de l'insuline paraît, quoi qu'on ait dit de l'influence cicatrisante de l'insuline, contre-indiquer son application.

(Loeper et P. Soulié. La maigreur. *Journal médical français*, novembre 1931.)

***

Les tumeurs cérébrales sont les tumeurs les plus fréquentes parmi les tumeurs de l'enfance. Elles sont moins fréquentes que chez l'adulte. Chez l'enfant, elles peuvent se développer à tout âge, même chez le nourrisson. Au-dessus de deux ans, la fréquence augmente, progressivement avec l'âge. La plupart des tumeurs cérébrales chez l'enfant sont des tumeurs cérébelleuses. Les tumeurs des hémisphères cérébraux viennent ensuite, siégeant surtout dans le lobe frontal et le centre ovale, puis celles de la région hypophysaire.

(G. Heuyer. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, décembre 1931).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1932

M. H. Claude lit une notice nécrologique sur *Pierre Teissier*.

Sur un mode de traitement préventif et curatif des réactions sériques par la médication benzo-salicylée. — *M. H. Vincent.* — Les injections de sérum équin, même parfaitement «purifié», peuvent déterminer chez l'homme des réactions locales ou générales que les moyens usuels ne réussissent pas toujours à prévenir ou à guérir. L'étude des propriétés antitoxiques et cryptotoxiques de certains agents chimiques, non colloïdaux, m'a conduit à rechercher si ces mêmes corps n'auraient pas la propriété d'atténuer ces réactions, ce que j'ai pu vérifier. Or il en est deux qui sont bien tolérées par l'organisme et que l'expérience m'a montrés, chez l'animal et chez l'homme, capables d'inhiber l'ensemble des phénomènes morbides de la maladie du sérum. Ces agents anti-choc abaissent *in vitro* la tension superficielle du sang. Ce sont le salicylate et le benzoate de soude, à la dose de 6 grammes chacun, dissous dans 200 cent. cubes d'excipient. On en fait prendre une cuillerée à soupe d'abord toutes les heures, puis toutes les deux heures, diluée dans du thé léger, du tilleul etc... Sous l'influence de ce traitement. appliqué *dès le début* des premiers symptômes sériques, les phénomènes se dissipent en 12 à 24 heures. Le même traitement prescrit à titre préventif chez les sujets sensibilisés par des injections antérieures de sérum, peut atténuer considérablement le choc anaphylactique, comme il le fait chez les animaux.

Chez les malades qui n'ont pas reçu antérieurement les injections de sérum de cheval et n'ont pas absorbé de viande ou de sérum de cet animal, il est sans doute préférable d'at-

LABORATOIRES SUBSTANTIA S. A.
F. Guillemoteau, pharmacien
13, Rue Pagès - Suresnes (Seine)



ÉMULSION ORIGINALE
d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine.

LORAGA

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal.
Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales.
Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS. — Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite.
Aucune action secondaire.
Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Traitement de la Constipation

tendre l'apparition des premiers symptômes, car on ignore par avance s'il y aura une réaction sérique et à quel jour elle apparaîtra.

L'ictère, en particulier l'ictère catarrhal et l'ictère infectieux simple dans l ulcère du duodénum. — *M. H. Surmont* (de Lille). — Il existe deux types d'ictères en relation avec l'ulcus duodénal : l'ûn rare, progressif, est symptomatique d'une occlusion définitive intrinsèque ou extrinsèque des voies biliaires, c'est une complication grave liée à des processus anatomiques variés ; l'autre, bénin, apparaît sous la forme de l'ictère catarrhal ou de l'ictère infectieux simple : *il peut être le premier syndrome révélateur d'un ulcus jusque là méconnu ou latent* ; il n'est pas rare, des recherches méthodiques sont nécessaires pour établir dans quelle proportion il intervient dans l'étiologie des ictères catarrhaux ou infectieux simples dont la nature est mal établie.

Les inadaptés urbains. — *M. G. Mouriquand* (de Lyon). — Tout le monde connaît l'action favorable du grand air (campagne, montagne, mer) sur la santé générale, en particulier de l'enfant.

Cette action se fait particulièrement sentir, chez toute une catégorie d'enfants qui se présentent pendant leur séjour à la ville, comme de véritables intoxiqués, avec manifestations digestives les plus variées : inappétence, langue blanche, haleine forte, nausées, vomissements, spasmes, coliques, etc.

Les plus frappés marquent leur «inadaptation» par des troubles le plus souvent liés à l'intoxication alimentaire (intolérance pour les graisses, le lait, le chocolat, etc.) qui se traduisent (outre les troubles digestifs), par des poussées d'urticaire, de crise d'asthme, des pertes de poids, de l'agitation, de l'insomnie, etc... Tous ces troubles cèdent brusquement ou lentement par le séjour dans des climats extra-urbains (campagne, montagné, mer), en même temps que s'établit dans la plupart des cas, une tolérance alimentaire remarquable.

Le retour à la ville ramène, en quelques jours, en quelques semaines ou en quelques mois, tous les troubles ayant cédé aux climats « extra urbains ».

Avec l'âge, nombre de ces inadaptés — mais non tous — s'adaptent progressivement au climat urbain.

Ce climat est d'une grande complexité météorologique. Sans doute le microbisme de l'air, les poussières, les fumées, la carence solaire, etc., etc. ? jouent leur rôle pathogène. Mais beaucoup d'organismes,« s'immunisent » contre eux, alors que les inadaptés sont victimes de ce climat.

Les « inadaptés urbains » appartiennent pour la plupart à la catégorie des« petits hépatiques » sensibles aux « anaphylaxies ». aux variations «météorologiques » (vent du Midi) « aux dénivellations chimiques ou physiques de divers ordres ». L'etude de leurs troubles et des conditions météorologiques qui les déterminent apparaît, comme un des chapitres les plus importants de la nouvelle météoropathologie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 avril 1932

L'ostéoporose rachidienne douloureuse, forme fruste d'ostéomalacie, et son traitement par l'ergostérol irradié. — *MM. Jacques Decourt, Gally et Guillaumin* rapportent trois observations d'une affection douloureuse du rachis, qu'ils considerent comme une forme fruste d'ostéomalacie. Les lésions révélées par la radiographie consistent en une ostéoporose diffuse et très prononcée des vertèbres, du sacrum et des os iliaques, aboutissant à l'affaissement des corps vertébraux. L'examen physico-chimique du sang montre une calcémie normale ou abaissée, avec tendance à l'acidose. Dans les trois cas l'ingestion d'ergostérol irradié, soit seule soit associée à l'ingestion de chlorure de calcium, a provoqué en quelques semaines la disparition totale des douleurs osseuses, avec amélioration de l'état général. De nouveaux examens pratiqués dans un cas après traitement montrent un retour du calcium sanguin à la normale et une meilleure visibilité du squelette à la radiographie. Ces observations laissent entrevoir, qu'à côté des grandes ostéomalacies classiques, exceptionnelles en France, il existe sans doute des ostéomalacies ébauchées, qui doivent notamment entrer en ligne de compte dans le diagnostic des affections vertébrales, et au cours desquelles l'ergostérol irradié peut fournir des résultats thérapeutiques remarquables.

M. Harvier a observé un malade qui se plaignait de douleurs dans le pied gauche ayant fait porter à tort le diagnostic d'artérite. La radiographie montra une décalcification des os du tarse, et du métatarse ; un traitement recalcifiant et par l'ergostérol irradié fut institué. Au bout de deux mois, les douleurs avaient diminué, la calcémie était redevenue normale, et l'ont put constater sur les radiographies un début de recalcification.

M. Dufour traite toutes ces lésions osseuseschroniques par la vitamine D et le chlorure de calcium.

M. Coste confirme les bons résultats obtenus par ce traitement, mais pense que, du point de vue nosologique, il s'agit de cas très différents.

M. Labbé croit qu'il serait intéressant dans des cas semblables d'etudier non seulement la calcémie, mais aussi le bilan calcique et le bilan du phosphore.

Phosphatémie, calcémie, bilan calcique dans la maladie osseuse de Paget. — *MM. L. Langeron, M. Paget et V. Cordonnier* (Lille). — A propos de deux cas personnels de maladies osseuses de Paget, avee hypocalcémie hypophosphatémie et bilan calcique négatif, les auteurs passent en revue les données sur cette question et concluent ainsi : le taux du calcium dans le sang et la négativité ou la positivité du bilan calcique sont indépendants et de nombreuses incertitudes subsistent sur les rapports entre le calcium sanguin et les calciums tissulaires : les données biochimiques ne permettent pas actuellement de différencier nettement la maladie de Paget de la maladie de Rekiinghausen, comme d'ailleurs les données cliniques, radiologiques et anatomiques : la parathyroïdectomie ne peut être actuellement basée sur des données biochimiques certaines, elle a pu être faite avec succès, avec des calcémies élevées ou voisines de la normale, avee des bilans positifs ou négatifs. C'est donc encore une opération empirique qui se justifie surtout par les résultats obtenus et qu'on a le droit de tenter quand on peut en espérer satifaction.

Parotidite épidémique avec méningite et orchite concomitantes. — *MM. Théodore Dumitresco, Cr. Jonnesco et St-Chiser* (Bucarest) rapportent l'observation d'un garçon de 16 ans qui, au décours d'une parotidite ourlienne, fut atteint simultanément d'orchite et de méningite lymphocytique. Après quelques jours d'accalmie, les phénomènes méningés reparurent pour ne disparaître qu'au bout de trois semaines.

Rupture de la rate dans un cas de charbon. — *MM. Théodore Dumitresco et Cr. Jonnesco* (Bucarest) relatent l'observation d'un homme de 43 ans, non paludéen, qui entra à l'hôpital atteint d'une affection charbonneuse grave. Il fut très amélioré par une sérothérapie intensive. Alors qu'on le croyait hors de danger, à l'occasion d'un lever intempestif, il succomba en quelques instants à une hémorragie interne par rupture de la rate.

A propos de l'épilepsie pleurale. — *M. Ch. Richet fils.*

Le carotène. — *MM. Léon Binet et G. Ungar* exposent l'état actuel de nos connaissances biochimiques et physiologiques sur le carotène.

Ils soulignent, à côté du pouvoir de croissance du carotène, son pouvoir hématopoïétique analysé avec Strumza.

Ils démontrent d'autre part que deux organes jouent un rôle important dans les modifications que ce pigment subit dans l'organisme animal : le foie le transforme en vitamine A (Th. Moore) ; le poumon, d'après les travaux des auteurs, contribue à la détruire par oxydation. Pareils faits semblent devoir être retenus pour expliquer les carotinémies pathologiques.

Traitement de la diphtérie. — *M. J. Comby.* — La belle communication de R. Debré, G. Ramon et J. Bernard remet à l'ordre du jour une question très importante pour la pratique médicale courante. Il faut espérer qu'elle nous aidera à faire cesser le flottement qui régnait dans le camp des maîtres comme dans celui des élèves. Sur le terrain clinique comme sur le terrain expérimental, elle tranche une question troublante de posologie, les uns étant pour les doses faibles, les autres pour les doses fortes, quelques-uns pour les doses colossales. Depuis longtemps déjà nous avions combattu les premières (*La Presse Médicale*, 24 janvier 1918) et plus récemment nous avions blâmé les dernières, préconisant partout et toujours les *doses raisonnables*. R. Debré et ses collaborateurs sont pour la dose forte et *unique*. Cette pratique convient à certains cas, non à tous, et il faut s'attendre à l'obligation de faire deux, trois ou quatre injections successives. Cette sérothérapie en série convient particulièrement aux paralysies diphtériques tardives. Le sérum de l'Institut Pasteur n'a pas perdu de son

efficacité, il est aujourd'hui ce qu'il était hier. Ce qui a changé, c'est la diphtérie, dont les formes *malignes* ont augmenté de fréquence depuis six ans.

Contre elles, nous sommes impuissants. Le sérum antimicrobien n'a pas plus d'efficacité que le sérum antitoxique.

Le nouveau *sérum concentré* dont R.-A. Marquézy a montré l'efficacité est comparable au *sérum purifié* de l'Institut Pasteur que nous avions tenté de vulgariser. Il a l'avantage de rendre moins fréquents et moins graves les accidents sériques. Il guérit en deux ou trois injections de doses modérées les formes graves, moyennes ou légères de diphtérie ; il échoue dans les formes malignes.

Comme complément de la sérothérapie antidiphtérique, qui mérite plus que jamais la confiance du corps médical, nous voudrions voir appliquer un traitement local que le regretté Docteur Labriche nous avait révélé il y a vingt ans : l'irrigation de toutes les gorges malades avec le siphon d'eau de seltz toujours bien toléré et auquel nous ne connaissons pas de contre-indication. Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 avril 1932

M. Duval, président, fait part à la Société du décès de *M. Ricard*.

Artériographie. — *M. Gosset* analyse un travail de *M. Dos Santos* (de Lisbonne). Cet auteur a choisi une nouvelle substance, le bioxyde de thorium, très supérieur à l'iodure de sodium.

Sténose traumatique de l'intestin grêle. — *M. Sorrel* rapporte cette observation de *M. Oberthür*. L'apparition de la sténose après un espace libre de trois semaines détermina l'intervention. Adhérence d'une anse coudée au fond du Douglas. Libération de l'anse, résection de six centimètres du grêle. Suture. On trouva un second rétrécissement quelques centimètres au-dessus. Nouvelle résection et entérorraphie. Guérison.

Torsion de kyste de l'ovaire. — *M. Sorrel* rapporte deux cas de kyste de l'ovaire chez l'enfant, terminés tous deux par la guérison après intervention.

M. Leveuf a observé un cas de torsion chez une enfant de vingt et un mois. Il insiste sur la température à 39° qui existait.

Néphro-urétérectomie totale. — *M. Pepin*, après avoir étudié les diverses techniques possibles, envisage les indications particulières de la méthode : reflux vesico-urétéral, dilatations urétéro-néphrétiques, calculs de l'uretère, tuberculose rénale avec sténose urétérale, tumeur de l'uretère ou du bassinet, certaines sténoses urétérales.

Volumineux angiofibrome caverneux de la région lombaire. — *M. Auvray* communique cette très curieuse observation de tumeur lombaire du poids de 9 kgr.

M. Leveuf a observé une tumeur encore plus volumineuse.

Traitement des salpingites. — *M. Mocquot* estime qu'on ne peut juger des résultats que par le développement ultérieur d'une grossesse. G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 mars 1932

A propos du grand raccourcissement, séquelle de la coxalgie. — *M. Marcel Galland* (de Berck) rappelle qu'en 1916 Calvé, pour obtenir le raccourcissement du fémur sain, a décrit et réalisé, avec une instrumentation spéciale, un procédé avec tenon et mortaise ne nécessitant aucune suture. Pour l'auteur, la correction du raccourcissement anatomique ne supprimera pas la boiterie d'origine articulaire. Le raccourcissement ne devra pas être intégralement corrigé, mais seulement jusqu'à possibilité de démarche digitigrade. Une intervention pour raccourcir le fémur sain est d'ailleurs difficilement acceptée par le malade.

Deux cas d'inondation péritonéale d'origine ovarienne chez des vierges. — *M. Hautefort* communique deux observations dans lesquelles l'inondation a été causée : dans le premier cas, par un éclatement de l'ovaire, vraisemblablement par rupture d'un kyste intra-ovarien et, dans l'autre cas, par la rupture d'un follicule de De Graaf.

Tuberculoses rénales sans cystite. — *MM. Le Fur* et *Lamiaud.* — Il est classique d'affirmer que la tuberculose rénale s'accompagne de cystite et de symptômes vésicaux très pénibles qui facilitent ordinairement le diagnostic. C'est en effet la règle. Cependant, dans quelques cas, (les auteurs en rapportent six), on peut observer des tuberculoses rénales sans cystite, d'où la nécessité absolue de faire toujours pratiquer la recherche minutieuse du bacille de Koch et des inoculations, même chez des malades n'ayant jamais présenté de cystite et chez lesquels on aurait tendance, d'après les données classiques, à éliminer la tuberculose rénale en raison précisément de cette absence de cystite.

Greffons courts multiples ou greffon long dans l'ostéosynthèse pottique. — *M. Marcel Galland* (de Berck) apporte de nouveaux arguments en faveur de l'emploi des greffons courts multiples préconisés par Calvé. Parmi les huit arguments qu'il décrit, on peut, en particulier, signaler les deux suivants : 1° Dans le mal de Pott, on observe un écartement entre les apophyses épineuses des vertèbres du foyer ; un greffon inter-épineux peut, en luttant contre cet écartement, freiner l'ulcération compressive ; les segments rachidiens sus et sous-jacents conservent leur physiologie normale ; 2° Le greffon long supprime le rôle amortisseur des nucléus sains et crée de véritables leviers d'inflexion antérieure qui sont nuisibles. Il est évident que les greffons courts doivent être placés au niveau de toutes les vertèbres malades ou simplement suspectes.

La prostatectomie hypogastrique. — *M. Victor-Pauchet* et *Le Gac* font un rapport sur ce travail de M. Robert Lichenstern (de Vienne). L'auteur a fait 600 prostatectomies avec une mortalité de 3,8 %. Il insiste sur l'importance de la préparation et de l'examen pré-opératoire du malade. En dehors des examens habituels, pour juger la valeur fonctionnelle des reins, il attribue une importance considérable à l'augmentation de l'indican dans le sang ; en cas d'insuffisance rénale, l'indican augmente avant même qu'il y ait excès d'azote résiduel. Dans le cas où il y a doute sur la valeur de la fonction rénale, il pratique l'épreuve du surmenage volontaire du rein, par un régime prolongé pendant deux jours et contenant beaucoup de chlorure, beaucoup d'albumines et peu d'eau ; on recommence alors les dosages et en particulier les examens de sang. Au point de vue technique l'auteur fait en un premier temps, à l'anesthésie locale, la ligature des deux déférents. Six à huit jours après il fait, en un seul temps, la prostatectomie, à l'anesthésie locale. Un point important est le procédé d'hémostase employé après énucléation de l'adénome : la muqueuse vésicale est suturée à la capsule prostatique qui est prise le plus largement possible, soit par des points séparés, soit, mieux, par un surjet circulaire. Petite mèche dans l'orifice qui reste et fermeture soigneuse de la vessie, sauf au point de passage du tube de drainage de cystostomie. Pas de lavages après l'opération. L'auteur pratique exceptionnellement la prostatectomie en deux temps ; il la réserve aux cas où la sonde à demeure n'améliore pas les phénomènes d'infection ou d'insuffisance rénale.

« Il n'est pas d'organe qui ait connu de plus grandes vicissitudes que le foie ; après avoir régné en maître sur la médecine de l'antiquité, il s'est vu brusquement détrôné au profit de la circulation lymphatique après la découverte de Pecquet. Et il faut arriver à Claude Bernard, pour voir se dégager cette idée que selon l'expression de Bichat « le foie doit servir à autre chose que la bile ». (Dr ROGER DE GRAILLY, médecin des hôpitaux de Bordeaux. *Trois leçons d'hépatologie*, Vigot, édit.)

« Si tu veux jouir de l'automne de la vie, efforce-toi de rester jeune par l'esprit. C'est la saison la plus propre à la vraie culture moderne et intellectuelle. Répète avec Henry Bordeaux : *« Quand l'automne vient, les arbres perdent leurs feuilles. Alors on s'aperçoit qu'elles cachaient le ciel. Ne regrette pas le bruit des feuilles mortes que le vent a empilées.* » (Dr Victor PAUCHET. L'automne de la vie. L'homme et la femme à l'âge critique. 1 vol., J. Oliven, édit.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la; des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

Cuvier n'est pas mort du choléra. — Magendie, de Blainville et M. Roule, le biographe le plus récent de Cuvier, ont prétendu qu'il était mort du choléra. Le Dr Henri Bouquet s'inscrit en faux contre ce diagnostic (*Le Temps*, 3 avril 1932) :

« Non, écrit l'éminent chroniqueur, qu'il n'existe une forme sèche du choléra, mais elle est exceptionnelle ; et que peut-on alléguer dans ce tableau clinique en faveur du choléra ? Les très superficiels phénomènes intestinaux du 7 mai ? Ils furent si légers, si passagers, qu'on ne saurait s'y arrêter. La coloration violacée des ongles signalée le 12 ? Elle ne dura que quelques heures. En réalité, ce diagnostic se présente comme le résultat d'une suggestion. Une redoutable épidémie régnait, on lui attribua une illustre victime de plus en l'absence de toute précision anatomique qui eût aiguillé les recherches dans un autre sens. L'autopsie, on l'a vu, ne montra aucun signe de l'affection de la moelle à laquelle on avait tendance à rattacher cet ensemble de symptômes et dont on parfait au lendemain de la mort. Rousseau, devant cette carence de lésions nettes, ne fit allusion à la myélite que pour la rejeter. Quant à Bérard, il ne se compromit pas, il estima que ce décès était inexplicable.

Nous pouvons parfaitement l'expliquer aujourd'hui et c'est bien au diagnostic de myélite qu'il en faut revenir. Cuvier fut atteint de cette forme particulière de maladie de la moelle que nous connaissons sous le nom de syndrome de Landry. Deux objections seulement peuvent être opposées à cette conclusion et il n'est pas difficile de les écarter. La maladie de Landry porte aussi le nom de myélite ascendante, or la paralysie de Cuvier fut nettement descendante, puisqu'elle prit d'abord le bras et ne gagna la jambe qu'ultérieurement. Mais depuis que Landry décrivit, en 1859, cette maladie si spéciale, nous avons appris qu'il en existe des formes assez diverses, et les traités de neurologie signalent notamment celle où le mal débute par le membre supérieur pour envahir ensuite et simultanément les membres inférieurs et le bulbe. Chez Cuvier, la paralysie de la jambe ne précéda que de quelques heures l'agonie due à l'atteinte bulbaire.

La seconde objection est l'absence de lésions de la moelle à l'autopsie. La chose a déjà été constatée et, ce qui est moins exceptionnel encore, c'est que les lésions soient exclusivement d'ordre microscopique. Aucun examen au microscope ne fut fait et pour cause.

Mais quelle est l'origine de la maladie de Landry ? Ici les avis sont assez confus. Les neurologistes parlent seulement d'infection, sans spécifier. Plusieurs microbes très différents pourraient être, suivant les cas, tenus pour responsables. Infection banale propagée à la moelle, voilà tout ce que nous pouvons dire. Cependant, M. Remlinger, dans une récente communication à l'Académie de médecine, estime qu'il faut, en présence de cette maladie, penser d'abord au virus rabique. Evidemment, on pourrait supposer que Cuvier se fût contagionné soit auprès des animaux du Muséum, soit au cours d'une dissection. Rien cependant ne nous autorise à pousser l'hypothèse plus loin, quoiqu'il ait observé lui-même, le 11 au matin, que «sa position était celle d'un hydrophobe », se basant probablement sur ce caractéristique spasme du pharynx qui est constant dans la rage. Il est probable que nous n'en saurons jamais plus. Cuvier a succombé aux atteintes d'une myélite aiguë. Mais nous ignorerons toujours d'où venait l'infection qui a éteint en quelques jours cette admirable intelligence.

Cuvier était-il allemand ? — Au 65e *Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements*, à Besançon, M. le pasteur Viennot a fait une communication sur le sujet suivant : *Cuvier était-il allemand* ?

Le centenaire de la mort du grand naturaliste, en mai 1832, rend de l'actualité à cette question qui ne peut être traitée que d'un point de vue historique. En 1869, suivant l'université de Dorpat, le savant von Baer avait abordé cette question, non sans quelque aigreur, et avait conclu que Cuvier, né en 1769, à Montbéliard, alors possession wurtembourgeoise, était né allemand, avait étudié dans un collège allemand, que sa langue maternelle était l'allemand, qu'il devait tout à sa formation allemande. M. John Viennot interroge les faits et constate les suivants :

Le comté de Montbéliard, redevenu français avec enthousiasme en 1793, est une vieille terre bourguignonne où l'on n'a jamais parlé allemand et qui n'avait passé au Wurtemberg, en 1397, que par suite d'un mariage féodal. Le « gymnase » de Montbéliard, où Cuvier a fait ses premières études, n'a jamais été un collège allemand. On n'y enseignait qu'en français et Cuvier ne savait pas l'allemand quand il partit pour l'école caroline de Stuttgart, comme boursier. C'est là qu'il apprit l'allemand — ce qui d'ailleurs, lui fut très utile.

Fixé en France dès 1788, Cuvier choisit la France pour patrie avant l'annexion de son pays. Il écrit à ses amis allemands en disant « notre roi » et ce roi c'est Louis XVI.

Pendant la révolution, Cuvier devient un modeste fonctionnare français en étant secrétaire-greffier d'une commune normande. Il s'est naturalisé lui-même par son cœur et sa volonté, avant de l'être par l'annexion de son pays. Ajoutons qu'il était fils d'un officier montbéliardais qui avait passé sa vie au service de la France. Il était, par sa mère, cousin germain d'un officier français, le général comte Valter. Son éducation, son milieu, sa langue, ses parentés, tout le rattachait à la France. On veut bien que le génie soit international. Mais, c'est par un accès de nationalisme scientifique que von Baer, suivi par nombre de biographes allemands, a voulu faire de Cuvier, contre l'évidence des faits, un pur allemand, que, d'autre part, Cuvier ait profité de ses études à Stuttgart, qu'il en ait rapporté en France de bonnes méthodes et de bons exemples, cela est aussi un fait incontestable que l'historien français ne songera pas à contester.

La vie du médecin praticien autrefois et aujourd'hui — *Le Dr J. Crinon écrit dans l'*Informateur médical (13 *mars* 1932) :

S'il nous fallait revivre aujourd'hui la vie du praticien de jadis, nous serions certainement déçus. Nous la jugerions avec beaucoup plus de sévérité que de satisfaction. On la trouverait amère, fatigante, privée de joies, dépouillée en somme de tout ce que nous nous plaisons à l'entourer pour l'ensoleiller et la grandir.

Etaient-ils vraiment heureux ces médecins de village qui arpentaient les chemins rocailleux, sur leur haridelle ou dans leur cabriolet ? Etaient-ils récompensés plus que nous de leur dévouement et de leur abnégation ? Ne connaissaient-ils pas, tout comme nous, les haines suscitées par une confraternité hypocrite ?

Le médecin de campagne, comme celui des villes, était rarement payé. Il lui fallait une vie entière pour amasser un pécule dérisoire. Il ne connaissait aucune distraction. Il passait des années dans le « trou » où la mort venait le surprendre à la tâche, n'ayant connu de la vie que ses misères et des hommes que leurs turpitudes secrètes et leur ingratitude.

Certes, nous nous plaignons de notre vie actuelle car elle n'est pas toujours drôle et nous redoutons ce que demain réserve à notre profession. Nous avons raison. Mais ne regrettons pas trop la vie que menaient nos pères. Et je crois très sincèrement que si le sort nous obligeait à la revivre, nous aurions de l'avoir connue l'amer regret que trouva l'aïeul de mon ami le chirurgien quand il revint au sol natal.

Si l'exercice de la médecine n'a plus guère rien de commun avec ce qu'il fut il y a un demi-siècle ou davantage, c'est que nous avons considérablement changé. Notre éducation intellectuelle et morale a profondément évolué. Notre conception de la vie est bien éloignée de celle qu'en avaient nos pères.

L'évolution va si vite en ce domaine que nous sommes tout désorientés en écoutant parler nos fils. Dès lors, grands dieux, quelle amertume aurait pour nous la vie du médecin d'autrefois, que nous trouvons admirable sans doute parce que nous ne l'avons jamais connue et pour laquelle nous ne serions guère adaptés !

Il faut vivre avec son siècle, dit l'adage vulgaire. En réalité, c'est le siècle qui est fait à notre image et à notre ressemblance. Et si nous nous plaignons du sort qui nous est imposé, c'est assez ridicule de notre part puisque nous en sommes les artisans.

Tout ce qui constitue le milieu où nous évoluons est le résultat de nos concepts et de nos aspirations. C'est en nous-mêmes qu'il faudrait rechercher les causes du mal dont nous nous plai-

gnons. L'homme ne crée pas le milieu naturel dont il subit les influences, mais il construit le milieu social où il se développe. Et ce milieu est le miroir de ses vertus et de ses vices. »

Vivisection. — *M. Auguste Lumière vient de publier dans* La Nature *(15 mars 1932) un article sur la vivisection. En voici un extrait* :

« ... Voici que, depuis quelque temps, une campagne semble s'organiser, surtout dans la presse d'information, contre les malheureux expérimentateurs dont les travaux ont peut-être sauvé la vie des sectaires qui les combattent, et celle de leurs parents. Une littérature véhémente, insultante même, fulmine contre la vivisection, et les auteurs inconscients de ces écrits réclament une loi qui interdirait ou restreindrait les possibilités d'expérimentation sur les animaux.

Certes, cette sensiblerie des amis des bêtes part d'un bon sentiment ; elle est excusable, parce que ceux qui s'y laissent entraîner ignorent ou ont oublié les faits et agissent sans réflexion....

L'un de ces défenseurs sectaires des animaux, auteur anonyme d'ailleurs, n'a-t-il pas eu l'audace d'écrire récemment dans une feuille d'information : « Les vivisecteurs, après d'ignobles massacres d'animaux, ne sont pas encore arrivés à définir ce qu'est la vie ; ils ne le sauront jamais, car ce n'est pas en violentant la nature qu'on lui arrache ses secrets. Elle se venge en les gardant et de cette œuvre stérile de torture et de sang, il ne reste chaque jour qu'un peu plus de honte pour la science ».

Quel aveuglement, quelle injustice, quelle ignorance et quelle méconnaissance des admirables conquêtes de la science expérimentale !

Les diatribes des antivivisectionnistes seraient risibles si elles ne tendaient à être malfaisantes. Elles sont aussi fort déplacées pour les raisons que nous nous proposons de donner. Il y a en France seulement plus d'un million de chasseurs (le nombre des permis de chasse dépasse ces chiffres formidables) ; ces chasseurs massacrent le gibier, moins pour satisfaire leurs appétits gastronomiques que pour obéir à un instinct atavique de destruction qui n'est pas particulier à l'homme, mais que l'on rencontre chez tous les animaux dont la cruauté envers les autres espèces est parfois atroce.

Si les pauvres bestioles traquées par les chasseurs étaient toujours tuées sur le coup, elles ne souffriraient point ; mais innombrables sont celles qui sont plus ou moins grièement blessées, désailées, avec une patte cassée ou des lésions viscérales qui les condamnent à une misérable existence et à une mort prématurée. Je n'oublierai jamais l'impression douloureuse que me causa naguère le regard doux, suppliant, et la plainte lamentable d'un malheureux chevreuil blessé par un chasseur.

A côté des chasseurs, il convient de placer les pêcheurs qui font mourir à petit feu les poissons entassés dans leurs paniers quand ils ne leur laissent pas dans le corps l'hameçon meurtrier !

Et puis, il y a ces éleveurs qui enferment les animaux et principalement les volailles, dans des cages étroites où il ne leur est plus permis de faire des mouvements et où le gavage provoque des infiltrations graisseuses et de véritables maladies hypertrophiques du foie ; après avoir subi de tels supplices, ces animaux sont finalement égorgés pour la simple satisfaction de la gourmandise humaine.

Il y a encore tous les éleveurs qui ne soignent et engraissent les bêtes que pour les tuer ou les faire tuer, en vue simplement et uniquement de repaître l'homme.

Nous ne dirons rien des odieuses courses de taureaux, des combats de coqs, des tirs au pigeon, etc. Ce sont là d'infimes exceptions sans grande importance.

Les sacrifices annuels de quelques milliers de rats et de cobayes, de quelques centaines de lapins et de quelques chiens obligatoirement consentis, dans un petit nombre de centres de recherches en France, sont d'ailleurs insignifiants par rapport à l'œuvre de carnage formidable poursuivie par les ouvriers de la mort, à la chasse, à la pêche, dans les élevages, les abattoirs, voire dans certains spectacles. Ici, c'est par millions qu'il faut compter les animaux immolés ou mutilés pendant le même temps. »

Gresset contre les fantaisies de langage des médecins du XVIII[e] siècle. — Louis Gresset, écrit M. Jean Bever dans le *Mercure de France* (15 mars 1932) a été le « Lancelot » du XVIII[e] siècle et doit être placé auprès des mentors du beau langage. Ennemi des « rencontres disparates de vocables opposés par leur essence », il a pourchassé les nouveautés de langage notamment chez les médecins.

La contagion néologique est telle que Gresset la voit s'étendre jusqu'aux médecins.

Ceux-ci lui semblent avoir inventé des maladies neuves, afin de pouvoir employer de nouveaux termes et surtout de curieux assemblages de mots.

Nous sommes loin en vérité, de Diafoirus et de son latin de cuisine. Les chapeaux pointus de 1774 ne parlent plus que de *nerfs agacés, crispés, de système vaporeux à débrouiller, de beaume à donner aux esprits*. La fièvre se nomme *fluctuation*, à son début ; lorsqu'elle décroît, *fin de tempête et queue d'orage*.

On imaginerait, poursuit notre auteur Tant-Pis, que tous les matins, ces parleurs agréables, ces docteurs ambrés, avant que de se mettre en route pour distribuer élégamment la mort ou la vie, préparent une certaine ration de termes doctement choisis, pour ne point parler aujourd'hui, comme ils parlaient hier. Eh, mes amis soyez des consolateurs et non des esprits, on vous demande des secours et non des épigrammes, ne faisons point pétiller les lampes du bel esprit sur le pâle flambeau de l'agonie et ne mettons point de pompon au spectre de la mort.

Cruel Gresset, qui osait demander aux médecins d'employer le mot précis, au risque de hâter la fin d'un moribond ou de compromettre définitivement le retour à la santé d'un de leurs clients encore gravement menacé ! Mais le traditionalisme de l'abbé tournait le dos à la vérité et déjà le dictionnaire contenait nombreux des termes employés par les médecins dans leurs ouvrages ou dans leurs conversations.

Pour l'uniformisation du service de santé des armées de terre, de mer et de l'armée coloniale. — *Sénat 1er Séance du 26 mars* 1932. J. O.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Le Moignic.

M. LE MOIGNIC. Messieurs, je n'ai pas l'intention d'instituer une discussion sur l'organisation et le fonctionnement du ministère de la Défense nationale. Cette création est très importante et je sais que le Sénat instituera à ce sujet un grand débat dès la rentrée des Chambres. Mais, en attendant, je crois qu'il est opportun, puisque nous avons un ministre de la Défense nationale, de l'inviter à uniformiser une série de dispositions qui concernent le service de santé, l'intendance et le corps du contrôle de l'armée coloniale et de l'armée de mer, corps dont les fonctions sont à peu près identiques dans les trois armées. Pour le service de santé, par exemple, ne pourrait-on pas harmoniser le programme du concours d'entrée à l'école du service de santé militaire de Lyon et le programme d'entrée à l'école de Bordeaux ? Ne pourrait-on pas harmoniser les conditions de recrutement des professeurs de nos diverses écoles de médecine militaire, de médecine navale et de médecine coloniale ? Ne pourrait-on pas uniformiser les limites d'âge et les appellations dans les trois corps de santé ? Ne pourrait-on pas autoriser les permutations entre les médecins de la marine et les médecins militaires, métropolitains ou coloniaux ? Une commission composée de personnalités qualifiées pourrait être nommée par le ministre de la Défense nationale. Cette commission examinerait toutes ces questions et très rapidement des réformes attendues depuis longtemps pourraient être réalisées. Je demande à M. le ministre d'envisager la nomination d'une telle commission (*Très bien!*)

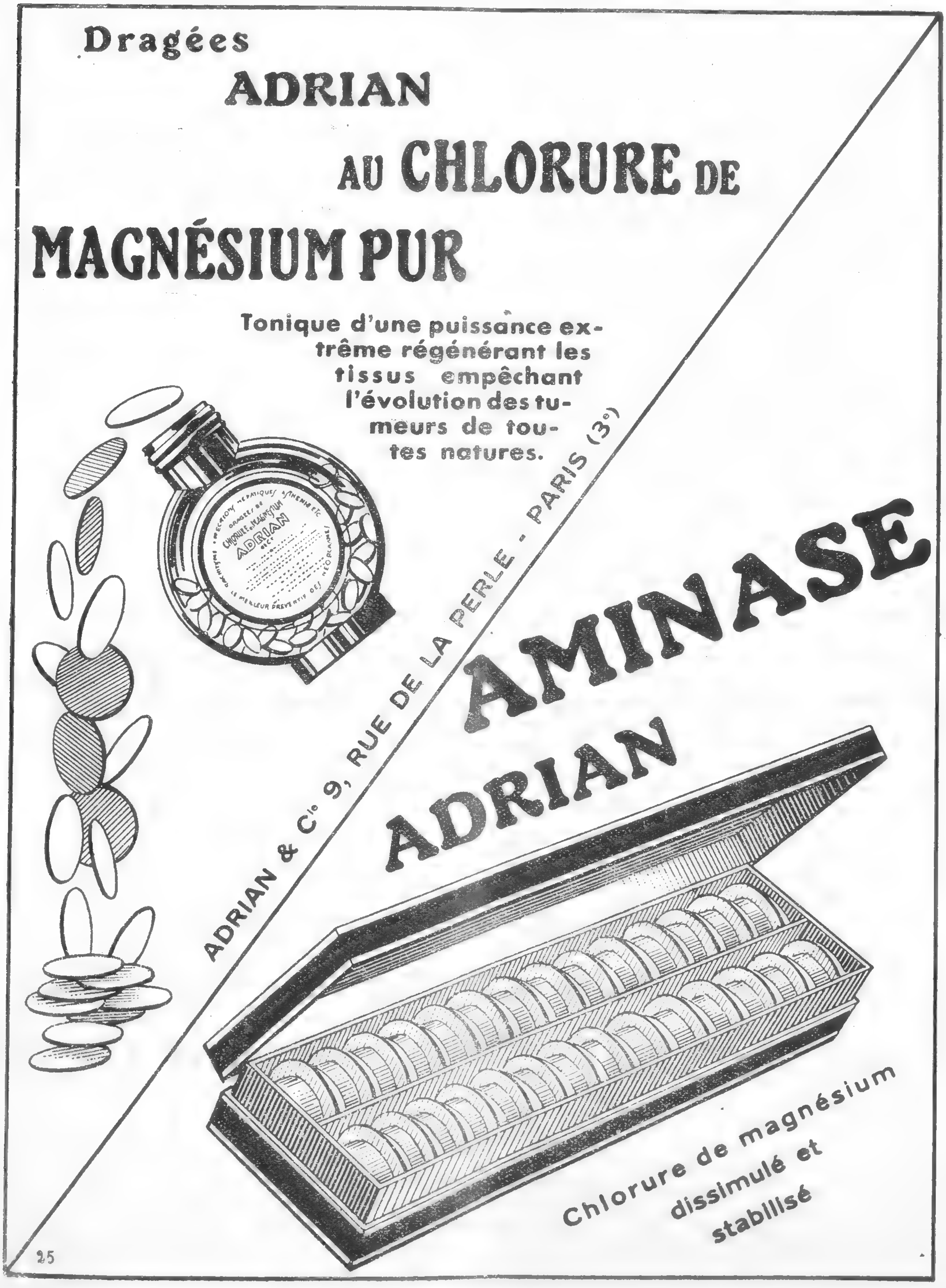
M. PIÉTRI, *ministre de la Défense nationale*. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le ministre de la Défense nationale.

M. LE MINISTRE DE LA DÉFENSE NATIONALE. Messieurs, dans la réponse que j'ai faite à l'honorable M. Berglon, j'indiquais que je m'étais attaché, dans mon premier effort d'organisation du ministère de la Défense nationale, à éviter les fusions ou les modifications trop profondes des services et à me contenter, pour l'instant, de certaines jonctions, au sommet même du mécanisme. L'intervention de l'honorable M. le Moignic pose à nouveau la question. Je répète volontiers à l'assemblée que je ne procèderai à cet égard qu'avec beaucoup de prudence et je suis sûr que c'est également sa pensée. Tant qu'il ne s'agirait, comme il le suggérait tout à l'heure, que d'unifier les conditions des concours d'entrée dans les écoles de santé, qu'elles appartiennent à la guerre ou à la marine, soit ! C'est une question que j'ai déjà mise à l'étude et j'accepte de constituer une commission pour hâter cette étude. Par contre, et pour l'instant tout au moins, les permutations entre les officiers des corps de santé de la marine et de la guerre, ou le personnel des intendances de la marine ou de la guerre, ou, encore, celui des corps de contrôle, soulèvent déjà un point extrêmement délicat.

J'ai eu l'honneur d'appartenir moi-même à un corps de contrôle et je sais combien les usages, les traditions et même un certain particularisme jouent leur rôle dans le fonctionnement de ces services spéciaux. Il faut faire très attention avant d'improviser, à cet égard, des modifications hâtives. Tout ceci, c'est la seconde, et même la troisième étape de l'organisation en cours. Je m'y engage dès à présent, mais en indiquant que je n'y progresserai qu'avec la plus grande circonspection (Très bien ! Très bien !)

M. LE MOIGNIC. Monsieur le ministre, à propos des permuta-


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium
dissimulé et
stabilisé
25

tions, j'ai surtout parlé des médecins. Le médecin de la marine et surtout celui de l'armée coloniale sortent de la même école, celle de Bordeaux, le colonial peut permuter avec un médecin de l'armée métropolitaine, sortant de l'école de Lyon, tandis que pour le médecin de la marine, il n'est pas de permutation possible. Cela, c'est anormal puisque la formation des uns et des autres est identique.

M. LE MINISTRE DE LA DÉFENSE NATIONALE. C'est un point que j'examinerai plus spécialement.

Le service de santé de l'armée en campagne. — Une «instruction sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé de l'armée en campagne » va paraître ces jours-ci (1).

L'instruction nouvelle a pour but de codifier et de rassembler en un tout homogène, les instructions et additifs suscités par les nécessités de la guerre ou parus ensuite, en attendant l'apparition d'un nouveau règlement proprement dit.

Les modifications apportées par l'instruction nouvelle au règlement de 1910 sont d'importance.

Voici la plus caractéristique et la plus considérable.

En 1914, les formations sanitaires aux armées comprenaient essentiellement :

Un groupe de brancardiers par D. I. (organe uniquement de transport) :

Un groupe de brancardiers par C. A. (organe uniquement de transport) ;

Des ambulances toutes interchangeables affectées aux divisions, aux C. A., à l'armée, aux étapes ;

Des hôpitaux d'évacuation.

Cette organisation, établie en vue d'une guerre de mouvement, s'est trouvée très rapidement insuffisante dès les premiers mois de la guerre de position.

Une nouvelle organisation a vu alors le jour : formations considérables admirablement outillées du point de vue technique, de très grande capacité et qui ont donné des résultats excellents en 1915, 1916, 1917, mais qui se sont trouvées trop lourdes en 1918, lorsque la guerre de mouvement a vu le jour.

La nouvelle organisation prévoit les formations nettement spécialisées :

A la division : le groupe sanitaire divisionnaire, organe de transport, de triage et même de traitement pour quelques cas rares ; une section sanitaire automobile ;

Au corps d'armée : une ambulance chirurgicale automobile ; une ambulance médicale (spécialisée pour les gazés) ; un groupe sanitaire de ravitaillement ; une section sanitaire automobile.

A l'armée : des hôpitaux d'évacuation primaire (véritable cheville ouvrière du fonctionnement du service de santé de l'armée) ; des ambulances chirurgicales et médicales ; des laboratoires, etc. ,

Plus à l'arrière : des hôpitaux d'évacuation secondaire ; des formations techniques, etc.

Du point de vue direction et relations avec le commandement nous trouvons :

Au G. Q. G. : une inspection générale du service de santé aux armées : une direction du service de santé au G. Q. G.

A chaque armée : un directeur disposant d'un état-major particulier.

A chaque échelon, le directeur fait partie du 1er groupe du Q. G.

Cette organisation, logiquement articulée en profondeur, spécialisée, pourvue de moyens d'évacuation rapides et puissants, fortement dirigée et en liaison étroite avec le commandement, permet au service de santé d'exercer son influence sur la « conservation des effectifs et leur récupération. »

Chirurgie et laboratoire. — *M. Jean Fiolle vient de publier dans la* Revue de Paris *(15 mars 1932) un article intitulé : La chirurgie moderne : tendances, buts. En voici un extrait :*

«... Et nous arrivons ici au point capital de notre étude : les rapport de la chirurgie et des sciences ; il faut l'examiner avec soin.

J'ai cru longtemps, non sans quelque candeur, que la collaboration étroite des chirurgiens et des hommes de laboratoire se-

(1) Charles-Lavauzelle et Cie, éditeurs : prix : 4 francs ; franco par poste 4 fr. 45 (chèque postal 88-49, Paris).

rait la condition nécessaire et suffisante d'une véritable rénovation. C'était là, je le crains bien, non pas, certes le résultat d'une illusion totale, mais une de ces demi-vérités à peine moins fâcheuses que certaines erreurs. Comme l'espoir de beaucoup de chirurgiens repose encore sur les laboratoires annexés à leurs services, je serais coupable de me prononcer à la légère. Mais il me sera permis de discuter, de mon mieux, leur point de vue.

Les laboratoires de clinique ont un rôle dont il serait puéril de contester l'importance : ils sont, en vérité, aussi indispensables à la marche d'un service que la table d'opération elle-même. On ne plus se passer d'eux. Il faut les multiplier, il faut les utiliser à outrance ..... Ce sont des instruments familiers. N'auraient-ils que ce mérite, désormais irrécusable, d'appui né nécessairel, ils devraient déjà nous être sacrés.

Il est vraisemblable, d'autre part, que, dans une certaine mesure, ils aideront à un avancement, point négligeable, de la chirurgie, qu'ils servent spécialement et pour le bien de laquelle ils multiplient leurs efforts.

Mais leur faiblesse fondamentale, irrémédiable (s'ils gardent la prétention de nous apporter des éléments décisifs de renaissance), c'est précisément qu'ils ont un but trop déterminé, c'est qu'ils cherchent des résultats immédiatement tangibles, c'est, en un mot, leur *rôle utilitaire.*

On s'apercevra probablement un jour que notre époque a commis une lourde erreur, en jugeant les entreprises scientifiques d'après leur rendement direct. C'est parce qu'ils nous sont actuellement si précieux dans le train journalier que nos laboratoires d'hôpital me sont un peu suspects pour l'avenir. Leur vue est bornée par la préoccupation du service à rendre. Ce qui les passionne, c'est moins une vérité que les conséquences pratiques de cette vérité. Un étroit pragmatisme les domine. Ils veulent trouver à tout prix des moyens d'investigation, de guérison : c'est là une ambition louable, mais non une technique pour aboutir.

Ces laboratoires sont soumis au chirurgien pour qui précisément ils ont été créés. Or, si l'on doit assigner au chirurgien un rang dans la hiérarchie scientifique, ce sera évidemment celui d'un spécialiste ; et sa spécialité, bien que d'importance sociale vaste, est, au regard de la connaissance absolue (j'entends de la connaissance « extérieure » qui nous intéresse ici) quelque chose d'assez étroit, de plus étroit en tout cas, que la biologie, par exemple ..... Et c'est à cet homme — homme d'action, avant tout — que devra se soumettre l'esprit du laboratoire. C'est pour l'aider dans sa lutte de tous les jours, lutte honorable, lutte héroïque parfois, mais toujours contingentée et déterminée par caprices des événements, que le laboratoire devra s'adapter sans les cesse, improviser, entrer lui-même dans l'action.

Même lorsque le laboratoire vise plus haut, et entreprend une étude de portée générale, il n'échappe pas à la fièvre qui est la marque même de notre époque.

Le problème qui le sollicite se présente toujours à lui avec un caractère d'urgence. Coûte que coûte, il faut produire « quelque chose » sous peine d'entendre dire : « Mais à quoi servez vous donc ? » Ce qui se passe là ne diffère point de ce qui se passe partout autour de nous : c'est l'américanisation de la vie, de la pensée, des mœurs ; c'est l'abaissement de toute spéculation, c'est la recherche de tout ce qui peut être employé sans délai, le dédain de tout ce qui est suspect de désintéressement. L'application est donc placée au-dessus du principe. Qui ne s'apercevrait qu'il y a là une inversion des rôles ? S'il est vrai que ce qui est général ne peut être absorbé dans ce qui est particulier, si l'ensemble est supérieur au détail, il faut bien avouer, que notre système actuel est un système à l'envers. La science, qui ignore le bien et le mal au sens ou nous entendons ces mots, n'a pas pour mission essentielle de servir telles ou telles tentatives limitées ; son rôle est de les dominer. C'est bien de la science qu'il faut attendre un nouveau sursaut de la chirurgie, mais à condition que cette science garde son caractère d'indépendance totale et ne s'applique à des objets restreints que d'une manière accessoire ou, si l'on veut, de seconde main ... »

Le Docteur Raymond Mallet. — *Extrait de* l'Archer (Dr *Paul Voivenel*).

Le Docteur Raymond Mallet, est une des personnalités européennes de la neuro-psychiatrie. Grand consultant, expert à la Cour d'Appel, sa situation de clinicien est considérable. Il a écrit sur *les obsédés* et *les délirants* deux livres qui sont parmi les meilleurs d'une célèbre collection d'actualités de la méde-

cine. Dégagés, alertes et précis, les chapitres mettent au point, avec une suprême élégance, des questions généralement lourdement exposées par des spécialistes qui ne savent pas essarter un terrain. Artiste et lettré, ce médecin tient dans le journal professionnel *J'Analyse*, du Docteur Crouzat, la rubrique de critique littéraire. Styliste élégant aux phrases courtes et d'une ciselure parfaite, il a publié dans trois livres très recherchés et dont le premier fut cité parmi les lauréats possibles du Goncourt, ses observations de médecin chef d'un centre de neuropsychiatrie pendant la guerre et d'expert après la guerre. *Le Pavillon H* (Crés, éditeur) est dédié « aux blessés du système nerveux. A ceux que la guerre a meurtris et dont elle n'a jamais fait des héros, mais parfois des criminels ». Dans *Dévastations* (Crés, éditeur), le bon médecin se penche toujours sur eux, encore plus lamentables de ne tirer de la paix qu'une plus grande misère. *Notations* enfin a été luxueusement édité aux Editions du Siècle, illustré d'une série de bois sobres et robustes de Jean Lébédeff. La souffrance des pauvres hommes et de ceux qui les entourent, mères, femmes, filles, inspire à R. Mallet des pages singulièrement émouvantes dans la simplicité et la discrétion des touches. On sait avec un tel esprit ce qu'est l'amitié : au dessus de l'amour, le plus racé des sentiments humains. Il réconforte ses malades de sa bonté, ce qui est souvent la meilleure thérapeutique. Il démontre sans cesse par ses succès que la santé est une confiance. Adoré de ceux qui le connaissent, la liste est longue des artistes, des écrivains, des dramaturges, des savants qui savent qu'à fréquenter Raymond Mallet on devient chaque jour meilleur.

La stupidité humaine.— *C'est le titre d'un article de M. Paul Gsell, paru dans la* Grande Revue (*mars* 1932). *En voici un extrait* :

L'homme est stupide.

C'est une importante découverte que je crois avoir faite. La plupart des philosophes attribuent à notre perversité les disgrâces qui nous frappent. Ils se trompent. L'homme n'est pas pervers. Il est rarement criminel. Il est stupide. Cette vérité suffit à expliquer tous ses malheurs. Je ne nie certes pas qu'il n'existe des mortels de génie. Quelques-uns sont doués d'une intelligence quasi divine. Mais l'homme en bande est stupide. Voilà ce que je voudrais prouver par l'état présent de la race humaine. Les inventions de toutes sortes qui sont dues à des esprits supérieurs pourraient certainement permettre à la société actuelle de vivre très heureuse. Nous possédons des moyens merveilleux de produire et de conserver nos aliments, d'édifier nos demeures, de tisser nos vêtements, de véhiculer nos marchandises ou de nous transporter nous-mêmes sur terre, sur l'eau, dans l'air, de communiquer entre nous autour du globe, de connaître tout ce qui se passe sur notre planète et, par conséquent de réunir tous les renseignements utiles pour parer à la plupart des dangers qui nous menacent. Nous avons toutes les facilités pour organiser judicieusement nos efforts entre individus et entre nations.

Bref, il serait fort aisé, tout au moins aux Etats qui se piquent de civilisation, de s'entendre pour mener ensemble une existence prospère et abondante en loisirs. Si ces nations étaient raisonnables, avec les informations, les statistiques, les éléments de prévision dont elles disposent, elles ne tarderaient guère à résoudre les questions qui les séparent et à jouir d'une facilité presque parfaite. Elles regorgeraient bientôt de richesses et pourraient sans peine employer l'excédent de leur bien-être à favoriser les travaux intellectuels qui étendent le pouvoir de notre espèce sur les forces de la nature.

Ainsi la terre deviendrait vite un paradis.

Mais l'humanité est stupide et sans doute irrémédiablement.

Réponses aux questions posées par les Parlementaires

Décret du 14 septembre 1916 concernant l'usage des substances vénéneuses. — 15.338. — *M. Jean-Pierre Renaitour expose à M. le ministre de la Santé publique que les décrets du 16 septembre 1916 et du 20 mars 1930, relatifs à la réglementation des substances vénéneuses, parlent de substances en nature, sans préciser le sens que l'on doit attribuer à ce terme, et demande : 1° si, par substance en nature, on doit entendre tous les produits nommément inscrits aux tableaux A, B ou C, c'est-à-dire les matières premières et les préparations, ou si, au contraire, on ne doit comprendre, sous ce terme, que les matières premières, à l'exclusion des préparations ; 2° si, par exemple, le laudanum de Sydenham, inscrit au tableau B et délivré pur, sans mélange, doit être considéré comme substance en nature et, à ce titre, soumis à la réglementation spéciale à ce groupe de produits ; 3° si la teinture de belladone, inscrite au tableau C, la liqueur de Fowler inscrite au tableau A, délivrées pures, doivent être considérées comme substances en nature ; ajoute qu'il serait important que les pharmaciens soient fixés sur ce point, en raison de l'ambiguïté des textes.* (Question du 15 février 1932.)

Réponse. — Les mots « en nature » employés dans le décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930, ne signifient pas nécessairement matières premières » ; leur sens es plus étendu. Par substances vénéneuses en nature, ces règlements visent tous les produits (matières premières ou préparatoires) dont le nom est inscrit sur l'un des tableaux A, B, C et qui sont délivrées sans mélange.

Les préparations indiquées sur ces tableaux ne sont pas toutes soumises aux mêmes règles : les crises sont désignées par leur nom (exemple : liqueur de Fowler, teinture de belladone), ce sont celles qui sont soumises aux dispositions sur les produits en rature ; les autres sont comprises dans une spécification générale, sans être individuellement désignées par leur nom (exemple : les préparations non dénommées indiquées au n° 2 du tableau B).

D'autre part, les préparations ont été classées dans tel ou tel tableau, suivant leur degré de toxicité, tantôt sur le même tableau que la matière première d'où elles dérivent, tantôt sur un tableau différent. Elles suivent, bien entendu, la réglementation à laquelle se réfère leur tableau. L'arrêté du 7 juillet 1931 est venu compléter ces indications en fixant les doses à partir des quelles ces préparations cessent d'être dangereuses et, par suite, échappent aux dispositions du décret ; 2° Le laudanum de Sydenham qui n'est pas nommément inscrit au tableau B, est classé par le décret du 20 mars 1930 (art. 3) dans la catégorie des préparations visées au n° 2 du tableau B. La réglementation fixée pour les substances en nature ne lui est donc pas applicable ; 3° La liqueur de Fowler, préparation arsenicale ayant conservé le caractère toxique de l'acide arsénieux a été classée au tableau A ; la teinture de belladone, préparation ayant perdu par dilution une partie du caractère toxibue de la belladone, a été classée au tableau C.

Honoraires. — 1221. — *M. Faugère, sénateur, demande à M. le ministre de la Justice par qui et suivant quel tarif doivent être payés les honoraires d'un médecin qui a soigné à la gendarmerie et sur appel téléphonique des gendarmes, un individu en état d'arrestation à la suite d'un flagrant délit, qui avait été blessé, après son arrestation, à la gendarmerie, aussitôt après son arrivée.* (Question du 24 décembre 1931.)

Deuxième réponse. — Les honoraires du médecin peuvent être payés, au titre des frais de justice criminelle ; le tarif applicable est celui de 25 francs, établi par l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 modifié le 22 décembre 1920.

« Est-ce qu'un couteau de Graefe, habilement manié dans l'extirpation de la cataracte, n'est pas aussi prompt, aussi juste et aussi beau qu'un dernier coup de pinceau d'un Meissonnier ? Aussi, conçoit-on que, comme les véritables artistes, les véritables chirurgiens seraient rares, la chirurgie, comme l'art, ne souffrant pas la médiocrité. » (P. Cathelin : Autour de la chirurgie. Baillière et fils, édit. Cité par le Dr Paul Voivenel, *in Mercure de France.*)

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 18 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 30 AVRIL 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies.......... 40 fr.
Etudiants.......... 30 fr.
Belgique.......... 45 fr.
Etranger 1re zone.......... 70 fr.
Etranger 2e zone.......... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine. — *Thèses.* — 21 avril. — M. DIAIS. Etude de quelques formes spinales de la névraxite épidémique. De la forme amyotrophique en particulier. — M. LEVANNIER. Etude de la syphilis oculaire. — M. MOYSE. Etude des formes tumorales des calculs biliaires arrêtés dans l'intestin. — M. AVRIL. Etude du traitement des luxations récidivantes de l'épaule (variété antéro-interne). — M. GOICO. Les techniques de la colectomie par cancer.

Thèse vétérinaire. — M. MASPOLI. Les injections intraveineuses.

26 avril. — M. L. ISAAC. Le déclenchement médical du travail. — M. FOUGERAS-LAVERGNOLLE. Traitement par voie externe des sinusites frontales chroniques. — M. RENAULT. Etudes des complications pulmonaires post-opératoires.

27 avril. — M. GURWIEZ. L'électrothérapie dans les syndromes inflammatoires chroniques du flanc droit. — M. GUTTMAN EMERI. Etude des viandes frigorifiées.

28 avril. — M. VOBSTEIN ABRAM. Etude des syndromes hallucinatoires séquelles d'encéphalite. — M. COULLAUDON. Etude du traitement de la paralysie générale. L'impaludation cérébrale.

27 avril. Thèse vétérinaire. — M. CHANUS. Recherches expérimentales sur le diagnostic de la tuberculose bovine par une nouvelle séro-réaction.

28 avril. Thèse vétérinaire. — M. QUÉNUZEC. Production bovine des Côtes-du-Nord. — M. COTTIN. La Cochinchine. Etude zoo-économique, note d'épidémiologie.

Clinique médicale propédeutique de la Charité. (*Prof.* Emile SERGENT). Le cours de perfectionnement sur la tuberculose aura lieu du 13 juin au 9 juillet.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — M. René A. GUTMANN, médecin des hôpitaux, fera dimanche 8 mai, à 10 heures, très précises, une conférence sur le diagnostic de l'ulcère duodénal (avec projections).

Amphithéâtre des concours de l'A. P. — Entrée rue des Saints-Pères (angle boulevard Saint-Germain).

Avis de concours. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin de dispensaires antituberculeux du Lot, et pouvant éventuellement être chargé de quelques services d'hygiène publique.

Les conditions de nomination, de titularisation et de traitement seront celles prévues au règlement-type des dispensaires antituberculeux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers de candidatures, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 20 mai.

En l'honneur du professeur Paul Delmas. — Le vingt-cinquième anniversaire de l'entrée du professeur Paul Delmas dans le corps enseignant de la Faculté de Médecine a été fêté au cours d'une cérémonie intime, dans la salle des fêtes de l'Hôtel de la Métropole. Une médaille gravée par le sculpteur Raoul Dussol lui a été remise au nom des souscripteurs.

Laboratoire d'hygiène. — *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.* — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur TANON, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de MM. les docteurs Henry THIERRY, inspecteur général honoraire des Services techniques d'hygiène de la Ville de Paris ; CAMBESSÉDÈS, Marcel CLERC et NEVEU, assistants d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris ; NAVARRE, chef des travaux de l'Institut d'hygiène, et André VILLEJEAN, de l'Office international d'hygiène publique, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le cours durera du 18 mai au 28 mai. Il comprendra des cours et démonstrations pratiques qui auront lieu chaque jour, de 16 à 18 heures et une visite à une station de désinfection.

Seront admis les docteurs en médecine et les étudiants titulaires de vingt inscriptions, français et du sexe masculin.

Les inscriptions sont reçues les lundi, mercredi et vendredi de 14 à 16 heures (guichet, n° 4). Le droit à verser est de 200 francs. Pour tous renseignements s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

Une conférence du professeur Lardennois à Genève. M. le Professeur G. Lardennois a fait, à la Société de médecine de Genève, une conférence sur les colites graves et leur traitement chirurgical.

Marseille. — M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique, a décerné la médaille d'or des épidémies à M. Edouard Pélissier, externe des hôpitaux de Marseille, qui a contracté, en service, une maladie grave.

Congrès de la Ligue internationale contre le rhumatisme. — Ce Congrès aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, les 13, 14 et 15 octobre 1932, faisant suite, directement, au Congrès français de médecine.

Il sera présidé, comme ce dernier, par le Professeur Fernand BEZANÇON.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr M. P. Weil, secrétaire général du Congrès, 60, rue de Londres, à Paris.

Corps de santé militaire des troupes coloniales — Au grade de médecin général inspecteur : le médecin général L'Herminier, directeur service santé de l'A. O. F., à Dakar.

Au grade de médecin général : le médecin colonel Fulconis, chef du service de santé à Dakar.

Voyages médicaux internationaux dans le midi de la France. — *Programmes de la saison d'été* 1932. — Voyage dans les Alpes du 26 juin au 6 juillet : Concentration à l'Ecole de médecine de Grenoble. — Le monastère des Chartreux, Villars-de-Lans, le Vercors, Uriage, l'Oisans, le Lautaret, le Galibier. — La Maurienne, Allevard, Challes, le Mont-Revard, Aix-les-Bains, le lac du Bourget, Marioz, Annecy et son lac, La Léchère, Moutiers-Salins et Brides. — La Tarentaise, le Fayet, Saint-Gervais, Chamonix, le Mont-Blanc, le Montanvers et l'Aiguille

du Midi. — Les sanatoria d'Assy et de Passy, Thonon, Amphion, Evian, le lac Léman. — Une excursion facultative de cinq jours en Suisse, terminera le voyage.

Voyage dans le Languedoc, les Cévennes et les Pyrénées du 28 août au 12 septembre : Concentration à la Faculté de médecine de Montpellier (du Xe siècle). — Palavas et la Méditerranée. Les Cités médiévales de Maguelone et d'Aigues-Mortes. La source Périer. — Nîmes et ses monuments romains : les Arènes, le Temple de Diane, la Maison Carrée, le pont du Gard. — Les Cévennes : l'Aigoual, les Gorges du Tarn et La Malou. — La cité de Carcassonne et la Montagne Noire, Usson-les-Bains. — Les Pyrénées : la Cerdagne, Font-Romeu, le sanatorium des Escaldes, Ax-les-Thermes, Audinac, Saint-Bertrand-de-Comminges, Superbagnères et Luchon. Lourdes, Bagnères-de-Bigorre, Barèges, Luz, Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets, les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes. — La dissociation aura lieu à Pau. — Ce voyage sera divisé en trois parties, auxquelles on peut adhérer isolément : 1° de Montpellier à Carcassonne ; 2° de Carcassonne ; à Luchon ; 3° de Luchon à Pau.

Les voyages créés par les grands groupements médicaux du Midi de la France, sont destinés aux médecins et à leurs familles. Les étudiants en médecine y sont admis. Ces voyages n'ont pas seulement pour objet de faire connaître aux médecins, les richesses thermales et climatiques d'une région de la France, particulièrement bien douée à cet égard, mais aussi de resserrer les liens qui unissent les membres de la grande famille médicale et de leur fournir une occasion instructive et agréable, de se manifester leurs sympathies anciennes ou de s'en créer de nouvelles. Ils sont une manifestation de solidarité, de collaboration et d'affection mutuelle.

L'inscription est ouverte dès à présent. Les adhésions seront admises après examen et selon l'ordre des demandes. Les adhérents recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois, sur les réseaux des chemins de fer français, italiens et suisses. Les séjours et les transports seront de la meilleure catégorie, c'est-à-dire très confortables et aussi luxueux que possible.

Pour les renseignements et les conditions d'admission, écrire au secrétariat des Voyages médicaux du Midi de la France, à Nice, 24, rue Verdi, de novembre à mai, et à La Malou (Hérault) de juin à novembre.

Le redressement sanitaire de la Guadeloupe. — La commission consultative de prophylaxie des maladies vénériennes aux colonies, présidée par le docteur Pierre Even, sénateur des Côtes-du-Nord, a approuvé, dans ses dernières séances, le rapport de mission de MM. Pierre Even et Marcel Léger sur la Guadeloupe et son redressement sanitaire.

Ce rapport sera publié dans les *Archives de l'Institut prophylactique*, tome IV, n°2, avril-juin 1932).

Les auteurs passent successivement en revue les questions d'hygiène générale, d'urbanisme, les sources thermales, la liaison entre le corps médical civil et le corps de santé colonial, l'assistance médicale, les maladies sociales : lèpre, tuberculose, alcoolisme, syphilis, paludisme, mortalité infantile, etc.

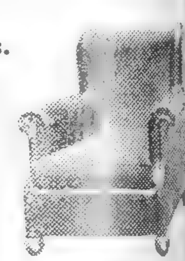
Les conclusions de ce rapport ont été prises en considération, tant par le ministère que par le gouvernement de la Guadeloupe, et sont déjà en voie de réalisation.

Il est à souhaiter que dans chaque colonie un effort analogue à celui qui vient d'être fait pour la Guadeloupe soit effectué.

(*Le Matin*).

Bourses d'études à l'Institut « Benito Mussolini » à Rome. — Les conditions offertes sont les suivantes :

Les bourses mises au concours, d'une valeur de 6.000 lires



chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut « Benito Mussolini » à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le Directeur de l'Institut et le candidat.

Les publications résultant de ces travaux pourront être payées partiellement ou totalement par l'Institut.

Les noms des candidats accompagnés de renseignements sur leur âge, leurs titres, etc... leur expérience professionnelle doivent parvenir au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI[e]), avant le 15 juillet 1932.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — *Chirurgie des annexes du tube digestif.* — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (Chirurgie du foie, voies biliaires, rate, pancréas, glandes salivaires, péritoine), en dix leçons, par M. le Docteur P. FUNK-BRENTANO, prosecteur, commencera le lundi 2 mai 1932, à 14 heures, et continuera lesjours suivants, à la même heure. Les élèves répèteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulins, Paris (5[e]).

PROGRAMME DU COURS. — *Première série.* — 1. Chirurgie de la vésicule : cholécystostomie, cholécystogastrostomie. — 2. Chirurgie de la vésicule : les cholécystectomies. — 3. Chirurgie de la voie biliaire principale : drainage externe et interne du cholédoque. — 4. Chirurgie de l'ampoule de Vater : le décollement duodéno-pancréatique. — 5. Voies d'abord du foie. Sutures du foie : résection partielle du foie pour tumeurs.

Deuxième série. — 6. Traitement chirurgical des pancréatites. Voies d'abord du pancréas. — 7. Chirurgie de la rate : ligature de l'artère splénique. Les splénectomies. — 8. Chirurgie de l'épiploon. Omentopexie. Décollement coloépiploïque. Décollement colopariétal. Epiplooplastie. — 9. Gastropexie. Cæcocolo-pexie. Cæocplicature. — 10. Chirurgie des glandes salivaires.

En liaison avec le cours, les leçons suivantes auront lieu à l'Amphithéâtre des hôpitaux : le lundi 2 mai,à 15 heures : M. le Docteur LARDENNOIS : Les interventions sur la vésicule biliaire ; le mercredi 4 mai, à 15 heures : M. le Docteur LARDENNOIS : Les interventions sur le cæcum et le côlon droit ; le vendredi 6 mai, à 16 heures : M. le Professeur GRÉGOIRE : La splénectomie. Le samedi 7 mai, à 15 heures : M. le Docteur LARDENNOIS : Les interventions sur le côlon transverse et sur le côlon gauche. La colectomie totale ; le lundi 9 mai, à 15 heures : M. le Docteur Pierre DUVAL : Indications du drainage de la voie biliaire principale ; le jeudi 12 mai, à 15 h. 30 : M. le Docteur P. E. WEIL : La préparation des malades aux opérations hépato-spléniques.

Ces six leçons sont gratuites.

L'Orchestre médical. — L'Orchestre médical donnera lundi prochain 2 mai, à 21 heures, dans la salle des Concerts du Conservatoire, un concert qui s'annonce particulièrement brillant. Au programme figurent, en outre, des Ouvertures d'*Egmont*. (Beethoven) et de *Manfred* (Schumann), le Concerto de violon de Lalo qu'exécutera Mme Madeleine Vautier-Fournier, des fragments de *La Lépreuse* (Lazzari) que chantera Mme Depaux-Duménil, le *Poème de l'Amour et de la Mer* (Chausson) avec M. Razavet, de l'Opéra-Comique. L'orchestre sera dirigé par le D[r] Pacaut.

Les médecins et leur famille désireux d'assister à cette belle solennité artistique trouveront des invitations à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, et à l'Ancien conservatoire, 6, rue du Conservatoire.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — (Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine. Métro Gambetta.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies des artères, des veines et des capillaires.* — Ce cours , qui aura lieu du 23 au 28 mai 1932, sera fait par M. Camille LIAN, avec la collaboration deMM. HAGUENAU, WELTI, A.-C. GUILLAUME, A. BLONDEL, GILBERT-DREYFUS, EVEN, P. MERKLEN, ODINET, P. PUECH, RACINE, GAUGIER, GOLBLIN, MARCHAL, PAUTRAT.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections ; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1 /2, conférencescliniques avec projections, à 16 heures, démonstration pratique (sphygmomanométrie, électrocardiographie, radiologie, pression veineuse, capillaroscopie).

PROGRAMME. — Lundi 23 mai, 10 heures, M. LIAN : Valeur sé-


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

méiologique de la pression artérielle maxima, moyenne et minima ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. P. MERKLEN : Mécanisme régulateur de la pression artérielle ; 16 heures, M. ODINET : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 h. 1/2, M. HAGUENAU : Accidents artériels de l'hypertension.

Mardi 24 mai, 10 heures, M. LIAN : Conférence-consultation ; 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : Accidents cardiaques et rénaux de l'hypertension artérielle ; 16 heures, M. GOLBLIN : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Formes cliniques et traitement de l'hypertension artérielle.

Mercredi 25 mai, 10 heures, M. LIAN : L'hypotension artérielle ; 11 heures, GOLBLIN : Exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes ; 15 heures, M. WELTI : Anévrysmes artériels et artérioso-veineux ; 16 heures, M. RACINE : Démonstration de sphymomanométrie ; 17 h. 1/2, M. HAGUENAU : Manifestations viscérales de l'athérome et de l'artério-sclérose.

Jeudi 26 mai, 10 heures, M. GAUGIER : Varices ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : Artérites oblitérantes ; 16 heures, M. EVEN : Technique et valeur séméiologique de la pression veineuse ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Phlébites.

Vendredi 27 mai, 10 heures, M. LIAN : Conférence-consultation ; 15 heures, M. PUECH : Syndrome de Raynaud et érythromélalgie ; 16 heures, M. GUILLAUME : Technique de la capillaroscopie et de la mesure de la pression capillaire ; 17 h. 1/2, M. GUILLAUME : Valeur séméiologique de la capillaroscopie.

Samedi 28 mai, 10 heures, M. LIAN : Traitement des phlébites ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Artères, veines et capillaires ; 4° Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

Le cours de novembre 1932 portera donc sur : endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

Voyage d'études médicales à Bagnoles-de-l'Orne. — Le cours sera suivi du deuxième voyage d'études médicales cardio-vasculaire, qui aura lieu à la station hydrominérale de Bagnoles-de-l'Orne (maladies des veines) ; visite de l'Etablissement thermal ; deux leçons sur les indications, la technique et les résultats de la cure ; excursion aux environs de Bagnoles. Départ samedi 28 mai après-midi ; retour à Paris dimanche soir 29 mai.

Droits d'inscription : 250 francs pour le cours, 100 francs (tous frais compris) pour le voyage à Bagnoles-de-l'Orne.

S'inscrire, ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures ou de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Blondel, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Les Journées médicales de Bruxelles. — La XIIe session des Journées médicales de Bruxelles aura lieu du 25 au 28 juin 1932.




NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

Fidèles à leur formule d'enseignement post-universitaire qui, dans les différents pays où elle fut appliquée, rencontra le succès que l'on sait, les Journées médicales comprendront une partie pratique confiée aux médecins des hôpitaux et à leurs collaborateurs, et une partie thérorique, qui groupera en un faisceau de conférences, les noms des personnalités particulièrement marquantes du monde médical international. Parmi ceux-ci : MM. Maranon (Madrid), Danielopolu (Bucarest), Marion (Paris), Michaud (Lausanne), Carozzi (Bureau International du Travail,) Waterman (Amsterdam), Rohmer (Strasbourg), Fruhinsholz (Nancy), Devraigne (Paris), d'Ernst (Genève), Descomps (Paris), Giroux (Paris), Mistal (Montana), Debaisieux (Louvain), Delrez (Liège), Tytgat (Gand), Weill (Bruxelles), van den Wildenberg (Anvers), Derscheid (Bruxelles). Quelques conférences seront consacrées à la médecine coloniale et confiées à MM. Colombani (Rabat), le médecin colonel Abbatucci (Paris), Blache (Paris), Rodhain et Dubois pour le Congo Belge.

La séance inaugurale aura lieu le samedi 25 juin, à 4 heures, au Palais des Académies et sera honoré de la présence de la Reine. La conférence a été confiée à un médecin qui s'est révélé brillant orateur, le Docteur Et. Burnet, délégué de la France à la section d'hygiène de la Société des Nations. Le même soir, au Cirque Royal, aura lieu, en grand gala, une démonstration d'éducation physique, avec le concours de l'Institut militaire d'éducation physique, qui s'est acquis une réputation mondiale.

Les adhérents aux Journées médicales seront conviés à toutes les séances, fêtes et réceptions, notamment à la représentation de gala qui aura lieu au théâtre Royal de la Monnaie, le 26 juin. Le 27 juin aura lieu le banquet, par souscription, en l'honneur des délégués officiels des gouvernements étrangers.

Les adhésions sont à envoyer au Docteur, Beckers, secrétaire-général, 141, rue Belliard, à Bruxelles. Les cotisations restent fixées à 75 francs pour les médecins et 50 francs pour les dames et les personnes les accompagnant.

Nécrologie. — Docteur G. Dehio, ancien professeur d'histoire de l'art à l'Université de Strasbourg, décédé à Tubingue à l'âge de 31 ans. — Docteur Delphin Mazade, de Saint-Just-la-Pendue (Loire), décédé à l'âge de 58 ans. — Docteur Jacques-Edmé Pesme, médecin commandant en retraite, père du Docteur Paul Pesme, ophtalmologiste des hôpitaux de Bordeaux. — Docteur Hermann Romanec, l'inventeur de la lampe électrique à filament métallique, décédé à l'âge de 67 ans. — Docteur Martial Rocquet, de Marchiennes (Nord). — Docteur Antoine Kayser, de Luxembourg. — Sir William Walson Cheyne, de Londres, chirurgien. — Docteur Baldo Russi, chirurgien, directeur de l'Institut de médecine de l'Université de Milan, décédé à l'âge de 64 ans.

BIBLIOGRAPHIE

L'année thérapeutique médicaments et procédés nouveaux, par le Dr A. Ravina. Sixième année 1931. Un volume de 182 pages, 16 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce petit livre représente le bilan complet de l'année thérapeutique de janvier à décembre 1931 et résume les faits nouveaux publiés au cours de cette année en France et dans tous les pays étrangers. Il continue la série à laquelle le Dr Cheinisse avait attaché son nom entre 1921 et 1924 avec le plus grand succès. Le Dr Ravina a repris la formule que l'expérience avait consacrée.

Ceux des chars d'assaut, par Corlieu-Jouve, avec une lettre liminaire de Claude Farrère. Un volume in-16 broché. Prix : 12 frcancs. Editions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris (14e).

Un livre dont les épisodes paraissent enfantés par l'imagination puissante d'un Verne ou d'un Wells et qui n'est que l'expression poignante d'une fantastique réalité : la guerre des machines de combat.

« Les chars d'assaut, avoue le commandement allemand, ont été le facteur décisif des succès alliés ». Tel a été, en effet, le rôle de ce puissant moyen d'action.

Indépendamment de son passionnant intérêt, ce drame des chars d'assau-revêt une importance singulière si l'on songe que cet engin constitue pour l'avenir, l'arme véritable d'une nation qui n'aspire qu'à se défendre et à économiser le sang le plus précieux de son armée : celui de l'infanterie.

L'ensemble de l'œuvre est constitué par une série de tableaux émouvants, saisis sur le vif au cœur de la bataille et tracés par la plume vigoureuse et sobre de MM. Corlieu-Jouve, auxquels nous devons déjà *Passi ns d'Asie* et *Pâques Mongoles*, si unanimement appréciés.

Chars d'Assaut, enfin est un livre dont Pierre Bossut, président des Anciens combattants de chars d'assaut a pu dire : « Les combattants des chars revivront dans ces pages leurs ardentes luttes. . . et tous autres apprendront ce qu'elles furent ».

TRAVAUX ORIGINAUX

Les effets de la tuberculinothérapie per os

Par A. et R. SARTORY, J. MEYER et H. NEUKIRCH

L'ultravirus tuberculeux joue, à n'en pas douter un rôle dans la transmission héréditaire de la tuberculose soit en favorisant une évolution, soit en conférant au porteur une certaine résistance. Les travaux de Sanarelli, Stephani-Cherbuliez le prouveraient ainsi que les études de Lumière.

Nos connaissances à ce sujet ne feront de progrès rapides que lorsque l'on aura découvert une méthode simple et rapide pour déceler sa présence chez le nouveau-né. A cet égard les réactions obtenues par scarifications cutanées et injections intradermiques de filtrats sur des sujets ne réagissant pas à la tuberculine sont intéressantes et peuvent ouvrir la voie (Arloing, Dufour, Josserand et Charençon, Popper et Raileanu). On pourrait peut-être aussi employer dans ce but l'ultravirus du B.C.G.

En utilisant des expériences de ce genre, nous voyons que déjà l'ultravirus produit une allergie. A ce sujet il est intéressant de se poser la question suivante : chez le nouveau-né porteur d'ultravirus, le B.C. G. agit-il de la même façon que chez le nouveau-né indemne de toute tuberculose ?

Van Beneden a obtenu un phénomène de Koch typique par injection sous-cutanée de filtrat chez le cobaye rendu tuberculeux par inoculation d'un filtrat de liquide pleurétique. Le même phénomène ne peut-il pas se produire d'une façon quelconque après ingestion de B.G.G.?

La prémunition du porteur d'ultravirus par le B.C.G., au moins dans certains cas reviendrait à une surinfection et serait en tous points comparables au traitement de la tuberculose par une surinfection avec quelques bacilles virulents.

Il est possible que l'accroissement de résistance constatée chez le cobaye infesté à l'ultravirus et traité ensuite par l'ultravirus ou par du bacille acido-résistant, soit du même ordre que la résistance du cobaye rendu tuberculeux par le bacille acido-résistant et traité ensuite par l'ultravirus (Arloing et Thevenet).

Il peut ne pas s'agir toujours de « symbiose » mais bien aussi de phénomènes consécutifs à la lutte entre les deux antagonistes chez l'animal tuberculeux.

A ce sujet quelques questions se posent : le B. C. G. en présence d'ultravirus :

1) Agit-il non comme microbe vivant, mais comme de fortes doses d'antigène ?

2) Se produit-il un phénomène du genre de celui de Koch, par conséquent une réaction anaphylactique redevable aux corps microbiens et aux protéines bacillaires ?

3) Le B.C.G. supplante-t-il l'ultravirus ?

4) Enfin se produit-il une infection mixte ?

Même chez l'animal neuf, prémuni au B. C. G., on ne devrait pas parler d'une *symbiose* analogue à celle des lichens. Il y a lutte entre le B.C.G. et l'organisme ; il y a infection bénigne certes, réaction de l'organisme manifestée par hypersensibilité, même si elle n'est pas franche dans tous les cas. Dans le cas de symbiose entre algues et champignons, les cellules hétérogènes sont juxtaposées ; dans l'infection le parasite pénètre dans la cellule de l'hôte, y est digéré ou la détruit. S'il y avait symbiose vraie, le B.C.G. se maintiendrait durant la vie de son hôte. Or, le B. C.G. produit l'allergie et l'immunité, puis disparaît. Ces deux états sont-ils vraiment à disjoindre totalement ? Certes, ils ne coexistent pas nécessairement ; ils sont démontrables individuellement en l'absence de l'un ou de l'autre. Mais cela n'implique pas que dans sa genèse l'immunité ne soit pas liée à l'hypersensibilité ou qu'elle n'en représente un état plus évolué. Il ne faut pas exclure *a priori* que l'immunité puisse être un état antianaphylactique par excès d'anticorps anaphylactiques.

En admettant cette hypothèse, notre esprit au moins ne se trouve pas devant un obstacle, infranchissable à ses investigations.

Si l'hypersensibilité est un état anaphylactique où antigène et anticorps s'équilibrant exactement, l'immunité peut-être soit l'état où la quantité d'antigène est inférieure à celle des anticorps, soit l'état où l'antigène a totalement disparu et où les anticorps seuls restent.

Ceci accepté, on conçoit l'importance du rôle des anticorps d'ordre anaphylactique, dont le siège est dans les tissus (Dörr).

Dans la lutte contre le bacille de Koch, la thérapeutique doit viser à favoriser la formation d'anticorps d'ordre anaphylactique. L'antigénothérapie tend vers ce but. Si, jusqu'ici elle ne réussit pas toujours, c'est que nous ne possédons pas encore l'antigène idéal. Malgré cela nous constatons que, bien employée l'antigénothérapie, aussi imparfaite qu'elle semble, est utile. Les services rendus par la *tuberculine* et ses succédanés et par l'antigène de Boquet et Nègre sont incontestables.

La *tuberculine* comparée à d'autres antigènes, a l'avantage dans le traitement des tuberculoses, de n'être pas anaphylactogène. Elle n'augmente pas dans l'organisme la quantité des *protéines préparantes* et ceci est important, car ce sont elles qui maintiennent l'allergie : l'état d'équilibre labile entre antigène et anticorps ; ce sont elles qui exigent pour leur élimination, des mois, peut-être des années, qui absorbent les forces vives de l'organisme.

La tuberculine, par contre, facilement éliminable, provoque la formation d'anticorps, rapidement libérés par la suite, qui réussiront à faire pencher la balance du côté des anticorps.

Certes elle agit par le choc tuberculinique ; comme tout choc anaphylactique il est accompagné de destruction cellulaire, probablement de plasmoptyse (remaniement des foyers), mais les bacilles contenus dans les cellules éclatées, sont remis en circulation et subissent de ce fait l'attaque de cellules plus actives et sont ainsi diminués dans leur virulence. Que cette diminution puisse aller dans certains cas jusqu'à la transformation des éléments acido-résistants en ultra-virus, les expériences de Panek semblent le prouver.

Les principaux obstacles à l'adoption de la tuberculine dans la pratique sont les suivants :

D'une part la technique de son incorporation qui nécessite de petites interventions et ensuite l'éventualité de réactions générales.

Mais ces inconvénients disparaissent quand on administre la tuberculide *per os*, journellement, en s'adressant à la muqueuse intestinale.

On peut ainsi fractionner les doses à volonté : soit pour faire des cures progressives, crainte de réactions générales, soit pour provoquer des réactions focales quand cela convient.

Nous avons étudié cette tuberculine *per os* sur le cobaye. Elle est aussi rigoureusement dosable et active que lorsqu'elle est injectée. Elle prolonge la vie du cobaye tuberculeux de quelques mois et produit dans les organes atteints de tuberculose une sclérose intense : une néoformation typique.

Sur l'homme elle a été étudiée pendant de nombreuses années avec des résultats remarquables dans les diffé-

rentes formes de tuberculose. Nous pouvons citer ici les noms de Freymuth, Bernouilli, Voute, F. Schmid-La Baume et Fettke, Heilborn, Assmann, Gruber et d'autres.

Le fait de posséder une tuberculine *per os* active et dosable est de première importance. Il a permis d'administrer cette tuberculine, même à titre préventif, sans difficulté et d'obtenir des résultats remarquables, qui, nettement établis, quoique encore peu nombreux, méritent de retenir notre attention.

Certes, pour prémunir le nouveau-né indemne de tuberculose le B.C. G. ne peut être égalé, ni remplacé. Son domaine reste intact. Mais la tuberculine *per os* peut entretenir l'action protectrice du B. C. G. et créer un état de plus grande résistance à la tuberculose dans les cas où le B. C.G. n'a pas été employé.

Pour qu'une tuberculine soit active il faut qu'il y ait présence dans l'organisme du bacille de Koch sous l'une de ses formes ; les bacilles même morts suffisent.

Or, dans tous les pays civilisés, on peut admettre que tous les individus remplissent cette condition dès les premiers mois de leur vie (bacilles morts ingérés dans le lait bouilli).

Point n'est besoin d'attendre une cutiréaction positive. Les expériences citées plus haut, faites avec l'ultravirus comme réactif cutané, prouvent qu'il existe des états allergiques extrêmement faibles.

Avant d'admettre qu'on puisse administrer la tuberculine dans les cas où actuellement nous ne pouvons démontrer la présence de bacilles, il faut se demander si la tuberculine est inoffensive pour l'animal non infecté.

L'action de la tuberculine *per os* sur l'animal neuf a été étudiée par nous. Elle est remarquable. Le poids du cobaye jeune indemne qui absorbe cette tuberculine *per os*, double en trois ou quatre mois, tandis que celui du témoin ne s'accroît dans les mêmes proportions qu'en sept à huit mois. Ce fait doit être rapproché de ceux observés sur des jumeaux avec le B. C. G. Quand on ne prémunit que le plus faible, celui-ci dépasse bientôt le non-vacciné dans son développement.

Il résulte de ce qui précède que la tuberculine, aussi bien que le B. C. G. est non seulement inoffensive, mais de plus semble être un stimulant général.

Pour expliquer ces faits, que l'on admette l'hypothèse de l'ubiquité de l'agent tuberculeux, celle d'une action irritative non spécifique de la tuberculine sur l'organisme en croissance ou tout autre hypothèse, on doit conclure que la tuberculine n'est pas nocive, quand elle est employée à la dose médicamenteuse.

Revenons aux observations concernant la tuberculine *per os* donnée à titre préventif.

Utilisée dans les familles de tuberculeux, les premiers enfants ayant succombé, elle a nettement préservé les suivants : Bernouilli-Koechlin.

Depuis deux ans Gelpke administre à titre préventif aux écoliers de Saas Grund (Valais), village, particulièrement contaminé, chaque semaine deux fois, pendant toute l'année scolaire, une dragée de tuberculine *per os*. Aucun cas nouveau ne s'est déclaré ; les enfants atteints de tuberculose hilaire et les scrofuleux sont devenus plus robustes et sont restés indemnes de manifestations objectives. Malgré les longues vacances estivales au cours desquelles la tuberculine *per os* ne fut pas administrée, aucun enfant ne présentait de tuberculose active à la rentrée.

Cette expérience devrait être reprise et poursuivie.

C. Hagenmuller-Tschiember utilise avec succès depuis quelques années, la tuberculine *per os*, non seulement dans le traitement des tuberculoses, mais aussi, d'une façon plus large, sur les enfants débiles, qui ne présentent aucun signe clinique de tuberculose.

Dans les cas où les fortifiants de tous ordres ne donnent que des résultats lents ou faibles, il a toujours obtenu des résultats nets parfois vraiment surprenants : l'appétit augmente dès les premiers jours, la nervosité disparaît : l'enfant transformé ne tarde pas à augmenter de poids, alors que pendant des mois, il était resté stationnaire. Dans ces cas la tuberculine *per os* est donnée comme médication principale, sans exclure la médication usuelle. D'autres médecins ont obtenu les mêmes résultats.

Nous pensons que la tuberculine *per os*, administrée préventivement à l'enfant et à l'adulte, accroît l'état de résistance aux infections en général. Un organisme dont les lipoïdes de défense sont continuellement absorbés par la lutte contre le bacille tuberculeux se trouve dans un équilibre instable de résistance générale. Toute infection qui surgit dans un organisme de ce genre, même une intervention vaccinale — par exemple diphtéritique — absorbe les lipoïdes de défense, bloque le système réticulo-endothélial et peut laisser le champ libre aux bacilles tuberculeux qui, libérés de la résistance qui les contraignait à végéter, peuvent envahir et conquérir de nouvelles parties de l'organisme et demeurer vainqueurs.

Il serait par conséquent tout à fait indiqué de faire précéder toute intervention vaccinale d'une cure progressive à la tuberculine *per os*.

Il est curieux en effet de constater la résistance qu'un public même éclairé oppose aux vaccinations. Il a certainement des raisons sérieuses qui reposent sur des constatations, il est vrai, difficiles à saisir objectivement.

Quant à la posologie de la tuberculine *per os*, étudiée par nous, on peut débuter par l'unité correspondant à 0 gr. 0004 de tuberculine de l'Institut Pasteur ou par une fraction de cette unité et augmenter toutes les semaines cette dose journalière d'une unité, ceci pendant six à douze semaines. On maintient la dose à laquelle on constate une amélioration, ceci durant plusieurs semaines, quitte à progresser plus tard, si cela paraît utile.

CONCLUSIONS

L'agent tuberculeux étant présent à l'état mort ou vivant chez tout individu des milieux civilisés, il est possible d'augmenter dans l'organisme les anticorps tuberculeux par des antigènes, spécialement par la tuberculine. Rigoureusement dosable, il est aisé de l'administrer *per os* à doses journalières ou hebdomadaires. En augmentant ainsi la résistance on peut arriver à créer un état voisin de l'immunité.

Active dans le traitement des tuberculoses non exsudatives, elle mérite d'être largement utilisée comme préventif, même en l'absence de tout signe de tuberculose. Elle est en outre un stimulant des forces de résistance générale, elle est créatrice de la para-immunité.

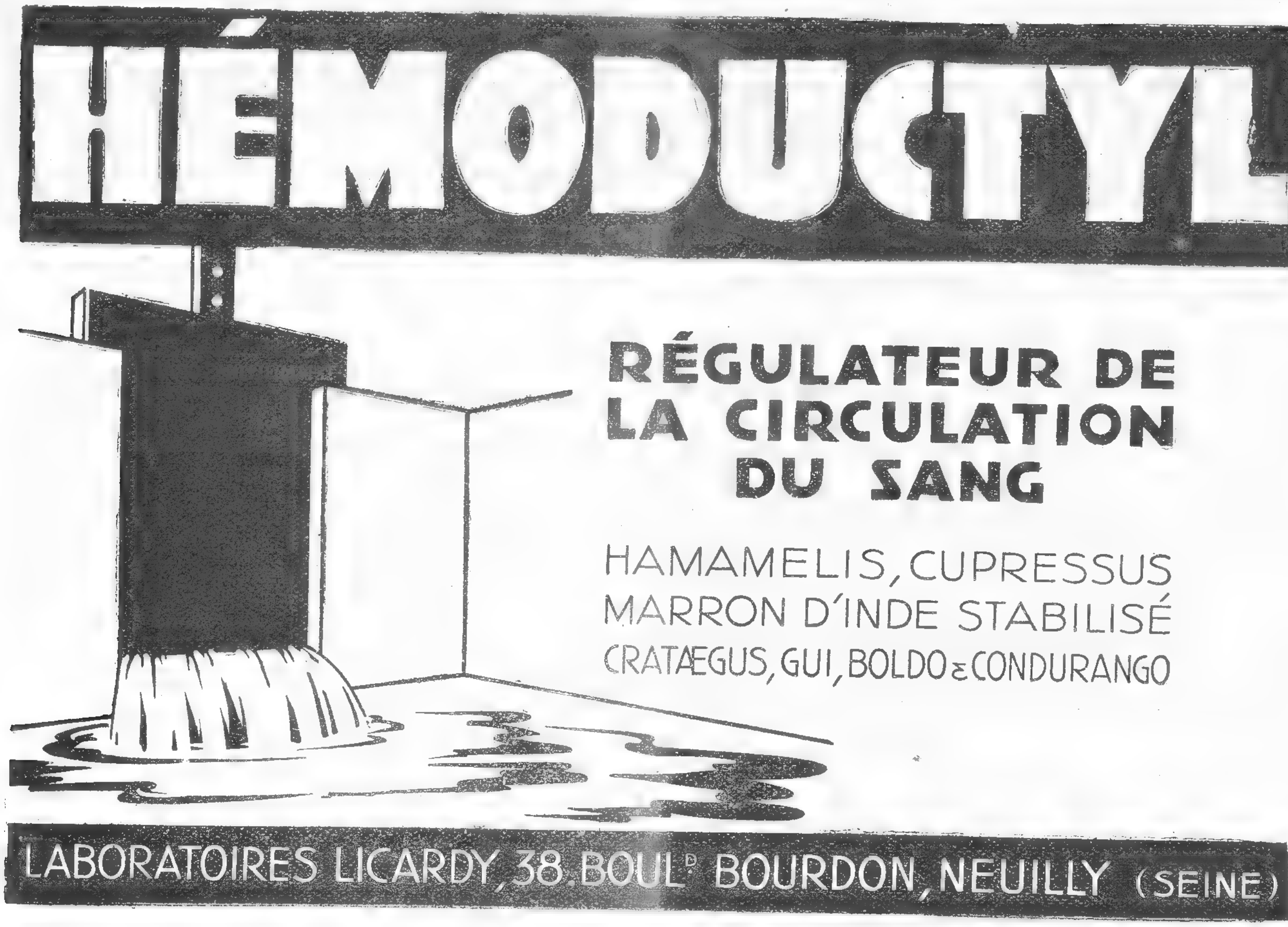
Il est de première importance de rendre l'enfant résistant à la tuberculose, car la mortalité par phtisie chez l'adulte doit être considérée comme une phase secondaire ou tertiaire de la maladie, en relations étroites avec l'invasion primaire. Par la tuberculine, nous favorisons ce processus d'immunité chez l'enfant, tandis que le domaine du B. C. G. reste intact.

... « Les quatre mythes de la médecine infantile :

Les glaires !
Les vers !
Les vents !
Les dents ! »

« Cette boutade d'un pédiatre éminent est venue à son heure et a connu quelque succès. Elle fut surtout l'expression imagée et rythmée d'une réaction nécessaire contre la paresse d'esprit de certains milieux familiaux et la facilité d'autant plus grande à accueillir certaines explications que la situation est plus confuse, ce qui ne peut que détourner d'un effort nécessaire. » (R. LEVENT. A propos des vers intestinaux. *Gazette des hôpitaux*, 24 février 1932.)

Albuminurie gravidique. — GIBBERD considère comme non satisfaisant le traitement de l'albuminurie gravidique, en ce qui concerne les suites éloignées. Ce qui importe, c'est de protéger le rein contre la toxémie : repos, régime sans protéine et provocation de l'accouchement. (Albuminurie gravidique, *Lancet*, 12 septembre 1931, p. 576.) H. V.


HÉMODUCTYL
RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION DU SANG
HAMAMELIS, CUPRESSUS
MARRON D'INDE STABILISÉ
CRATÆGUS, GUI, BOLDO & CONDURANGO
LABORATOIRES LICARDY, 38. BOUL^D BOURDON, NEUILLY (SEINE)


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)



Ostéophlegmons périmaxillaires

Par le Dr **M. DECHAUME**
Stomatologiste des Hôpitaux de Paris

Cette question est toujours d'actualité à en juger par les discussions thérapeutiques qu'elle suscite. Il n'est donc pas inutile de tenter une mise au point pour faire aboutir enfin la seule ligne de conduite thérapeutique logique qui s'impose.

Un phlegmon circonscrit, est-il besoin de le rappeler, c'est « l'inflammation suppurative circonscrite bien limitée du tissu cellulaire » (Lecène).

Ostéo précise simplement que le phlegmon est secondaire à une inoculation venue du maxillaire (1).

La pathogénie est simple. Au cours de l'évolution d'une carie dentaire ou d'une mortification pulpaire sans carie, lorsque l'infection pulpaire dépasse le ligament alvéolo-dentaire, elle provoque tout d'abord une périapexite suppurée (rarement lésion aiguë, plus souvent lésion chronique réchauffée, c'est-à-dire granulome suppuré). Cet abcès intra-osseux, plus que véritable foyer d'ostéite, peut s'évacuer par différentes voies : canaliculaire, ligamentaire, transosseuse (vers la muqueuse ou la peau), cavitaire (sinus).

L'ostéophelgmon est l'abcès provoqué dans le tissu cellulaire au cours de la migration du pus vers la peau ou la muqueuse (2). Il semble même qu'il puisse y avoir phlegmon, par simple migration microbienne transosseuse, lorsque l'infection est très virulente.

Lecène en effet, à propos des adéno-phlegmons, a écrit : « En réalité, avec ce que nous savons aujourd'hui de la « facilité de propagation des microbes à travers les pa- « rois d'organes enflammés, point n'est besoin d'admet- « tre qu'il y a rupture d'un abcès intra-ganglionnaire « pour expliquer la formation d'un phlegmon péri-gan- « glionnaire ».

La fréquence *des ostéo phlegmons est méconnue du fait de la méconnaissance de la multiplicité des formes cliniques.* Eliminant les phlegmons d'origine amydalienne, en plein accord avec Sébileau, on peut dire que sauf de très rares exceptions, les *phlegmons péri-maxillaires d'origine dentaire sont en général des ostéo-phlegmons*, quelquefois des phlegmons consécutifs à l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse, très exceptionnellement des adéno-phlegmons (3).

La symptomatologie de l'ostéo-phlegmon circonscrit est bien classique.

Quel que soit le siège, le début se fait en général par un stade *d'arthrite apicale suppurée*, plus ou moins net (Douleurs, allongement et mobilité de la dent, cellulite séreuse.)

Le passage au stade d'ostéo-phlegmon se traduit par l'exagération des symptômes fonctionnels et physiques, l'aprition des signes généraux.

a) *Symptômes fonctionnels.* — La douleur devient continue, lancinante, rebelle aux médicaments, entraînant l'insomnie et gênant l'alimentation. Elle s'irradie à toute la face. L'haleine est souvent mauvaise. La salivation exagérée. Le trismus variable suivant la localisation.

b) *Les symptômes généraux* sont constants : fièvre, céphalée, courbature.

c) *Signes physiques* : tuméfaction cervicale ou faciale plus ou moins accentuée, recouverte par des téguments de coloration le plus souvent anormale, rose ou rouge.

La palpation toujours très douloureuse, est redoutée par le malade. Elle permet d'apprécier : une élévation de la température locale ; l'infilration des parties molles ; l'adhérence de la tuméfaction au plan osseux ; la fluctuation souvent difficile à mettre en évidence surtout au début.

L'ouverture de la bouche plus ou moins gênée par le trismus, fait voir un soulèvement plus ou moins important de la table externe ou interne du maxillaire en regard de la dent causale ou même une infiltration du plancher de la bouche.

Le processus de guérison spontanée après ouverture à la peau ou aux muqueuses, est exceptionnel : il ne faut pas compter sur son éventualité. Si le traitement est insuffisant ou nul, le germe virulent ou le terrain déficient, le malade est exposé à des ***complications***.

1° **Les unes générales** très classiques.

a) *Septicémie buccale sans détermination anatomique de Sébileau.*

b) *Septicémie lympho-phlegmoneuse du cou de Sébileau* ou syndrome de l'angine de Ludwig.

c) *Septicémie phlébo-phlegmoneuse de Sébileau.*

2° **Les autres locales** : fusées purulentes ; lésions osseuses ; séquelles.

a) *Fusées purulentes* :

Dans les espaces cellulaires (phlegmon diffusé) : phlegmons cervicaux plus ou moins étendus pouvant s'observer en des endroits multiples et variés, quelquefois très éloignés de leur point de départ (région sus-sternale).

Dans les espaces musculaires : myosites suppurées du masséter, temporal...

Dans les espaces péri-musculaires : abcès de la fosse temporale ;

Dans les espaces vasculaires entraînant des péri et thrombophlébites des troncs veineux ou des hémorragies foudroyantes d'origine artérielle.

Arthrite temporo-maxillaire.

b) *Lésions osseuses*, ostéites corticales.

Il ne s'agit pas des faits de nécrose d'origine dentaire qu'on peut observer sur des terrains préparés (syphilis...). Ces complications qui ne sont d'ailleurs pas particulières aux ostéo-phlegmons, sont dues à la persistance de la suppuration (drainage insuffisant...) au contact de l'os.

Leur connaissance montre la nécessité d'une thérapeutique rationnelle des ostéo-phlegmons et d'une surveillance minutieuse des suites post-opératoires.

Contrairement aux ostéites classiques des maxillaires qui évoluent du centre de l'os vers la corticale, les *ostéites corticales* consécutives à des lésions cellulaires évoluent de la corticale vers la médullaire. Plus fréquentes chez l'adulte, elles peuvent être d'intensité variable.

1° *Ostéites corticales subaiguës sans suppuration.* — C'est un épaissement du périoste, une périostose, qui s'observe plus souvent après une poussée de cellulite séreuse qu'après un ostéo-phlegmon.

2° *Ostéites corticales suppurées avec ou sans séquestre.* — C'est l'histoire clinique d'un phlegmon insuffisamment drainé (ouverture spontanée, non extraction de la dent) dont la suppuration n'arrive pas à se tarir.

A peine existe-t-il un peu de trismus et un léger empâtement. Le suintement purulent seul inquiète le patient.

La radiographie montre soit en regard de l'alvéole une trépanation qui, au maxillaire inférieur, donne l'illusion du trou mentonnier, soit un séquestre qui peut siéger à à la région basilaire.

3° *Ostéites corticales diffuses.* — Elles évoluent comme les

◆◆◆

(1) Il existe également : *a*) des phlegmons liés à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse ; *b*) des adéno-phlegmons consécutifs à une infection ganglionnaire due à des lésions de la muqueuse buccale.

(2) Le phlegmon n'est pas la seule complication possible de cette migration. On peut en effet observer : soit une réaction cellulaire subaiguë ou chronique avec fistulisation ou non à la peau, aux muqueuses, soit un abcès sous-périosté (chez l'enfant surtout, dans les régions où le périoste se laisse décoller, rebord alvéolaire, palais...)

(3) Les adéno-phlegmons sont d'origine muqueuse et non dentaire.

ostéo-périostites diffuses du maxillaire inférieur (plus connues sous le nom d'ostéo-myélites) avec des signes généraux marqués, des signes fonctionnels intenses (douleurs).

Elles n'ont été jusqu'à présent observées qu'après des cellulites de la face externe du maxillaire inférieur. Aussi les signes physiques étaient-ils localisés à cette table externe.

Il n'y a pas de signe de Vincent ou il est extrêmement tardif. La denture est cependant intéressée, mais d'une façon parfois discontinue, c'est-à-dire que des dents solides peuvent séparer des dents ébranlées par le processus d'ostéite.

Ces lésions osseuses peuvent entraîner une fracture spontanée du maxillaire.

c) *Séquelles.*

Fistules d'origine cellulaire, osseuse ou dentaire (non extraction de la dent causale).

Contractures des mâchoires (arthrite temporo-maxillaire ou myosite).

Torticolis par rétraction (Tellier).

Le diagnostic des ostéo-phlegmons est souvent facile.

Les abcès sous-périostés se voient surtout chez les enfants sur le versant vestibulaire du rebord alvéolaire, au palais ou dans la partie moyenne de la face externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Leur diagnostic est parfois délicat : la collection paraît plus profonde, les parties molles ne sont pas infiltrées.

Les *kystes radiculo-dentaires infectés*, l'*actinomycose*, la *syphilis*, la *tuberculose*, le *sarcome* ne peuvent prêter à discussion que dans des cas exceptionnels.

La *lithiase du canal de Wharton*, les *phlegmons du plancher d'origine traumatique*, la *grenouillette suppurée* sont le plus souvent assez facilement mises en évidence.

Nous mentionnerons la confusion possible mais exceptionnelle avec *les manifestations buccales de la leucémie aiguë.*

Il est quelquefois plus difficile d'affirmer *ostéo-phlegmon ou cellulite séreuse*. La transition entre les deux est insensible.

Reste le diagnostic avec les adéno-plegmons (sous-maxillaires). Très souvent encore la confusion est faite entre ostéo-phlegmon interne et adéno-phlegmon sous-maxillaire.

Il est classique de faire le diagnostic :

D'adéno phlegmon si : le sillon gingivo-jugal inférieur est libre ; le plancher est soulevé ; le maximum de la tuméfaction est au-dessous d'une ligne qui réunit l'angle du menton à la symphyse ; le trismus est léger ou nul.

D'ostéo-phlegmon si le sillon gingivo-jugal inférieur est comblé ; le plancher est libre ; le maximum de la tuméfaction est au-dessus de la ligne précédente ; le trismus est plus marqué.

Malheureusement ce diagnostic ne tient pas compte de l'existence de l'ostéo-phlegmon interne. Pour différencier ces deux affections, il faut savoir :

1° Que : à des prodromes dento-osseux succédera toujours l'ostéo-phlegmon ; à des prodromes exclusivement muqueux, l'adéno-phlegmon ;

2° Dans les deux cas, le sillon gingivo-jugal est libre ;

3° Dans l'adéno-phlegmon au début, le plancher de la bouche garde sa souplesse. Autrement dit, dans l'ostéo-phlegmon, la tuméfaction s'étend de la profondeur vers la superficie ; dans l'adéno-phlegmon, de la périphérie vers la profondeur.

4° Trismus précoce et serré dans l'ostéo-phlegmon, tardif dans l'adéno-phlegmon.

Ce diagnostic doit toujours être complété par le *diagnostic étiologique* de la dent causale, ce qui n'est pas toujours facile.

Exceptionnellement l'ostéo-phlegmon peut être gangréneux.

Il faut surtout envisager les *formes anatomo-cliniques* dont l'existence est conditionnée par la présence du tissu cellulaire, la migration par la situation des apex et des interstices musculaires.

A. Ostéo-phlegmons des molaires et prémolaires inférieures

Ils peuvent siéger à la face externe ou à la face interne.

1. O. P. FACE EXTERNE. — Il en existe deux variétés commandées par les insertions du muscle buccinateur.

Variété haute : vestibulaire, au-dessus du buccinateur.

Variété basse : génienne, au-dessous du buccinateur : pseudo-adéno-phlegmon génien.

a) *O. P. externe vestibulaire (le plus rare).* — Sa symptomatologie est assez fruste. La gêne à l'ouverture de la bouche est d'autant plus marquée que l'abcès est plus postérieur.

L'examen endo-buccal montre que le vestibule est comblé par une masse rapidement fluctuante.

Particularité intéressante : tout comme dans l'abcès buccinato-maxillaire lié à l'évolution de la dent de sagesse et signalé par Chompret et L'Hirondel, cet abcès a tendance à suivre la gouttière buccinato-maxillaire. Il peut alors prêter à discussion avec lui lorsqu'il s'agit de préciser la dent responsable de l'abcès.

b) *O. P. face externe génien.* — Dans cette forme le trismus est plus fréquent, d'autant plus marqué que la dent est plus postérieure.

Extérieurement la tuméfaciton soulève les téguments qui sont œdémateux, rouges. Elle est surtout faciale, c'est-à-dire au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur.

L'examen du vestibule (inspection et palpation) nous montre qu'il est plus ou moins comblé par un bourrelet dur, saillant et douloureux. Le plancher de la bouche, par contre, est souple et absolument libre ; la face interne du maxillaire inférieur indemne ou bien il existe à peine une petite douleur dans la région apicale de la dent infectée.

2. O. P. FACE INTERNE (Sebileau, Truffert).

Deux variétés (fréquentes) : haute, au-dessus du mylo-hyoïdien ; basse, au-dessous du mylo-hyoïdien.

a) *Au-dessus du mylo-hyoïdien.* — La tuméfaction dans cette variété, apparaît d'emblée, collée contre l'os à la face interne du corps du maxillaire. Elle évolue comme un phlegmon du plancher de la bouche, avec une légère tuméfaction sous-maxillaire et l'intégrité du vestibule gingivo jugal.

Elle entraîne un léger trismus, une dysphagie marquée et de la gêne des mouvements de la langue.

b) *Au-dessous du mylo-hyoïdien* : forme basilaire (Sébileau). C'est le véritable pseudo-adéno-phlegmon.

Ici la tuméfaction débute et évolue plaquée contre le bord inférieur du maxillaire, dans les régions sous-maxillaire ou sous angulo-maxillaire. Le vestibule gingivo-jugal est libre, le plancher toujours un peu infiltré. Le trismus est intense.

c) A côté de ces deux variétés fréquentes, il est une autre forme clinique des ostéo-phlegmons internes plus particulière à la dernière molaire. Elle a été signalée par Escat en 1908 : *c'est l'ostéo-phlegmon de la face interne de la branche montante.* Il siège dans la région de l'épine du Spix entre le ptérygoïdien interne et la mandibule, en arrière du ligament ptérygo-maxillaire. Etant donné la présence des nerfs dentaire et lingual, le voisinage du constricteur inférieur, il se caractérise avant tout par :

Des douleurs maxillo-pharyngo-linguales ;

De la dysphagie ;

Du trismus intense qui gêne l'examen endo-buccal. Lui seul permet le diagnostic, car extérieurement, c'est à peine s'il existe un peu d'empâtement de la région angulo-maxillaire.

Dans la cavité buccale, on découvre une infiltration


SPASMOSÉDINE
EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT
POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE
SÉDATIF
CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE
TONIQUE
CARDIAQUE
LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 _ RUE D'ASSAS _ PARIS

du bourrelet ptérygo-maxillaire et le refoulement de l'amygdale vers la ligne médiane.

La collection tend à s'abcéder au niveau du rebord alvéolaire vers le collet de la dernière molaire.

Mais aussi cet ostéo-phlegmon interne peut descendre plus bas sur la face interne du maxillaire inférieur simulant l'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire ou même fuser dans la région sous-maxillaire.

Quelquefois ces deux abcès coexistent, paraissent séparés et peuvent faire croire à des adéno-phlegmons.

3. Formes mixtes. — En dehors des formes individualisées descrites plus haut, il est des cas nombreux où le pus envahit en même temps ou successivement les deux faces du maxillaire et les diverses loges cellulaires.

Nous l'avons déjà vu pour l'ostéo-phlegmon de la face interne de la branche montante qui peut fuser vers la région sous-maxillaire. Il est difficile de retrouver toujours le point de départ exact.

B. Ostéo-phlegmons des canines et incisives inférieures

L'évolution se fait dans cette région toujours du côté de la table externe. Suivant que la perforation se fait au-dessus et au-dessous de l'insertion des muscles de la houppe du menton, le phlegmon est vestibulaire avec tuméfaction mentonnière, ou sous-mentonnier avec tuméfaction cutanée sus-hyoïdienne.

C. Ostéo-phlegmons du maxillaire supérieur

Ils se développent uniquement sur la table externe puisque du côté palatin, il n'y a pas de tissu cellulaire.

1. Région molaire. — Ils sont :

Soit *vestibulaires*, s'ouvrant à la muqueuse si la trépanation de l'os se fait au-dessous du buccinateur ;

Soit, le plus souvent, *géniens* si la trépanation est au-dessus ou en avant des insertions musculaires. Ils peuvent alors simuler les adéno-phlegmons géniens, et se compliquer d'élimination de la boule graisseuse de Bichat.

2. Région canine. — Cette variété a été particulièrement étudiée, c'est l'ostéo-phlegmon de la région palpébro-lacrymale simulant la dacriocystite.

Quelques observations de phlegmons de l'orbite d'origine dentaire ont été signalées. Mais ce sont plutôt en réalité des complications de sinusites elles-mêmes d'origine dentaire possible.

3. Région incisive. — Ils sont rarement vestibulaires, le plus souvent sous-narinaires ou au niveau du sillon naso-génien.

Traitement

La thérapeutique correcte des cellulites séreuses (fluxion) d'origine dentaire doit prévenir la grande majorité des phlegmons (1).

Une fois l'abcès collecté le traitement doit être double. En effet d'après ce que nous avons vu des lésions anatomiques, il est facile de déduire qu'il doit s'adresser d'une part au *foyer d'infection périapicale*, d'autre part *à l'abcès du tissu cellulaire.*

1) Foyer d'infection périapicale. — Il n'y a pas lieu de faire ici un parallèle entre le traitement conservateur (soins des canaux, haute fréquence, résection apicale) et l'avulsion de la dent. Toutefois cette dernière, surtout lorsqu'il s'agit d'une multiradiculaire, est le plus souvent indiquée.

Il est nécessaire seulement d'insister sur ce fait qu'elle peut se faire même sous anesthésie locale. *Le préjugé qui condamne l'extraction en période de fluxion doit être abandonné.*

« S'il est possible que l'extraction (en période d'infection aiguë) donne lieu à une septicémie bénigne passagère, il est loin d'être démontré que l'extraction exécutée correctement puisse être rendue responsable d'accidents graves.

« Il est hors de doute qu'il est toujours dangereux de « laisser persister le foyer de suppuration » (Chompret et Dechaume).

Le trismus, mis à part quelques observations très rares de myosite, *n'est pas un obstacle qui résiste à l'ouvre-bouche* manié avec un peu de douceur et de patience (au besoin d'ailleurs on peut recourir à l'anesthésie massétérine).

L'anesthésie générale n'a que des indications exceptionnelles : enfants, sujets pusillanimes.

Mais il faut être pénétré de cette idée que l'extraction est toujours dans ces cas une véritable petite intervention qui demande à être faite dans d'excellentes conditions.

2. L'abcès du tissu cellulaire doit être incisé dans un deuxième temps car souvent le drainage par voie alvéolaire est insuffisant.

Il sera fait sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle par voie endo-buccale de préférence, exceptionnellement par voie cutanée. Dans ce dernier cas le drainage filiforme devra, autant que possible, être préféré aux larges incisions.

On peut discuter le moment du drainage : avant ou après l'extraction. C'est une question de bon sens.

Pour avoir négligé ce temps essentiel du traitement des ostéo-phlegmons des médecins ou spécialistes ont vu revenir le lendemain de l'extraction, un malade dont l'état s'était aggravé, incriminant l'extraction, l'anesthésie locale...

Grâce à cette double thérapeutique le malade est soulagé immédiatement, dans les minutes, tout au plus dans les heures qui suivent. La guérison est définitive en quinze jours à trois semaines. Elle est précipitée par les soins locaux post-opératoires (lavages de la plaie à la seringue, bains de bouche fréquents à l'eau très chaude). *En dehors des cas de drainage filiforme, les compresses d'eau chaude sur la peau doivent être prohibées.*

La vaccinothérapie, la sérothérapie, les métaux colloïdaux ne seront employés que dans les formes sévères ou en présence d'une septicémie.

Lorsqu'il y a une fusée dans les espaces voisins, il faut la drainer.

Si la guérison tarde, rechercher les causes locales (foyer d'ostéite, persistance d'un apex, d'un granulome...) pour les traiter ; savoir songer aussi à la syphilis...

Enfin dans les cas où l'infiltration est lente à se résorber, la radiothérapie donne d'excellents résultats.

(1) Parfois cependant l'extraction ne suffit pas à enrayer le développement de la cellulite séreuse qui se transforme en phlegmon et doit être incisé le lendemain ou dans les jours qui suivent l'extraction.

« Les relations mondaines peuvent être utiles à certains groupes de médecins et de chirurgiens, mais les réputations de ce genre *sont femmes* ; elles sont volages et changeantes, comme tout ce qui s'édifie sur le sable. Elles n'ont pas non plus cette auréole rayonnante que donne la science pure ou de grandes vertus. Par contre que de fois ai-je entendu dire à M. Guyon que c'étaient les malades eux-mêmes qui faisaient notre réputation et que c'était presque toujours par eux que nous venait le gros de notre clientèle, ce qui prouve, quoi qu'on en dise, que les sentiments de reconnaissance n'ont pas encore tout à fait disparu de cette terre. » (P. Cathelin : Autour de la chirurgie, Baillière et fils, édit. Cité par le Dr Paul Voivenel, *in Mercure de France.*)

« La déambulation précoce des fractures du membre inférieur ne représente pas un avantage réel, bien au contraire. Ne se réduit-elle pas tout d'abord à un sautillement pénible et timide autour d'un lit ou d'une chambre ? Et le bénéfice que le malade peut tirer de son lever prématuré n'est-il pas illusoire ? Si les appareils de marche ont connu tant de succès c'est qu'en leur temps, ils ont heureusement réagi contre l'immobilisation complète et prolongée imaginée par Matthyssen. C'est avant tout parce qu'ils sont courts et dégagent les articulations ». (R. Dams, Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bruxelles : Technique de l'ostéosynthèse. Etudes de quelques procédés. 1 vol.)

THÉRAPEUTIQUE

COURS DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Classification médico-physiologique des purgatifs (1)

Par le Prof. **Maurice LOEPER**

L'histoire des purgatifs est une suite d'épisodes bien embrouillés et de fortunes diverses. Tantôt la purgation fréquente apparaît la condition nécessaire à une bonne santé. Tantôt au contraire elle est considérée comme nuisible.

Les anciens connaissaient bien son action et Hippocrate en parle. Rabelais insiste sur l'importance de « vuider les ventres » et tout le Moyen-Age reconnaît aux purgatifs le mérite de débarrasser le ventre des humeurs peccantes.

Après cette période de faveur, les purgatifs et la saignée subissent les plaisanteries de Molière et rentrent pour un temps dans l'oubli.

De nos jours les purgatifs connaissent à nouveau la faveur des médecins et des malades, qui en constatent maintes fois l'effet favorable, lorsqu'ils sont appliqués à propos.

Les purgatifs accélèrent la traversée intestinale ; ils accroissent la quantité d'eau des selles du fait même de cette accélération, du fait aussi de l'abondance de la sécrétion biliaire et intestinale qu'ils déterminent.

Un purgatif doit être exonérateur et dérivatif, il doit attirer vers l'intestin certaines substances dont le sang est chargé à l'excès. Il doit exciter la sécrétion intestinale par le mécanisme double de l'osmose et de l'irritation.

Enfin il doit avoir un rôle antiseptique. Les avis sont partagés sur ce dernier point et, pour certains, tout purgatif remue « la vase intestinale ». Mais en fait, si la flore microbienne des selles s'accroît immédiatement après la purgation, on voit le nombre des microbes diminuer notablement dans les jours suivants. Le rôle antiseptique n'est donc pas immédiat, mais il est réel.

***

La classification des purgatifs n'est pas chose facile et a été fréquemment modifiée.

On distinguait autrefois les purgatifs en: purgatifs végétaux et minéraux.

Puis, d'après leur origine, on sépara les purgatifs naturels et les purgatifs synthétiques.

Ces classifications parurent insuffisantes et l'on fit intervenir leur activité même. C'est ainsi qu'on isola les laxatifs, les purgatifs cathartiques, enfin les drastiques.

On a enfin proposé une classification chimique en purgatifs salins, sucrés, anthracèniques.

Il est certainement préférable d'adopter une classification physiologique :

Nous distinguerons :

Des purgatifs muqueux ou hydragogues qui font exsuder la muqueuse intestinale ;

Des purgatifs cholagogues qui déterminent une chasse biliaire ;

Des purgatifs léiotoniques qui agissent sur le muscle intestinal ;

Des purgatifs mécaniques qui agissent par glissement.

Il va sans dire que cette division est schématique et que certains purgatifs appartenant surtout à une de ces classes, ne lui appartiendront pas exclusivement.

Un purgatif plutôt mécanique par exemple, comme l'huile de ricin, doit une part de son action à une substance irritante, l'acide ricinique.

Autre exemple : le jalap, purgatif hydragogue, est aussi un excitant du muscle intestinal.

1° Les purgatifs muqueux ou hydragogues

Cette classe comprend essentiellement : les sels, les sucres, le jalap, la scammonée.

Le mécanisme qui préside à leur action sécrétoire n'est pas identique.

S'ils aboutissent tous à une production d'eau, les uns la réalisent par osmose : purgatifs salins et sucrés ; les autres par irritation : le jalap, la scammonée.

On peut comparer ces deux effets à ceux que l'on obtient lorsqu'on injecte sous la peau d'un animal une solution concentrée saline ou une toxine microbienne.

L'exsudat qui résulte, au bout d'un certain temps, de ces deux injections est dû dans le premier cas à un processus mécanique, dans le second à un processus toxique ; mais il existe dans les deux cas.

Etudions les *purgatifs* à action surtout ***osmotique :***

Ce sont les purgatifs salins qui comprennent avant tout :
Les sels de soude ;
Les sels de magnésie ;
Les sels de potasse.

Les sels de soude. Parmi ceux-ci, le sulfate de soude, ou sel de Glauber, est le plus communément employé. On prescrit couramment, chez l'adulte, 15 à 30 grammes de sulfate de soude, à prendre à jeun dans un demi-verre d'eau.

Le citrate de soude possède une action purgative un peu moindre et s'administre à la dose de 30 à 50 grammes.

Le phosphate de soude a une action encore moins forte, 20 à 40 gr. sont les doses habituelles.

Tous ces sels sont solubles.

Les sels de magnésie. Il faut distinguer les sels de magnésie solubles et les sels insolubles.

Le sulfate de magnésie ou sel de Sedlitz est connu depuis plus de 200 ans. C'est un sel soluble. On le donne aux doses de 10, 15, 20 grammes, doses plus faibles que celles du sulfate de soude, en raison de son activité plus grande.

Le citrate de magnésie est également soluble, mais son action est plus lente. Il s'administre chez l'adulte aux doses de 30 à 60 gr. en solution, en limonade ou en potion.

Les sels insolubles de magnésie comprennent :

L'hydrate de magnésie ;
Le carbonate de magnésie ;
La magnésie calcinée.

Ils se donnent en cachet, soit purs, soit mélangés au chocolat, à la confiture.

La plupart des purgatifs précédents, au moins les solubles, agissent d'abord par action osmotique, par déplacement d'eau.

Une solution de 10 grammes de sulfate de magnésie ou de soude dans 100 grammes d'eau par exemple, fait affluer dans l'intestin 600 à 700 grammes d'eau.

Mais ces sels, semblent en outre, faire sortir du muscle intestinal les sels de calcium et exciter de ce fait sa contractilité.

Les sels insolubles de magnésie se combinent à l'acide chlorhydrique gastrique pour donner du chlorure de magnésium. Ce sel soluble purge comme le sulfate de soude et de magnésie en partie par action osmotique, mais il n'est jamais employé à dose élevée.

Les sels de potasse. Le sulfate de potasse s'administre aux doses de 3 à 10 gr. en solution à 10 pour cent.

Les tartrates de potasse constituent un groupe important.

(1) Leçon faite au Cours de thérapeutique de la Faculté de Paris, 1931 et recueillie par M. Soulié, interne, médaille d'or des hôpitaux.

Le tartrate acide est peu soluble. Il est, comme les autres tartrates, diurétique à petites doses, laxatif à des doses plus fortes dépassant 5 à 10 grammes.

On en utilise d'autres :

Le tartrate neutre ou sel végétal, est soluble (15 à 30 grammes) ;

Le tartrate borico-potassique (15 à 30 grammes), est peu utilisé, mais le tartrate double de potasse et de soude ou sel de Seignette a une réputation qui date de 200 ans. On le donne aux doses de 10 à 30 grammes, moindres évidemment chez l'enfant.

Le groupe des purgatifs sucrés est beaucoup moins employé en thérapeutique, beaucoup moins intéressant.

Le miel est laxatif à doses élevées, 100 à 150 grammes chez l'adulte.

De même le lactose, qui est surtout employé comme diurétique, est légèrement laxatif.

La manne en larmes s'emploie en thérapeutique infantile, soit en mixture, soit en 4 lavement. La mannite se donne aux doses de 0 gr. 20 à 1 gr. comme purgatif des enfants du premier âge.

La manne agit comme les purgatifs salins par action osmotique, mais il faut l'employer à des doses considérables 50 grammes,

Dans ce groupe entrent encore quelques laxatifs légers :

Le jus de pruneaux ;

La casse ;

Le tamarin.

Ces purgatifs sucrés sont d'ailleurs peu employés actuellement.

Nous avons jusqu'alors étudié dans le groupe des purgatifs hydragogues les substances agissant par action osmotique. Il nous reste à voir *les* **purgatifs irritants** dont les principaux sont le calomel, le jalap, la scammonée.

Le calomel est le plus couramment employé, on le prescrit :

Soit à petites doses répétées associé au lactose (paquets contenant 0 gr. 05 de calomel, 0 gr. 50 de lactose) ;

Soit à doses plus fortes : 50 centigrammes en une fois chez l'adulte.

Le calomel possède une action hydragogue par irritation, mais aussi une action secondaire sur le foie et la cellule hépatique.

Il est classique d'insister sur les accidents, ou plutôt les incidents qu'il peut parfois entraîner ; on évite de l'administrer avec des aliments salés, mais cette prescription est un peu illusoire. Ces incidents, rares d'ailleurs, s'observent surtout avec les petites doses de calomel qui s'accumulent dans l'organisme.

Le jalap, la scammonée appartiennent au groupe des convolvulacées.

Le jalap est un purgatif hydragogue surtout employé au cours des grands œdèmes cardiaques. On donne suivant les cas la poudre de racine, la résine, la teinture alcoolique de jalap. Mais on administre beaucoup plus couramment le jalap *en prescrivant l'eau-de-vie allemande* ou teinture de jalap composée.

L'histoire de l'eau-de-vie allemande, montre, comme l'écrit Henri Leclerc, combien ce drastique peut être nécessaire et salutaire pour un peuple habitué à une alimentation abondante. On attribue à Pierre Gaulius, capitaine de grenadiers, la composition de l'eau-de-vie allemande. Sa découverte resta plus de 140 ans dans l'oubli. C'est Cadet de Gassicourt qui remit en vogue l'eau-de-vie allemande.

La composition en est la suivante :

Racine de jalap	2 grammes
Scammonée	0 gr. 50
Racine de turbith	0 gr. 25
Alcool à 60°	25 gr.

On prescrit habituellement 15 à 30 grammes du mélange, l'action est doublement purgative, action hydragogue, action irritante pour la muqueuse intestinale.

On associe, d'ailleurs le plus souvent la teinture de jalap composée *au sirop de Nerpron*, en prescrivant l'absorption de 15 grammes d'eau-de-vie allemande et de **15** grammes de sirop de Nerprun. C'est le purgatif hydragogue le plus habituellement employé.

Nous avons déjà mentionné *la scammonée* dans la compotion de l'eau-de-vie allemande.

La scammonée est employée sous forme de racine, de poudre de racine, ou sous forme de résine de scammonnée. Cette résine contient un glucoside purgatif la *scammonine*.

Dans le groupe des hydragogues irritants, à côté du jalap de la scammonée, nous ne ferons que citer :

La coloquinte (0 gr. 10 à 0 gr. 50 en cachets) actuellement peu employée ;

L'euphorbe ;

La mercuriale, purgatif surtout employé sous forme de mellite à la dose de 50 gr. en lavement ;

L'huile de croton, purgatif énergique (I à II gouttes).

Tout ce groupe de purgatifs hydragogues, sulfate de soude, sels de magnésie, calomel, jalap est couramment appliqué en thérapeutique, mais l'emploi en est assez souvent passager et parfois irritant.

Les purgatifs osmotiques ont l'inconvénient d'assécher l'intestin ; par ailleurs les purgatifs irritants entraînent par la répétition de leur emploi un état d'inflammation de la muqueuse intestinale. Ils peuvent même amener des lésions de la muqueuse.

II. Les purgatifs cholagogues.

Ils sont au nombre de trois : l'aloès, le podopyllin, l'Evonymine et présentent une activité bien différente.

Alors que l'aloès se donne aux doses de 10 à 25 centigrammes, le podophyllin est administré à la dose de 3 centigrammes ; l'évonymine à la dose de 2 centigrammes.

L'aloès du Cap est le plus employé bien que l'aloès des Barbades soit meilleur.

Il contient une aloïne, une émodine, une substance résineuse.

L'aloïne est déjà une naphtanthraquinone.

L'aloès, à petites doses excite l'appétit, contracte la musculature de l'estomac, il devient purgatif à des doses plus élevées (0 gr. 50 à 1 gr. 50).

On le donne sous forme de sirop, de teinture, de poudre. Il entre dans la composition des pilules Ante cibum, des pilules d'Anderson, de l'élixir de longue vie, dans lesquels il est associé à la gentiane, à la rhubarbe, au quinquina, à l'anis,

Fait important, nous trouvons déjà dans l'aloès une émodine, élément anthraquinonique que nous étudierons plus loin à propos des purgatifs leiotoniques. A cette émodine il doit donc d'être leiotonique. Il semble bien, en outre, qu'il n'ait pas seulement une action cholagogue, mais aussi, une action cholérétique, c'est-à dire cellulaire.

Et cette triple action prouve encore que la caractéristique d'un purgatif résulte d'une *dominante* et non *d'une spécificité.*

Dans le groupe des cholagogues, il faut encore citer :

Le *podophyllin* qui est une berbéridée et renferme de la podophyllotoxine, de la picropodophylline et se donne en pilules à la dose de 2 centigrammes associé à la belladone.

L'évonymine dont on emploie l'écorce à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 03 en pilules.

Ces trois purgatifs ont, certes, surtout une action cholagogue, mais ils ont de ce fait deux ordres d'inconvénients. Ils entraînent souvent un état de congestion hépatique et surtout de congestion du système veineux tributaire du foie, d'où la production de poussées hémorroïdaires pénibles.

III. Purgatifs leïotoniques.

Leur rôle principal est d'agir sur la fibre musculaire intestinale, mais cette action léiotonique n'est pas exclusive et ces purgatifs agissent aussi sur la sécrétion biliaire et sur la muqueuse intestinale. Cependant l'action léiotonique est la note dominante de ce groupe.

Tous ces purgatifs ont un caractère chimique commun : c'est de contenir un noyau anthraquinonique *l'émodine* (méthyl-oxyanthraquinone. Ce sont *des purgatifs anthracèniques* ; ils sont caractérisés chimiquement par la réaction de Borntrager dont voici la technique :

Lorsqu'on ajoute dans un tube à l'extrait : de l'alcool, de la benzine et de l'ammoniaque, on obtient une coloration rouge.

Le groupe des purgatifs anthracèniques comprend surtout *des rhamnées* : le séné, la rhubarbe, le cascara et la bourdaine sont les trois principaux.

Le séné est connu depuis bien longtemps et son emploi était courant aux XVI[e] et XVII[e] siècles.

Ch. Fiessinger a baptisé Guy Patin, qui le prescrivait à tout coup, l'homme des deux S : c'est-à-dire de la saignée et du séné.

On donne, suivant les cas, les feuilles de séné en infusion et lavement purgatif (10 grammes), et encore les follicules (15 à 20 grammes).

Les divers thés purgatifs dont la publicité occupe les devantures des pharmacies, sont à base de séné.

La rhubarbe contient non seulement de l'émodine mais de l'acide chrysophanique ; elle se donne aux doses de 25, 30, 40 centigrammes.

On peut associer deux purgatifs anthracèniques dans une même formule et même y ajouter un purgatif salin. L'apozème du Codex contient :

Feuilles de séné	10 gr.
Rhubarbe de Chine	5 gr.
Sulfate de soude	15 gr.
Manne	60 gr.
Eau	100 gr.

Le cascara est un purgatif du même groupe. Il contient une émodine, une cascarine et de l'acide chrysophanique. On prescrit 2 grammes d'extrait fluide de cascara, ou 1 gramme de teinture au 1/5[e].

Par exemple une à deux cuillerées à café de la solution :

Extrait fluide de cascara	5 gr.
Glycérine	30 gr.

Son emploi est assez indiqué au cours de la grossesse, car le cascara possède une action contractante assez faible sur le muscle utérin.

La teinture d'aloès, la teinture de rhubarbe, l'extrait fluide de cascara entrent dans la composition de l'Elixir de longue vie, des pilules antecibum, de l'Elixir de Garus,

La bourdaine a été mise en faveur par G. Lyon. Elle est aussi du groupe des rhamnées. Elle se prend en infusion d'écorce (2 ou 3 grammes pour 300 grammes d'eau), parfois à doses plus fortes, 10 grammes dans 400 grammes d'eau et l'absorption fractionnée est échelonnée sur trois jours consécutifs.

Le phénolphtaléine est un purgatif synthétique et non végétal. C'est encore un excitant de la fibre musculaire intestinale. Elle se donne à la dose de 25 centigrammes en cachets, pilules, tablettes ou comprimés.

Elle entre dans la composition d'un grand nombre de spécialités et certains l'associent à l'huile de paraffine ou à l'agar et à la magnésie.

On peut formuler par exemple en paquets :

Agar pulvérisé	1 gr.
Magnésie calcinée	2 gr.
Phénol phtaléine	0 gr. 15
Lactose	5 gr.
	pour un paquet.

Tous ces purgatifs à base de méthyl-oxy-anthraquinone sont léiotoniques. Ils sont en outre

Légèrement excito-cellulaires ;

Légèrement cholagogues ;

Légèrement hydragogues ;

Ils accélèrent notablement la traversée intestinale, qu'ils réduisent à 5 ou 7 heures.

Ils peuvent avoir quelques inconvénients ; ils excitent souvent la vessie, l'utérus et peuvent être irritants : en particulier le séné, la rhubarbe, en raison du composant chrysophanique qu'elle contient.

IV. Les purgatifs par glissement ou mécaniques

Il faut distinguer dans ce groupe les purgatifs solides et les purgatifs liquides ou huileux.

Les purgatifs solides tels que les graines de moutarde blanche, les graines de lin, le psyllium sont d'action très inconstante.

Par contre *l'agar-agar* qui augmente la plasticité des selles et leur humidité, est un purgatif très employé et très en vogue depuis quelques années. L'agar-agar est extrait d'une variété d'algues des mers de Chine.

Un certain nombre de spécialités associent l'agar-agar au podophyllin, à l'huile de paraffine et, par leur action triple, constituent des purgatifs très efficaces.

Les purgatifs huileux. — L'huile de ricin est le purgatif huileux le plus couramment employé mais elle possède une double action : action mécanique de glissement, action irritante par l'acide ricinique.

L'huile de ricin a en outre une action hépatique et cette action s'affirme expérimentalement par la déglycogénisation du foie.

On donne 20 à 30 grammes d'huile de ricin chez l'adulte en nature, en émulsion ou en capsule.

L'huile de paraffine nous vient d'Amérique et a été lancée en France par Martinet. Elle est obtenue par distillation des pétroles, et doit être absolument pure pour n'être pas irritante, et non acide. Elle ne doit contenir aucun des dérivés de la paraffine, ne doit pas noircir par le chauffage, ne doit pas se colorer par addition d'acide sulfurique.

Elle semble n'avoir qu'une action mécaniqne.

On peut la prescrire pure, en dehors des heures des repas, mais elle peut alors avoir le réel inconvénient d'être évacuée seule et, pour ainsi dire sans que le malade s'en rende compte.

Par contre, associée à la fin d'un repas à une compote de pommes par exemple, et en quelques sorte « convoyée », elle est plus agréable et n'entraîne aucun incident fâcheux.

***

Cette classification physiologique des purgatifs est une classification de *dominante et non de spécificité*, nous y insistons encore, d'élection et non d'exclusion.

Le sulfate de soude qui est hydragogue avant tout, est un peu péristaltique.

Le séné, la rhubarbe qui sont surtout léiotoniques sont aussi légèrement cholagogues.

La phénolphtaline, purgatif léiotonique, agit aussi sur la sécrétion de la muquense intestinale.

Le calomel, purgatif muqueux, agit aussi sur la sécrétion biliaire.

Le jalap est irritant pour la muqueuse, mais possède aussi une action léiotonique.

La bile elle-même, dont la sécrétion est augmentée par nombre de purgatifs des divers groupes, vient ajouter à leurs actions électives, sa propre action léiotonique.

Toutes ces actions secondaires d'un purgatif, à côté de sa propriété dominante, montrent bien qu'il y a avantage à associer les médicaments pour obtenir le maximum de résultats.

C'est de « l'auxothérapie dynamique » au meilleur sens du mot.

***

Après avoir étudié les actions respectives des purgatifs et leurs avantages, je termine par les inconvénients et les échecs que l'on peut observer dans leur administration.

Il est, comme nous l'avons dit, des purgatifs muqueux qui peuvent être asséchants.

Il est des purgatifs spasmogènes, surtout parmi les léio-

toniques, qui déterminent des spasmes sur les anneaux électifs du côlon et donnent un effet inverse à celui que l'on veut atteindre.

Le sulfate de soude qui est irritant, peut lui-même être spasmogène et certains malades, après son absorption, présentent une douleur permanente au niveau de leur côlon descendant.

Pour éviter ces inconvénients, on recommande la belladone aux doses de 1 à 2 centigrammes, mais on diminue parfois au lieu de l'accroître l'action purgative.

Il est des purgatifs vaso-dilatateurs qui, par la congestion qu'ils entraînent dans tout le système porte, déterminent des poussées hémorroïdaires très pénibles.

La rhubarbe déclenche souvent de la céphalée. L'évonymine peut entraîner des troubles cardiaques.

On peut avoir recours aux injections sous-cutanées. On peut employer le sulfate de magnésie, une ampoule de 1 cc. d'eau contenant 0 gr. 25 de sulfate de magnésie (Robin).

On peut encore injecter sous la peau du séné, de la bourdaine, mais ces injections sont souvent hyperthermisantes (Carnot).

Beaucoup de purgatifs anthracéniques ont une action utérine.

Le meilleur purgatif est dans certains cas inefficace, son action des purgatifs peut être nulle, à cause d'une bride, d'une coudure, d'un angle trop fermé du côlon.

Contre cette déformation ou cet allongement du côlon on peut avoir recours aux massages.

On peut même s'adresser à l'électrothérapie qui semble agir efficacement sur les lésions névritiques de la paroi intestinale, mais dans certains cas que nous n'avons pas à étudier ici, la chirurgie elle-même a parfois le dernier mot. Mais son emploi doit rester très limité.

PRATIQUE OBSTÉTRICALE

Diagnostic de la grossesse

Le diagnostic clinique de la grossesse est parfois bien difficile ; et, dans de tels cas, on ne possède jamais assez de ressources.

Un certain nombre de réactions de laboratoire ont été mises au point au cours de ces dernières années, les unes qui se fondent sur des données physiologiques et d'autres qui ont été proposées empiriquement :

1° réaction de Zondek (provocation du rut chez la souris impubère par injection d'urine de femme enceinte) ;

2° réaction de Brouha et Simonnet (distension des vésicules séminales du mâle impubère par injection d'urine) ;

3° réaction de Friedmann (provocation du rut chez la lapine adulte par injection intraveineuse d'urine) ;

4° réaction de Bercowitz (instillation dans le cul-de-sac conjonctival de l'auto-sérum, qui produit un spasme pupillaire, puis soit un retour à la normale chez les non enceintes, soit de la mydriase ou du myosis chez les femmes enceintes) ;

5° réaction de Manoilov (addition de diurétine et de Nilblau à du sérum de la femme ; si celle-ci est enceinte, la coloration vire du bleu au jaune rouge).

***

Ces divers procédés ont été étudiés par White et Severance (1) dont les résultats sont intéressants à connaître :

Grossesses normales : quatre-vingt treize Zondek, 92 positifs ; 1 négatif ; soixante Brouha-Simonnet, 60 positifs ; quatorze Friedmann, 13 positif, 1 négatif (32 jours après les dernières règles).

Grossesses ectopiques : onze Zondek, 5 +, 6 —.
dix Brouha-Simonnet, 10 + ; quatre Friedmann, 2 + et 2 —.

Avortements incomplets : Sur 18 cas, 10 Zondek + et 9 Brouha-Simonnet +. Sur 4 cas, 1 Friedmann + et 3—.

Soixante observations de non-gestantes donnèrent cinq faux résultats positifs pour l'Ascheim, desquels quatre étaient aussi positifs au Brouha-Simonnet. Le curettage, chez deux de ces patientes, montra l'endomètre en hypertrophie. La troisième avait des règles irrégulières. 27 tests de Brouha-Simonnet donnèrent dix fausses réponses positives, dont quatre mentionnées plus haut ; des six autres, deux cas étaient des endomètres hypertrophiés, deux des ménopauses, une une inflammation pelvienne et une autre un stade prémenstruel. On procéda à 18 Friedmann, tous négatifs.

Le Bercovitz a donné un résultat érroné 57 fois pour 100 ; le Manoilow 57 pour 100 également.

***

Wilson et Corner (1) ont employé le Friedmann dans 196 cas. La réaction positive a toujours coïncidé avec la grossesse, sauf dans un cas d'hyperplasie endométriale. La réaction négative est moins fidèle, car il peut y avoir rétention d'un œuf mort.

***

Juan Léon (2) a publié une étude approfondie de la réaction de Manoïlow : approfondie et désenchantée.

La réaction de Manoïloff ne permet pas le diagnostic précoce de la grossesse ; car, dans les deux premiers mois de la gestation, elle est souvent négative, douteuse ou à peine faiblement positive. La fréquence des résultats positifs augmente progressivement avec l'âge de la grossesse.

La réaction n'est pas spécifique de l'état gravide, puisqu'elle est souvent positive chez des femmes non enceintes et particulièrement chez des fibromateuses et celles qui présentent des troubles de la ménopause.

Une épreuve positive ne prouve pas l'existence d'une grossesse.

Une réponse négative élimine presque sûrement une grossesse de plus de deux mois.

D'autre part, on a pu supposer que la réaction de Manoïloff indiquait l'équilibre acide-base du milieu. En comparant la courbe de l'épreuve de Manoïloff pendant la grossesse, l'accouchement et les suites des couches et les courbes du pH et de la réserve alcaline, Juan Leon a vu qu'il n'existait pas de parallélisme entre elles.

***

Au total, les réactions de Zondek, de Friedmann et de Brouha-Simonnet qui se fondent sur nos connaissances physiologiques des hormones sexuelles donnent souvent des réponses intéressantes. Elles sont dignes de foi *en général*, mais elles ne sont pas *toujours* infaillibles.

Il arrive souvent qu'elles soient en défaut dans les cas où elles seraient appelées à rendre les plus urgents services : fausses grossesses par troubles endocriniens, où les anomalies des sécrétions internes font errer les réactions, — grossesse extra-utérine où les résultats varient suivant que l'œuf est vivant ou mort, — avortement où l'on voudrait savoir s'il reste ou non du tissu placentaire *in utero*. Et pour ceci, nous devons faire des réserves sur leur valeur pratique, sans méconnaître ni leur très grand intérêt pour les études de physiologie et de physio-pathologie et ni l'appoint qu'elles peuvent apporter au diagnostic gynécologique.

H. V.

(1) Milo R. White et Alvin O. Severance. — Comparison of pregnancy tests. (Comparaison entre les tests de la gravidité). *Journal American Medical Association*, 31 octobre 1931, vol. 97.

(1) Wilson et Corner. — Results of Rabbit Ovulation Test in Diagnosis of Pregnancy. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, oct. 1931, p. 513.

(2) Juan Leon. — Quelques essais sur la réaction de Manoïloff. Valeur de l'épreuve dans le diagnostic de la grossesse. La réaction chez les parturientes et les nouveau-nés. Contribution à l'étude du chimisme de l'épreuve. *Gyn. et Obst.*, avril 1932, p. 285.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Neurologie

La rétraction de l'aponévrose palmaire vient de faire l'objet d'un mémoire de M. M. G. Roussy, Gabrielle Lévy et Charles Rosenrauch dont voici les conclusions :

1° Il paraît actuellement démontré, par des faits cliniques et anatomiques, qu'*au moins une certaine variété de rétraction de l'aponévrose palmaire est d'origine médullaire*. Les faits cliniques sont essentiellement constitués par l'association de l'affection avec des troubles de la sensibilité thermique ou avec des manifestations avérées de la syryngomyélie. Les faits anatomiques consistent en la présence de cavités médullaires de différentes origines, au niveau de la substance grise, notée dans des cas ou la rétraction de l'aponévrose palmaire avait été cliniquement constatée.

2° Cette forme de rétraction de l'aponévrose palmaire semble bien répondre à la variété classique qu'a décrite Dupuytren. Elle se caractérise par son *début* et sa *prédominance au niveau des doigts cubitaux, par l'intégrité relative du pouce et de l'index, par la saillie des tendons fléchisseurs dans la paume*, et par la *corde apparente du tendon du petit palmaire* au niveau du poignet.

Les analogies de cet aspect morphologique et de l'évolution de l'affection avec l'aspect et l'évolution de *la main en pince des syryngomyéliques*, ainsi que la fréquente *association de la rétraction de l'aponévrose palmaire* à la syryngomyélie permettent de penser que ces deux aspects pathologiques de la main ne sont peut-être pas très différents l'un de l'autre.

3° L'association de la rétraction de l'aponévrose palmaire à des troubles de la sensibilité thermique permet d'induire déjà cliniquement que le *substratum anatomique* de cette affection doit consister en des *lésions de la substance grise*. Son association avec un syndrome de Claude Bernard-Horner ainsi que la prédominance de ses manifestations cliniques dans le territoire du nerf cubital permet, en outre, de localiser approximativement ces lésions au niveau de la *moelle cervicale inférieure* et de la *moelle dorsale supérieure*, plus précisément dans les *segments médullaires qui donnent naissance aux racines* C^8, D^1.

4° L'association de cette rétraction palmaire aux différentes manifestations que nous venons d'envisager, et, par ailleurs, à des troubles sudoraux, vaso-moteurs et trophiques fréquents, permet de penser qu'il s'agit vraisemblablement de *lésions intéressant des centres ou des voies sympathiques à ce niveau*.

5° La coïncidence rare, mais certaine de la rétraction de l'aponévrose palmaire suggère en outre qu'il pourrait bien s'agir de *lésions qui frappent un système sympathique particulier*: soit isolément au niveau du renflement cervical et au niveau du renflement lombaire (comme certaines autopsies ont montré des lésions à ces niveaux), soit par voie d'association après atteinte primitive des territoires cervical inférieur et dorsal supérieur. Mais ce sont là des hypothèses qu'aucun fait clinique ou anatomique n'a permis jusqu'ici de vérifier.

6° Au point de vue pratique, il découle de l'ensemble de ces notions qu'un examen neurologique approfondi, et, en particulier un examen de la sensibilité thermique s'impose devant tous les cas de rétraction de l'aponévrose palmaire, dont les lésions locales traumatiques ou professionnelles de la main ou des lésions articulaires des phalanges, ne peuvent pas donner d'explication suffisante. La présence d'un signe clinique nerveux permettant de soupçonner l'existence d'une lésion médullaire justifie dans ces cas-là, les mêmes sanctions thérapeutiques que certaines formes de syryngomyélie, c'est-à-dire la *radiothérapie de la moelle* au niveau *des régions cervicale inférieure et dorsale supérieure*.

Il ne faut cependant pas perdre de vue que certaines lésions cavitaires de la moelle ne sont pas d'origine gliale et que, par exemple des lésions nécrotiques d'origine vasculaire qui pourraient se traduire cliniquement par une symptomatologie analogue, n'en sont pas moins dues à des lésions vasculaires spécifiques ou non. Il n'y a donc lieu d'instituer le traitement radiothérapique qu'après élimination de la possibilité d'une lésion vasculaire qui comporterait bien entendu, l'*application d'un traitement spécifique*, au moins dans les cas où la syphilis pourrait être à bon droit soupçonnée.

(G. Roussy, Gabrielle Lévy et Charles Rosenrauch. L'origine médullaire de certaines rétractions de l'aponévrose palmaire. (A propos d'une syringomyélie avec syndrome de Claude Bernard Horner. *Les Annales de médecine*, janvier 1932.)

Varia

Lorsqu'*après*, une opération sur les amygdales, les adénoïdes, la mastoïde, voire même pour les collections cervicales ou latéropharyngiennes, on voit apparaître de la raideur de la nuque ou du torticolis, il faut être sur ses gardes. Ce peut être le premier degré d'un état qui risque d'aboutir à une luxation de l'atlas et donc à tout le moins, et à défaut de graves complications, à une difformité apparente et définitive.

(L. Baldenweck. Les torticolis post-opératoires et la maladie de Grisel. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, janvier 1932.)

Chez un sujet atteint d'un cancer avéré, une douleur violente dans l'hypocondre droit, coïncidant avec l'augmentation brusque de volume du foie, sans signes infectieux concomitants, doit faire redouter la propagation du cancer à la glande hépatique. (A. Cain. Le cancer secondaire du foie à début douloureux. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, janvier 1932.)

***

La radiothérapie de l'hypertrophie de la prostate a fait dans ces dernières années de réels progrès. Elle permet de procurer aux malades un soulagement important lorsqu'il existe une contre-indication quelconque à l'intervention chirurgicale. Appliquée précocement, elle pourra même peut-être un jour éviter l'apparition des complications et mettre à l'abri d'une intervention.

(P. Brodin. Le traitement de l'hypertrophie de la prostate par la radiothérapie profonde. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, janvier 1932.)

***

En raison de la pénurie des moyens thérapeutiques dont nous disposons dans les cirrhoses, la diathermie paraît mériter d'être essayée, au moins dans les cas à évolution sérieuse. La technique consiste en l'application de deux plaques, l'une lombaire, l'autre préhépatique. L'intensité réalisée est de un ampère et demi. Séances de vingt minutes tous les deux jours. La méthode ne saurait être conisdérée comme donnant des résultats dans toutes les cirrhoses.

(P. Pagniez. L'emploi de la diathermie dans le traitement de certaines cirrhoses. *Presse médicale*, 13 janvier 1932.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Appareil digestif

Deux observations de crises solaires typiques :

I. Angel P..., 58 ans, agriculteur, traité pour une cirrhose hépatique hypertrophique, fort améliorée depuis quelques mois, a commencé soudain à souffrir de crises hépatiques et intestinales et c'est alors qu'il a présenté des crises solaires ; on note spécialement les palpitations aortiques avec de fortes douleurs et la transmission de ces battements aux zones voisines, le refroidissement des pieds, la sensation de mort imminente, les nausées, les vomissements de mucus ; il refuse les aliments par crainte de provoquer une crise. L'insomnie est fréquente, il dort seulement pendant les premières heures de la matinée. Le traitement de la crise et de la cirrhose a produit de l'amélioration et surtout les crises solaires sont plus rares.

II. Mme M. de F..., 45 ans, a débuté par des crises solaires de grande intensité, pendant lesquelles elle se plaint de fortes douleurs à l'épigastre, de battements aortiques intenses sans propagation, surtout de sensation de mort imminente, d'éructations en salve, et d'un état vertigineux. Chez cette malade on a fait le diagnostic de ptose gastrique ; le traitement a un peu amélioré les crises, qui se sont espacées mais qui sont restées très violentes et ont amené une dépression si intense qu'on croirait à première vue qu'il s'agit d'une aliénée.

(Josué Rodriguez. El sindrome solar. *Prensa Medica Argentina*, 10 novembre 1931.

Rayons X

La radiographie pulmonaire n'a pas donné tout ce qu'on avait le droit d'espérer. Elle est incapable, à elle seule, de faire un diagnostic et elle doit être la conclusion d'un examen complet du malade. Elle a toutefois une grande valeur en tuberculose et elle a obligé l'auscultation à se perfectionner.

La standardisation de la radiologie pulmonaire est désirable, bien que difficilement réalisable dans la pratique pour les raisons suivantes : sources d'énergie différentes, appareils insuffisants, etc.

Dans un certain nombre de cas il est utile de prendre deux clichés : l'un avec une pénétration faible, pour localiser les lésions légères, les altérations discrètes, les opacités faibles,

les foyers récents et l'autre avec des radiations pénétrantes pour révéler les détails des lésions étendues ou anciennes et les petites différences de densité.

(Ludin. Ueber Technik und Fehlerquellen der Röntgendiagnostik bei Lungentuberkulose. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 17 octobre 1931.)

Chirurgie

Quelques données statistiques sur le mal de Pott tel qu'il a eté observé à l'hôpital Roberto del Rio.

De 1914 à 1931 il y a eu 242 cas de tuberculose vertébrale (134 garçons et 108 filles).

Les lésions se répartissaient ainsi : sous-occipitales 16, cervicales 18, dorsales 140, dorso-lombaires 18, lombaires 49, lombosacrées 1.

La plus grande fréquence s'observe entre 4 et 9 ans : 160 cas.

La majorité s'est présentée avec des lésions avancées : gibbosités, abcès, fistules. La compression médullaire est rare ; 7 paraplégies seulement furent constatées. L'etat général était tantôt satisfaisant, tantôt déficient.

(Victor de la Maza S. Mal de Pott en el Nino. *Archivos del Hospital de Ninos Roberto del Rio*, septembre 1931.)

Ophtalmologie

La névrite optique rétrobulbaire n'a pas une étiologie bien claire. Malgré les études des dix dernières années, elle continue à demeurer un des chapitres obscurs de la pathologie du nerf optique.

Les diverses théories que l'on a émises pour expliquer sa pathogénie et les résultats contradictoires obtenus par les interventionnistes et les abstentionnistes indiquent que la névrite rétrobulbaire n'est pas encore sortie du domaine de l'observation et de l'expérimentation.

Le traitement chirurgical s'impose dans les cas où l'on peut exclure toute affection générale, infectieuse ou toxique. Dans les cas douteux le patient doit se soumettre à l'opération,

Le meilleur procédé pour atteindre les sinus est celui de Segura (voie endoseptale), qui n'entraîne aucun danger et qui respecte l'intégrité anatomique et physiologique des fosses nasales.

L'intervention sera précoce, car, une fois produite, la dégénérescence du nerf optique est incurable.

(Enrique Perez Porcel. Neuritis optica retrobulbar rinogena. *Semana Medica*, 5 novembre 1931.)

Dermatologie

Le premier cas de pellagre de Genève a été observé chez une femme de 43 ans d'origine tchèque par son père et vaudoise par sa mère et dont les antécédents pathologiques consistent en plusieurs fausses couches et en un abus avoué des boissons alcooliques.

La sémiologie se résume en trois ordres de symptômes apparus successivement :

1° Des troubles mentaux, caractérisés par un délire hallucinatoire auditif et visuel, suivis, au bout de six mois environ, par des troubles considérables de la mémoire prédominant sur la mémoire de fixation et reproduisant un syndrome de Korsakoff (analogue à ceux qu'on rencontre dans l'alcoolisme chronique), accompagné de refus de nourriture, de tremblements et de secousses myocloniques.

2° Des troubles cutanés et muqueux, caractérisés par une inflammation vulvaire, périanale et buccale et enfin par un érythème particulier localisé à la face dorsale des mains.

3° Des troubles gastro-intestinaux, avec anorexie, coliques et diarrhées profuses.

L'affection a évolué vers la mort en une année, avec démence et cachexie terminales.

La dermite érythémateuse existe toujours sur le dos des mains, mais on peut la trouver également sur la face, particulièrement aux plis naso-géniens, aux avant-bras et même parfois sur le dos des pieds. Sa présence suffit à signer la maladie. Son apparition au printemps, sur les parties du corps habituellement découvertes, a fait penser à une action prépondérante du rayonnement solaire, mais la photosensibilisation ne semble pas prouvée.

(G. de Morsier et A. Starobinski. Un cas de pellagre nerveuse à Genève. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 novembre 1931.)

En dermatologie le facteur nerveux est soit ignoré, soit sous-estimé. Les émotions agissent sur la peau par l'intermédiaire des systèmes endocrine et circulatoire. Les troubles cutanés à élément spychique se divisent en deux classes : la première comprend ceux dans lesquels l'influence psychique est prépondérante et unique, la seconde dans lesquels cette influence n'est que partiellement en cause.

On peut considérer que les cas psychiques appartiennent plus à l'aliéniste qu'au dermatologiste ; c'est cependant ce dernier qui est consulté dans la plupart des cas ; il s'agit alors de ne pas commettre d'erreur sur la cause.

Parmi les cas, à élément psychique additionnel, on peut citer le prurit, l'acné rosacée, l'ulcère variqueux, le lichen plan, la dermatite herpétiforme, l'urticaire, le psoriasis, le lichen plan, certaines formes d'eczéma, etc.

Il semble que la vie moderne doive produire des troubles nerveux de plus en plus fréquents dans toutes les branches de la médecine et que le praticien soit dans la nécessité de penser au facteur psychique quand il a des affections cutanées à traiter.

(Mary Horan. The psychogenic aspect of dermatology. *Praticioner*, décembre 1931.)

Les différences de détail suffisent à faire le diagnostic entre l'impetigo et les syphilides impétigineuses.

L'impétigo, affection caractérisée par des pustules ou ampoules purulentes inoculables et auto-inoculables, apparaît subitement sur la peau saine. Au début le liquide des vésicules-ampoules est clair, mais il ne tarde pas à devenir purulent, de sorte que les lesions initiales sont fugaces, peu visibles, remplacées rapidement par des croûtes irrégulières, souvent jaunes, sous lesquelles l'épiderme excorié, rose et suintant se recouvre d'un exsudat fibrineux. L'eruption se localise de préférence aux parties découvertes, surtout à la face et disparaît de 8 à 20 jours après, sans laisser de cicatrices.

Tout autres sont les caractères de syphilides impétigineuses. Si nous nous souvenons que la papule est l'élément type, fondamental des lésions spécifiques de localisation cutanée de la période secondaire, il faut, lorsque nous sommes en présence de vésiculo-pustules et de croûtes, préciser si les éléments de cette éruption reposent sur de petites infiltrations, planes ou en relief. La vue et le toucher nous permettent de reconnaître les caractères communs des syphilides : infiltration périphérique, consistance ferme, forme arrondie, couleur rouge foncé (cuivrée, saumonée), progression excentrique, polymorphisme, absence de douleur et de démangeaison.

(Manuel Jose Silva. Sifilides impetiginosas. *Revista medica de Colombia*, septembre 1931.)

Thérapeutique

Le traitement spécifique du rhume des foins par les extraits de pollen donne 80 % de succès pour les auteurs des Etats-Unis.

On pratique les cuti-réactions, destinées à identifier l'antigène, qui varie suivant les pays et les climats. Les malades de Macachin (Pampa) sont surtout sensibles aux pollens des plantes suivantes : Amaranthus retroflexus, Chenopodium album, Bermuda grass, Phleum pratense.

On injecte l'extrait de pollen en cause.

Les résultats sont très satisfaisants ; 3 cas sur 4 sont améliorés ou guérissent ; on obtiendrait mieux encore si l'on disposait d'une plus grande variété de pollens.

L'auteur ne prétend pas discuter l'efficacité de la thérapeutique paraspécifique (tuberculine, peptone, autosérum, autosang, lait, hyperthermie).

(Jose A. Bozzola. Fiebre del heno. *Semena Medica*, 12 novembre 1931.)

Le mécanisme d'action de l'autohémothérapie a été étudié chez 15 enfants de différents âges, qui recevaient une injection tous les deux jours.

On a constaté un retard de la vitesse de sédimentation et une tendance au retour à la normale des protéines hématiques.

(A. Sorrentino. Sul meccanismo d'azione dell'autoemoterapia. *Pediatria*, 1er septembre 1931.)

Les nouvelles préparations soufrées (sulfidal, sulfartan, sulfogel) en sont encore à leurs débuts.

Le sulfogel, qui contient 0,30 % de soufre, est indiqué dans les arthrites chroniques, surtout dans les ostéo-arthrites primaires chroniques progressives, dans les ostéo-arthrites des grandes articulations, dans les polyarthrites rhumatismales chroniques et dans l'ankylose chronique de la colonne vertébrale. Il est contre-indiqué de façon absolue dans les arthrites tuberculeuses. Par contre il est indiqué dans la sciatique chronique, à la condition de l'injecter dans la fesse du côté atteint.

On tâte la susceptibilité du malade en commençant par une injection de 0,2 cc. Si elle est bien tolérée, on passe à 0,3 cc. pour les injections suivantes. S'il n'y a pas de symptômes de réaction générale, on peut aller jusqu'à 0,5 cc. Rarement on atteint 1 cc. Les doses élevées ne sont pas nécessaires, elles risquent en outre de compromettre les résultats. On pratique une injection par semaine.

(Federico G. Deleito. El valor terapeutico del azufre. *Siglo Medico*, 7 novembre 1931.)

Le fluorure de sodium donne des succès dans le goitre exophtalmique à la condition de faire un traitement chronique, continu et persévérant, pendant une période de 5 à 12 mois.

On emploie une solution de 2,50 %. On injecte tout d'abord 3 cc. par voie intraveineuse; on augmente graduellement jusqu'à 4 cc. On pratique les injections d'abord tous les jours ou tous les deux jours, puis tous les trois ou quatre jours. On fait une série de 15 à 20 injections ; on laisse un repos de 15 à 20 jours et l'on recommence une nouvelle série de piqûres à un intervalle de trois ou quatre jours. Séries et repos se succèdent et alternent régulièrement pendant toute la durée du traitement.

Quelquefois on peut utiliser la voie buccale. On prescrit une solution de fluorure de sodium ou d'ammonium à 2 %. On donne de X à L gouttes dans du lait 4 fois par jour, pendant 15 à 20 jours.

On obtiendrait ainsi 90 % de succès dans des cas résistant à toutes les thérapeutiques : sérum antithyroïdien, iodothérapie, radiothérapie profonde.

(Léon Goldemberg. Tratamiento del bocio exoftalmico y del hipertiroidismo por las inyecciones intravenosas de fluoruro de sodio. *Semana Medica*, 17 décembre 1931.)

Varia

Tandis que la gynécologie évolue actuellement du côté de méthodes thérapeutiques non opératoires (rayons X, radium), l'obstétrique, suivant une marche inverse, tend à recourir plus fréquemment à l'opération césarienne (G. Rossier, de Lausanne.)

Exception faite du myxœdème, du crétinisme et de certaines thyroïdites, affections strictement médicales, les déviations pathologiques de la thyroïde arrivent, dès qu'elles atteignent à un plein développement, à devenir tributaires, pour une part plus ou moins large, du traitement chirurgical. (E. Vandeput, de Bruxelles.)

J. Lafont.

«... La stase papillaire traduit généralement l'existence d'une néoformation intracranienne justifiant toujours une intervention. Il ne faut pas, pour éviter l'opération s'abriter derrière les diagnostics de syphilis cérébrale, d'épididymite ou d'encéphalite qu'un esprit trop médical est facilement porté à faire. Il ne faut pas non plus, sous prétexte d'attendre des symptômes plus nets, recourir avant l'intervention, à un traitement radiothérapique, l'expérience nous ayant prouvé d'une façon absolue, que toute opération est rendue alors impossible par l'état d'un cuir chevelu qui se sphacèle et se nécrose pendant de longs mois après cessation du traitement ». (Th. de Martel et J. Guillaume. Les tumeurs cérébrales. Leurs manifestations. Leur traitement chirurgical. 1 vol., Doin et Cie, édit.)

Diathermie et gonococcie. — D'après Boland (*Amer. Journ. of Physical Therapy*, avril 1931, p. 5), la diathermie agissant sur le col détermine de l'hyperémie, de la leucocytose et de l'analgésie. Entre 41° et 45°, le gonocoque n'est ni tué, ni inhibé et, au-delà de 45°, on obtient des effets de coagulation.

H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 avril 1932

Contribution à l'étude de la glutathionémie à l'état normal et dans divers états pathologiques. — ***M. Achard, Mlle Levy*** et ***M. Gutbmann.***

Contribution à l'étude des variations de la virulence du virus poliomyélitique, en rapport avec la périodicité saisonnière des épidémies de poliomyélite. — ***MM. Levaditi*** et ***Hornus.*** — Les modifications de l'activité pathogène du virus poliomyélitique doivent être attribuées à des variations de la résistance des sujets susceptibles de contracter la maladie, plus qu'à des changements des propriétés biologiques inhérentes au germe.

Sur des instructions de M. le Gouverneur général Carde, relatives à la lutte anti-paludique en Algérie. — ***MM. Lasnet*** et ***Edmond Sergent.***

Artérite oblitérante de l'artère iliaque externe droite avec gangrène du membre inférieur. Traitement par la radiothérapie profonde des capsules surrénales. Amélioration considérable permettant une amputation de cuisse au tiers inférieur dans de bonnes conditions. — ***M. Le Roy des Barres.***

Deux cas d'actinomycose invétérée sans grains macroscopiques ou microscopiques dus au même parasite. — ***MM. A.*** et ***R. Sartory*** et ***J. Meyer.***

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 avril 1932

Deux cas de spirochétose ictérigène à type d'ictère catarrhal. Anémie spirochétosique. — ***MM. M. Brûlé, J.-A. Lièvre Tsatsaronis.*** — Les auteurs ont observé simultanément deux malades qui présentaient presque exactement le tableau clinique de l'ictère catarrhal. Dans les deux cas, une courte poussée fébrile avait précédé l'apparition de la jaunisse, mais celle-ci évolua sans fièvre.

Chez le premier malade, l'ictère était apparu trois semaines après une morsure de rat ; des arthralgies accentuées, quelques pétéchies, une urée sanguine à 0,58 firent songer à la spirochétose, qui fut prouvée par le séro-diagnostic de Martin et Pettit.

Chez le second malade, des myalgies intenses, l'injection des conjonctives, la teinte orangée de l'ictère, une azotémie à 0,72 firent aussi penser à la spirochétose et le séro diagnostic fut également positif.

Tandis que dans le premier cas, la guérison fut rapide, dans le second, la convalescence fut très lente, et pendant deux mois persista une anémie de 3.800.000 globules rouges.

D'une part, la forme catarrhale de l'ictère spirochétosique, d'autre part l'anémie tardive et tenace des spirochétoses, même légères, sont deux faits qui ont été bien décrits pendant la guerre. Il est utile de les rappeler et de songer à la spirochétose ictérigène alors que manque la courbe thermique caractéristique.

M. Pagniez n'a pas eu la chance de pouvoir toujours prouver la nature spirochétosique d'ictères présentant l'allure clinique de la spirochétose par le séro-diagnostic qui bien souvent s'est montré négatif.

M. Decourt a observé un cas analogue dans lequel une température légèrement oscillante avec rechute et une légère réaction méningée firent penser à la spirochétose. Le serodiagnostic, d'abord négatif, ne devint positif qu'au cours de la rechute.

M. René Bénard a suivi l'an dernier trois cas d'ictère à type catarrhal avec réaction méningée plus ou moins accentuée. Le séro-diagnostic de Pettit fut positif deux fois sur trois.

Valeur diagnostique et pronostique de l'Enurésie. — *M. Marcel Pinard* et *Mlle Corbillon* trouvent la syphilis chez les parents ou grands-parents des énurésiques dans 75 % des cas. En dehors de son importance chez l'individu, l'énurésie est souvent le phénomène avant-coureur de lésions nerveuses graves comme l'épilepsie. Fait plus important encore, la descendance des énurésiques est gravement compromise, aussi faut-il considérer cette énurésie comme la persistance d'une syphilis en activité grave pour l'individu atteint et plus grave encore pour sa descendance et pour celle de ses collatéraux. Le traitement antisyphilitique énergique et poursuivi doit être institué et donne, sauf de rares échecs, les plus beaux résultats pour la guérison du malade, pour prévenir chez lui les complications nerveuses ultérieures, pour la prophylaxie de sa descendance.

M. Paraf, contrairement à l'opinion de M. M. Pinard n'a trouvé qu'une proportion infime d'hérédo syphilitiques chez les énurésiques. Dans tous les cas sauf un, le traitement spécifique a échoué. Il préconise la pelote périnéale qui améliore l'enurésie.

M. Cathala pense qu'il serait fâcheux de laisser s'accréditer cette opinion que l'énurésie a presque toujours pour cause la syphilis, ce qui conduirait à préconiser des traitements inutiles et souvent dangereux. Il croit qu'un régime correct (suppression des abus de féculents, pain, légumes et fruits) fait disparaître l'énurésie dans 8 cas sur 10. Le seul inconvénient de la méthode consiste en l'apparition possible de pollakiurie en rapport avec une acidité exagérée des urines.

M. Babonneix n'a jamais obtenu aucun résultat par le traitement antisyphilitique. Il préconise par contre l'acide phosphorique qui fait disparaître facilement l'énurésie sans modifications du régime alimentaire.

M. Decourt rapporte le cas d'un garçon de 11 ans mis au traitement antisyphilitique à cause d'antécédents suspects. Au cours d'une série d'injections de sulfarsénol, l'énurésie disparut en même temps que l'enfant présenta un syndrome spléno-hépatique avec ictère interprété comme une réactivation, par traitement insuffisant. L'énurésie reparut quand les injections d'arsenic furent supprimées pour disparaître à nouveau au cours d'un traitement bismuthique. Après la série d'injections de Quinby, l'enfant redevint énurésique.

M. Pinard attribue à l'observation de M. Decourt une valeur quasi-expérimentale.

Ulcère aigu de la vulve au début d'une fièvre typhoïde. — *MM. M. Brulé, P. Hillemand* et *E. Gilbrin*. — Une jeune fille entre dans un service de chirurgie pour des ulcérations multiples de la vulve, avec fièvre élevée, qui firent tout d'abord penser à une gangrène de la vulve. Mais l'hémoculture décèle le bacille d'Eberth.

La malade passe dans notre service. Les lésions valvulaires sont déjà améliorées et nous posons le diagnostic d'ulcère aigu de la vulve, au cours d'une fièvre typhoïde, chez une vierge.

L'ulcère aigu de la vulve est, en général, une affection primitive, mais a été exceptionnellement observé au cours de la fièvre typhoïde. Il ne semble pas alors être provoqué par le bacille d'Eberth. Pour Lipschütz le *bacillus crassus* en est le germe spécifique et ce microbe, saprophyte normal de la muqueuse génitale, deviendrait pathogène dans certaines conditions mal définies. L'apparition de l'ulcère vulvaire au cours de la fièvre typhoïde est en faveur de cette conception et s'explique par un fléchissement des défenses de l'organisme.

Chez la malade observée le *bacillus crassus* a été décelé au début par frottis de l'ulcère. Mais un traitement antiseptique local énergique ayant été appliqué, les recherches bactériologiques restèrent ensuite négatives.

Le choc anaphylactique diffère-t-il des autres chocs humoraux. — *M. Flandin.*

Un cas de maladie de Paget. — *MM. Lederiche* et *Beauchesne*, à propos du procès-verbal, relatent un nouveau cas de maladie de Paget chez un homme de 68 ans, syphilitique ancien. Le début de l'affection se fit à 61 ans par des déformations, des douleurs osseuses et des troubles vasomoteurs. La particularité de l'observation réside dans l'existence d'une surdité bilatérale et d'une cataracte de type endocrinien, c'est-à-dire avec atteinte de la seule corticalite du cristallin.

Les recherches de laboratoire concernant les bilans calciques, phosphoriques et la chronaxie donnèrent les résultats qu'il est habituel de constater au cours de cette affection.

Un cas de tuberculose cardiaque. — *MM. Laubry* et *Soulié* présentent un cas de tuberculose de la mitrale avec foyer caséeux dans l'épaisseur de la valve sans lésions d'endocardite tuberculeuse. Il existait en outre une symphyse complète et des ganglions caséeux multiples dans le médiastin. L'examen clinique montrait un gros souffle systolique apexien.

Le caractère fébrile et irréductible de la défaillance cardiaque avait fait porter le diagnostic clinique de rhumatisme cardiaque avec symphyse.

Hippocratisme des orteils. — *M. R. Burnand* (de Lausanne) signale un cas où l'hippocratisme existait à la fois aux doigts et aux orteils. Il s'agissait d'un malade porteur d'un abcès pulmonaire d'origine amibienne.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 avril 1932

Broncho pneumonie et vaccinothérapie directe. — *M. Le Lorier* communique l'observation d'une femme de 34 ans, atteinte de broncho-pneumonie post-opératoire à foyers bilatéraux, avec azotémie forte (1 gr. 33). L'état de cette femme paraissant désespéré, l'auteur lui injecta le vingtième jour par ponction à travers la paroi thoracique directement dans les foyers atteints repérés par l'auscultation, du vaccin polyvalent. Le résultat obtenu fut une transformation immédiate de l'état général de cette femme qui s'achemina régulièrement vers la guérison, un peu retardée par un abcès du sein et une phlébite du membre inférieur. L'azotémie revint à un chiffre normal après cinq semaines.

M. Rosenthal rappelle que depuis 20 ans, il préconise ce mode de traitement qu'il a décrit sous le nom de « lardage du poumon ».

Inscription de la tension artérielle. — *M. Barrieu* présente le tonoscillographe, appareil permettant l'inscription de la courbe de la tension artérielle. L'étude de ces courbes montre que ce qu'on a appelé la tension moyenne n'est qu'un accident de la courbe et que l'hypertension moyenne solitaire n'existe pas.

Coexistence d'une grossesse utérine avec une grossesse tubaire. — *M. Dartigues* en a observé un cas chez une femme âgée de 29 ans, mariée depuis 10 ans et n'ayant pas encore eu d'enfant. Hémorragies abondantes pendant un mois et demi et douleurs violentes. La grossesse extra-utérine est diagnostiquée. Laparatomie ; au cours de l'opération, l'auteur soupçonne une grossesse concomitante. La malade guérit, et six mois après, met au monde un enfant de dix livres. L'auteur insiste sur l'importance du diagnostic entre la simple fausse-couche et la grossesse extra-utérine et sur l'effet nocif que pourrait avoir un curettage intempestif.

Vomissements et accidents sériques. — *MM. G. Blechmann et A. Bohn* reconnaissent que les accidents consécutifs aux injections de sérum comportent parfois à leur début quelques troubles digestifs avec nausées et même vomissements. Mais il est tout à fait exceptionnel qu'une intolérance gastrique totale constitue pendant près de 24 heures la seule expression clinique de la maladie sérique avant l'apparition de l'urticaire. Il en était ainsi dans le cas rapporté par les auteurs qui insistent sur les difficultés du diagnostic en pareille circonstance.

A propos du dolichocolon. — *M. Cambiès* critique la définition donnée par le Docteur Baumann dans sa récente communication sur le dolichocolon qui ne siège pas seulement sur le côlon gauche, mais *peut atteindre tous les segments du côlon*. M. Cambiès présente les radiographies d'un cas intéressant le dolichocolon transverse, sans dolichocolon sigmoïde, passé inaperçu, malgré cinq examens radiographiques par lavement ou repas opaque. Le diagnostic se fera surtout à l'aide du *repas opaque prolongé* (trois à quatre bouillies données avec un intervalle de 12 à 24 heures). Quant au *traitement*, les grands lavages ne donnent pas de résultat ; il est préférable d'utiliser les mucilages, l'huile de ricin ou le stilli-goutte rectal à l'eau de Châtel-Guyon suivant la technique décrite par M. Cambiès en 1918. Les applications de *diathermie abdominale* ou de *cataplasmes de boue* compléteront ce traitement.

LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La post-maturité

R. Martin (*Thèse de Lyon*) rappelle les signes de la post-maturité qui a été étudiée et définie ainsi par Ballantyne :

« L'enfant post-maturé est l'enfant né après une grossesse que l'on aura quelque raison de croire avoir duré 10 mois ou plus, qui a un poids et une taille au-dessus de la normale, qui a vécu *in utero* plusieurs jours au moins après que le temps entier de la gestation s'est écoulé, et dont les organes, les tissus et le placenta présentent quelques-uns au moins des caractères de la post-maturité. »

Voici brièvement indiqués, les caractères de la post-maturité.

a) Le poids du fœtus. — Ce n'est pas un caractère certain de post-maturité, mais seulement un signe de présomption.

b) La taille. — On peut faire les mêmes remarques que pour le poids.

c) Peau et annexes. — Absence de substance sébacée. Ongles très développés, abondance des cheveux. Présence de desquamation. Absence de la couleur rouge de la peau qui est un signe de prématurité. Epaisseur de la couche graisseuse sous-cutanée.

Ces caractères sont très variables.

d) Ossification. — La présence d'une ossification avancée ne prouve pas nécessairement la post-maturité, mais lorsqu'elle existe, associée à d'autres signes, elle en accroît grandement la probabilité.

e) Placenta et cordon. — Ils présentent des signes de dégénérescence, sont peu vasculaires. Les parois des vaisseaux sont épaissies, les vaisseaux du cordon presque oblitérés par épaississement de l'endartère. Parfois zones de calcification dans le placenta :

f) Viscères. — Distension de l'intestin par le méconium, de la vessie par l'urine. Un point important est la facilité du décollement de la dure-mère de la face interne du crâne. Ce caractère n'a été trouvé dans aucun cas de maturité ou de prématurité.

Ballantyne conclut en disant : « Quand tous ces caractères se trouveront réunis, et avec des circonstances cliniques qui « suggéreront » la post-maturité ou en tout cas, ne permettront pas de l'exclure, on aura alors une preuve raisonnable que le fœtus a été porté au delà du terme. Si en plus on trouve une dure-mère décollable, la certitude sera pratiquement atteinte. »

Les variations de la sédimentation des hématies dans la syphilis acquise

Quelques travaux seulement, étrangers pour la plupart, ont été consacrés aux variations de la sédimentation des hématies dans la syphilis acquise. En Italie, Mario Franchini a étudié les variations de la sédimentation dans la syphilis nerveuse. L'étude la plus complète a été faite par J. S. Corvisa et de Grégorio. En Allemagne, Nathan et Hérold, après avoir passé en revue les modifications de cette réaction au cours des affections les plus diverses, l'ont étudiée dans la syphilis, mais dans quatre cas seulement. En France Gaté et R. Sylvestre ont à plusieurs reprises publié des notes sur ce sujet. Sylvestre vient de consacrer sa thèse (*Thèse de Lyon* 1931) a cette question. Pour l'auteur la réaction de sédimentation n'a pas de valeur diagnostique dans la syphilis.

Elle peut-être élevée dès les premiers jours du chancre syphilitique et paraît précéder les réactions sérologiques. Elle s'accentue dans de fortes proportions lors de l'éclosion des accidents secondaires.

Il semble qu'elle fléchisse sous l'influence du traitement, lorsque celui-ci se montre actif. Dans les syphilis anciennes encore actives cliniquement ou sérologiquement, elle reste élevée. Au contraire, dans les syphilis anciennes silencieuses, elle tend à se rapprocher de la normale.

Syphilis gastrique opérée. Sténose extrinsèque du pylore consécutive.

Il faut songer à la possibilité de la syphilis gastrique chez tout malade présentant des symptômes d'ulcère ou de cancer. MM. Paliard, Polosson et Lévy rapportent (Société méd. des Hôp. de Lyon, 2 février 1932) l'observation d'un malade opéré en 1921 pour une affection gastrique. On trouva de l'ascite, un estomac infiltré, des noyaux marronnés dans le foie et l'on crut à un néoplasme gastrique avec généralisation. Un traitement spécifique fait à tout hasard amena une guérison inattendue. Mais dans les six mois qui suivirent l'opération apparurent des crises douloureuses épigastriques à début brusque, à cessation complète, sans vomissements, et se reproduisant depuis 10 ans de plus en plus fréquentes. On crut d'abord à des crises gastriques tabétiques. La constatation de tension intermittente fit porter le diagnostic de sténose que la radiographie confirma en montrant un canal pylorique étroit, long de 8 à 10 cm. Une nouvelle laparotomie montra que les lésions constatées 10 ans avant avaient complètement disparu tant sur le foie que sur l'estomac dont les parois étaient saines. Il s'agissait d'une sténose intensive du pylore par un bloc épiploïque fixé par des adhérences serrées.

Prophylaxie auriculaire chez le nouveau-né.

M. A. Malherbe (*Presse Médicale*, 24 février 1932) insiste à nouveau sur l'importance de la prophylaxie auriculaire chez le nouveau-né. Il y a, dit l'auteur, un intérêt majeur à préserver dès la naissance, le nouveau-né, des nombreuses infections qui menacent ses oreilles.

On désinfectera le rhino-pharynx, point de départ des infections auriculaires. Coucher l'enfant dans le décubitus dorsal sur les genoux du médecin, de façon que la tête renversée en arrière soit en position déclive. Dans chaque narine, instillation, à l'aide d'un compte gouttes de II à III gouttes d'une solution d'argent colloïdal : protargol, argyrol ou collargol à 1 pour 100.

L'anesthésie par l'avertine

M. Leclerc, de Dijon (*Société de chirurgie de Lyon*, 22 octobre 1931) a pratiqué 57 anesthésies générales au moyen de l'avertine. Il a toujours utilisé la voie rectale, la dose totale a varié de 4 grammes à 6 gr. 80 d'anesthésique. Les malades se sont endormis en 10 à 25 minutes, mais la narcose est rarement complète et dans la plupart des cas elle a dû être complétée par l'administration de petites doses d'éther. Deux malades sont morts au cours de l'intervention ; mais dans un cas il s'agissait d'une décortication pulmonaire shockante et très hémorragique ; dans l'autre, d'une plaie par balle de la tête pour laquelle on dut placer temporairement une pince sur la carotide primitive, en sorte que l'anesthésie ne peut être formellement incriminée comme cause de la mort.

La toxicité de l'avertine ne paraît pas supérieure à celle des autres anesthésiques, elle ne semble pas retentir beaucoup sur le rein ; sur le foie l'action est plus redoutable, l'auteur a noté une élévation du coefficient de Maillard, mais peu considérable. M. Leclerc estime que c'est un mode d'anesthésie intéressant chez les anxieux, en raison du calme qu'il procure, dans les opérations sur la face, le crâne et le cerveau.

Gommes syphilitiques du quadriceps

Chez une femme de 39 ans, M. Santy (*Société de chirurgie de Lyon*, 22 octobre 1931) a observé une tumeur multilobée de la face externe de la cuisse ; craignant un sarcome on l'enleva chirurgicalement ; l'aspect de la pièce était celui d'une gomme avec centre caséeux, la nature syphilitique en fut révélée par l'examen histologique. A noter l'absence d'antécédents pathologiques et un accouchement normal récent.

Les muscles de la cuisse n'étant pas un siège d'élection des gommes spécifiques en l'absence de tout passé pathologique le diagnostic de sarcome semblait s'imposer.

Le traitement des sinusites maxillaires chroniques par le bactériophage d'Hérelle

La phagothérapie dans le traitement des sinusites maxillaires chroniques est, disent MM. A. Moulonguet et J. Doniol. (L'oto-rhino-laryng. int., fév. 1932), une méthode anodine qui ne semble pas donner des résultats supérieurs à ceux des traitements classiques : lavages transméatiques et injections d'antiseptiques.

Névraxite post-varicelleuse à symptomatologie cérébelleuse. Zona et varicelle

M. R. Puig (de Perpignan) (*S. M. des Hôp. de Lyon*, 9 juin 1931) rapporte une première observation concernant un enfant de huit ans atteint de névraxite post-varicelleuse à symptomatologie purement cérébelleuse. La complication apparue dans la huitaine qui a suivi le début de l'éruption a évolué spontanément vers la guérison en deux ou trois semaines sans reliquats. L'auteur conclut à la bénignité habituelle de ces névraxites post-varicelleuses.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

Le choléra de 1832. — *Journal des Débats* de mardi 10 avril 1832 :

Paris, 9 avril. Lundi à minuit. — Nous avons annoncé hier que le Roi avait ordonné que l'on mît à la disposition des hôpitaux tous les objets de literie qui ne sont pas indispensables au service ordinaire des maisons royales. Déjà deux cents matelas ont été déposés dans les magasins de la ville, et, avant la fin de la semaine, mille lits complets auront été fournis aux hospices. Les habitants de Paris n'apprendront pas sans une vive reconnaissance cette nouvelle marque de la bienfaisance active et inépuisable de notre Roi.

Journal des Débats du jeudi 12 avril 1832 : Mercredi, à minuit. — L'état de M. le président du Conseil s'améliore graduellement ; la convalescence suit heureusement son cours.

— M. le duc d'Orléans est allé visiter hier l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Le prince a ordonné que les soldats malades y fussent maintenant portés en voiture et s'est chargé d'acquitter la dépense sur sa cassette particulière.

Bulletin officiel :

Total général depuis le 26 mars, des malades........ 6.758
Total des morts.................................... 2.696

Journal des Débats du vendredi 13 avril 1832 :

Vienne, 29 mars. — Le duc de Reichstadt est souffrant ; à sa maladie inflammatoire a succédé une sorte de fièvre qui n'offre pas cependant de symptômes effrayants.

(*Correspondant de Nuremberg.*)

Paris, 12 avril. — Vendredi 13 avril, à une heure du matin. La convalescence de M. le président du Conseil suit sa marche progressive, sans éprouver aucune entrave.

Bulletin officiel. — Total général des malades depuis le 26 mars.. 7.560
Total des morts.. 2.913

L'amélioration qui s'est manifestée depuis trois jours dans l'état sanitaire de Paris se maintient et fait même des progrès sensibles.

— M. le général Lamarque est malade du choléra.

Journal des Débats du samedi 14 avril 1832 :

Bulletin officiel.

Total général des malades depuis l'invasion de la maladie 8.349
Morts.. 3.226

Journal des Débats du dimanche 15 avril 1832 :

Paris, 14 avril. — Depuis l'invasion du choléra, il part chaque jour de Paris, par les seules voitures des Messageries royales et de la Compagnie Laffitte, plus de 700 personnes ; le nombre des voyageurs arrivant n'excède pas 300. »

Journal des Débats du lundi 16 avril 1832 :

Paris, 15 avril. — Nous annonçons au public que, depuis vingt-quatre heures, la mortalité a diminué dans une trèt forte proportion. En effet, le nombre des décès constatés s'étais élevé hier à 309 ; il se trouve réduit aujourd'hui à 214.

Mme la comtesse de Champlâtreux, fille de M. le comte Molé, a succombé la nuit dernière à une attaque de choléra.

M. Le Normant père, l'un des plus anciens imprimeurs et libraires de Paris, vient de succomber à une attaque de choléra à l'âge de 69 ans.

M. Augustin, qui s'était acquis depuis longtemps une grande et juste réputation par ses peintures en miniature et sur émail, vient de mourir du choléra. Il était âgé de 70 ans.

Journal des Débats du mercredi 18 avril 1832 :

Bulletin officiel sanitaire. — La malignité de la maladie s'affaiblit de plus en plus : elle s'est répandue dans quelques départements.

Etat de décès des cholériques à Paris depuis l'invasion du choléra jusqu'au 14 avril : 7.631.

M. d'Argout a été légèrement indisposé aujourd'hui.

M. le comte Morand est mort du choléra.

Journal des Débats du lundi 23 avril 1832 :

M. le ministre des Cultes, par une lettre du 20 courant à M. l'archevêque de Paris, vient d'autoriser l'ouverture d'une chapelle latérale de l'église Saint-Germain-l'Auxerrois pour y rétablir immédiatement le service religieux entravé à Saint-Eustache par le grand nombre de morts qui y sont apportés journellement.

Charles Debierre (1853-1932) *Eloge prononcé par M. Zimmern, à l'Académie de médecine.* — L'Académie vient de perdre un de ses membres correspondants les plus éminents et les plus respectés, le professeur Debierre , de Lille.

Debierre vient de succomber, dit-on, à la grippe. Peut-être serait-il plus conforme à la vérité de dire, à l'épuisement auquel le conduisit une inlassable activité qu'il supposait ne jamais devoir le trahir.

Jusqu'à l'âge de soixante-dix-huit ans, en effet, il sut mener de front à la fois les laborieuses obligations de la carrière universitaire et les lourdes charges de l'existence politique, sans préjudice des occupations professionnelles, car, ne le voit-on pas en son dernier jour encore, achever la rédaction d'une expertise que l'heure suprême est venue interrompre à quelques lignes au-dessus de la signature ?

Ceux qui l'on connu se souviendront de la séduction de sa parole, reflet d'un tempérament ardent et passionné mais que dominait cependant une sage pondération. Ce qui, chez lui, pouvait paraître de l'obstination n'était que la forme d'un esprit mûr de saines convictions, mais qui savait cependant rester ouvert à toutes les conceptions.

A une loyauté profonde , à une franchise que laissait deviner un regard pénétrant, s'alliait chez Debierre cette haute conscience du devoir dont répond, au-delà de tout autre témoignage, la déférente considération qu'il savait inspirer à ses rares adversaires.

C'est à lui-même, à son labeur persévérant et à son talent, qu'il dut la haute situation à laquelle il accéda, et, sans doute, fut-il aussi redevable de son succès dans la vie politique à cette claire compréhension de toutes choses , à laquelle préparent la methode scientifique et la culture médicale.

Fils de modestes cultivateurs, Charles-Marie Debierre vit le jour à Etelfay près de Montdidier, le 31 octobre 1853.

Entraîné tout d'abord vers la médecine militaire, il abandonne bientôt cette voie pour continuer cependant à fréquenter la Faculté de Lyon, y poursuivre ses études et y conquérir ses grades universitaires. C'est là qu'il prit goût à l'Anatomie auprès de Paulet, qui fut son premier Maître.

Tout d'abord chef des travaux d'Anatomie à la Faculté (1884), agrégé, puis chargé du cours magistral (1885), il se fait remarquer par de nombreuses publications où se révèle un penchant instinctif pour la phislosophie scientifique.

C'est ainsi qu'à côté de sujets variés ressortissant à des points divers d'anatomie descriptive, Debierre montre une prédilection toute spéciale pour les études de craniologie, notamment dans ses rapports avec la topographie des centres supérieurs, avec la chirurgie cérébrale, avec le développement intellectuel, l'ethnologie, la sociologie, la criminalité, etc.

Ses deux ouvrages princeps ont été le *Manuel d'Embriologie humaine et comparée*, ouvrage venu à son heure pour donner aux naturalistes et aux médecins un tableau de la science du développement , jusque-là éparse dans des mémoires touffus et obscurs, et le *Traité d'Anatomie de l'homme*, paru en octobre 1889. Il est à peine besoin de faire ici un rappel de cette œuvre puissante dont la plupart d'entre nous se sont imprégnés au temps de leur scolarité et que de nombreuses traductions ont vulgarisée à l'étranger. Elle se distingue, comme on sait, des traités similaires par une conception élargie de la science anatomique, qui, rompant avec l'aride et sèche description des organes, l'anime par l'ampleur des notions d'anatomie comparée, de morphologie générale, d'embryologie, d'anthropologie, etc.

On comprend que, rehaussant ainsi l'intelligence de l'Anatomie et lui donnant matière à d'inépuisables recherches, Debierre ait voué à cette science le culte le plus profond : « la plus « belle des sciences se plaisait-il à répéter.

Nommé professeur à Lille en 1888, à l'âge de trente-cinq ans, Debierre y acquit par l'éclat de son enseignement une véritable popularité. Pendant quarante ans, il resta attaché à sa chaire, venant régulièrement de Paris faire son cours, sans réduire pour cela son assiduité aux séances et aux commissions du Luxembourg.

En 1897, votre Compagnie tint à consacrer sa notoriété scientifique en l'élisant au nombre de ses correspondants nationaux.

C'est vers la même époque qu'appelé par la grande Cité du Nord aux fonctions de premier adjoint, il commence à participer aux affaires publiques, d'abord dans le cadre restreint de sa ville d'adoption, puis dans celui du pays tout entier.

Au Sénat, où il entre en 1911, il apporte ses compétences, qu'il sut soutenir maintes fois de son élocution énergique et persuasive. En dehors des questions régionales, il ne manqua jamais d'intervenir dans celles qui touchaient à la Santé publique, s'attachant particulièrement aux problèmes sociaux de la tuberculose du cancer, de la natalité.

D'autres plus qualifiés que moi ont rendu hommage aux services rendus par Debierre au pays durant vingt années de vie parlementaire. Je voudrais simplement rappeler qu'il fut un des collaborateurs les plus appréciés de notre autre collègue Clemenceau, et qu'aux heures graves de la grande tourmente il fut par sa clairvoyance et son énergie l'un de ses plus fermes appuis.

Toujours écouté dans les questions d'enseignement, il se fit applaudir récemment dans le débat sur les équivalences universitaires et plus près de nous encore, en décembre dernier, dans la discussion du projet de loi sur l'exercice de la médecine. Défenseur ardent des humanités classiques, il était de ceux qui se refusent à concevoir l'entrée dans les carrières scientifiques sans l'acquit d'une large culture littéraire.

Je suis sûr d'être le fidèle interprète de votre Compagnie en priant notre Président de renouveler à Mme Debierre l'assurance de l'émotion et des regrets que nous cause la disparition d'un collègue profondément estimé par tous. Puisse-t-elle être assurée aussi que dans toutes les mémoires subsistera la noble figure de celui qui fut l'une des plus brillantes illustrations de la science anatomique française.

Alfred de Musset et le choléra de 1832. — *De M. A. de Beauchesne dans le* Journal des Débats (13 *avril* 1932) :

Nos « Il y a cent ans » du 11 avril signalent la mort de M. de Musset, chef de bureau au ministère de la guerre, père d'Alfred de Musset, et qui venait de succomber à une attaque de cho-

léra. Complétons cette information en reproduisant ici une partie de la lettre écrite à la date du 16 avril 1832 par Alfred de Musset à son oncle et parrain, le marquis de Musset, de Cogners-sur-Maine, pour lui annoncer la mort toute récente de son père, Victor-Donatien, bien connu sous le nom de Musset-Pathey, qui venait d'être enlevé par l'impitoyable fléau :

« Mon cher oncle,

« C'est aux tristes circonstances dans lesquelles nous nous trouvons à m'excuser si je ne vous ai pas fait part plus tôt du malheur affreux qui vient de frapper notre famille. Les journaux vous l'auront sans doute déjà appris ; mon père est mort dans l'espace de quelques heures de la maladie qui règne en ce moment à Paris. Ma mère et ma sœur sont parties pour Melun le même jour où il a été frappé. Il était impossible qu'après de telles émotions ma pauvre mère ne fût pas malade ; heureusement que son indisposition, prise à temps, ne nous laisse plus d'inquiétude.

« Ce n'est guère, mon cher oncle, qu'en se trouvant dans de telles circonstances qu'on peut juger du prix de ce qu'on a perdu. Mais il faut bien que le courage prenne le dessus sur le chagrin....

« L'épouvantable aspect de Paris dans ce moment est presque pour nous une consolation. Nous sommes ici comme en un jour de bataille, où les hommes sont décimés. Les portes des cimetières sont encombrées. Mais que, sur des millions d'êtres, le fléau choisisse un père de famille, aimé de tous, nécessaire à tous, voilà ce qui est cruel...

« Je vous embrasse tendrement et suis avec respect, mon cher oncle, votre filleul et neveu,

ALFRED DE MUSSET.

Cette lettre nous avait été communiquée, dit M. de Beauchesne, par M. Louis Mac Léod, de Vendôme, descendant le plus direct du marquis de Musset, et elle doit être toujours en la possession de ses héritiers.

RÉPONSES AUX QUESTIONS POSÉES PAR LES PARLEMENTAIRES

Assurances sociales. — 4967. *M. Marcombes expose à M. le ministre du Travail :* a) *que le règlement-type d'administration intérieure des caisses primaires, publié au* Journal Officiel *des* 20, 23 *et* 28 *août* 1930, *indique en son article* 13 : « *Pour les soins à domicile ou au cabinet du praticien, l'assuré choisit librement son praticien entre tous ceux qui ont adhéré aux clauses des conventions passées entre les caisses et les groupements professionnels de praticiens* » ; b) *que le ministre du Travail demande à certaines caisses de payer des prestations à un assuré qui a utilisé le concours de praticiens n'ayant pas adhéré aux clauses des conventions de la caisse* ; c) *que, d'autre part, le syndicat médical qui a passé une convention avec la caisse dont il s'agit s'est refusé à exercer tout contrôle médical en dehors du département dans lequel il a été formé; et demande :* 1° *en vertu de quelle clause, qui serait contraire aux statuts de la caisse, il peut faire payer des prestations ordonnées par des praticiens qui ne s'engagent pas à adhérer aux clauses des conventions de la caisse ;* 2° *dans le cas où la caisse serait tenue d'effectuer des payements dans de telles conditions, que deviendrait le contrôle médical auquel sont soumis les assurés et s'il est nécessaire d'abroger par une réglementation nouvelle les statuts des caisses départementales.* (Question du 21 janvier 1932.)

Réponse. — 1° S'il est désirable, conformément à l'article 13 du règlement-type d'administration intérieure des caisses de répartition, que l'assuré s'adresse à un praticien ayant adhéré expressément aux clauses des conventions passées entre les caisses et les groupements professionnels de praticiens, une caisse ne saurait ni légalement ni pratiquement refuser les prestations à un assuré qui produit les justifications prescrites par son règlement intérieur, quel que soit le praticien choisi, sous la seule réserve que celui-ci n'ait pas été l'objet d'une mesure d'exclusion. Il y a lieu d'ailleurs de considérer que le praticien, qui n'a pas adhéré expressément aux clauses de la convention passée entre la caisse et le syndicat professionnel, adhère implicitement à ces clauses du fait qu'il se conforme aux dispositions du règlement de la caisse, en portant sur la feuille de maladie les indications prévues ; 2° le praticien qui n'a pas adhéré implicitement aux clauses de la convention, mais qui s'est conformé aux prescriptions relatives à l'établissement de la feuille de maladie, est soumis au contrôle du syndicat professionnel non seulement par application de l'article 7 de la loi sur les assurances sociales, mais du fait de son adhésion tacite aux autres clauses. Si ce contrôle ne peut être exercé par le syndicat qui a contracté avec la caisse, rien ne s'oppose à ce qu'il le soit par le syndicat du département du domicile du praticien agissant comme mandataire du syndicat contractant.

15.132. — *M. Jean Lerolle demande à M. le ministre du Travail à la charge de qui sont les honoraires du troisième médecin, nommé par le juge de paix, pour composer la commission technique prévue à l'article 7, paragraphe 3, de la loi du 30 avril* 1930 (Question du 3 février 1932).

Réponse. — Aux termes de l'article 45 du règlement-type d'administration intérieure des caisses primaires, les honoraires des médecins, désignés par l'assuré et par la caisse, pour composer la commission technique prévue par l'article 7, paragraphe 3, de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, sont respectivement à la charge de chaque partie. Ceux du troisième médecin sont supportés par la partie perdante.

« J'ai eu, il y a quelques années, la curiosité de me renseigner sur le nombre des accouchements gémellaires en France ; malgré l'aide des bureaux détenteurs des statistiques, il me fut impossible d'obtenir des données précises . La question présente cependant un certain intérêt, tant scientifique que social. Quel est le nombre des accouchements gémellaires, quelles sont la morbidité et la mortalité des jumeaux ? Il est également important de savoir si le nombre des accouchements gémellaires augmente, diminue ou reste stationnaire, en égard à l'ensemble des accouchements. Je serais reconnaissant à M. le ministre de la Santé, publique d'aider les accoucheurs dans ces recherches. » (Dr CHASSAING. Séance du Senat, du 25 mars 1932.)


POUR LE TRAITEMENT
DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS,
FURONCLES, ETC.
arapal
POMMADE
NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE et ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne, PARIS-15e
Tél. Vaugirard 11-23
A.I.P.

BIBLIOGRAPHIE

Ernest Chambon (1836-1910), par le Dr André FASQUELLE, 1 Vol. in-8° petit jésus de 110 pages, avec 9 figures. Préface du Dr E. ROUX. Librairie J. B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Depuis la découverte de Jenner (1796) la vaccination contre la variole s'effectuait de bras à bras, le grave danger de la méthode était l'inoculation accidentelle de la syphilis.

En 1864, de nombreux cas de syphilis vaccinale furent constatés : la question fut portée devant l'Académie de médecine par Depaul : on cherchait à éviter cette terrible complication de la vaccine qui faillit compromettre l'œuvre immortelle de Jenner. On craignait, en effet, que la syphilis vaccinale ne fasse obstacle aux vaccinations et qu'ainsi libre cours soit laissé à la marche croissante de la variole.

C'est ce que comprit Chambon, un jeune étudiant en médecine de troisième année, à l'esprit hardi, ouvert aux idées nouvelles ; il apprit qu'à Naples était pratiquée, depuis 1804, la vaccine animale ; la lymphe vaccinale au lieu d'être recueillie sur l'homme était prélevée directement sur la génisse. Chambon, né en 1836 dans le Loiret, délégua à Naples son ami le Dr Lanoix avec mission de ramener à Paris une génisse vaccinifère et se dévoue dès lors, à la propagation de la vaccine animale.

Ce sont les mémoires d'Ernest Chambon que vient pieusement de publier le Dr Fasquelle, son élève et ultérieurement son successeur, après le Dr Saint-Yves Ménard. Chambon y narre lui-même les diverses étapes de sa carrière, au cours de laquelle il fonda l'Institut de vaccine de la rue Ballu, introduisit la vaccine animale dans les hôpitaux de Paris et réussit à diffuser la nouvelle méthode dans toute la France, à l'étranger jusqu'en Amérique même.

Chambon était alors célèbre à Paris, sons le nom de « l'homme à la vache » ; il était ainsi nommé, nous dit le Dr Roux, parce qu'il amenait avec lui la génisse vaccinifère, dont la présence était une attraction qui fut pour beaucoup dans la diffusion de la nouvelle méthode.

La France se regarde. Le problème de la natalité, par LUDOVIC NAUDEAU, Paris, librairie Hachette.

On connaissait Ludovic Naudeau, écrivain au talent pétri de ressources, journaliste lucide de lecture à la fois agréable et profitable, reporter de psychologie avisée, pénétrante ; on ne le savait pas homme de science.

C'est cependant en dépit de la facilité et de l'attrait de sa lecture, un véritable traité scientifique que Ludovic Naudeau offre au grand public aux médecins, aux sociologues, aux politiques.

Œuvre capitale, résultat d'une enquête minutieuse qui a duré deux ans et demi et qui a porté sur les départements du Lot, du Tarn-et-Garonne, du Gers, du Lot-et-Garonne, de l'Aveyron, de l'Hérault, du Gard, de Vaucluse, des Bouches-du-Rhône, du Var, des Basses-Alpes, du Finistère des Côtes-du-Nord, de la Seine-Inférieure, du Puy-de-Dôme, de l'Yonne, de la Meurthe-et-Moselle, du Bas-Rhin, du Pas-de-Calais et du Nord.

A l'occasion des événements démographiques de chacun de ces départements, Ludovic Naudeau y étudie sous tous ses aspects et dans le plus grand détail, le problème de *l'infranatalité française*.

On imagine l'étendue et la diversité du champ de recherches : situation matérielle du campagnard et du citadin, du paysan et de l'ouvrier, vacuité progressive des campagnes, natalité dans les différents groupes de la population, immigration, valeur des éléments immigrés, natalité des immigrés, conditions économiques morales, sociales, etc., etc.

Je n'énumère même pas les sujets traités, — d'autant que n'étant pas toujours d'accord avec l'auteur, la controverse m'entraînerait trop longuement.

C'est particulièrement sur les conclusions que s'il m'advient d'être tout à fait du même avis que Ludovic Naudeau, je pense souvent tout à fait différemment.

Ces conclusions, c'est l'énumération des remèdes (parmi lesquels l'impôt sur les célibataires) que propose l'auteur.

Des remèdes ?

Ludovic Naudeau a trop de finesse pour ne pas se rendre compte de ce qu'en fait de remèdes, il ne peut être que des *palliatifs*.

Des palliatifs, non négligeables certes ; mais de simples palliatifs.

Nul inventeur ne nous a encore pourvu de l'appareil qui permettrait le seul remède efficace : *la machine à remonter le temps*.

Peut-être en 1919, une paix bien faite nous eut-elle assuré pour un temps assez long une reprise de la natalité......

Trop tard ; nos hommes d'Etat ne voulurent point de cette paix.

« Alors, diront les braves gens, nous sommes perdus, notre infranatalité nous voue inéluctablement à la catastrophe...... »

Je suis d'un avis tout opposé. Et je ne crois pas plus le péril inéluctable que je ne crois à l'efficacité, je veux dire à l'importance réelle des palliatifs généralement préconisés. Les arguments de Naudeau n'ont pas le moins du monde ébranlé mon opinion.

Mais quelles que soient nos convictions personnelles, tenez pour certain que le médecin, l'homme de science, le politique ont le plus grand intérêt à connaître ces arguments et, davantage encore, les faits patiemment relatés par Ludovic Naudeau sur lesquels ils s'étayent et qui constituent la trame très précieuse de son magnifique ouvrage scientifique.

Dr G. SAINT-PAUL (G. ESPÉ DE METZ).



Constipation habituelle
CASCARINE LEPRINCE
Laxatif parfait
réalisant le véritable traitement
des CAUSES de la CONSTIPATION
AFFECTIONS du FOIE
ATONIE du TUBE DIGESTIF
Eumictine
Santalol, Salol, Hexaméthylène, Tétramine
Antigonococcique - Diurétique
Analgésique-Antiseptique
Blennorragie. Cystites. Néphrites
Pyélites. Pyélo-Néphrites. Pyuries.
8 à 12 capsules par jour.
PHOSPHOTHERAPIE RATIONNELLE
par le RHOMNOL
Pilules et Saccharure à base d'Acide Nucléinique
Ampoules à base de Nucléinate de Soude
et le NEO-RHOMNOL
à base de Nucléinate de Strychnine
Ampoules : Cacodylate de Soude
Comprimés : Méthylarsinate de Soude
Neurasthénie-Infections-Convalescences
Traitement rationnel et scientifique du DIABETE par les
Pilules du Dr Sejournet
Complexe à base de Santonine
ANTIDIABÉTIQUES, RECONSTITUANTES
ne nécessitant qu'un régime facile à établir.
Une pilule à chaque repas.
SAP
Spécifique de l'Hypertension
GUIPSINE
en Pilules aux principes utiles du GUI
REGULATEUR du TRAVAIL du CŒUR
non vaso-constricteur
Diurétique Antialbuminurique - Antihémorragique.
Laboratoires du Docteur
Maurice LEPRINCE
62 rue de la Tour
PARIS 16e
et
toutes pharmacies
R. C. Seine 219925 B.

FONDÉ EN 1873. — N° 19 LE NUMÉRO : 50 Centimes 7 MAI 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

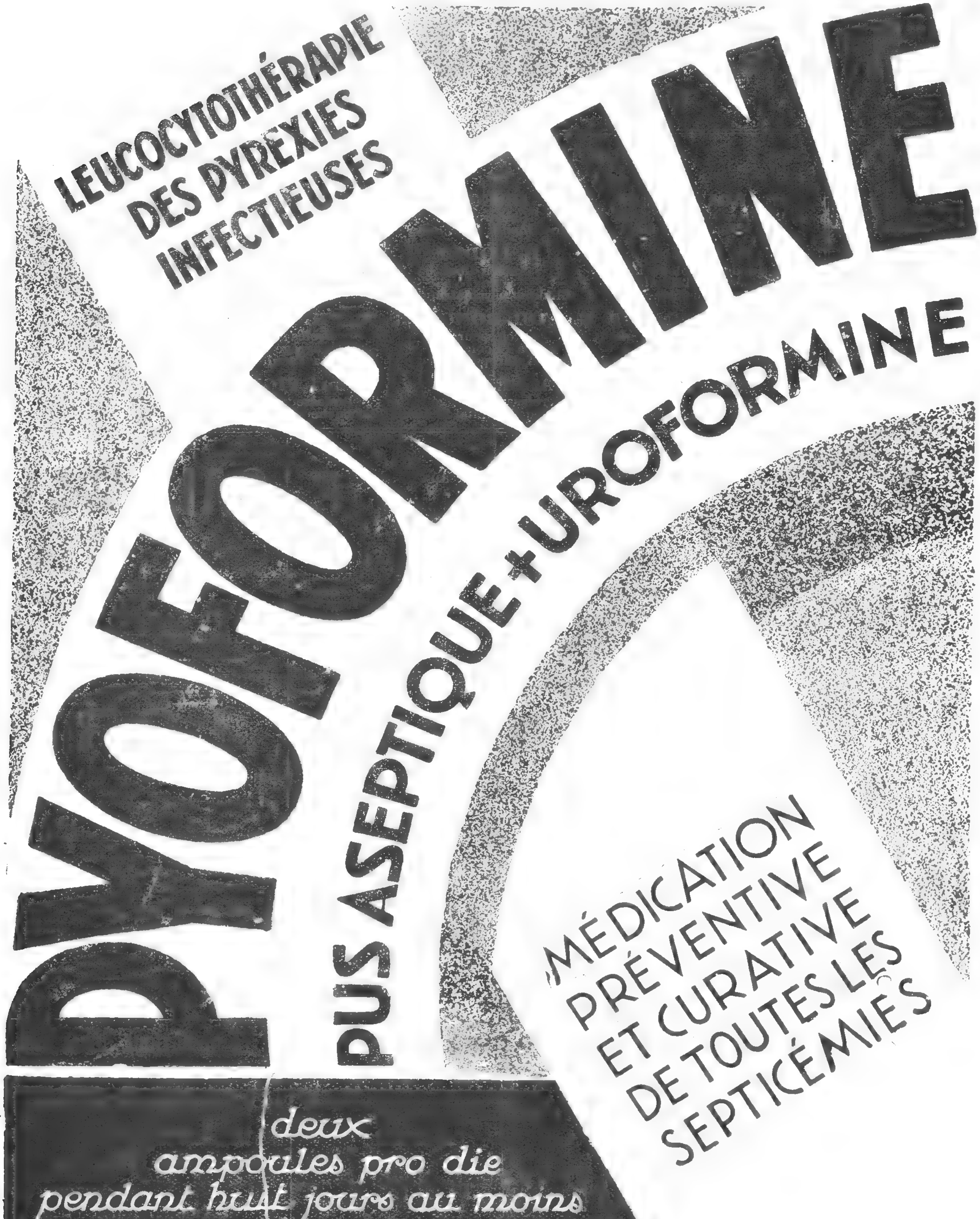
ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE MIDI, PARIS (6e)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 3 mai. — M. Roy. De la thoracoplastie partielle du sommet dans le traitement de certaines tuberculoses pulmonaires localisées au sommet du poumon. — M. J. Vallée. Le liquide céphalo-rachidien dans les séquelles de traumatismes craniens sans fracture. — M. Yannotis. Etude des affections intriquées des orifices aortiques et mitral chez l'enfant.

4 mai. — M. Fayot. Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. — M. Pinel. La fermeture des fistules sus-pubiennes à la suite de prostatectomie trans-vésicale. — M. Lardennois. Etude des résultats éloignés de la gastrectomie dans l'ulcère gastrique.

7 mai. — M. Benveniste. Sur la sonde à demeure à débit ralenti. — M. Marguliès. Etude du traitement des fractures de la diaphyse fémorale chez l'enfant. — M. Martin. Etude du tronc intestinal et des origines du canal thoracique.

Ecole de médecine et de pharmacie de Besançon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, s'ouvrira le lundi 14 novembre 1932 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Concours de la Ligue nationale antivénérienne. — Classement des candidats : MM. Cachera, 119 ; Lafourcade, 116 ; Ragu et Horowitz, 115.

En ce qui concerne les trois candidats classés *ex æquo* pour les deux dernières places, MM. Degos, Durel et Even, il sera procédé, conformément au règlement, à une épreuve supplémentaire.

Hôpital de Casablanca. — Mlle Marie-Antoinette Piétri, docteur en médecine, à la suite d'un concours qui a eu lieu à Rabat en mars dernier, a été nommée médecin chef du service des femmes à l'hôpital indigène de Casablanca.

Faculté de médecine de Paris.—Sont nommés, pour une période de neuf ans, à compter du 1er mai 1932, agrégés près la Faculté de médecine de l'Université de Paris (emplois vacants) :

MM. Halphen, oto-rhino-laryngologie ; Troisier, pathologie expérimentale et comparée.

Ecole de médecine de Poitiers.— Un concours pour l'emploi de chef de clinique chirurgicale sera ouvert devant l'Ecole de médecine de Poitiers le 16 novembre 1932.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Les candidats devront s'inscrire avant cette date au secrétariat de l'école.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. — *Cours de perfectionnement d'orthopédie* du Professeur H.-L. Rocher, avec la collaboration de MM. les Docteurs Charbonnel, Massé, chirurgiens des hôpitaux ; Gourdon, chargé de cours ; de MM. les Docteurs E. Papin, Ch. Lasserre, R. Guérin, anciens chefs de clinique ; G. Roudil, chef de clinique ; Docteur Le Bourgo ; M. A. Laporte, interne des hôpitaux.

Programme du lundi 20 juin au samedi 25 juin 1932. — Lundi 20, à 8 h. 30 : Séance opératoire : Les corsets, les lits plâtrés, les extensions. M. H.-L. Rocher (Hôpital des Enfants). — A 10 heures : Ouverture du cours : Les bossus, pottiques et scoliotiques. M. H.-L. Rocher (Hôpital des Enfants). — A 15 heures : Techniques opératoires : Interventions dans le mal de Pott et la scoliose. Laminectomie,costo-transversectomie. Ostéotomies, ostéoclasies. M. H.-L. Rocher (Faculté de médecine). — A 16 heures : Butées et arthrodèses extra-articulaires. articulaires. Présentation de malades. M. H.-L. Rocher (Hôpital des Enfants). — A 17 h. 30 : La scoliose congénitale et le spondylolisthésis. M. G. Roudil (Hôpital des Enfants).

Mardi 21, à 8 h. 30 : Séance opératoire : Redressements orthopédiques des membres. Ostéotomies. M. H-L. Rocher (Hôpital des Enfants). — A 10 heures : Le rachitisme du nourrisson. Les dyschondroplasies. Les déviations de l'adolescence. Les exostoses ostéogéniques. M. H.-L. Rocher (Hôpital des Enfants). — A 15 heures : Examen des pièces les plus intéressantes de la collection osseuse du Musée de la Faculté et de la Clinique. MM. Roudil et A. Laporte (Musée de la Faculté). — A 17 heures : Les kystes osseux, les ostéopathies chroniques. M Lasserre. (Hôpital des Enfants).

Mercredi 22, à 8 h. 30 : Séance opératoire et présentation de malades opérés. M. H.-L. Rocher (Hôpital des Enfants). — A 10 heures : Les malformations congénitales des membres : luxation de la hanche ; pieds bots, mains botes. M. H.-L. Rocher (Hôpital des Enfants). — A 15 heures : Techniques opératoires : Réduction sanglante de luxations ; butée ostéoplastique de la hanche ; bifurcation de Lorenz. Les évidements osseux : les tarsectomies. Opérations pour la luxation congénitale de la rotule. M. H.-L. Rocher (Faculté de médecine). — A 17 heures : Les opérations osseuses dans les pieds bots. M. Papin (Hôpital des Enfants).

Jeudi 23, à 8 h. 30 : Séance opératoire : Appareillage pour les tuberculoses articulaires. Ponction. Plombage des os. Evidement ostéomyélitique. Résection. M. H.-L. Rocher (Hôpital des Enfants). — A 10 heures : Les infections osseuses et articulaires des membres ; ostéomyélite ; tuberculose ; syphilis, MM. H.-L. Rocher et Le Bourgo (Hôpital des Enfants). — A 15 heures : Visite du sanatorium Anozan. Service des tuberculoses osseuses (adultes). Séance orthopédique (sanatorium Arnozan).

Vendredi, 24, à 8 h. 30 : Séance opératoire : Torticolis ; pied creux ; arthodèses, etc. M. H-L. Rocher (Hôpital des Enfants). — A 10 heures : Les difformités paralytiques des membres et les dysmorphoses de l'appareil aponévrotique et musculaire : paralysie obstétricale, poliomyélitique, spasmodique ; myopathie ; raideurs congénitales ; aplasies musculaires ; torticolis, pied creux. MM. H.-L. Rocher et Le Bourgo (Hôpital des Enfants).— A 15 heures : Techniques opératoires : Ténotomie ; ténoplastie ; transplantation tendineuse ; arthrodèse ; arthrorise. Les grandes résections. Reposition sanglante et ostéosynthèse pour fractures, arthroplastie, méniscectomie, butée d'Oudard. M. H.-L. Rocher (Faculté de médecine). — A 16 h. 30 :

Les grandes principes de l'appareillage des amputés. M. GOURDON. — A 17 h. 30 : Technique et résultats des arthroplasties. M. CHARBONNEL (Hôpital des Enfants).

Samedi 25, à 8 h. 30 : Séance opératoire : Présentation d'opérés et de malades en traitement. Opérations. M. H.-L. ROCHER (Hôpital des Enfants). — A 10 heures: Les difformités des membres d'origine traumatique ; cal vicieux, pseudarthrose, membre ballant, luxation récidivante, lésions des ménisques ; chondromatose et corps étrangers articulaires ; les syndromes de Volkman ; les ruptures musculaires. M. H.-L. ROCER (Hôpital des Enfants). — A 15 heures : L'adaptation professionnelle des mutilés. Visite de l'Ecole et présentation de mutilés au travail. MM. DIJONNEAU et THIBAUDEAU (Ecole des mutilés). — A 17 h. 30 : Les indications et le devenir des greffes osseuses. MM. H.-L. ROCHER et MASSÉ (Hôpital des Enfants).

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 1er juin 1931.

Droit d'inscription : 200 francs.

Inscription gratuite pour les internes des hôpitaux et les étudiants de Bordeaux.

Collège de France. — *Médecine.* — M. Charles NICOLLE, membre de l'Institut : Introduction à la carrière de la médecine expérimentale. Les mercredis et les vendredis, à 5 heures, salle 8.

Les voix latines (Conférences de l'UMFIA.) — M. le Professeur Emile Sergent fera le 11 mai, à 21 heures, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques une conférence sur le *Canada : Impressions d'un médecin français en mission au Canada.*

La conférence sera présidée par S. E. le docteur Philip Roy, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Canada en France.

On entendra ensuite les chansons canadiennes par les étudiants canadiens de la Cité universitaire.

Fédération de la presse médicale latine. — Il y a quelques jours s'est tenue, à Paris, une importante réunion du bureau de la F. P. M. L. Après un échange de vues auquel ont pris part les Docteurs Mayer (Bruxelles), président ; Pierra (Paris), secrétaire général, et Tecon (Lausanne), trésorier, il a été décidé que le IIIe Congrès aurait lieu à Pâques en 1933. Diverses suggestions ont été préconisées pour donner aux *Acta medica latina* un caractère plus professionnel, de façon à correspondre davantage aux desiderata exprimés par plusieurs membres. Des félicitations ont été adressées au secrétaire général, dont l'inlassable activité a su maintenir l'existence de la Fédération malgré les difficultés économiques et politiques qui, dans plusieurs pays latins, ont compromis l'activité des associations de Presse médicale.

Le vœu a été émis qu'au moins une fois par an les différentes associations fédérées fassent connaître dans *Acta medica latina*, sous forme d'une lettre, les innovations essentielles survenues dans le domaine médical de leurs pays respectifs.

Manifestations médicales du mois de mai. — 23 MAI. — *XVIIe Congrès de médecine légale de langue française, Paris.*

Rapports présentés :

M. Etienne MARTIN (Lyon) : Les lésions du foie dans la submersion.

MM. NAVILLE et DE MORSIER (Genève) : Traumatismes et syndromes parkinsonniens.

M. GENIL-PERRIN (Paris) : La psychanalyse en médecine légale.

Secrétaire général, M. Piédelièvre, 24, rue Gay-Lussac, Paris.

27-29 MAI. — *VIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie, Montpellier.*

Question mise à l'ordre du jour :

Les séquelles des traumatismes craniens fermés, en oto-neuro-ophtalmologie.

Rapporteurs : MM. BREMER (neurologie), H. COPPEZ (ophtalmologie), HICQUET (otologie) et P. MARTIN (thérapeutique).

Secrétaire général, M. Auguste TOURNAY, 81, rue Saint-Lazare Paris.

31 MAI-1er JUIN. — *XIIe réunion neurologique internationale annuelle, Paris.*

Les épilepsies (acquisitions récentes concernant la clinique, l'anatomie pathologique, la pathogénie et le traitement).

Rapporteurs : pour le traitement chirurgical : M. FOERSTER (de Breslau). Pour la pathogénie : M. PAGNIEZ (de Paris). Pour la clinique, l'anatomie pathologique et le traitement médical : MM. ABADIE (de Bordeaux) et CROUZON (de Paris).

La Société à l'occasion de la Réunion neurologique internationale, entendra l'exposé des travaux du Fonds Dejerine et du prix Charcot.

Fonds Dejerine : M. BAUDOUIN : Sur l'hyperpnée expérimentale. — M. et Mme SORREL-DEJERINE : Les paraplégies pottiques. — M. CORNIL (de Marseille) : Classification anatomique des tumeurs de la moelle et de ses enveloppes.

Prix Charcot : M. ALAJOUANINE : La poliomyélite antérieure subaiguë.

Secrétaire général, M. O. CROUZON, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

Nécrologie. — Docteur ALEXANDRESO, de Nice. — Docteur Georges BERT, de Caudéran (Gironde). — Docteur A. BRIEND, de Rennes, décédé à l'âge de 60 ans. — Docteur CAILLETEAU, de Saint-Philbert-de-Grand-Lieu (Loire-Inférieure). — Docteur Honoré CHEVALIER, d'Alfortville (Seine), décédé dans sa 79e année. — Docteur Antoine CHABANON, de Lyon, décédé dans sa 54e année. — Docteur Emile COUSIN, de Toulouse, décédé dans sa 69e année. — Docteur Charles FEYFANT, de Josselin (Morbihan). — Docteur J. FRAYSSE, de Nice, 35, rue Pastorelli. — Docteur Albert GROSSE, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Nantes. — Docteur LE HIR, médecin lieutenant des troupes coloniales. — Docteur LHEPT, de Lescar (Basses-Pyrénées), décédé dans sa 56e année. — Docteur Henri MARCHAIS, de Carhaix (Finistère), décédé à l'âge de 66 ans. — Docteur NÈGRE, professeur à l'Ecole de médecine de Beyrouth. — Docteur PONTREMOLI, de Monaco. — Docteur VAILHE, de Curemonte (Corrèze), décédé dans sa 81e année. — Docteur Joseph DENIS, professeur de bactériologie à l'Université de Louvain.

BIBLIOGRAPHIE

La vision des couleurs, par le Professeur G. OVIO. Un volume grand in-8°, avec 19 planches en couleurs et 129 illustrations : 100 francs. Librairie Félix Alcan.

Les couleurs peuvent être traitées du point de vue physique, du point de vue chimique, du point de vue artistitique, du point de vue philosophique, du point de vue physiologique, du point de vue industriel. Mais l'auteur s'est proposé de toucher ces divers points par rapport à la vision et seulement pour ce qui peut suffire à une culture générale, en ayant soin de tout exposer de la façon la plus simple et la plus complète, expliquant et documentant chaque point.

On sait que l'auteur est le fondateur de la science des couleurs : Mais qui connaît ses œuvres ? C'est pourquoi l'auteur commence par rappeler ses principales expériences et découvertes : Comment se produisent les couleurs ? Comment se produisent les phénomènes les plus connus de la nature, comme la couleur du ciel, l'arc-en-ciel ?

L'auteur explique d'une façon élémentaire les principaux phénomènes naturels, les principales applications pratiques : il explique ce que sont et quelles sont les couleurs, quelle est leur constitution, touchant sous ce dernier rapport, au sujet délicat de l'essence intime de la matière, et par suite aux modernes théories de la résonance, extrêmement séduisantes, mais non encore entièrement satisfaisantes. Il met en relief les différences subtantielles entre les couleurs spectrales et les couleurs matérielles. Il traite de l'évolution du sens chromatique, des mélanges de couleurs, des tentatives de classification. Il traite des valeurs chromatiques, particulièrement de la décomposition de la sensation chromatique en ses éléments, sujet important et peu connu. Il traite des phénomènes physiologiques tels que le contraste, le phénomène de Purkinje. Il discute la prétendue harmonie des couleurs en démontrant qu'en elles-mêmes, toutes les couleurs sont harmoniques mais que, dans la pratique, elles ne le deviennent que si elles concourent au but que nous nous proposons, compte tenu de leur action psychique. Enfin, il a réservé un chapitre aux défauts congénitaux du sens chromatique (cécité chromatique), indiqués comme simple modalité du sens chromatique normal et qui sont aptes par conséquent à mieux faire ressortir le mécanisme de celui-ci.

Précis de pratique médicale (3e *édition entièrement remaniée*), par le Dr Paul SAVY. Collection (Testut). Un vol. in-8° de 1.776 pages avec figures dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte, cartonné, 110 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

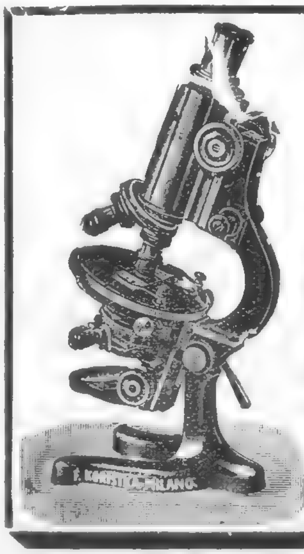
La troisième édition de l'ouvrage a été notablement remaniée et complétée. On y trouvera, mis au point d'après l'expérience personnelle de l'auteur et les travaux récents, tous les éléments nécessaires au diagnostic, au pronostic et au traitement des affections médicales.

La *première partie*, après un bref rappel de principes de déontologie, étudie les médicaments usuels, les régimes, et les agents thérapeutiques en général, les opérations courantes à effectuer dans un service de médecine et les examens de laboratoire faciles à pratiquer extemporanément. En ce qui concerne les recherches plus compliquées, les conditions sont indiquées dans lesquelles il y a utilité ou nécessité, pour la clinique, à réclamer un complément d'information.

La *deuxième partie*, plus importante, est consacrée aux maladies des divers appareils. Partant de l'étude des symptômes capitaux, l'auteur s'efforce d'indiquer la voie la plus simple qui doit conduire à un diagnostic logique, à un pronostic rationnel, à une thérapeutique appropriée. Les renseignements fournis par la radiographie, et par telle ou telle recherche biologique, sont toujours signalés mais en tenant rigoureusement compte de leur valeur réelle : pour si précieux que puissent être ces procédés d'investigation, ils ne doivent jamais prendre le pas sur les méthodes traditionnelles de l'observation directe du malade et leurs résultats ne doivent jamais être considérés isolément.

Il s'agit en somme, et avant tout, d'un livre de Clinique médicale qui présente l'enseignement, aussi clair et aussi vivant que possible, d'un service hospitalier où sont journellement diagnostiquées et traitées les affections que le médecin aura le plus habituellement à reconnaitre et à combattre.





TRAVAUX ORIGINAUX

Les aspects psychiques du cancer

Par R. BENON

Médecin du quartier des maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes

L'étiologie du cancer reste fort obscure. Quelques auteurs ont attiré l'attention sur le rôle possible de troubles nerveux ou mentaux dans l'apparition du mal. Récemment, le 28 avril 1931, dans une conférence qu'il a faite à la séance annuelle de la Ligue contre le cancer, le Professeur Forgue a traité comme sujet « Le problème du cancer dans ses aspects psychiques » : cette conférence a été reproduite par divers journaux médicaux.

***

C'est un fait qu'un certain nombre de cancéreux, dès la période de début, présentent très nettement des phénomènes de dépression ou asthénie, des tendances et même des états mélancoliques ou hypocondriaques. C'est un fait encore que l'anamnèse révèle, au cours de la période originelle du cancer, des chagrins, des contrariétés, des angoisses, ce que nous appelons un syndrome hyperthymique. Il en résulte pratiquement que le clinicien qui observe chez un de ses malades de la dépression ou asthénie, de la mélancolie, de l'hypocondrie, doit rechercher en particulier avec soin une localisation cancéreuse. Mais serrons le problème de plus près ; il y a là des causes d'erreur d'interprétation des faits.

1° Il existait clairement chez le sujet avant l'apparition du cancer, des chagrins, des contrariétés ; la cause de ces souffrances morales est bien établie, précise, non discutable, soit qu'on interroge le patient, soit que l'on enquête même près de l'entourage ; car il n'est peut-être pas vain de tenir compte du témoignage des tiers. Dans de tels cas, on peut dire que la douleur morale, que le syndrome émotionnel douloureux simple ou complexe, a joué dans l'apparition du cancer le rôle de cause prédisposante ; on ne saurait affirmer, à ce jour, davantage ;

2° Il existe chez le sujet, dès le début du cancer, un état d'asthénie ou de dépression encore indéterminée ; cette asthénie, ou cette dépression, éveille secondairement des tendances mélancoliques ou hypocondriaques. Le fait primitif est l'asthénie et non pas la mélancolie ou l'hypocondrie. Mais dans ces cas l'asthénie résulte directement de la maladie en évolution, le cancer. En effet, d'après les observations, le cancer est une maladie essentiellement asthénisante ; et l'asthénie nerveuse générale musculaire (amyosthénie) et l'asthénie psychique (anidéation) que présente le patient plus ou moins nettement, sont déterminées directement par le cancer ;

3° Il importerait d'établir par statistique méthodique la fréquence des chagrins, des contrariétés, bien caractérisés et existant avant l'apparition du cancer ;

4° Dans les asiles d'aliénés où tant de psychopathies, à notre avis, succèdent à des états émotionnels douloureux, la fréquence du cancer n'est pas spécialement élevée ;

5° Dans une étude de cette sorte, il ne faudrait pas confondre asthénie et mélancolie, asthénie et hypocondrie, et il faudrait établir aussi nettement que possible par analyse psycho-clinique la chronologie de tous les faits. La constance de l'asthénie au cours du cancer nous paraît certaine. Signalons qu'il nous a été donné d'observer récemment un cas d'asthéno-manie chez un cancéreux de la langue. L'hypersthénie ou manie a remplacé l'asthénie chez ce malade à la fin tout à fait de sa maladie. L'hypersthénie qui affectait la forme de l'hypomanie (joie et projets extravagants) a duré environ deux mois, jusqu'à la terminaison fatale ; elle a entraîné l'internement à cause du désordre de l'activité. Et c'était une chose singulière de voir ce cancéreux cachectique, à la porte du tombeau, exposer ses conceptions mégalomanes.

***

La difficulté du problème posé par l'apparition des troubles nerveux et psychiques chez les cancéreux n'échappe à personne ; avec du temps et de la patience, il serait sans doute aisé de le résoudre. Actuellement le rôle des états émotionnels douloureux à l'origine du cancer reste incertain, n'étant pas démontré ; mais il n'est pas impossible qu'il existe, en particulier comme cause prédisposante.

L'huile de Chaulmoogra en solution pseudo-colloïdale dans le traitement de la lèpre

Par le Dr J. FERON

Médecin de la Léproserie de Saint-Antoine de Harrar

La IIIe Conférence internationale de la lèpre émettait, en 1923, le vœu que « la recherche d'un remède spécifique de la lèpre fut activement poursuivie ». En attendant la réalisation de ce vœu, les médecins des léproseries continuent à utiliser, pour le plus grand bien de leurs malades, l'huile de Chaulmoogra et ses nombreux dérivés.

A la léproserie Saint-Antoine (*Fig. I*) située dans le Vicariat apostolique des Gallas, nous avons eu l'occasion d'expérimenter un grand nombre de médicaments, soit



FIG. 1. — La léproserie de Saint-Antoine.

comme adjuvants du Chaulmoogra, soit comme médication anti-lépreuse proprement dite. Après avoir traité près de deux cents lépreux, nous avons retenu comme traitement essentiel, la collobiase de Chaulmoogra, qui nous a donné les résultats les plus constants.

Cette préparation est réalisée avec l'huile de Chaulmoogra purifiée et mise en pseudo-solution colloïdale.

L'ampoule de collobiase de Chaulmoogra est de 2 c. c. et contient environ un milligramme d'huile par c. c.

Nous employons à titre d'adjuvants des médicaments qui ont par eux-mêmes une efficacité certaine dans les cas de lèpre récente, tels que la collobiase de cuivre, le cuprion, les granions de cuivre, la cuproiodase, le cuprocion (cyanure double de cuivre et de potassium), et toute la gamme des éthers chaulmoogriques : hyrganol iodé ou gaïacolé, hansénol, léprosum, antiléprol, mais seulement par voie endo-veineuse, les injections intramusculaires étant trop souvent suivies de réactions douloureuses. De plus en plus, nous les réservons aux lépreux tubéreux, et concuremment avec la collobiase de Chaulmoogra, car employés seuls, par voie endo veineuse, ils donnent un coup de fouet aux lésions ulcéreuses.

La presque totalité de nos malades nous arrivent porteurs de plaies qui nécessitent des pansements multiples, et très onéreux pour le budget d'une léproserie de mission. De toutes les médications antilépreuses, la collobiase de Chaulmoogra est celle qui nous a donné les cicatrisations les plus rapides. Elle nous a souvent permis d'éviter à nos patients plus d'une opération mutilante qu'ils réclamaient eux-mêmes.



Fig. II. — Plaies lépreuses symétriques des orteils.

La première observation que nous résumons ici est typique à ce point de vue.

Obs. I. — Galmo, homme de 45 ans.

La maladie a débuté en 1927 par des rhumatismes, des névralgies et des taches insensibles. La première tache est apparue sur la région deltoïdienne gauche, la deuxième tache sur la face extérieure de la cuisse gauche. Il n'a jamais eu de rhinite. Sa famille était indemne de lèpre. Vu pour la première fois en 1931, le 16 décembre. Lèpre maculaire à systématisation nerveuse. Les taches sont absolument insensibles. Plaie symétrique des premiers orteils. Le premier orteil droit est déformé en massue. Les chairs sont tuméfiées, ramollies, et produisent un suintement visqueux abondant (*Fig. II*).

On commence immédiatement le traitement par les injections endo-veineuses de collobiase de Chaulmoogra, à raison de trois injections par semaine. Le 2 janvier, amélioration très



Fig. III. — Amélioration obtenue après 15 jours de traitement à la collobiase de Chaulmoogra.

sensible (*Fig. III*). Le 14 janvier, on supprime tout pansement au pied gauche.

Le 20 janvier, le pansement du pied droit est devenu inutile (*Fig. IV*). Les taches n'ont pas subi de modification, mais la sensibilité est en partie revenue.

Pour rendre à ce lépreux sa valeur sociale, vingt piqûres de collobiase de Chaulmoogra auront suffi. Il va sans dire que le traitement lui sera continué jusqu'à disparition complète des taches.



Fig. IV. — Guérison après 34 jours de traitement à la collobiase de Chaulmoogra.

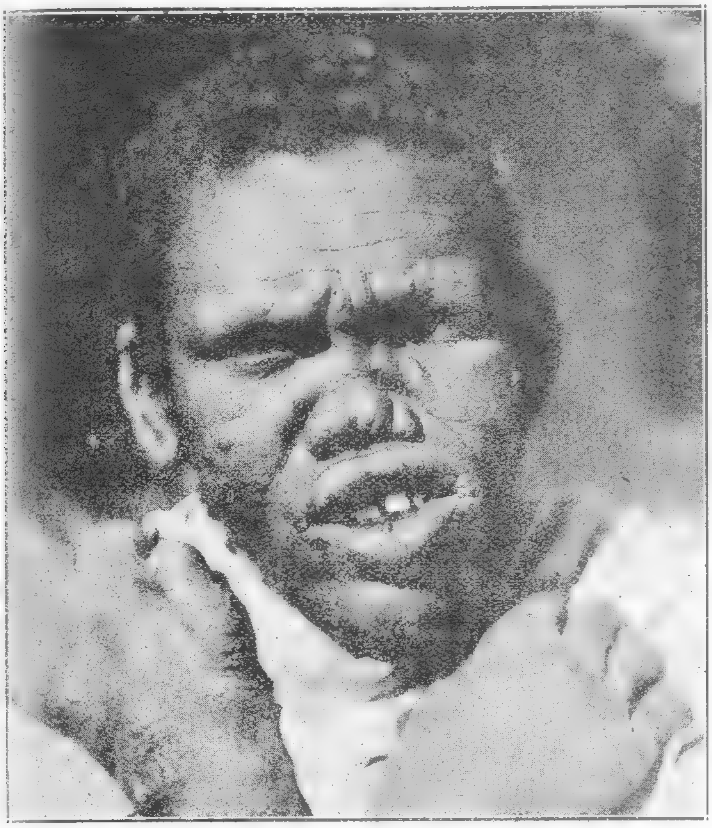


FIG. V. — Aspect avant le traitement.

Un tel résultat n'est pas exceptionnel, mais s'obtient seulement quant il s'agit de lèpre récente, c'est-à-dire dont le début remonte de un an à cinq ans.

OBS. II. — Voici maintenant Gabriel, qui, malgré son âge, 26 ans environ, est incontestablement un vieux lépreux. Nous l'avons examiné en octobre 1930.

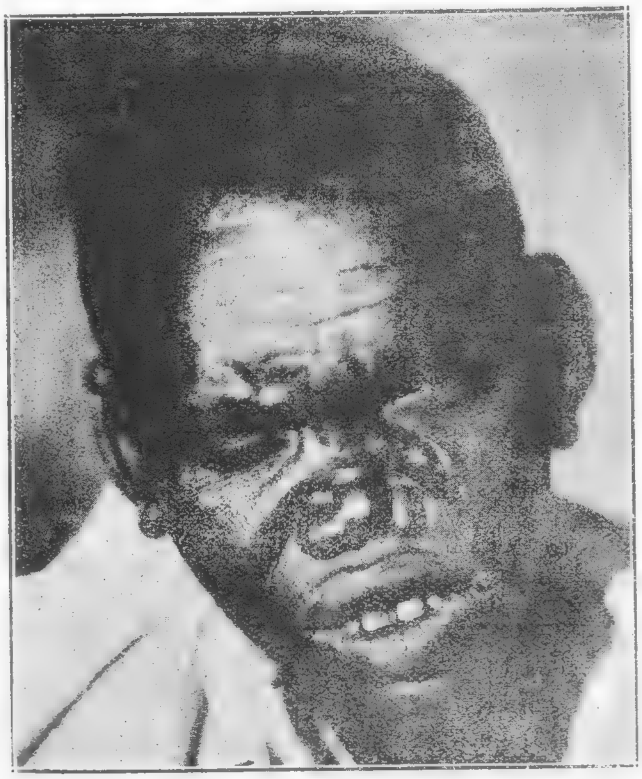


FIG. VI. — Aspect après 6 mois de traitement.

Père lépreux tubéreux. Mère saine. Un oncle paternel lépreux tubéreux. La maladie a débuté en 1905 par l'apparition d'un semis de granulations miliaires sur la figure et les oreilles. Pas de rhumatismes ni de rhinite. Le front, les sourcils, les joues, le menton, les oreilles sont couvertes de lépromes insensibles. Les oreilles rongées, le nez déformé, les lèvres infiltrées, lui donnent une physionomie pitoyable. (*Fig. V*). Le tronc, les membres, presentent des lépromes insensibles. L'anesthésie est absolue sur toutes les parties du corps, et cependant les nerfs cubitaux ne présentent pas la rigidité habituellement décrite chez les lépreux. Voix éteinte. Ulcérations gingivo-labiales, ulcérations étendues et insensibles du voile du palais et de la luette. Naturellement, le réflexe nauséeux aboli. La main droite a perdu toutes ses phalangettes, par pemphigus mutilant. La main gauche est déformée en griffe.

Le pied droit tuméfié présente des plaies plantaires avec hernie du 1er et du 2e métatarsien. Plaie également à la face plantaire du pied gauche.

Octobre 1930 : Quatre piqûres d'hyrganol intra-musculaire. Deux cents gouttes d'iodaseptine.

Novembre 1930 : Six piqûres d'hyrganol intra-musculaire. Cinquante capsules d'iodurase.

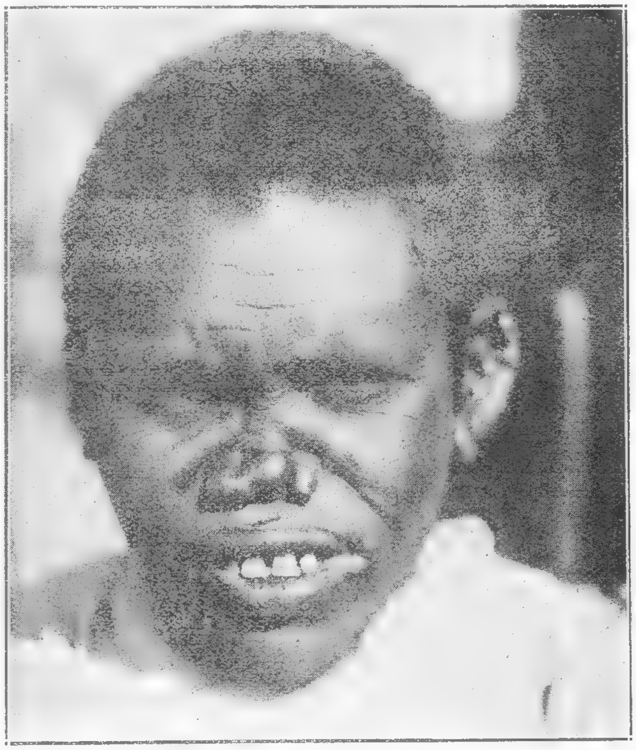


FIG. VII. — Aspect après 8 mois de traitement.

Décembre 1930 : Huile de Chaulmoogra cholestérinée térébenthinée. Neuf injections intra-musculaires. En même temps, iodalose : neuf cuillerées à café.

Janvier 1931 : Deux injections intra-musculaires d'huile de Chaulmoogra cholestérinée et térébenthinée.

Février 1931 : Sept injections endo-veineuses de collobiase de Chaulmoogra associée au cuprocion.

Mars 1931 : Six injections de collobiase-cuprocion.

Avril 1931 : Huit injectiens de collobiase.

Mai 1931 : Cinq injections intra-veineuses de granions de cuivre. Le malade a été photographié à ce moment (*Fig. VI*).

Juin 1931 : Dix piqûres de collobiase.

Juillet 1931 : Cinq piqûres d'hyrganol intra-veineux.

Août 1931 : Quatre piqûres d'hyrganol intra-veineux.

Les progrès se sont accusés (*Fig. VII*) mais les plaies qui commençaient à se cicatriser s'étendent de nouveau, et par prudence on revient au traitement collobiasique. Huit piqûres de collobiase.

Septembre 1931 : Neuf piqûres de collobiase.

Octobre 1931 et novembre 1931 : Onze injections intra-veineuses de néol de 5 à 10 c.c.

Décembre 1931 : Onze injections intra-veineuses de zymbyl et de cuivre.

A ce moment, la finesse des traits du visage commence à reparaître (*Fig. VIII*).

Janvier 1932 : Dix injections intra-veineuses de collobiase de Chaulmoogra que nous continuons.

29 janvier : La voix est redevenue presque normale. La sensibilité est reparue sur tous les segments du corps. Les lésions des muqueuses ont disparu. Les lépromes du tronc et des membres ont également disparu. Il ne reste plus que quelques plaies plantaires superficielles et atones.

L'exposé de ces deux observations, choisies entre quelques autres, nous permet les conclusions suivantes :

1° Le Chaulmoogra doit être administré sous une forme intégrale.

2° La forme collobiasique est la plus active, et la voie endo-veineuse est la meilleure. Lorsque celle-ci est impossible, doubler ou tripler la dose pour les injections intra-musculaires.

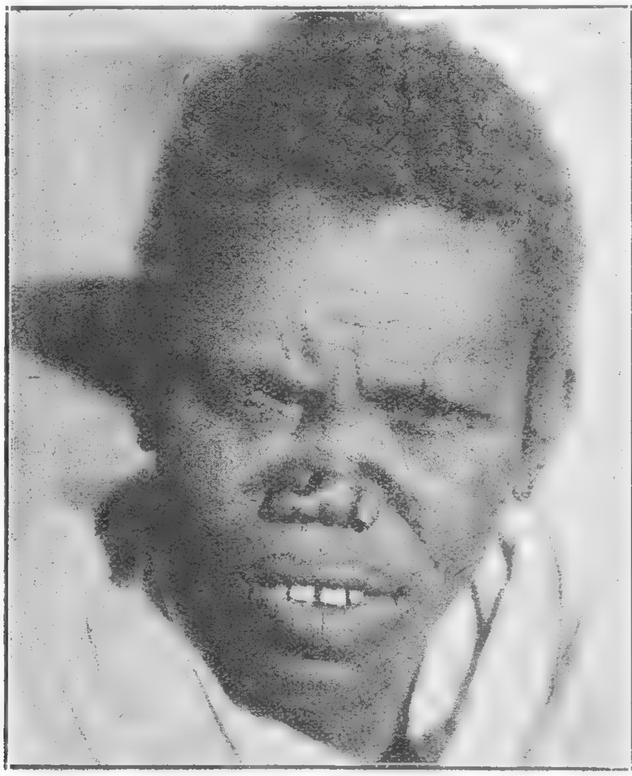


Fig. VIII. — Aspect après 13 mois de traitement.

3° Le collobiase de Chaulmoogra est maniable, se conserve bien et peut être injectée sans danger par un aide indigène.

Nous avons pratiqué plus de cinq mille injections intraveineuses de collobiase de Chaulmoogra sans le moindre incident.

4° Comme adjuvants du Chaulmoogra, le cuivre vient en toute première ligne. Les éthers chaulmoogriques demandent la technique que nous avons indiquée, et il vaut mieux, dans une léproserie de mission, en laisser l'usage au médecin.

Ce n'est pas notre rôle d'émettre des hypothèses sur la pathogénie de la lèpre. Nous avons voulu seulement dans cet exposé, avec preuves à l'appui, rendre service aux missionnaires des lépreux, qui, bien loin d'avoir des laboratoires même sommaires, n'ont souvent comme infirmiers, que des lépreux de bonne volonté.

VARIÉTÉS

Du « Degré de Certitude de la Médecine » d'après Cabanis [1]

(*Suite et fin*)

Par le Dr Constant HILLEMAND

De plus, si l'on veut estimer à son prix l'œuvre dont nous venons de prospecter le filon principal, convient-il de tenir compte de maintes remarques profondes et suggestives, incidemment semées le long du parcours, ayant trait tant à la biologie, qu'à la cosmologie, a la sociologie et à la politique, à la psychologie et à la morale, à la philosophie — dont les unes anticipaient sur des travaux subséquents de l'auteur, — dont les autres ouvraient à l'investigation des débouchés nouveaux susceptibles d'être fructueusement exploités, à défaut de l'initiateur, par ses contemporains ou ses successeurs.

Malgré les développements donnés à quelques-unes d'entre elles, il n'est d'ailleurs aucune de ces réflexions que l'on puisse, sans injustice, accuser d'être un hors-d'œuvre. Ce sont parfois, assurément, des digressions, mais des digressions dérivant naturellement de l'interdépendance de la médecine et des autres domaines du savoir.

Parmi elles, et faute de pouvoir les commenter toutes, nous nous bornerons à retenir les suivantes comme étant les plus intéressantes (*Œuvres complètes* 5 vol.).

Lorsque Cabanis répond (I, 418, 434-445) aux sceptiques qui prenant prétexte de la variation, au cours des Ages, des théories médicales et des méthodes thérapeutiques, déniaient toute certitude à notre Art, il apporte déjà une première approximation de son histoire, dont il n'aura qu'à reprendre et amplifier les termes, au moment de traiter de ses *Révolutions* proprement dites.

Il attribue sa naissance au désir spontané qu'éprouve l'être humain d'échapper et de soustraire ceux qui lui sont chers à la souffrance, de prolonger sa vie et la leur, et, conséquemment, il reporte son origine à l'apparition des premières formations sociales : « — Souffrir et mourir » dit-il, sont une suite nécessaire de notre condition. Mais ce qui est une suite non moins inévitable du premier de nos penchants, c est le désir de prolonger la vie et de fuir la douleur. La nature nous apprend elle-même à changer une situation pénible, à porter la main sur les parties douloureuses, à relacher leur tissu par l'application d'une chaleur douce et moite ; elle nous indique le repos, le silence, l'obscurité, l'éloignement du bruit, aussitôt que la fièvre exalte, ou trouble le jeu de nos organes... En un mot, tous nos besoins se changeant en souffrances lorsqu'ils ne sont pas satisfaits, et la nature s'expliquant à cet égard, de la manière la plus claire, on peut, avec un ancien, donner à tout ce qui satisfait un besoin, le nom de remède, et à l'instinct, ou à la cause des mouvements automatiques, celui de premier des médecins. (I.411, 430) ; — j'ai dit que le désir de prolonger cette vie si passagère, de calmer la douleur qui la rend pénible, de guérir les maladies qui la menacent, était aussi naturel à l'homme que les besoins les plus impérieux ; et qu'un instinct, souvent irrésistible, lui faisait chercher les situations les plus favorables à sa guérison, et quelquefois même lui inspirait le désir de ce qui pouvait lui servir de remède. Ce désir est le motif des observations médicales : cet instinct a fourni le sujet des premières observations qu'on a faites. — Dans une attaque d'asthme, la malade se lève sur son séant, il fait ouvrir toutes les fenêtres, il cherche le grand air. Dans un rhume, il devient plus frileux, il se couvre davantage, ils se renferme dans sa chambre, il

(1) Voir *Progrès Médical*, des 9 janvier et 13 février 1932.

désire des boissons chaudes; il mange peu, parce qu'il a moins d'appétit. Dans une maladie inflammatoire, ce sont des boissons délayantes, l'air frais, peu de couvertures qu'il demande avec instance ». (I, 430), etc...

Quant à son histoire, il l'aborde, dès le premier chapitre de son Essai, en brossant, à larges coups de pinceau, le tableau de ses vicissitudes: — depuis Hérodicus jetant à bas «l'édifice élevé par ses prédécesseurs » et Hippocrate renversant «en grande partie celui d'Hérodicus », jusqu'aux solidistes d'Edimbourg « rajeunissant le système d'Hoffmann » par l'adjonction de quelques idées de Baglivi, — en passant par Asclépiade, auteur d'une « médecine nouvelle fondée sur la philosophie corpusculaire »; par Thémison, les pneumatiques, Galien ; par les Arabes transportant « les abstractions et les formules d'Aristote, dans la médecine », la rendant péripatéticienne, « comme elle avait été épicurienne dans les mains « d'Asclépiade, comme elle a depuis été tour à tour cartésienne, leibnitzienne, newtonienne, etc... » ; par Paracelse, van Helmont, Hoffmann, Staalh, les animistes ses disciples ; par Bœrhaave ; par les semi-animistes ; par l'Ecole de Montpellier, etc... Au cours de son résumé, il nous peint la lutte entre les dogmatiques se flattant d'« aller à la vérité par des hypothèses et par une série de raisonnements, et les empiriques» voulant presque bannir le raisonnement de leur pratique, et la réduire à l'observation pure et simple des faits ».

Lorsqu'il s'élève contre l'envahissement de la médecine par les théories mathématiques et cosmologiques, il ébauche simultanément un exposé et une réfutation du Matérialisme dont le « Coup d'œil sur les *Révolutions* » de notre art se bornera à développer les termes en les modifiant à peine.

« Si l'on en croit », écrit-il, « les médecins géomètres, avec des calculs algébriques, on peut expliquer tous les mouvements du corps, toutes les déterminations vitales, toutes les fonctions. Les angles plus ou moins aigus des vaisseaux, leurs diamètres, leurs axes ; les lignes droites ou courbes ; la raison composée de l'action des solides, de l'impulsion des liquides, de leur réaction réciproque : voilà ce qu'il faut apprécier pour se faire une idée juste de la vie, pour bien concevoir la manière dont elle s'exerce, s'entretient, se répare, et cesse enfin, comme une boule s'arrête, quand le mouvement qui lui a été communiqué se trouve détruit par la suite des frottements...

« Chez les mécaniciens, il n'est question tantôt que de poulies, de leviers, de points d'appui ; tantôt que de tuyaux, de soupapes, de pistons. Vous croyez être dans un atelier d'horlogerie ou d'hydraulique. »

Au rapport des « physiciens, ce sont l'attraction, la cohésion l'élasticité, les forces, les contre-forces ; ce sont toutes les lois des masses inorganiques qui doivent nous fournir la solution » des problèmes vitaux. »

De leur côté « les chimistes les moins déraisonnables considèrent le corps humain comme un laboratoire : ses organes sont des alambics, des chapiteaux, des cornues, des matras. Ces nouveaux Prométhées pensent avoir ravi le feu céleste, et pouvoir l'exciter ou le ralentir à volonté, comme celui de leurs fourneaux Ils ne parlent que de précipitations, de fermentations, de cohobations. L'acide combat l'alkali, l'alkali combat l'acide. De l'effervescence que ces deux adversaires produisent en s'unissant, résulte la chaleur animale, la vie. Les remèdes agissent par leurs qualités chimiques, par celles des humeurs qu'ils rencontrent : d'où il suit que, d'après les expériences faites dans des vaisseaux morts, on peut juger de ce qui se passera dans les vaisseaux vivants. »

Boerhaave, doué d'un génie vaste, méthodique et lumineux, esprit au niveau de toutes les connaissances de son siècle et très versé dans la lecture des anciens, veut profiter de toutes les idées, veut concilier tous les systèmes, veut fondre en un corps de doctrine tous les dogmes épars, et souvent contradictoires. Chimie, physique, géométrie, mécanique, tout, selon lui, peut être mis à profit par la médecine »... (I, 421-423.)

Cabanis ne se contente pas d'ailleurs d'analyser ces divers errements, il laisse entrevoir leur génèse en la rapportant « au désir si naturel d'appliquer à ce qu'on apprend ce que l'on sait déjà » ou ce que l'on s'imagine savoir, et s'inspirant de d'Alembert (1) en ce qui concerne le matérialisme mathématique, tente de les réfuter : « quand on veut » dit-il « expliquer l'économie animale par les lois de la mécanique, de la physique, de la chimie, ou par quelque hypothèse philosophique puisée ailleurs que dans l'observation même du corps vivant, on se trouve arrêté pour ainsi dire, à chaque pas ; les exceptions à la règle deviennent bientôt plus nombreuses que les faits qui s'y trouvent conformes : et non seulement on est forcé de reconnaître combien ces hypothèses sont insuffisantes pour lier les fragments de la science, mais on s'aperçoit facilement qu'elles entraînent des fautes sans nombre dans la pratique. Ira-t-on conclure de là qu'il n'y a rien de chimique, de physique, ou de mécanique dans les fonctions vitales ? on aurait bien tort sans doute : et s'il en était ainsi, qui jamais eut trouvé, qui même jamais eût cherché de pareilles explications ? *Les bons esprits les rejettent, non parce qu'elles n'expliquent rien, mais parce qu'elles n'expliquent pas tout ; parce qu'elles ne sont rigoureusement applicables qu'aux mêmes faits plus ou moins nombreux dont on les a tirées* » ... (I. 488).

De même, lorsque Cabanis en vient à proclamer le retentissement sur le névraxe et, par suite, sur le reste de l'organisme, des impressions, plus ou moins inconscientes, nées au niveau des viscères, — en établissant « la dépendance des idées ou des passions par rapport à l'état des organes, à la nature des impressions qu'ils reçoivent » (I, 483), dépendance « dont Epicure avait seul compris l'existence sans toutefois en avoir fourni la démonstration physiologique, » (Broussais, in *Irritat.* et *Fol.* X i i j) —il ne rompt pas seulement avec Condillac, comme il l'a spécifié lui-même au chapitre II de son deuxième Mémoire sur « l'Histoire physiologique des sensations, » et comme l'ont relevé Broussais, A. Comte et P. Laffite, il aborde le problème de la cénesthésie, si profondément creusé depuis lors, et sur lequel il devait revenir dans l'une de ses communications ultérieures à l'Institut.

En soulignant la répercussion sur le système nerveux et, conséquemment, sur l'Economie entière, de l'éclosion de la puberté chez les deux sexes, de « la premirère éruption des règles » chez la femme, « de leur retour périodique tous les mois, de leur entière cessation » (I, 429), il prélude, en fait, à ses communications ultérieures, relatives à l'influence du physique sur le moral et ouvre largement le chapitre de l'endocrinologie, à peine effleuré par Théophile de Bordeu et qui a été, au XIXe siècle, le sujet de tant de travaux retentissants et féconds, depuis ceux de Cl. Bernard et de Brown-Séquard, etc...

D'autre part, à l'occasion des « troubles que les passions excitent dans le corps vivant, soit directement, par l'étroite liaison qui existe entre les mouvements physiques et les déterminations morales, soit, indirectement, par le désordre que ces mêmes passions portent dans tous les détails de notre conduite» (I, 429), il anticipe sur celui de ses *Mémoires* académiques qu'il consacrera à l'influence du *Moral* sur le *Physique*, déjà signalée par F. Bacon, puis par Gall, et amorce les études positives sur la Suggestion que devaient poursuivre, avec tant de fruit, par des chemins tant soit peu différents, les Ecoles de Nancy et de la Salpêtrière, avant l'heureuse conciliation de leurs conclusions par J. Babinski ; que devait illustrer et vulgariser E. Zola dans son beau roman de Lourdes.

A propos de l'Etiologie, il n'a gardé de passer sous silence que les êtres vivants sont d'autant plus exposés à la maladie qu'ils sont plus différenciés et qu'ils vivent dans un milieu plus complexe ; par suite, il ne lui échappe pas que le progrès social est générateur de nouvelles causes morbides : « ainsi

(1) « Il faut avouer pourtant que les géomètres abusent quelquefois de cette application de l'algèbre à la physique. Au défaut d'expériences propres à servir de base à leur calcul, ils se permettent des hypothèses, les plus commodes, à la vérité qu'il leur est possible ; mais souvent très éloignées de ce qui est réellement dans la nature. *On a voulu réduire en calcul jusqu'à l'art de guérir : et le corps humain, cette machine si compliquée, a été traitée par nos médecins algébristes comme le serait la machine la plus simple ou la plus facile à décomposer. C'est une chose singulière de voir ces auteurs résoudre d'un trait de plume des problèmes d'hydraulique et de statique capables d'arrêter toute leur vie les plus grands géomètres.* Pour nous, plus sages, ou plus timides, contentons-nous d'envisager la plupart de ces calculs et de ces suppositions vagues comme des jeux d'esprit auxquels la nature n'est pas obligée de se soumettre ... » (d'Alembert, *in Disc. prélimin. de l'Encycl.*).

◆◆◆

donc, » déclare-t-il, « dans l'état le plus naturel, aucun animal n'est à l'abri des souffrances physiques, ainsi donc, *par sa constitution primitive, l'homme y serait plus sujet que tous les autres, quand les institutions et les les habitudes sociales ne l'exposeraient pas encore à mille dangers nouveaux*, à mesure qu'elles étendent ses rapports, qu'elles agrandissent son existence, et que les scènes de sa vie deviennent plus variées et plus mobiles » (I, 411). Mais il n'insiste peut-être pas assez sur cette contre-partie que si la civilisation multiplie le nombre des facteurs pathogènes, elle dote l'homme de moyens de plus en plus puissants, pour se préserver d'eux ou leur résister.

En physiologie pathologique générale, il note expressément avant Broussais, que les phénomènes pathologiques sont, selon l'expression de Comte, un simple prolongement des phénomènes de l'état normal, exagérés ou atténués au-delà de leurs limites ordinaires de variation, — l'état pathologique ne différant de l'état physiologique par aucun caractère essentiel. Il prend soin, en particulier, de signaler que « *toutes les crises se font au moyen d'un surcroît d'action dans l'exercice même de la vie* » (I,439).

A propos du rôle respectif de l'instinct et de l'intelligence dans la lutte contre les maladies, il ne disconvient pas que celui-là qui préside presque seul aux actes de défense des animaux sauvages, semble procéder souvent avec une « sûreté impressionnante » qui paraît supérieure aux hésitations, à la lenteur de « la réflexion », des « calculs », de « l'expérience, dont les essais ne sont pas toujours exempts d'inconvénients et dont, trop ordinairement, les résultats sont douteux ou difficiles à tirer » (I, 414). L'instinct », reconnaît-il « guide avec bien plus de sûreté les autres animaux » (il proclame donc leur parenté avec nous). « Comme il n'est jamais égaré chez eux par cette foule d'idées, de préjugés, ou de passions, qui le dénaturent absolument dans l'espèce humaine ; comme d'ailleurs les cas sur lesquels il doit prononcer, sont très simples, très uniformes, aucune cause étrangère ne l'empêche de veiller avec succès à la conservation de l'individu, de travailler toujours efficacement à la guérison de ses maladies. — C'est précisément parce que la nature a placé l'homme au-dessus des autres animaux, que cette voix secrète lui parle plus faiblement et plus obscurément : l'instinct se fait d'autant moins entendre que le développement des facultés intellectuelles est poussé plus loin. A mesure que la raison se perfectionne, ce guide qu'elle ne peut toujours remplacer, perd de sa justesse et se trouve enfin réduit presque entièrement à l'inaction » (I, 414).

On peut donc se demander si le civilisé n'est pas désavantagé sous ce rapport, comparativement au primitif ou à nos frères inférieurs.

A cela, il oppose qu'il ne faut pas exagérer le rôle providentiel de l'instinct ; qu'il s'en manque de beaucoup que la médecine, inspirée par lui, « fournisse à notre art, autant de lumières que certains enthousiastes se plaisent à l'affirmer. » (I, 413) ; que, même chez nos animaux domestiques, il s'avère inférieur en ressources, à l'art vétérinaire (1) ; que, « dans les maladies compliquées de l'homme social » il devient « le guide le plus insuffisant et même le plus infidèle » (I, 431) ; que si, dans la plupart des cas, son intervention semble heureuse, dans d'autres elle semble s'exercer d'une façon néfaste : en excitant par exemple, aurait-il pu ajouter, les parturientes à pousser, sans retenue, au risque de provoquer la déchirure de leurs périnée, lor que la tête du fœtus se présente à l'orifice vulvaire ; en sollicitant le dipsomane héréditaire à boire, la mythomane hystérique à mentir inutilement et contrairement à son intérêt bien entendu, le tuberculeux à rechercher les voluptés épuisantes de l'amour, le typhique convalescent à manger prématurément ou trop abondamment, le maniaque à se meurtrir la tête contre les murs de sa cellule, le mélancolique à se suicider, etc...

S'il ne se défend pas assez d'une admiration trop naïve pour « la nature » (plus ou moins assimilée à l'instinct) qui « prend elle-même les bonnes routes et » qui, « sans avoir été instruite, sait faire ce qu'il convient » (I, 413), il ne manque pas de signaler qu'elle est susceptible de s'égarer (I, 438) comme le prouve le sort, qu'il aurait pu citer, de tant d'individus qui, débordant de santé, répondent à la moindre attaque de leurs poumons par une mobilisation exagérée de leucocytes dont le plus clair et le plus immédiat résultat est une congestion intense de leur appareil respiratoire, à laquelle ils succombent par suite de l'obstruction de leur réseau capillaire bronchique entraînant l'asphyxie, à moins qu'une saignée opportune et suffisamment abondante ne parvienne à les sauver par déplétion de leur circulation intra-thoracique.

On a pu constater, fait-il remarquer, « que *la nature se trompe quelquefois dans son objet ; qu'elle semble, par une espèce de délire, se précipiter dans le péril, ou le nier elle-même, en faisant des tentatives funestes, en dirigeant ses efforts d'une manière inconsidérée, en poussant les évacuations jusqu'au dernier terme de l'épuisement* » (I, 439). Quelques années plus tard, il aurait eu l'occasion de pouvoir citer le choléra comme exemple. — « On avait vu » spécifie-t-il « que toutes les crises se font au moyen d'un surcroît d'action dans l'exercice même de la vie ; que cette action devenant plus faible, les retarde ou les empêche entièrement ; mais que sa trop grande énergie n'a pas des effets moins funestes : *qu'ainsi les mouvements vitaux doivent être contenus dans de justes bornes, ou ramenés à un certain degré moyen*, dont l'aspect des malades peut seul nous apprendre à nous faire, pour tous les cas et pour toutes les circonstances, une image nette et précise » (I, 438).

Pour le surplus, il serait injuste de lui tenir rigueur de ne pas s'être rendu compte, plus d'une génération avant Darwin, que l'instinct joue un rôle généralement utile dans la défense organique parce que seuls ont survécu, entre les innombrables êtres organisés, et se sont perpétués, au milieu de la lutte universelle pour l'existence, ceux-là seulement, dont les modes de réaction spontanée contre les injures du milieu, ou d'adaptation aux conditions de ce milieu, se sont trouvés les mieux appropriés à leur conservation, — de telle sorte que la « nature médicatrice » représente simplement, sous forme ontologique, la survivance et la reproduction, avec leurs aptitudes réactionnelles, des plus aptes, au cours de l'évolution phylogénique.

Finalement, il clôt judicieusement la discussion en déclarant oiseuse sa prolongation « *puisqu'il ne dépend pas de nous de cesser d'être hommes* ; et, qu'en fait, la perfectibilité indéfinie de notre espèce ouvre à la raison un champ immense de jouissances et de bonheur » (I, 414).

Dans le domaine de la Thérapeutique, il évoque opportunément sa théorie de l'influence du moral sur le physique en faisant remarquer que le médecin ne doit pas seulement savoir médicamenter, qu'il doit savoir guérir, que « pour cela, *il n'a pas moins besoin de connaître les divers effets des impressions morales que ceux des remèdes ou des aliments* » (I, 523). Il illustre à souhait, l'adage favori du chancelier Bacon « que, pour redresser la nature, il faut d'abord lui obéir » en donnant les motifs de sa conviction personnelle que les *remèdes principaux* « *ne peuvent produire quelques changements dans le corps que par le moyen des forces vivantes qui l'animent* ; que l'art n'opère point sur le cadavre, *et qu'on ne saurait arrêter, troubler, intervertir les mouvements imprimés par la nature, qu'à l'aide de la nature elle-même...* » (I, 444).

Malheureusement, faute d'avoir envisagé sous cet angle le problème de la Politique, et celui de l'Education, il est tombé dans l'erreur commune à presque tous les pédagogues et sociologues du XVIIIe siècle — hormis Gibbon, à en juger du moins par son commentaire sur l'avortement du dressage de Commode le fils de Faustine, par les meilleurs maîtres de la Grèce et de Rome, sous le contrôle vigilant de Marc-Aurèle (in *Decline and Fall of the Roman Empire*, ch. IV) — d'attribuer aux méthodes pédagogiques ou politiques, une action décisive, hors de proportion avec la réalité, sur l'évolution des individualités et des nations. Par suite, il a méconnu, l'impuissance desdites méthodes à modifier sensiblement les individus et les peuples, tant qu'elles ne s'appuient pas sur leurs antécédents héréditaires favorables pour combattre les défavorables — comme j'ai essayé de le démontrer naguère, à l'encontre de

(1) « L'art guérit des maladies que la nature ne guérit jamais ... Dans celles que la nature guérit, l'art peut d'ordinaire lui faire produire des mouvements plus sûrs et plus rapides. Ce ne sont pas des raisonnements hypothétiques qui nous l'apprennent ; c'est l'observation, c'est l'expérience dépouillée de tout préjugé » (I. 502).

BIBLIOGRAPHIE

Immunité, intolérance, biophylaxie. *Doctrine biologique et médecine expérimentale*, par Arnault TZANCK. Un volume de 268 pages, 35 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

En opposant aux intoxications subies par l'organisme les intolérances vécues par lui, l'auteur a voulu mettre en lumière la part active de l'organisme dans un grand nombre de processus morbides.

De plus, la notion de réactogène, différente de la notion de poison, et reposant sur de nombreux caractères positifs, lui permet une vue d'ensemble sur la plupart des problèmes biologiques actuels : *anaphylaxie, idiosyncrasie, immunité, intolérance, désensibilisation, colloïdoclasie, anergie, allergie*, etc...

Enfin, l'étude approfondie des toxines et des venins démontre que ces substances méritent d'être rangées parmi les réactogènes à action collective.

Dès lors, l'organisme apparaît actif et non passif lors de la « maladie », et cela même à l'occasion des toxines microbiennes. Ainsi apparaît, par delà les doctrines pastoriennes, un véritable trait d'union avec les conceptions du passé.

Ce livre passe en revue les grands problèmes biologiques actuels.

L'auteur a voulu présenter une vue d'ensemble de ces questions délicates, et définir avec précision les termes employés.

Son but est d'une part d'éviter les querelles de mots si fréquentes dans ce domaine, et, d'autre part, d'éclairer les déductions thérapeutiques quotidiennes qui découlent de ces conceptions biologiques.

Madame se meurt ! Madame est morte ! par Paul REBOUX. Un volume in-18 jésus. Prix : 12 francs. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Comment mourut Madame, Madame, belle-sœur du Grand Roi, la célèbre Madame, à propos de qui Bossuet s'écria : « Madame se meurt ! Madame est morte ! »

Henriette d'Angleterre, épouse de Monsieur, a-t-elle péri empoisonnée, comme toute la Cour l'a prétendu ? Ce n'est pas la version officielle. Louis XIV fit tout au monde pour empêcher qu'un tel bruit s'accréditât. Une autopsie, que Paul Reboux raconte avec une sorte d'humour macabre d'un curieux effet, avait permis au monarque de rassurer la Cour d'Angleterre.

Pourtant, les récentes découvertes de la science permettent d'établir aujourd'hui que Madame mourut empoisonnée.

Elle le fut par le chevalier de Lorraine, le favori de Monsieur, personnage ambigu, aventurier des plus bizarres.

Toute cette aventure passionnante comme un roman policier, l'auteur l'évoque, en ce livre, avec un mélange d'humour et d'émotion, de cocasserie et de vérité historique.

Le bonheur en huit leçons, par Eugène FIGUIERE. Préface de M. C. Poinsot. Eug. Figuière, éditeur, Paris (XIVe), boulevard Montparnasse, 166. 18e mille, 450 pages : 20 fr.

Ecrivain justement réputé et aimé, poète dont le talent a désarmé l'*invidia poetarum*, éditeur-providence des Jeunes et..... des Anciens, voici Eugène Figuière moraliste, chef d'Ecole, chef d'une Ecole qui, souhaitons le, conquerra peut-être le monde.

Le bonheur en huit leçons ?

Vous riez ?

Vous avez tort, tout à fait tort.

Je ne connais pas d'ouvrage, de traité, de livre d'enseignement philosophique ou autre qui prépare avec autant de force doucement persuasive, de clarté, de conviction communicative, sans douleur, avec joie, à la pratique stoïcienne si — exonérant celle-ci de ses duretés, de ce qu'elle a de rebutant et de revêche, — on la veut synonyme de recherche harmonieuse et délectable du *mens sana in corpore sano*.

Que de vérités dans ce livre où tout ce qui peut contribuer à l'équilibre heureux de l'être humain, est passé en revue : depuis les soins à donner à l'organisme (hygiène, santé, maladie, repas, repos, sommeil, toilette, sport.... etc., etc.) jusqu'aux aliments d'ordre intellectuel, (culture générale et spéciale vocation, métier, goûts artistiques... etc., etc.) et d'ordre moral (altruisme, bonne humeur, gaieté, sérénité...)

Vouloir et savoir être bon, bon pour les autres et bon pour soi... que de vérité dans ce que nous dit Figuière et de la nécessité de se contraindre à s'exonérer des humeurs fantasques, agressives, acariâtres et de la force du sourire et de l'amabilité. Les livres de Figuière pourraient encore s'appeler les livres du *succès*. Ils expliquent les succès, le rayonnement de l'auteur qui, dépourvu d'égoïsme, veut rendre accessible à chacun, les méthodes qui lui ont si bien réussi.

Je dis *les livres* et non le livre de Figuière car nous lui sommes redevables de toute une série : au « *Bonheur en huit leçons* » font suite « *Les Bonheurs intimes* » (8e mille) « *Les Portes du Bonheur* » (15e mille) « *Le Bonheur quotidien* » (7e mille).

Et ce n'est pas tout.

Ajoutons un journal mensuel qui deviendra hebdomadaire « *L'Ecole du Bonheur* » auquel fait pendant, dirigé par un jeune écrivain au talent incisif et sûr, Raymond Offner « L'ALLIANCE LITTÉRAIRE », « *première manifestation, écrit Offner, d'un groupe d'Etres qui ont fait le serment de lutter par l'optimisme et la solidarité contre l'esprit de mauvaise camaraderie, contre tous ces débinages, ces petites malfaisances qui paraissent avoir pris droit de cité dans la littérature actuelle. Nous pensons que notre court séjour sur la terre.... doit s'effectuer dans la joie, dans la sérénité, dans le plaisir d'une entr'aide sociale......* »

Comment ne pas approuver ?

Je ne suis en désaccord avec Figuière que sur un point : la confiance qu'il accorde aux sciences dites occultes. Mais il touche le sujet avec assez de délicatesse pour n'offenser aucune conviction.

Lisez Figuière. Fussiez-vous sage autant que Confucius, vous trouverez tout de même à le lire de très profitables leçons de sagesse, de bonheur et les plus précieux enseignements pour réussir dans la vie.

(*Reproduction autorisée*).

G. ESPÉ DE METZ.





J. M. Guyau qui, abusé par des relations, incomplètes ou imprécises, d'expériences ou de pseudo-expériences d'hypnotisme, en était arrivé à s'imaginer naïvement, en dépit de sa haute valeur intellectuelle et de sa pénétration habituelle, que la suggestion éducatrice, suffisamment prolongée dans la bonne direction, était capable à elle seule, de neutraliser les instincts héréditaires les plus marqués et de transformer radicalement les individus et les peuples (*Educat. et Héréd.*, in « La Paix » du 7 juin 1895).

En Sociologie statique, à l'occasion des imperfections de la terminologie médicale, il fait ressortir, s'inspirant de Condillac, l'importance majeure, pour bien penser, d'une langue soigneusement adaptée à ce qu'elle doit exprimer; précise les inconvénients et les dangers des termes ambigus, et avance déjà des arguments saisissants, qu'il développera plus longuement dans ses « Rapports du Physique et du Moral » et dans son « Eloge de Vicq d'Azyr ».

En Sociologie dynamique, il laisse résolument « de côté toutes les déclamations en faveur de ce qu'on appelle l'état de nature, dont il n'existe peut-être aucun exemple, et dont les écrivains qui, en parlant le plus n'ont jamais donné que des idées extrêmement vagues » (I, 414).

Constatant que « la société existe partout, et que les hordes sauvages ne diffèrent des nations civilisées que par l'imperfection plus ou moins grande de leur état social » (I, 411), il écarte délibérément « toute hypothèse sur tout autre état possible de la race humaine », et prend « l'homme tel qu'il est dans la société, avec toutes les facultés qu'elle développe, avec les moyens qu'elle perfectionne » (I, 415).

Devançant Condorcet, il n'hésite pas à proclamer sa foi dans « la perfectibilité indéfinie de notre espèce », qui « ouvre à la raison un champ immense de jouissance et de bonheur ». (I, 414).

En Psychologie, il démêle, après Léonard de Vinci, après F. Bacon, après d'Holbach, etc..., que « les faits marquants frappèrent d'abord », qu'on « aperçut les autres plus tard », que « telle est la marche naturelle » (I, 454), ce qui revient à dire que l'esprit est spontanément plus frappé de l'extraordinaire que de l'ordinaire, des différences que des ressemblances, qu'il tend, par suite, à grossir celles-là au détriment de celles-ci, — tendance qui fausse souvent l'observation et dont il importe de tenir soigneusement compte dans l'estimation des témoignages les plus impartiaux, comme j'ai eu l'occasion de m'en apercevoir, à maintes reprises, au cours de mon enquête sur « l'Attraction ou la Non-attraction des Semblables » (in *La Cloche* des 24, 25, 26 juillet 98).

A l'occasion des classifications nosologiques, il insiste sur leur nécessité, sans dissimuler leurs inconvénients.

La variété des maladies et leurs complications n'empêchent-elles pas absolument que nous puissions en avoir des notions complètes ? La tête la plus vaste, la mémoire la plus heureuse, peut-elle avoir toujours présents à la fois tant de souvenirs si divers ? *Il est sûr que pour les fixer et les retenir, il faut pouvoir les rapporter à un certain nombre de principes généraux : et voilà ce qui rend les systèmes, considérés comme expositions méthodiques absolument inévitables* » (I, 465).

Après Lavoisier, (1) et tout en reconnaissant les dangers de l'esprit de système, il insiste sur « le besoin » qu'éprouve « l'esprit d'une chaîne qui lie ses connaissances » : sur l'utilité qu'offre une telle chaîne « *pourvu qu'on ne suive en la formant aucun esprit de système* ; pourvu qu'elle se borne à représenter certains rapports frappants des phénomènes entre eux ; pourvu qu'on n'en tire pas enfin des conséquences plus étendues que ces rapports », car alors « elle peut être toujours utile et sans inconvénient autant qu'elle paraît indispensable » (I, 435) ; sur l'obligation où se trouve « la tête la plus vaste, la mémoire la plus heureuse » pour « fixer et retenir tant de souvenirs si divers », de « pouvoir les rapporter à un certain nombre de principes généraux..., ce qui rend les systèmes considérés comme expositions méthodiques, absolument inévitables », malgré « les erreurs où peuvent conduire des classifications arbitraires et prématurées » (I, 465).

Il ne confond donc pas : — *l'esprit systématique* qui sollicite l'homme à relier entre elles les données de l'observation par des formules conformes à leurs rapports naturels et susceptibles de modification, — et l'*esprit de système* qui nous pousse trop souvent à vouloir introduire de force les faits, nouvellement recueillis, dans le cadre rigide de formules inextensibles ou périmées au lieu de modifier ou de changer celles-ci pour les adapter à ceux-là.

Dans le domaine de la morale pratique, il cherche à établir qu'en raison de « la correspondance intime du physique avec ce qu'on appelle le moral, et » de « la dépendance des idées ou des passions, par rapport à l'état des organes, à la nature des impressions qu'ils reçoivent », la Morale ne saurait « être solidement établie « sans le secours des connaissances physiologiques et médicales ; et » que « pour tracer ses plans de curation ou ses leçons pratiques, le moraliste devrait presque toujours s'adresser d'abord au médecin. Souvent c'est un régime, ce sont des médicaments physiques appropriés, et non des raisonnements, des exhortations ou des menaces, qu'il faut mettre en usage pour ramener les hommes dans les routes de la sagesse et de la vertu. Et si l'on considère les choses plus en grand sans doute l'éducation publique, pour fortifier les âmes, doit fortifier les corps ; pour régler les habitudes morales, elle doit régler les habitudes physiques, pour corriger les passions, elle doit commencer par corriger les tempéraments ». (I, 483).

Il est inutile de rappeler à des médecins, à quel degré, souvent abusif, on a exploité, depuis lors, la part de vérité contenue dans ces lignes, à propos des répercussions psychiques : de la présence de végétations adénoïdes dans l'arrière-nez et la gorge ; de l'excès ou de l'insuffisance des sécrétions internes de la glande thyroïde, des ovaires, des testicules, des glandes surrénales, etc...

En Philosophie proprement dite, on peut certes lui reprocher d'avoir recouru, d'en avoir appelé sans raison valable — à la Théologie, en parlant : des circonstances au milieu desquelles l'*ouvrier éternel* a jeté tous les êtres vivants » (I, 410) ; des « actions de grâce » que, selon lui, les médecins, à leur dernière heure, rendraient volontiers « à l'*Arbitre éternel de la vie et de la mort* » (529) ; d'une « cause première que nous entrevoyons sous mille formes diverses » ..., qui, « dans les phénomènes des 3 règnes, dans la marche régulière des corps célestes, et jusque dans les propriétés de la molécule la plus inerte en apparence.... se fait toujours sentir évidemment » (I, 448), etc., etc. ; — à l'Ontologie, lorsqu'il évoque « la *main bienfaisante de la nature* » qui, « en ordonnant avec tant de régularité les mouvements vitaux, a tout fait pour conserver les individus dans un état sain, comme pour perpétuer les espèces » (I, 410) ; qui, au cours des maladies, « prend elle-même les bonnes routes et, sans avoir été instruite, sait faire ce qu'il convient » (I, 413) ; lorsque, dans une Note à tendances rectificatrices, il se hasarde, par sociomorphisme, à identifier ladite Nature avec « la force qui produit les mouvements propres à chaque corps, ou si l'on veut, » avec « l'ensemble des lois qui le régissent » (I, 413), comme si la formulation des rapports constants, découverts entre les phénomènes ou les êtres était assimilable aux décrets politiques, qualifiés de lois, qui visent à ordonner les relations entre les divers individus, au sein des sociétés humaines, etc...

En ce qui concerne la théologie, ses imprudentes paroles attestent qu'il se ressent encore de son éducation première

(1) « Autant l'esprit de système est dangereux dans les sciences physiques, autant il est à craindre, qu'en entassant sans ordre une trop grande multiplicité d'expériences, on n'obscurcisse la science au lieu de l'éclaircir ; qu'on n'en rende l'accès difficile à ceux qui se présentent pour en franchir l'entrée ; enfin qu'on n'obtienne, pour prix de nombreux et pénibles travaux, que désordre et confusion. Les faits, les observations, les expériences, sont les matériaux d'un grand édifice ; mais il faut éviter, en les rassemblant, de former encombrement dans la science ; il faut, au contraire, s'attacher à les classer, à distinguer ce qui appartient à chaque ordre, à chaque partie du tout, auquel ils appartiennent. Les systèmes, en physique, considérés sous ce point de vue, ne sont plus que des instruments propres à soulager la faiblesse de nos organes : ce sont, à proprement parler, des méthodes d'approximation qui nous mettent sur la voie de la solution du problème ; ce sont des hypothèses qui, successivement modifiées, corrigées et changées à mesure qu'elles sont démenties par l'expérience, doivent nous conduire immanquablement un jour, à force d'exclusions et d'éliminations, à la connaissance des vraies lois de la nature. » (In Mémoire de l'Acad. des Sc. année 1777 : *Sur la combustion en général.*)

et qu'il n'a pas encore réussi à se dégager complètement de l'emprise des légendes surnaturelles inculquées à sa crédulité d'enfant par son père et ses premiers maîtres. Son affirmation d'un Dieu n'en reste pas moins aussi déplacée dans la circonstance, que plus tard sa négation sous serment, à l'Institut, on s'il faut en croire Madelin (in *Œuvres*), il aurait lancé au déiste Bernardin de Saint-Pierre cette interruption, applaudie de tous leurs collègues : « il n'y a pas de Dieu, je le jure ». Il n'avait cependant pas plus le droit de se prononcer pour l'affirmative que pour la négative, en une matière inaccessible à l'investigation scientifique, et alors que l'état de la connaissance, à son époque, l'autorisait seulement à prétendre que, mis en équation le Dieu des brahmanes, le Dieu des Juifs, le Dieu des chrétiens, le Dieu des Islamiques, à l'instar de Jupiter, de Minerve, d'Apollon, etc... n'avaient jamais offert à la recherche positive que des « racines imaginaires », selon la pittoresque expression employée par les polytechniciens du second tiers du XIX[e] siècle, pour caractériser l'attitude d'A. Comte, leur répétiteur et leur examinateur, à l'égard du Seigneur Dieu.

Quant à la Métaphysique, les invocations de Cabanis à la Nature, — conçue non plus comme l'analogue de l'instinct, ainsi qu'il a été exposé ci-dessus, mais, comme une Entité, agissante et puissante à la façon de la Divinité, et plus ou moins rivale d'elle, —attestent que, pour s'être déjà affranchi, en partie, des billevesées consignées dans sa paraphrase du serment d'Hippocrate, il ne s'est pas encore « purgé d'ontologisme », selon le mot de Broussais (in *Préf. de Irrit. et Fol.* p. XV j). Certes, il a progressé sur le chemin de l'émancipation, mais il n'est pas encore libéré, comme il le sera bientôt, des fictions métaphysiques.

Par contre, on ne saurait trop le féliciter d'avoir insisté, avant Comte, sur la nécessité « de déterminer les rapports des différentes sciences, d'en circonscrire le domaine respectif, de bien étudier l'esprit que la nature des choses assigne à chacune, afin d'y pouvoir transporter avec fruit ces méthodes analytiques générales, destinées à changer entièrement dans peu la face du monde intellectuel » (in Préf. de l'an VI, I, p. 406), etc., etc.

Il est beaucoup d'autre réflexions, émises par Cabanis, en marge de sa démonstration, qui mériteraient, certes, d'être discutées, mais, dans l'impossibilité d'étendre indéfiniment les limites de cet article, je dois m'arrêter ici, avec l'espoir, cependant, d'en avoir dit assez pour éveiller et retenir l'attention du lecteur sur une composition, restée, après plus d'un siècle d'existence, étonnamment suggestive dans ses à-côtés comme dans son thème principal.

Constant HILLEMAND.

«... Car, au risque de contrister quelques bonnes âmes de chirurgiens, j'affirme que la chirurgie actuelle, malgré son ascension ininterrompue d'un demi-siècle, malgré les services incomparables qu'elle rend chaque jour, est encore un ensemble assez peu cohérent, parfaitement empirique, et dont l'esprit barbare, a bien des chances d'être un sujet de stupeur pour les générations futures. Nos petits-neveux frémiront, je n'en doute point, au souvenir des dépeçages qui, tous les jours, dans toutes les capitales dans les plus modestes bourgades, et jusqu'au fond des campagnes ensanglantent littéralement notre époque ; c'est là un pis aller, on en conviendra, un pis aller dont il faut bien s'accommoder jusqu'à nouvel ordre. » (Jean FIOLLE. La chirurgie moderne : tendances, buts. *La Revue de Paris*, 15 mars 1932.)

« ... Une fois pourtant il (J.-J. ROUSSEAU) dut faire amende honorable ; c'est aux médecins qu'il rendit les armes. Il avait écrit un jour «qu'il faut balancer l'avantage d'une guérison que le médecin opère par la mort de cent malades qu'il a tués. » Devenu vieux il confessa à Bernardin de Saint-Pierre : « Si je faisais une nouvelle édition de mes ouvrages, j'adoucirais ce que j'ai dit des médecins ; il n'y a pas d'état qui exige plus d'étude que le leur ; par tous les pays ce sont les hommes les plus véritablement utiles et savants. » (Dr Pierre MAURIAC. Quelques littérateurs parmi les savants, *La Revue hebdomadaire*, 26 décembre 1931.)

PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE

La colpotomie

La colpotomie rend de grands services au cours de diverses affections gynécologiques, — tant de services que certains chirurgiens ont, jadis, magnifié et, peut-être, surestimé sa valeur. Pour l'apprécier avec exactitude, il est intéressant de savoir ce que deviennent les femmes colpotomisées. C'est ce que vient de fixer DESMAREST dans un article fort suggestif (1).

Dans les publications récentes, l'avenir des colpotomisées est représenté comme sombre : la colpotomie pallierait à une complication, mais serait presque toujours insuffisante et ne saurait éviter la laparotomie secondaire. En réalité, il y a des cas où une intervention ultérieure s'impose et d'autres où la guérison est définitive.

Ces résultats si différents tiennent à des états anatomiques différents.

1° *Dans une première série de cas, la colpotomie s'adresse à un phlegmon de la base du ligament large*, secondaire à des lésions utérines : le pus est collecté sous le péritoine, entre lui et la muqueuse vaginale ; l'incision vide facilement cette cavité et la guérison est complète.

2° *Il s'agit d'une pelvi-péritonite enkystée* : le résultat local, immédiat est toujours bon, l'abcès se vide et se ferme facilement, mais c'est de la lésion causale que dépend le pronostic éloigné. En effet, l'abcès péritonéal pur est rare : c'est celui que réalise la suppuration d'une hématocèle enkystée, ou que l'on observe parfois à la suite d'une appendicectomie pelvienne faite à chaud. Cet abcès péritonéal pur guérit très bien et définitivement par la colpotomie. Mais, dans la grande majorité des cas, il existe, à l'origine de l'abcès péritonéal, une lésion annexielle suppurée : parfois elle est minime, la pelvi-péritonite peut être considérée comme pure et la guérison définitive peut être obtenue ; une lésion plus importante pourra, la complication péritonéale jugulée, refroidir et même guérir si l'on sait attendre le temps nécessaire.

3° *Très différente est l'évolution quand la colpotomie a ouvert une poche annexielle* : alors que, dans le cas précédent, les parois de l'abcès étaient des barrières improvisées par l'organisme contre l'infection, et capables de se résorber, dans le cas actuel, les parois, préexistantes à l'infection, organisées, ne peuvent se rétracter, la poche persiste et l'infection avec elle. Une fistule se produit, qui se tapisse peu à peu d'épithélium et n'a aucune tendance à se fermer. L'opération sera, en général, indispensable.

Ces faits montrent l'intérêt de poser, en présence d'une suppuration pelvienne bombant dans le Douglas, un diagnostic des lésions aussi précis que possible.

Il est en général facile de reconnaître un phlegmon de la base du ligament large à l'unilatéralité des signes, au siège latéral du maximum des lésions, à l'impossibilité d'en délimiter l'utérus, immobilisé et refoulé du côté opposé.

Dans l'abcès péritonéal, l'état général serait plus touché, car la résorption toxique est plus considérable, le toucher révèle un empâtement diffus, très douloureux, immobilisant l'utérus, ayant surtout une tendance à évoluer vers le bas, à dédoubler la paroi recto-vaginale. La muqueuse vaginale apparaît, au spéculum, épaissie, congestionnée, œdémateuse. La colpotomie est nettement indiquée, on peut porter un

(1) DESMAREST et HUBERT BENOIT. — L'avenir des colpotomisées. *Gynéc. et Obst.*, juin 1932.

pronostic favorable si la malade peut ensuite suivre le traitement médical réclamé par les lésions annexielles causales.

En cas d'abcès annexiel prolabé, l'état général serait moins atteint, le toucher fait percevoir une masse arrondie, à contours plus nets, plus indépendante de l'utérus, parfois légèrement mobilisable, la douleur est souvent moins vive et plus localisée. Enfin la masse évolue plutôt vers le haut, sans tendance à dédoubler la cloison recto-vaginale. La muqueuse vaginale est moins altérée. Il faut alors, à moins d'urgence indiquée par les signes généraux, s'efforcer d'éviter la colpotomie et de refroidir les lésions. Si l'on est obligé à la colpotomie, on portera un pronostic local réservé.

H. V.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Syphilis

La syphilis paraît exercer au col de l'utérus, une action cancérigène aussi importante qu'à la langue et que sur les autres muqueuses à épithélium pavimenteux stratifié. La plupart des traités classiques passent sous silence le rôle de la syphilis dans la genèse du cancer du col utérin. En 1906, Franceschini avait cependant insisté sur l'importance des relations qui unissent ces deux maladies.

« Audry admettait, en 1926, que la moitié de ces cancers se développait chez des syphilitiques. Cette proportion doit être considérée comme trop faible aujourd'hui. On notera, en effet, que les enquêtes, menées par des méthodes différentes, conduisent à des résultats identiques. Par l'anamnèse et l'examen clinique, Suquet trouve 68 syphilitiques p. 100 cancéreuses. La réaction de Wassermann donne à Bertrand 68,5 résultats positifs sur 100 cancers du col. Enfin la leucoplasie cervicale qui se transforme en épithélioma dans 41 p. 100 des cas s'est démontrée syphilitique 66 fois sur 100. Chez plus des deux tiers de ces cancéreuses, la syphilis a donc pu être démontrée.

Si l'on pense aux nombreux cas où l'enquête clinique et sérologique est restée négative (et le fait est courant dans la syphilis ancienne), on doit admettre que la proportion de deux tiers est trop faible pour répondre à la réalité.

La syphilis conduit au cancer du col de l'utérus par l'intermédiaire de lésions locales spécifiques, véritables états précancéreux, comme sur les autres muqueuses orificielles. C'est tantôt une gomme ulcérée, tantôt une leucoplasie irritée, tantôt enfin une métrite chronique avec hyper ou métaplasie de la muqueuse. »

(A. Touraine. Syphilis et cancer du col de l'utérus. *Paris Médical*, 5 mars 1932.)

Voies urinaires

L'urographie intraveineuse « ne peut être envisagée comme méthode de remplacement soit de la pyélographie instrumentale, soit de cathétérisme urétéral pour examen fonctionnel.

Elle doit être considérée comme une méthode complémentaire susceptible de donner des renseignements utiles dans des cas où les autres explorations sont insuffisantes ou ne peuvent être pratiquées.

Séduisante par sa simplicité elle n'en exige pas moins dans son interprétation une connaissance approfondie de l'urologie.

En voie d'amélioration technique, elle est, en outre, d'application trop récente pour permettre de juger actuellement de sa valeur exacte.

Mais dès maintenant, il paraît juste de dire qu'une méthode qui peut même exceptionnellement éviter un cathétérisme à vessie ouverte ou une double lombotomie exploratrice s'est acquis le droit de figurer dignement parmi les modes d'exploration de l'appareil urinaire. »

(F.-H. de Beaufond. Le problème de l'urographie intraveineuse, *Le Bulletin Médical*, 27 février 1932).

Varia

La glycérine phéniquée, prescription classique et omnibus devient facilement caustique au contact des sécrétions de l'oreille ou des liquides employés : il est préférable de s'en passer.

Pas d'alcool au début des otites suppurées ! Il coagule le pus et gêne le drainage.

Pas de traitement auriculaire sans traitement nasal associé : l'otite est rhinogène.

Une thérapeutique trop active, qui multiplie les bains et les médications, irrite l'oreille et entretient la suppuration.

Un écoulement muqueux et filant est de bon augure : il annonce la fin de l'otite.

(E. Feldstein. Aphorismes sur les suppurations aiguës de l'oreille moyenne. *Journal des Praticiens*, 30 janvier 1932.)

***

Le traitement de fond de l'hypertension artérielle permanente simple, solitaire ou diathésique, est pratiquement inexistant, il se ramène à quelques conseils hygiéniques, qui sont trop souvent l'occasion de restrictions alimentaires inutiles et dangereuses.

Par contre, le traitement des complications de l'hypertension artérielle donne des résultats souvent tangibles et assez souvent remarquables.

(C. Lian. A propos de la pathogénie et du traitement de l'hypertension artérielle permanente dite simple, solitaire ou diathésique. *La Vie médicale*, 10 janvier 1932.)

***

L'action de la spasmalgine (*anomalies de la contraction utérine*) « paraît surtout bienfaisante quand on se trouve en présence d'un spasme cervical, ce que l'on décrivait jadis sous le nom de rigidité spasmodique du col. Effacé, le col paraît mince, comme tendu, très douloureux au toucher et de dilatation punctiforme. En cet état, les heures s'écoulent sans amener de changement. La piqûre de spasmalgine, en faisant cesser ce spasme, sera souvent suivie d'une prompte dilatation. »

(P. Jeannin. De la conduite à tenir en présence des anomalies de la contraction utérine durant la première période de travail. *Paris médical*, 19 décembre 1931.)

***

Dans la thrombo-phlébite orbitaire, le plus souvent, la thérapeutique demeure impuissante. En dépit des vaccins, des injections de propidon, de septicémine, de la transfusion sanguine, des abcès de fixation, des sangsues à la tempe, l'infection ne s'arrête pas, et la terminaison de la thrombo-phlébite orbitaire est fatale. On ne saurait donc surveiller avec trop de soin la moindre infection de voisinage, capable d'entraîner semblable complication.

(Leçon clinique du Professeur Terrien. Cellulites et thrombophlébites orbitaires. *Le Concours médical*, 24 janvier 1931.)

***

D'après les statistiques américaines, 20 à 30 p. 100 des toxicomanies sont d'origine thérapeutique. Actuellement, en Europe, bien des morphinomanes sont d'anciens blessés de guerre à qui le médecin, ou à son insu l'infirmière, n'ont pas su refuser ou espacer les piqûres narcotiques. Sur 532 cas de morphinomanie observés avant la guerre en France et en Allemagne, on comptait 247 médecins ou pharmaciens, soit 40 p. 100, 27 femmes de médecins, 70 auxiliaires de médecins ou de pharmaciens, si bien que les deux tiers des cas de morphinomanie ou d'héroïnomanie gravitent autour de la profession médicale. (V. Balthazard. Comment on devient toxicomane. *Paris médical*, 21 novembre 1931.)

***

J'ai l'impression que sous prétexte de préservation sociale, de propagande prophylactique, on tombe à nouveau dans une erreur ancienne, que j'avais signalée dans mon « Essai sur les douleurs morales de la syphilis » (chez F. Alcan, 1923). Un film effroyable venu de l'étranger, développe actuellement devant nombre de gens qui furent atteints par la syphilis, la série cruelle de tous les maux les plus hideux, les plus déprimants pour l'intelligence que leur réserve « l'ennemi dans le sang ». J'ai déjà eu à rassurer plusieurs malades, affolés par ces visions cinématographiques, et je sens chez quelques-uns, sous l'influence de nos hésitations thérapeutiques, de notre scepticisme exagéré, d'une propagande prophylactique basée sur la peur, reparaître l'ombre, que je pensais avoir modestement contribué à dissoudre, des « drames vénériens ».

(Louis Bory. Un peu de critique syphilologique. *Le Concours médical*, 14 février 1932.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 avril 1932

Sur un nouveau cas d'agranulocytose post chrysothérapique. — *MM. André Jacquelin* et *A. Allanic* (de Lorient) relatent un cas mortel d'anémie avec agranulocytose apparue le cours d'un traitement par la crisalbine pratiqué chez une tuberculeuse pulmonaire à des doses relativement faibles. Un traitement antérieur du même type avait été très bien supporté. Les auteurs rappellent à propos de cette observation du cas de *MM. Jacob* et *Douady* récemment publié et posent la question du rôle des sels d'or dans l'apparition de cette complication dont l'existence permet de rapprocher encore davantage les manifestations des intoxications aurique et arséno-benzolique.

M. Chevallier pense que la dose importe moins que la prolongation du traitement pour la genèse des accidents. Il précise que ce cas n'est pas une agranulocytose pure (maladie de Schultz) mais bien plutôt une anémie avec neutropénie.

M. P.E. Weil fait remarquer que les accidents hématologiques dus aux sels d'or sont beaucoup moins fréquents que ceux provoqués par les arsénobenzènes.

M. Rist n'a observé que deux cas de cet ordre au cours de l'aurothérapie.

A propos des désordres hématologiques provoqués par les sels d'or. — *MM. Ch. Achard, F. Coste* et *R. Cahen* rapportent deux observations d'accidents sévères déterminés chez des polyarthritiques par les injections d'aurothioglucose (solganol B), l'une d'elles a trait à une agranulocytose pure survenue durant la première série chrysothérapique, alors que le malade avait reçu une dose totale de 2 gr. 90 de sels d'or. La chute des granulocytes s'accompagnait d'une forte poussée éosinophilique (jusqu'à 34 %) et le malade a guéri. Les injections de nucléinate de soude semblent avoir eu une action très favorable.

Dans l'autre cas, il s'est agi d'un grand purpura hémorragique compliqué secondairement d'agranulocytose et terminé par la mort. La malade avait reçu en trois mois 4 gr. 85 d'aurothioglucose.

Quelques mois auparavant elle avait subi un premier traitement de crisalbine (10 injections de 0 gr. 10). La pathogénie des accidents était complexe et à côté de l'influence prépondérante de l'intoxication aurique, il fallait dans ce cas faire une part au terrain hémogénique et surtout à quelques injections de thorium X qui ont précédé celles de solganol.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'une surveillance hématologique rigoureuse au cours de la chrysothérapie. Les désordres sanguins, d'ailleurs exceptionnels, déterminés par l'or seront de la sorte prévenus et évités.

Sur un nouveau mode d'autosérothérapie dans les asthmes graves et les coryzas spasmodiques apériodiques. — *MM. André Jacquelin, J. Turiaf, Davous* et *Reveillaud* ont pensé qu'il pouvait y avoir intérêt à modifier la méthode auto-sérothérapique de *MM. Achard* et *Flandin* en injectant l'auto-sérum directement dans les muqueuses sensibilisées ou à leur voisinage immédiat chez les asthmatiques et chez les malades atteints de trachéobronchite ou de coryza spasmodique. Ils se sont inspirés, pour essayer cette technique, des résultats remarquables obtenus par l'autosérothérapie intradermique pour la cure des eczémas.

Cette *autosérothérapie intra-muqueuse*, en vue d'apprécier avec un minimum de causes d'erreurs la valeur de la méthode, a été appliquée par eux uniquement à des cas graves, anciens, rebelles, pour la plupart traités vainement par les médications les plus diverses, notamment l'auto-hémothérapie, la peptonothérapie, la radiothérapie.

Ils ont ainsi pu améliorer d'une manière le plus souvent considérable 10 asthmastiques graves sur 13 traités, 1 cas de trachéobronchite spasmodique apériodique.

L'asthme exsudatif, invétéré, intriqué de bronchite éosinophilique ou même de bronchite puriforme aseptique, sans origine anaphylactique cliniquement décelable, qui est de tous les asthmes le plus difficile à influencer, leur paraît constituer une indication formelle de cette thérapeutique, dépourvue d'inconvénients, et très active.

Ces essais sont trop récents pour permettre de juger les résultats éloignés de la méthode. Mais ses résultats immédiats se sont avérés, bien qu'inconstants, suffisamment nets pour que les auteurs se croient autorisés à en préconiser l'emploi.

M. Flandin souligne l'importance de la voie d'introduction du sérum dans l'auto-sérothérapie.

M. Vallery-Radot a observé des réactions locales très intenses en portant l'antigène sur la muqueuse pituitaire.

Sur l'origine des hématémèses. — *MM. René A. Gutmann* et *Michel Demole* rapportent le résultat de l'étude complète de 100 malades envoyés en consultation pour hématémèse. Ils ont pour simplifier, éliminé les cas de melœna qui posent des problèmes topographiques encore plus variés.

Sur ces 100 malades, les auteurs n'ont trouvé que 19 ulcéreux, chiffre qui correspond bien à leurs constatations antérieures sur la rareté relative de l'ulcère dans le cadre général des hémorragies digestives. Ils rappellent à ce sujet que, d'un autre côté, les hémorragies sont elles aussi relativement rares dans le cadre de l'ulcère (moins d'un quart des cas).

Le cancer de l'estomac n'a pu être mis en évidence que dans trois cas ; d'ailleurs il faut noter que le cancer gastrique est une cause qui amène malheureusement très peu souvent les malades dans les consultations digestives, sans doute parce que au début les troubles sont trop légers, plus tard parce qu'ils sont devenus assez nets pour justifier l'entrée directe dans les services.

Les hématémèses chez des malades atteints d'appendicite ou de cholécystite, avec ou sans périviscérite, sont bien connues ; mais les auteurs insistent sur leur fréquence, 34 cas, et sur l'intérêt d'examens cliniques et radiologiques sérieux, qui empêchent de traiter ces malades comme des ulcéreux.

Six fois seulement on se trouva en présence de petits hépatiques, cirrhoses alcooliques, syphilis hépatiques.

Après avoir éliminé un certain nombre de causes plus rares, tumeurs bénignes, syphilis gastrique, et avoir rangé dans un groupe spécial 8 hémorragies chez d'anciens opérés (adhérences du carrefour, gastro-jéjunite, ulcus peptique, etc...), il reste 21 cas dont aucune investigation, aucune exploration ne permet à l'heure actuelle de faire la preuve, et qui sont peut-être en rapport avec des troubles sanguins, vasculaires ou spléniques au début, tous encore peu connus.

Cette statistique, comme tous les faits que les auteurs ont observés en dehors même du groupe de malades qui fait l'objet de leur étude, prouve qu'il ne faut pas, en présence d'une hémorragie digestive, penser d'*abord* à l'ulcère ou au cancer ; elle appelle l'attention sur les hémorragies des dyspepsies secondaires (appendicite, cholécystite) et surtout sur l'importance, dans la genèse des hémorragies, des facteurs dyscrasiques encore à l'étude.

M. Tzanck ne trouve pas toujours de stigmates de l'hémogénie dans les cas où l'hématémèse n'a pu être rattachée à une cause organique, même chez les malades qui paraissent particulièrement prédisposés aux hémorragies.

M. Chevallier n'a rencontré qu'un nombre infime de malades ayant des modifications sanguines digestives qui ne font pas leur preuve. Parmi eux, certains ont une rate augmentée de volume, d'autres sont artérioscléreux avec ou sans hypertension artérielle, ainsi qu'en témoigne l'hypercholesterinémie, signe révélateur de l'artériosclérose pour lui.

M. Abrami pense qu'il faut faire aux hémorragies d'origine splénique une place plus considérable qu'on ne le croit généralement. La splénomégalie peut n'apparaître que plusieurs années après le début des hématémèses. Il n'y a pas dans ces cas de stigmates sanguins de l'hémogénie.

M. Brûlé dit qu'on ne saurait trop insister sur ce fait que les hémorragies digestives ne sont pas très fréquemment dues à un ulcère ou à un cancer.

M. Paraf relate le cas d'une fillette de 12 ans chez laquelle la splénectomie arrêta les hémorragies digestives qui n'avaient été influencées par aucune autre thérapeutique.

M. Lenoir a vu souvent ces hémorragies digestives coïncider avec une tension artérielle élevée.

MM. Labbé a suivi un malade chez lequel des hématémèses répétées avaient fait poser le diagnostic d'ulcère gastrique et qui fut opéré. Ces hémorragies qui continuèrent après l'intervention ne cessèrent que lorsqu'on fit prendre au malade du

stovarsol à la suite de la découverte de spirochètes dans les selles. Il s'agissait probablement d'une spirochétose intestinale à forme hémorragique.

Incontinence nocturne d'urine chez les enfants. — *M. J. Comby* ne croit pas que l'énurésie soit de nature syphilitique et le traitement spécifique échoue toujours. Il conseille un régime plus végétarien que carné avec restriction des boissons et l'acidification des urines par l'acide phosphorique.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 avril 1932

Urétérectomie. — *M. Marion* estime que différents types d'urétérectomies sont possibles ; on peut employer la voie latéro-vésicale pour aborder le tiers inférieur de l'uretère, ou l'enlever par voie descendante. Dans les urétérectomies secondaires, la voie médiane ou la voie latérale sont indiquées. Exceptionnellement en cas de néoplasme vésical ou de diverticule, on peut enlever l'uretère dans un deuxième temps.

L'ablation de l'uretère calculeux est rarement indiquée car la néphrectomie suffit. De même, l'urétérectomie est exceptionnellement indiquée dans les dilatations congénitales.

Hémorragies sous-dure-mériennes. — *M. Mondor* rapporte deux observations de MM. *Fèvre* et *Bertrand*. L'intervention leur a donné deux succès après évacuation du sang ou des caillots. A ce propos, M. Mondor reprend la question dans son ensemble.

Irritation chimique des glandes génitales. — *M. Desplas* rapporte ce travail de MM. *Simon* et *Benoit*. La sympathectomie chimique par phénolisation a permis d'obtenir d'excellents résultats sur l'animal. Des résultats nets ont été obtenus chez l'homme et la femme.

M. Mauclaire a observé une résorption de greffe testiculaire.

M. Moure a eu des succès dans deux cas, mais éphémères.

M. Chevassu dit que la greffe peut agir quelque temps, puis qu'elle se résorbe.

M. Sauvé demande si la sympathectomie chimique a un inconvénient pour l'artère sous-jacente.

M. Desplas pense que non.

Hématome sous-dural. — *M. de Martel* a opéré un hématome sous-dural pour lequel l'encéphalographie avait aidé au diagnostic. Il expose à ce propos sa technique par les larges craniectomies latérales.

Fracture ouverte de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe. — *M. Basset*, grâce à un cerclage péronier immédiat, a obtenu un excellent résultat.

Fracture du calcanéum. — *M. Desplas* présente un malade qu'il a opéré et guéri par une opération de Lenormant-Wilmoth.

Hernie diaphragmatique congénitale droite. — *M. Soupault* montre ces radiographies intéressantes.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15 avril 1932

Césarienne (hystérotomie) pour perforation utérine. — *M. R. Bonneau* communique l'observation d'une jeune femme chez laquelle une laminaire introduite dans l'utérus n'a pu être retirée et qui, de mauvaise qualité, a été brisée en morceaux au cours de manœuvres d'extraction. La malade est adressée à l'auteur le lendemain ; après avoir extrait plusieurs fragments de la laminaire il constate la présence d'une perforation antérieure de l'utérus, procède à une laparatomie, puis à une césarienne qui donne la certitude qu'il ne reste plus corps étranger intra-utérin et permet, de plus, de faire une myomectomie.

Abcès herniaire pleural d'un sac déshabité. — *M. Muller* (de Belfort) communique l'observation d'une femme qu'il a opérée pour une tuméfaction pleurale qui était un ancien sac herniaire contenant du pus fétide.

Grossesse tubaire ayant atteint six mois sans rupture. Mort du fœtus. Intervention au onzième mois. Guérison. — *M. G. Lauret* fait un rapport sur un travail de *M. Francis Clément* (de Briey) concernant une grossesse tubaire opérée au onzième mois par hystérectomie subtotale. Le diagnostic, souvent possible, par l'histoire clinique associée aux signes objectifs, est grandement facilitée par la radiographie. Les caractères et les rapports anatomiques du kyste fœtal, très différents selon qu'il s'agit d'une grossesse abdominal où développement tubaire, règle la conduite chirurgicale applicable à chaque cas particulier.

A propos d'un cas de salpingorragie bilatérale d'origine probablement syphilitique. — *M. Burty* communique l'observation d'une jeune femme qu'il a opérée pour inondation péritonéale sanguine, due à une salpingorragie bilatérale. L'origine de celle-ci semble être une manifestation de la syphilis pour laquelle la malade était cependant traitée depuis deux ans.

Traitement ostéosynthétique du mal de Pott par greffon tibial rigide placé dans la crête épineuse dédoublée, au niveau des corps vertébraux malades. — *M. Juvara* (de Bucarest) décrit, dans ses détails, la technique chirurgicale du traitement ostéosynthétique du mal de Pott selon la technique d'Albee.

Déviation latérale de la mâchoire avec prognathisme. Correction par résection condylienne. — *MM. Dufourmentel et Darcissac* présentent un cas de déviation latérale de la mâchoire accompagné de prognathisme accentué dont la correction a été obtenue par la résection totale du condyle du côté opposé à la déviation suivie de contention en bonne position par un appareil intra-buccal. Les auteurs exposent à nouveau la technique de la résection condylienne qui est le traitement de choix pour la réduction du prognathisme et des déviations latérales. Ils font la comparaison de ce procédé avec les diverses méthodes proposées antérieurement et concluent que la résection condylienne reste à leurs yeux l'opération la plus simple et la moins entachée de séquelles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 avril 1932

A propos du néo-interventionnisme en matière de tuberculose chirurgicale. — *M. Roederer* pense qu'interventionnisme et non-interventionnisme sont cycliques en matière de tuberculose chirurgicale. Tous les 10 ou 15 ans, on assiste à une nouvelle offensive opératoire. Elle s'épuise d'elle-même parce que les résultats sont reconnus moins bons que ceux obtenus par les procédés de simple mobilisation. Les tuberculoses ostéo-articulaires ne sont pas une maladie purement locale. Elles guérissent avec du temps, de la patience, des soins hygiéniques et thérapeutiques au soleil de la mer ou de l'altitude. La radiographie ne montre pas tout. Elle peut laisser ignorer l'étendue d'une lésion et ne révèle pas, d'autre part, la virulence de l'agent pathogène. Bien entendu, ceci ne condamne pas la greffe d'Albee ou l'arthrodèse de hanche de la convolescence, l'enlèvement d'un séquestre ou le grattage d'une cavité superficielle ; l'auteur condamne seulement les grandes opérations précoces.

Ictus chez une chienne. — *M. H. Legrand* présente une chienne pékinoise de 7 ans, qui, à la suite d'une poussée de lait (galactorrhée) a eu un ictus suivi d'un arrêt du cœur et des mouvements respiratoires, puis d'une hémiplégie droite, chose rare dans l'espèce canine où la paraplégie est très souvent observée. Le traitement a consisté en des tractions rythmées de la langue et une injection de sérum glucosé.

Sélection-type en immigration. — *M. René Martial* étudie la sélection-type en immigration, en prenant comme exemple les conditions de l'immigration Tchéco-Slovaque en France et dans l'Afrique du Nord, et en s'appuyant sur les principes qu'il a posés dans son Traité de l'immigration et de la greffe inter-raciale : « etnographie, psychologie, littérature, histoire, préparation, sélection. Pour l'auteur, la sélection du peuple est plus importante que celle des individus et la qualité doit l'emporter sur le nombre ; et le chômage industriel ne justifie pas le désintéressement actuel à l'égard de l'immigration, car nos villages, notre agriculture, nos forêts et nos sables ont besoin de main-d'œuvre.

Ostéotomie sous-trochantérienne « en console » dans les pseudarthroses du col du fémur. — *M. André Trèves* pense que les douleurs qui accompagnent ces pseudarthroses sont dues à l'adduction du membre qui augmente le raccourcissement et à la position en porte-à-faux, grâce à laquelle le fragment diaphysaire glisse contre l'aile iliaque, tiraille la pseudarthrose et contracture les muscles. Il propose, après repérage radioscopique, de sectionner transversalement le fémur immédiatement au-dessous du bord inférieur de la tête fémorale, de faire glisser légèrement en dedans le fragment inferieur et de placer le membre en abduction. La sorte de « console » ainsi créée s'appuie contre la tête fémorale et l'aile iliaque, supprime le porte-à-faux et les douleurs. L'abaissement du bassin du côté malade compense le raccourcissement.

Bacillurie tuberculeuse et tuberculose rénale. — *MM. Lefur* et *Lamiaud* pensent que la bacillurie tuberculeuse, avec ou sans leucocytose et albuminurie, est toujours un phénomène pathologique et constitue une des premières manifestations de la tuberculose rénale. Pour eux, ce symptôme indiquerait nécessairement une rupture en un point du filtre rénal avec lésion minime de l'épithélium. En conséquence, le traitement médical et vaccinothérapique est indiqué en cas de bacillurie, tandis que la néphrectomie s'impose en cas de lésions caséeuses avec importante diminution de la fonction rénale ou complication de cystite.

Contribution à l'étude de la sonorité préhépatique chronique. — *MM. Ch. Guilbert* et *Tardieu* font connaître trois nouveaux cas de sonorité préhépatique symptomatique de périviscérite du carrefour supérieur, dans lesquels la réalité de la péricolite adhésive fut démontrée au cours de l'intervention chirurgicale. Dans deux de ces cas, l'angle droit du côlon responsable de la sonorité préhépatique était maintenu adhérent sous la face inférieure du foie et en arrière du bord antérieur (péricolite angulaire postérieure). Pour distinguer les cas d'interposition hépato-diaphragmatique vraie de ceux qui relèvent de la péricolite sous-hépatique postérieure, le cliché radiographique pris de face serait insuffisant et le cliché de profil est indispensable.

A propos de la radiothérapie des fibromes utérins. — *M. Pierre Lehmann* signale l'economie, même de temps, qui résulterait du traitement des fibromes par la radiothérapie semi-pénétrante, une ou deux séries d'application de 2 h. 1/2 ou 3 heures suffisant, d'après lui, à provoquer la ménopause. Les résultats de la radiothérapie semi-profonde ont été constants dans 1.600 cas ; mais l'auteur précise qu'on doit réserver l'emploi des rayons aux fibromes dont le diagnostic est certain, et penser toujours à la possibilité d'une erreur de diagnostic.

P. Prost.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les formes dites radiologiques de la tuberculose pulmonaire.

Les formes dites radiologiques de la tuberculose pulmonaire sont des formes dans lesquelles il n'existe aucun signe physique, et la plupart du temps, très peu ou point de signes fonctionnels ou généraux. Ces formes sont habituellement découvertes par hasard à l'occasion d'un examen radiologique. On trouve alors des lésions qui témoignent d'une évolution fibreuse presque constante. Dans certains cas, il n'existe que de la tramite, avec quelques points nodulaires, ou un semis discret de granulie froide. Dans d'autres il y a par place des marbrures plus ou moins serrées, qui occupent généralement les sommets. Enfin, quelquefois, au travers de zones de pommelures à type fibreux, on distingue des images de cavernes.

L'évolution de ces formes ne peut, pendant longtemps, se juger que radiologiquement, étant donné l'absence de signes physiques et de signes fonctionnels. La plupart d'entre elles sont compatibles avec un excellent état général et une température normale. Toutefois, quand on a tiré des clichés successifs, à intervalle de plusieurs mois de distance, on se rend compte que certaines de ces formes paraissent définitivement fixées, que d'autres tendent vers un nettoyage partiel, et que les dernières ont une tendance à s'aggraver tout en gardant habituellement le type fibreux. Bien que ces malades toussent peu et aient une expectoration rare ou absente, l'inoculation au cobaye des crachats se révèle positive dans 60 % des cas dit A. Germain (Thèse de Lyon 1931). Ces résultats sont obtenus à une première inoculation, et, bien que les examens de laboratoire (coloration de Ziehl, homogénisation) donnent des résultats à peu près constamment négatifs. On aurait tort de considérer la majorité de ces formes comme des formes rigoureusement éteintes et définitivement fixées. Ainsi que l'a dit Dumarest « la tuberculose fibreuse est plus bénigne que curable ». Ce sont des malades qui doivent être soignés. La plupart d'entre eux constituent un réel danger de contagion pour leur entourage.

Quelques données pratiques sur la conduite à tenir en présence d'un cas de tétanos.

M. Camelin les résume ainsi dans les conclusions de sa thèse. (Thèse de Lyon, 1931).

1° Soustraire le malade a toute excitation tactile, lumineuse, ou acoustique. — Malade couché dans une chambre isolée. Demi obscurité. Ne pas le transporter, le toucher le moins possible. Eviter le bruit.

2° Prendre la température et le pouls matin et soir, ainsi que le nombre des respirations.

3° Alimentation liquide, lait, bouillons de légumes et de céréales, à la faveur du moindre écartement des arcades dentaires ; sinon sonde nasale.

4° Lavement évacuateur. Puis toutes les 8 heures donner un lavement avec :

4 *gr. d'hydrate de chloral dans* 100 *gr. de lait légèrement tièdi*. Espacer, puis cesser ces lavements dès que l'amélioration se fait sentir.

Chez l'enfant. — Avant un an : de 0 gr. 05 à 0 gr. 30.
De 1 an à deux ans : 0 gr. 50 à 0 gr. 60.
De 2 ans à 6 ans : 0 gr. 60 à 1 gr.
Au-dessus : 0 gr. 05 ou 0 gr. 10 par année d'âge.

5° Contre les crises paroxystiques. — Injections sous-cutanées de 0 *gr.* 01 *de chlorhydrate de morphine*. Une à deux par jour selon la violence des crises.
Solucamphre : 5 c. c.

6° Traitement chirurgical. — Le chirurgien, qui sera appelé le plus tôt possible, pourra pratiquer suivant les cas *l'excision* ou *l'amputation* et fera le *blocage sérique nerveux* (infiltration sérique de tous les plans entourant la plaie tétanigène.)

Suites opératoires : pansement renouvelé fréquemment, non serré — irrigation continue de la plaie avec oxygène.

7° Sérothérapie. — D'emblée *sérothérapie intra-veineuse*. Chez l'adulte, matin et soir, 30 à 35 c. c. ; *chez l'enfant*, avant 15 ans, selon la gravité du tétanos, de 10 c. c. à 20 c. c., injectés lentement, dilués dans le sang du malade.

En même temps *sérothérapie intra-musculaire* : 50 à 60 c. c. matin et soir ; *chez l'enfant* : 20 à 30 c. c.

Sérothérapie sous-cutanée quand l'injection intra-musculaire ne peut pas être faite.

Cesser la sérothérapie intra-veineuse quand amélioration. Continuer la sérothérapie intra-musculaire. Cesser toute injection au moment de la guérison ; mais injecter pendant quelque temps tous les huit jours, 10 à 20 c. c. sous-cutanés, afin de pouvoir reprendre, s'il y avait lieu, la sérothérapie, sans que l'injection soit déchaînante.

Dans les cas très graves, tenter la sérothérapie intra-carotidienne.

L'intra-rachidienne pourra être discutée quand la porte d'entrée n'étant pas décelée on désirera introduire de l'antitoxine le long des nerfs.

8° Accidents sériques. — Injection sous-cutanée de 1 *milligr. d'adrénaline*.
4 *gr. de chlorure de calcium en potion* ou 2 gr. en injection intra-veineuse.
Autohémothérapie : 15 à 20 c. c.

9° Hydratation. — Injection de sérum chloruré.
Sérum glucosé goutte à goutte.

10° Traitement des affections intercurrentes. — Elles surviennent plutôt à la fin du tétanos : complications pulmonaires surtout, Thérapeutique habituelle.

Hématurie du soir est hématurie de calcul. Hématurie du matin est hématurie de tumeur. (Dr Eugène Taut. *Bruxelles médical*, 19 juin 1931.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

George Sand et la mort.

En lisant la dernière *Revue des sciences* de M. Henry de Varigny, je me suis souvenu que la question des signes de la mort avait préoccupé George Sand.

En juin 1864, elle écrivait de Palaiseau, à un correspondant qu'elle appelle « Mon cher docteur » et qui doit être le docteur Darchy. En post-scriptum, elle parlait de Meyerbeer, qui était mort le 2 mai précédent : « Avez-vous lu le testament de Meyerbeer ? Il était aussi effrayé que moi d'être enterré vivant et il a prescrit *des incisions sur l'artère brachiale ainsi qu'au pied.* Est-ce ce qu'il faut pour être bien sûr de son fait ? Répondez-moi par *oui* ou par *non.* Vous savez que je ne veux pas attrister les autres de mon idée, et, bien sûr, Manceau me demandera à lire votre lettre. Mettez : *Non, je n'ai pas vu ici la plante que vous m'indiquez,* ou bien : *Oui, la plante que vous m'indiquez croît ici.* L'autre précaution que vous m'aviez indiquée doit être la plus sûre, mais je crains qu'elle ne semble encore trop tragique d'exécution. Celle de Meyerbeer est plus usitée et ne rappelle que l'idée de saignée. »

Georges Sand avait des raisons multiples de s'intéresser à la question. On sait que des faits macabres avaient suivi la mort de son petit frère. En mai 1844, le père de Chopin, en mourant, demandait qu'on ouvrît son corps, afin de ne pas être enterré vivant. Et son fils écrivait, dans ses dernières volontés, du 17 octobre 1849 : « Comme cette terre m'étouffera, je vous conjure de faire ouvrir mon corps pour que je ne sois pas enterré vif. »

Enfin, je rapppelle que, quelques mois seulement avant la lettre de George Sand, Alexandre Dumas père venait de publier *Madame de Chamblay* (1863), dont le sujet se rattachait directement à la préoccupation de Meyerbeer et de George Sand.

(*Journal des Débats* (Leucotés), 11 avril 1932.)

Pourquoi ne faites vous pas de la politique ?

« N'avez-vous jamais fait de politique ? Pourquoi ?

« Quelles qualités, à votre avis, sont nécessaires pour réussir dans la vie publique ?

Telles sont les questions qui ont été posées par l'Œuvre (M. Jean Amoretti) à certaines personnalités du barreau, de la médecine, de la littérature, et du sport.

« Etant donné leur talent, leur science ou leur force, étant donné leur popularité, on peut se demander, écrit M. Jean Amoretti, comment il peut se faire qu'ils n'aient jamais songé à être candidats, qu'est-ce qui a pu les retenir de se risquer dans la vie publique. »

Voici la réponse du Dr FOVEAU DE COURMELLES (*L'Œuvre*, 17 avril 1932) :

Si, nous écrit-il, j'ai fait de la politique... pour les autres.

En 1876, j'avais quatorze ans, je lisais le *XIXe Siècle* d'alors, très avancé, avec Ed. About et Francisque Sarcey, aux paysans, sur la place publique.

En 1882, j'écrivais dans une feuillle avancée de mon pays, alors pas mal réactionnaire. Puis, installé médecin rue Lafayette, on me proposa une candidature de revisionniste antiboulangiste. J'acceptai, mais le comité fut mort-né...

En 1919, on m'offrit une candidature dans le 8e : je refusai. Mais j'ai toujours voté, revenant parfois de loin.

Voilà les raisons de mon abstention personnelle.

Je ne suis hélas, ! ni souple, ni adroit. Je préfère dire des vérités désagréables que les agréables, alors que je pense réellement celles-ci. C'est une désastreuse lacune en mon éducation. Je ne sais même pas faire les promesses que je désirerais et pourrais le plus tenir, préférant rester en deçà qu'aller au delà. En médecine, c'est aussi très mauvais, car c'est ne pas pro-

mettre la guérison assurée — suggestion cependant très utile au malade. Je n'ai pas la cordialité apparente, je n'ai — du moins je le crois — que l'activité et le dévouement.

Pour moi, les qualités de l'homme public sont variables, dépendent des pays, de l'opinion dominante, du fluide et du rayonnement que chaque individu exhale plus ou moins, de son magnétisme, du charme et de la facilité de sa parole, d'un *quid ignotum* enfin. C'est très difficile et cela explique l'insuccès de gens de valeur, de grande valeur même. Et puis, il y a la chance, le Destin. Ce n'est pas scientifique du tout, cela..... Je me refuse à y croire, et cependant ?

Excusez-moi de n'avoir rien dit, rien éclairé — bien qu'apôtre de la lumière curative — mais la réussite de nos hommes politiques m'apparaît si souvent obscure, inexpliquée ! Toutes les réussites, grandes ou petites, m'apparaissent en général, *incognoscibles* ! Les qualités apparentes ou réelles sont trop souvent contredites par les hasards de l'existence et les désastres parfois, des gens les plus méritants.

Voici la réponse du Dr Dartigues (l'Œuvre, 21 avril 1932) :

Je n'ai jamais fait de politique. J'ai été sollicité maintes fois depuis ma jeunesse. Après mûre réflexion, sur conseils d'amis sûrs, j'ai refusé. Je ne regrette pas de ne pas avoir fait de politique, pour la bonne raison que j'ai la conviction certaine, maintenant que je peux juger par un recul important, que j'ai pu ainsi , me tenant à l'écart, rendre plus de services dans le domaine scientifique où j'ai travaillé de mon mieux et au point de vue professionnel où j'ai été utile à une foule de malades.

A cause d'une certaine faculté oratoire, que l'on a voulu, bien exagérément voir en moi, on a voulu me pousser vers la politique ; mais la faculté verbale n'est rien si elle ne s'accompagne pas d'action efficace. J'estime d'après le spectacle qu'il m'a été donné de voir souvent, que la plupart des discussions politiques sont stériles, plus que les femmes que j'ai eu à soigner sous ce rapport ! Je ne regrette donc rien : la science est mille fois plus intéressante et plus passionnante que la politique.

Les qualités qui sont nécessaires pour réussir dans la vie publique me demandez-vous ? Il faudrait avoir une *véritable instruction* : elle est assez rare. Même les gens instruits n'ont qu'une instruction partielle ; beaucoup n'ont pas assez *d'humanités*, la plupart n'ont pas suffisamment d'*instruction scientifique* et un immense nombre n'a surtout pas l'*esprit scientifique*, c'est-à-dire l'esprit d'observation réelle, la précision, le bon sens qui sait sérier les questions, les clarifier et, dans la sériation même, apercevoir les points importants. Ce qui manque à beaucoup de politiciens surtout, c'est un pressentiment de ce qui peut advenir, certains problèmes étant donnés. Beaucoup de gens sont myopes de pensée et c'est ce qui fait que des hommes politiques remarquables par ailleurs, qui ont eu de la notoriété et même de la célébrité n'ont eu ni esprit de prévision, pas plus que d'esprit de suite.

La vraie et saine politique est une chose très difficile : c'est pour cela qu'il y a très peu d'hommes d'Etat : c'est aussi une chose trop facile et c'est pour cela que tant d'individus s'y jettent avec un appétit dévorant.

La question de la rémunération du médecin ayant appelé un confrère en consultation. — *Voici comment M. le Professeur Pousson l'envisage dans une conférence publique faite à l'Athénée municipal de Bordeaux (Clients et médecins.* Concours médical, 17 et 24 *avril* 1932.)

«... Après la question des honoraires, que je viens de traiter, il en est une que je dois maintenant aborder. Il s'agit de la rémunération devant être attribuée à un médecin, ayant appelé un confrère en consultation ou lui ayant confié un client pour une opération. Ce problème, car c'est bien un problème d'une solution des plus délicates, a suscité dans ces dernières années les plus graves discussions qui ont donné lieu à des commentaires fâcheux de la part du public. La dichotomie, puisqu'il faut l'appeler par son nom, divise le corps médical et est l'objet dans la clientèle de suspicion sur l'honorabilité de ceux qui la pratiquent. Puis-je en exposant franchement et loyalement les cas d'espèce que je vais envisager en toute objectivité, rallier l'opinion de tous mes confrères et réformer les jugements téméraires du public.

En principe, il paraît de toute justice qu'une rétribution supplémentaire, s'ajoutant au prix de ses visites ordinaires, soit allouée au médecin traitant ayant appelé un confrère en consultation. Il en a été ainsi de tout temps. Les choses se passaient autrefois et se passent sans doute encore de deux manières : ou bien le client remet au consultant le prix qu'il réclame après l'avoir invité à y comprendre la rémunération de son médecin ordinaire ; ou bien le consultant, sans en avoir été prié, incorpore dans sa note d'honoraires ceux de son confrère, A moins que le consultant ait majoré dans des proportions exagérées la somme réclamée et remis au médecin traitant une somme très élevée, pouvant être considérée comme une invite à se ménager en lui un pourvoyeur de malades, rien dans sa

conduite ne pouvait imputer à forfaiture. Ainsi agissaient au siècle dernier les médecins de la plus haute moralité, mais depuis les choses ont bien changé.

Ce changement est dû surtout au développement de la spéculation et à l'essor de la chirurgie, qui ont multiplié pour le praticien les occasions et les obligations d'avoir recours à des confrères d'une compétence et d'une habileté supérieures à la sienne. En confiant à un autre le soin d'instituer un traitement ou de pratiquer une opération sur un de ses clients, le médecin habituel n'a pas voulu perdre le profit de sa clientèle. C'est là un souci des plus légitimes d'où est née la dichotomie, qui ne se justifie que par les moyens de la réaliser. La part faite au praticien traitant par le consultant — médecin général, spécialiste — ou par l'opérateur ne doit pas avoir le caractère d'une entente, d'une collusion entre lui et le consultant, le spécialiste et le chirurgien. De plus, elle n'est due qu'au médecin ayant concouru à l'élaboration du diagnostic, à l'établissement du traitement médical ou participé au traitement chirurgical. Par exemple, à mon avis, aucune rémunération ne saurait légitimement revenir à un médecin ayant adressé à un confrère un client avec une simple carte sans les moindres renseignements médicaux. Semblable pratique ravalerait le rôle du praticien à celui de rabatteur, ferait d'un consultant un complice et l'exciterait par l'appât de commissions et de surenchères au pourchas de la clientèle. Par contre, la remise au malade d'une lettre faisant connaître ses antécédents personnels et familiers, son passé morbide, les troubles dont il se plaint, la médication employée jusqu'alors, en un mot l'observation, ouvre droit incontestablement à une rémunération. Il s'agit bien d'une consultation à laquelle le médecin habituel absent fournit par écrit les éléments du problème pathologique à résoudre.

Examinons maintenant comment se pose la question des honoraires d'un médecin ayant adressé son client à un chirurgien pour une intervention. S'il n'assiste pas à l'opération, rien, ne semble-t-il, ne lui est dû ; mais, dans le cas contraire, il serait injuste qu'il ne fût pas rétribué. L'appui moral qu'il prête à son patient, les encouragements qu'il lui prodigue, la tranquillité d'esprit qu'il lui procure, ainsi qu'à sa famille, ont leur prix. A plus forte raison, des honoraires lui sont-ils dus s'il a donné les anesthésiques ou en a seulement surveillé les effets et, bien plus encore, s'il a concouru techniquement à l'acte opératoire. Les visites qu'il a faites après l'opération, les pansements qu'il a pratiqués et les soins consécutifs, qu'il a donnés jusqu'à complète guérison après retour de l'opéré à son domicile, ne doivent-ils pas aussi être reconnus ? Tous ces services font partie d'un ensemble propre à assurer le succès de l'opération, mais leur importance échappe au patient et à son entourage et ne saurait être évalué à sa juste valeur que par le chirurgien lui-même. En conséquence, il me paraît raisonnable que l'opérateur incorpore les honoraires du médecin traitant à sa note, en en prévenant le client.

Un dernier point que soulève cette délicate question de la dichotomie, c'est celle du pourcentage que doit prélever sur ses honoraires le chirurgien au profit de son confrère. Ce pourcentage ne saurait être déterminé d'avance. En le fixant à 20 % comme quelques-uns l'ont propose, taux au-dessus duquel la pratique de la dichotomie cesserait d'être honnête selon eux, on risquerait de voir les services de certains médecins traitants insuffisamment rémunérés et d'autres, au contraire, trop largement payés. C'est au chirurgien ayant touché une somme globale de faire suivant sa conscience et, après entente loyale avec son confrère, la part qui revient à chacun d'eux pour prix des efforts communs qu'ils ont faits pour sauver la vie de leur malade... »

Histoire vraie. — D'ARTAGNAN.

Le professeur X... raconte volontiers cette histoire.

La femme d'un parlementaire était venue le consulter au sujet de sa fille, laquelle présentait des signes, très particuliers, d'ailleurs, de nervosité.

— Ces bizarreries que vous m'exposez, expliqua le professeur X..., n'ont rien de très inquiétant. Une hérédité légère...

Les yeux de la dame lancèrent des flammes.

— Mais, monsieur le professeur, mes parents étaient bien-pensants, les parents de nos parents l'étaient aussi, comme le sont nos enfants. Il n'y a pas d'hérétiques dans notre famille !

— Je n'en doute pas, dit le professeur concilitant. Ce que je voulais dire, c'est, que mademoiselle votre fille a pu recevoir, en héritage, notez-le, quelque tréponème...

Un large sourire illumina la face de la dame qui minauda :

— Oh ! c'est très possible, monsieur le professeur. Dieu merci, ce ne sont pas les héritages qui ont manqué dans notre famille.

Et rassurée, flattée même, elle écouta la fin du diagnostic.

Du *Cri de Paris* :

Un de nos lecteurs, malade, avait prié son médecin de venir le voir. Souffrant lui-même, le praticien répondit à son client en le priant de l'excuser.

Sur l'enveloppe, le timbre était oblitéré avec un de ces tampons de propagande que l'administration des P. T. T. emploie volontiers aujourd'hui.

Le tampon portait en grosses lettres :

L'ANIMAL SOUFFRE COMME VOUS
PITIÉ POUR LUI

BIBLIOGRAPHIE

Le cabinet secret du Parnasse, par Louis PERCEAU. Vient de paraître ; **François de Malherbe et ses escholiers**. François de Malherbe, Racan, Le Président Maynard, Yvrande. 1 vol. 25 francs. Au Cabinet du Livre, 79, rue de Vaugirard, Paris.

Ce troisième volume du *Cabinet secret du Parnasse* sera une révélation pour le grand public, de qui les œuvres libertines du Réformateur du Parnasse sont complètement ignorées. Ce volume donne un certain nombre de Priapées inédites du Président Maynard, publiées pour la première fois d'après le manuscrit original autographe de Toulouse. On sait que les *Priapées* de Maynard sont ce qu'il y a de plus parfait dans le genre épigrammatique français.

Psychologie politique, par Pr. MERKLEN. Nouvelles éditions Argo (N. E. A.), 7, rue Honoré-Chevalier, Paris VIe.

Ce volume est écrit sans parti-pris politique. Il représente le groupement d'articles parus dans le *Journal d'Alsace-Lorraine*, où l'auteur a trouvé plaisir à synthétiser certains aperçus relatifs à la psychologie de la vie publique. S'il lui est arrivé de se laisser aller à des éloges ou à des blâmes personnels, c'est en pensant à l'homme et en oubliant les opinions.

En dépit des apparences, un lien se dessine entre les divers chapitres. Il réside dans l'exposé des réactions individuelles et collectives, souvent inconscientes, souvent impérieuses, tour à tour évoquées le long des lignes de cet ouvrage.

Les sujets traités sont variés. Retenons surtout les pages consacrées au régime parlementaire, dont les erreurs sont fortement soulignées, mais moins avec l'idée de le combattre qu'avec le désir de combattre qu'avec le désir d'y envisager quelques réformes. A cet égard, l'ouvrage arrive à son heure, à la veille des élections.

Revue des cours et conférences. Abonnement : France : un an, 60 francs, Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 avril 1932 : P. Van Tieghem : Le roman rustique (Suisse, Allemagne, France, Angleterre) (II). — H. Goullier : Introduction à la théorie thomiste de la connaissance (IV). La critique de l'anthropomorphisme ; la voie négative ; l'analogie. — F. Strowski : Les réactions de la vie contemporaine sur la littérature (V) : Le cinéma. — P. Couissin : Virgile et l'Italie primitive (IV) : Le pays et les villes. — R. Bray : Chronologie du romantisme (1804-1830) (VII) : L'arsenal et le globe. — R. Guignard : Romanciers allemands contemporains (IV) : Thomas Mann : la montagne magique.

Un nouveau confrère. — Nous sommes heureux d'annoncer l'apparition d'un nouveau journal : *Le Lieu de Genève* dont la rédaction est assurée par notre collaborateur et ami, le Dr G. Espé de Metz.

Le premier numéro publie, outre la proposition de Maurice Robert, le rapport du Dr Jean Molinié, député de l'Aveyron, à la Commission des Affaires étrangères de la Chambre des Députés.

C'est ce remarquable rapport qui a enlevé le vote *unanime* de la Commission, où toutes les opinions sont représentées, en faveur du *Lieu de Genève*. L'idée qui est en marche vient de recevoir un vigoureux renfort.

La feuille qui constitue aussi le bulletin de l'Association du même nom est éditée par le *Mercure Universelle* (Mercure de Flandre) de Valentin Bresle, Lille, 204, rue Solférino. Abonnement : 10 francs par an.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 20 LE NUMÉRO : 50 Centimes 14 MAI 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 · R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — *Thèses.* — 11 mai. — M. RAKOWER. Le pronostic des diverses formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire et du pneumothorax thérapeutique. — M. LELLOUCH. Fonctionnement de la maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

12 mai. — M. GUÉDÉ. L'alimentation des nourrissons au cours des infections. — M. LACHÈZE. Contribution à l'étude du tympan artificiel. — M. MACHET. Les fistules bucco-sinusales. — Mlle GUÉTET. Etude du coryza diphtérique.

14 mai. — M. ALAKA MASSOURI. Sténoses pyloriques isolées par ingestion d'acide chlorhydrique. — M. DUBOIS. L'assainissement de l'eau de boisson dans les casernes et dans les camps militaires.

12 mai. Thèse vétérinaire. — M. MAUBARET. La jaunisse des muletons.

Cours de perfectionnement sur le cancer, sous la direction du Professeur Gustave ROUSSY, directeur de l'Institut du cancer, membre de l'Académie de médecine, par MM. GUY, LEROUX, OBERLING, SANNIÉ et VERNE, chefs de service à l'Institut du cancer ; CHASTENET DE GÉRY, HUGUENIN, Mme LABORDE, M. PEYRE, chefs de service au Centre anticancéreux, et MM. AMAN-JEAN, BERTILLON, BOLLACK, FOULON, GUTMANN, HUET, NEMOURS, WICKHAM, chefs de consultations spéciales et assistants au Centre anticancéreux. — Ce cours est destiné aux médecins français et étrangers. Il commencera le vendredi 1er juillet 1932 et se poursuivra tous les jours, matin et soir, jusqu'au 30 juillet inclus.

Il comportera : 1° des conférences théoriques et cliniques qui seront communes à tous les médecins inscrits au cours et qui auront lieu le matin de 11 h. 1/4 à 12 h. 1/4, et le soir de 14 h. 1/2 à 16 h. 1/2 ; 2° des démonstrations et des manipulations pratiques qui auront lieu tous les jours de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/4 ou à 12 h. 1/2, suivant les jours et suivant les sections A et B, entre lesquelles les auditeurs auront à faire leur choix au moment de leur inscription.

La section A, biologique, comprendra des travaux pratiques et des manipulations de laboratoire. La section B, clinique, comprendra des examens de malades et des manipulations thérapeutiques : traitements par les rayons X, le radium et l'électro-coagulation.

Le nombre de places, dans chaque section, est strictement limité à 20, soit 40 élèves en tout. Le droit d'inscription est fixé à 600 francs. Un certificat-diplôme sera délivré aux auditeurs à la fin du cours, avec mention de la section dans laquelle ils auront été inscrits.

Les médecins inscrits au cours de perfectionnement du cancer pourront utiliser comme moyen de transport un autobus spécial qui fait le service, matin et soir, entre la Faculté de médecine et l'Institut du cancer. Ils pourront aussi, s'ils le désirent, prendre pension pour le lunch à l'Institut du cancer. Les auditeurs du cours sont priés de se munir, à l'avance, d'une blouse et d'un tablier.

Concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine.— Une session pour les concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine s'ouvrira le 7 novembre 1932 pour les catégories ci-dessous désignées :

Catégorie A. Anatomie. — Catégorie B. Histologie. — Catégorie C. Histoire naturelle médicale et parasitologie. — Catégorie D. Bactériologie. — Catégorie E. Anatomie pathologique. — Catégorie F. Physiologie. — Catégorie G. Chimie. — Catégorie H Physique. — Catégorie I. Médecine générale. — Catégorie J. Chirurgie. — Catégorie J *bis*. Ophtalmologie. — Catégorie J *ter*. Oto-rhino-laryngologie. — Catégorie K. Obstétrique. — Catégorie L. Histoire naturelle pharmaceutique. — Catégorie M. Pharmacie. — Catégorie N. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Un arrêté ultérieur fixera les dates de chacun de ces concours.

Le nombre des candidats qui pourront être déclarés admis à la suite des épreuves de ce concours, est fixé au maximum, ainsi qu'il suit, pour l'ensemble des facultés, dans chaque catégorie :

Catégorie A. Anatomie, 3. — Catégorie B. Histologie, 2. — Catégorie C. Histoire naturelle médicale et parasitologie, 2. — Catégorie D. Bactériologie, 2. — Catégorie E. Anatomie pathologique, 2. — Catégorie F. Physiologie, 3. — Catégorie G. Chimie, 5. — Catégorie H. Physique, 3. — Catégorie I. Médecine générale, 10. — Catégorie J. Chirurgie, 10. — Catégorie J *bis*. Ophtalmologie, 3. — Catégorie J *ter*. Oto-rhino-laryngologie, 2. — Catégorie K. Obstétrique, 3. — Catégorie L. Histoire naturelle pharmaceutique, 2. — Catégorie M. Pharmacie, 2. — Catégorie N. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie, 3.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les secrétariats des académies, du 7 juillet 1932 au 7 septembre 1932 inclus.

NOTA. — La création de deux catégories supplémentaires, l'une de pharmacologie et matière médicale, l'autre de médecine légale, au concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine, est actuellement envisagée. Ces créations, qui ont été approuvées par le comité consultatif de la médecine, devant être également soumises au conseil supérieur de l'instruction publique, ne pourront être éventuellement réalisées qu'à la fin du mois de juillet prochain. Dans l'éventualité de la création des deux catégories envisagées, les candidats à chacune de ces deux catégories bénéficieront, à titre exceptionnel et pour leur inscription au concours de 1932 seulement, par dérogation aux dispositions de l'article 5 du règlement du 6 avril 1929, de délais d'inscription réduits, qui seront indiqués le moment venu.

Lyon. — Par arrêté du 26 avril, M. Mazel, agrégé de médecine légale près la Faculté de Lyon, est prorogé dans ses fonctions d'agrégé pour une période de trois ans à compter du 1er novembre.

Montpellier. — M. Giraud, est nommé professeur de pathologie médicale et de clinique propédeutique, en remplacement de M. Rimbaud.

Toulouse. — Mlle Condat, agrégée, est nommée professeur de thérapeutique en remplacement de M. Dalous.

Bordeaux. — M. le Docteur Viaud, ancien chef de clinique ophtalmologique a été nommé ophtalmologiste adjoint des hôpitaux de Bordeaux.

Ecole de perfectionnement des Officiers de Réserve du Service de Santé de la Région de Paris.— Programme des exercices pratiques communs aux quatre Ecoles qui auront lieu au Grand amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles, aux dates et heures ci-après .

Dimanche 22 mai 1932, à 9 h. 30 : Exercice pratique, par M. le médecin-colonel SCHICKELÉ, chef de la Section technique du Service de santé : « Exercice sur le fonctionnement des évacuations secondaires sur l'intérieur du territoire. » — Dimanche 19 juin 1932, à 9 h. 30 : « Les évacuations sanitaires par eau. » Exercice pratique, par M. le médecin commandant SABRIE, de la Section technique du Service de santé.

Société de pédiatrie. — La Société de pédiatrie de Paris, dans sa séance annuelle qui aura lieu le 24 mai, a mis à l'étude la question suivante : Etude clinique et thérapeutique des suppurations intrapulmonaires chez l'enfant.

Congrès de gynécologie. — Le Congrès de la Société française de gynécologie, qui se tiendra désormais chaque année à Paris à l'époque du Congrès de chirurgie, aura lieu les 3, 4 et 5 octobre 1932, à la Faculté de médecine.

Deux questions sont à l'ordre du jour :

Hypophyse et ovaire. — Rapporteurs : MM. JAYLE et HALLION.

La diathermie en gynécologie. — Rapporteur : M. Xavier BENDER.

La troisième journée sera consacrée à la chirurgie gynécologique. — Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Maurice Fabre, secrétaire général, 6, rue du Conservatoire, Paris (IXe).

Clinique Ophtalmologique de la Faculté de Bordeaux — Comme les années précédentes, le Professeur TEULIÈRES fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie, avec la collaboration des Professeurs PETGES et PORTMANN ; des Professeurs agrégés AUBERTIN, BEAUVIEUX, DELMAS-MARSALET et JEANNENEY ; des Docteurs J. VIAUX, ophtalmologiste des hôpitaux et de SAINT-MARTIN (de Toulouse) ; des Docteurs BESSIÈRES, chef de clinique, LE LAIN, assistant, et VIGNALOU, interne du service.

Cet enseignement, essentiellement pratique, au point de vue clinique, thérapeutique et opératoire, comprendra, en même temps, des conférences dans lesquelles seront exposées les grandes questions à l'ordre du jour.

Il aura lieu de lundi 17 octobre au samedi 29 octobre 1932.

Tous les jours, à 9 heures (mercredis et samedis exceptés, à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André : consultation expliquée par le Professeur TEULIÈRES.

Au cours de la consultation, les auditeurs seront exercés individuellement aux examens ophtalmoscopiques ou de réfraction et à la manipulation des appareils spéciaux (THORNER, GULLSTRAND, etc.).

Ils feront sous la direction du chef de laboratoire, les examens biologiques ou microscopiques extemporanés usités en clinique.

Mercredis et samedis, à 9 heures : séance opératoire.

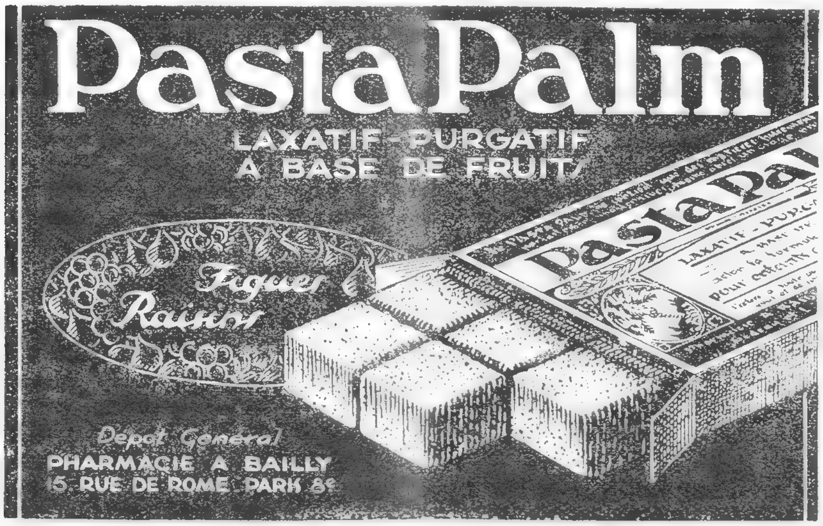
Tous les jours, à 11 heures et à 15 heures, conférences portant sur les grandes questions d'actualité en ophtalmologie ou sur les méthodes les plus modernes de traitement des maladies à complications oculaires fréquentes (syphilis, diabète, cancer). Lorsque les conférences traiteront de la thérapeutique chirurgicale d'une affection par des procédés nouveaux (décollement de la rétine, dérivation des voies lacrymales, extraction du cristallin dans sa capsule), elles seront suivies de démonstrations opératoires sur le malade.

Tous les soirs, à 17 heures : conférences de chirurgie oculaire suivies d'exercices pratiques de médecine opératoire sur le cadavre, au cours desquels tous les auditeurs seront invités à pratiquer eux-mêmes les différentes opérations.

Pendant la durée du cours, il sera donné un enseignement théorique complet de biomicroscopie. Chaque leçon sera suivie d'examens pratiques de l'œil humain au biomicroscope, auxquels seront exercés tous les auditeurs. Un très grand nombre de malades sera convoqué, afin que l'on puisse observer plusieurs cas de toutes les affections que l'on rencontre dans la pratique ophtalmologique.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine jusqu'au 14 octobre 1932.


LABORATOIRES DU
BISMINT
53
AV. GALLIENI
NOISY-le-SEC
(Seine)
THERAPEUTIQUE
- GASTRO-INTESTINALE -
NON TOXIQUE
SOULAGEMENT IMMÉDIAT
NE CONSTIPE PAS
COMPOSITION
KAOLIN
SALICYLATE de BISMUTH
ESSENCE de MENTHE
INDICATIONS
PANSEMENT GASTRIQUE
DÉSINFECTANT
ANTISPASMODIQUE
FORME
GRANULÉ
POSOLOGIE
UNE DEMI-CUILLERÉE A CAFÉ DANS UN PEU D'EAU APRÈS LES REPAS OU AU MOMENT DES DOULEURS ET SELON INDICATIONS DU MÉDECIN.
BISMINT
THERAPEUTIQUE
GASTRO-INTESTINALE
AUTO-INTOXICATIONS
ENTERITES-INDIGESTIONS
COLITES-ENTERALGIES
GRANULÉ
veccia.


PastaPalm
LAXATIF-PURGATIF
A BASE DE FRUITS
Figues
Raisins
Depot Général
PHARMACIE A BAILLY
15 RUE DE ROME PARIS 8e

Droit d'inscription : 300 francs.
Un programme du cours sera envoyé sur demande.

Concours pour la nomination à la place de médecin en chef du sanatorium de Labruyère (Oise.)—Ce concours sera ouvert le lundi 6 juin 1932, à 17 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert du mercredi 18 mai 1932, au mercredi 25 mai inclusivement, de 15 heures à 18 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé.

Amphithéatre d'anatomie. — (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en dix leçons, par M. le Docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 23 mai 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

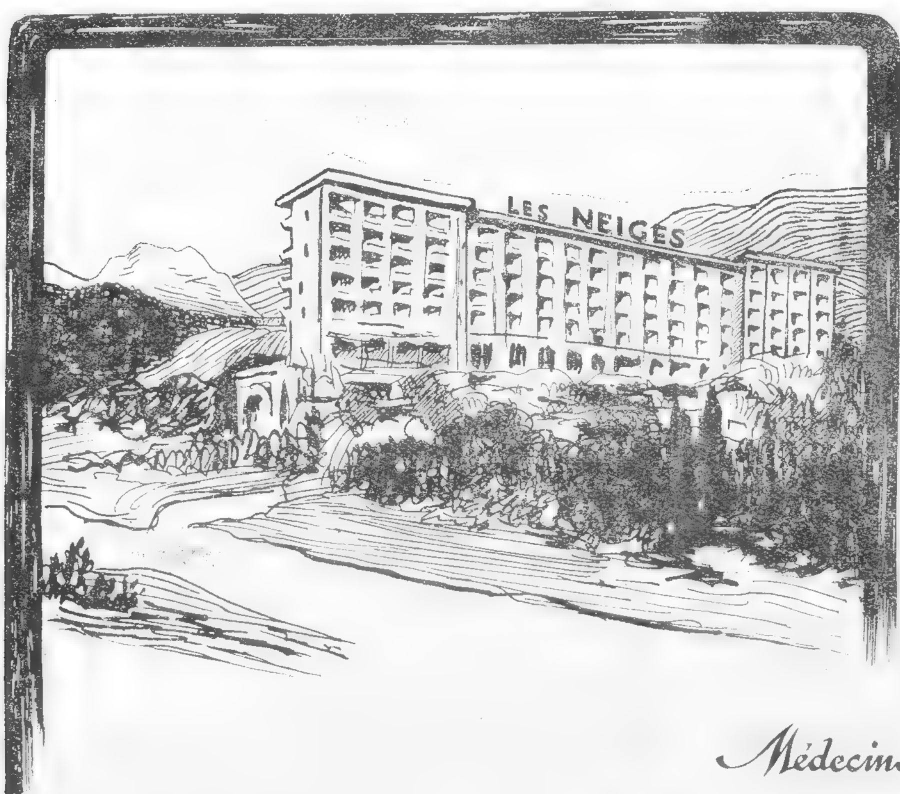
Les auditeurs répèteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1. Cystoscopie et cathétérisme des uretères. Chirurgie de l'uretère : voies d'abord ; calculs et urétérotomie ; plaies et sutures ; urétéroplasties. — Chirurgie du rein et du bassinet : voies d'abord ; la découverte par voie lombaire ; ptose rénale et reposition du rein (néphropexie) ; décapsulation du rein. — 2. Indications et techniques des pyélotomies simple ou élargie, pyélostomie ; néphrotomie et néphrostomie ; urétéro-pyélonéostomies. — 3. Les néphrectomies : techniques et indications ; néphrectomies simple, sous-capsulaire, partielle, secondaire ; néphrectomies pour tuberculose ou pour cancer. — 4. Chirurgie de la vessie et de la prostate : les voies d'abord. La voie canaliculaire : lithotritie. La voie hypogastrique : taille vésicale simple pour cystostomie, ablation de calculs, prostatectomie pour adénome ; techniques et indications. — 5. Taille vésicale élargie pour cathétérisme des uretères, cystectomies (pour tumeur ou diverticule), prostatectomie totale : techniques et indications. Cure des fistules vésico-cutanées. Urétéronéocystostomie. Cystectomie totale. — 6. Chirurgie de l'urèthre : uréthrotomies externe et interne, uréthrorraphie circulaire, autopasties : leurs techniques et leurs indications. Uréthrostomies. — 7. Cure des malformations de l'urèthre : Hypospadias (procédés de Marion, Ombrédanne, Mathieu, Chocholka), épispadias (procédés d'Ombrédanne, Young). Phimosis et circoncision. — 8. Chirurgie de la prostate par voie périnéale : Ouverture des abcès de la prostate ; vésiculectomie ; prostatectomie périnéale pour adénome et pour cancer (procédés de Young). — 9. Chirurgie des organes génitaux : Ectopie et orchidopexie transscrotale (Ombrédanne) ; cure du varicocèle et de l'hydrocèle ; épididymectomie. — 10. Orchidotomie ; castration et traitement du cancer du testicule. Amputation de la verge et émasculation totale.

Lille. — Les Journées médicales de la Faculté libre de Lille auront lieu le samedi 4 et le dimanche 5 juin 1932.

Le Docteur Guy-Laroche, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon fera une conférence sur : les Données récentes sur les hormones hypophyso-génitales et les déductions thérapeutiques qu'elles comportent, et le Docteur Cuvier, de Bordeaux, parlera sur: le Traitement du cancer.

Nécrologie. — Docteur Marcel Chesneau, de Nantes, ophtalmologiste. — Docteur Chiffre, de Perpignan. — Docteur Charles Pacaud, de Lyon, décédé à l'âge de 67 ans. — Docteur Ernest Ravenez, de Montpellier. — Docteur Paul Moreau, de Dinant (Belgique), chirurgien.



TRAVAUX ORIGINAUX

Sur quelques formes de délire épileptique

Par **Henri CLAUDE**

Professeur de Clinique des maladies mentales
à la Faculté de Médecine de Paris

En dehors des manifestations convulsives ou motrices banales généralisées ou localisées, des phénomènes sensitifs, des troubles viscéraux et vaso-moteurs, on peut observer dans l'épilepsie, des troubles psychiques qui apparaissent dans des conditions très différentes. Tout d'abord, on sait que dans l'intervalle des accès et quelquefois même chez des sujets qui n'ont pas eu d'accès reconnus, on constate ces altérations de l'humeur, des sentiments, des modifications du caractère, qui font partie, en quelque sorte de la constitution mentale de l'épileptique. Chez certains, c'est un sentiment d'hostilité, une irritabilité particulière, des tendances impulsives, des récriminations, des revendications de toutes sortes, qui rendent ces malades insupportables dans les services d'hospices ou d'asiles. D'autres fois au contraire, c'est une habitude de domination, ou inversement, une tendance à la timidité, à la crainte, qui frappe lorsqu'on observe ces sujets d'une façon continue.

Enfin, certains auteurs, comme Mme Minkowska et M. Gilbert Robin, décrivent sous le nom d'épileptoïdie, une orientation particulière de la mentalité de certains sujets notamment chez les enfants difficiles de caractère, inattentifs, impulsifs, d'une timidité anormale, craintifs et dont la tendance comitiale n'a pas encore fait sa preuve.

Je voudrais attirer particulièrement l'attention ici sur les délires qui surviennent chez les épileptiques et rechercher si ces délires sont d'essence épileptique ou sont simplement des délires surajoutés pouvant éclore chez des sujets épileptiques mais indépendemment de la comitialité.

Je laisserai de côté les équivalents épileptiques se traduisant par les absences, les vertiges, les phénomènes d'automatisme sous forme de fugues, etc... Je ne m'arrêterai pas non plus aux accès délirants qui surviennent chez les sujets atteints d'épilepsie convulsive, et qui surgissent, soit comme phénomènes précurseurs de l'accès, soit consécutivement à la crise convulsive. Cette catégorie de troubles psychiques est connue depuis longtemps, et je m'attacherai surtout aux manifestations délirantes qui surviennent en dehors des phénomènes convulsifs, soit chez des individus qui ont eu, de temps en temps, des accès comitiaux, soit chez d'autres dont la comitialité ne peut être dépistée que par la constatation d'accès larvés.

L'existence de ces délires survenant en dehors de la période de la crise, a été longtemps contestée. Un des premiers auteurs qui ait fixé son attention sur ce sujet, est J.-P. Falret qui, dans ses leçons cliniques de 1854 parle de paroxysmes délirants hallucinatoires à l'occasion d'un malade qui, deux ou trois jours avant la crise présentait un état d'excitation maniaque avec délire, hallucinations de la vue et de l'ouïe, et chez qui la crise se déclenchait en somme, avec retard.

C'est surtout Morel qui, en 1869, s'attacha à la description de l'épilepsie larvée mentale, sans phénomènes épileptiques avérés et revêtant des caractères variables suivant les sujets. En 1873, un intéressant débat fut soulevé à la Société médico-psychologique sur ce sujet, et la plupart des psychiatres tels que Lasègue, Jules Falret, reconnurent l'existence de ces troubles psychiques indépendants de la crise convulsive.

Il faut bien reconnaître d'ailleurs, que, dans la plupart des observations qu'apportaient ces auteurs, il s'agissait de sujets ayant des troubles moteurs plus ou moins longtemps avant ou après la crise, et rentrant, en somme, dans la catégorie que nous indiquions précédemment, des troubles psychiques anté ou post-critiques. L'existence d'équivalents psychiques purs à type délirant chez des malades indemnes d'attaques épileptiques, restait encore contestée et Legrand du Saulle notamment considérait ces cas comme des erreurs d'observation.

Jules Falret, en 1890, aborda, de nouveau le sujet, mais sous le nom de « folie épileptique » il décrit des états de petit mal et de grand mal intellectuels se traduisant le plus souvent sous la forme maniaque et de durée de quelques jours. Dans cette étude, il apparaît bien que l'état délirant est toujours plus ou moins lié à la perturbation intellectuelle concomitante de l'attaque épileptique. Ce sont en général, des cas d'impulsion homicide sous la forme maniaque ou furieuse, chez des individus insuffisamment étudiés au point de vue des crises convulsives. Une de ces observations seulement a pu être retenue, qui a trait à un délire de persécution hallucinatoire chez un homme dont le délire engendrait des crises coléreuses et des impulsions, et chez qui on n'avait remarqué, comme signes de l'épilepsie, que quelques tendances aux étourdissements, des tremblements et, une seule fois, une chute.

Le travail de Falret est toutefois intéressant car cet auteur rapporte dans son mémoire des faits de transformation d'épilepsie en délire chez des anciens épileptiques n'ayant plus de crises. Il cite notamment des observations concernant d'anciens comitiaux chez qui le délire apparaît sous forme de crises de fureur ou de tendances impulsives et homicides ayant la brusquerie et la soudaineté des accidents épileptiques. Mais dans tous ces faits, il ne s'agit pas nettement d'états délirants.

Régis a apporté une contribution plus importante à ces états. Il décrit, en effet, des accidents psychopathiques survenant dans l'épilepsie non convulsive ou bien dans l'épilepsie convulsive.

La première catégorie de cas concerne deux types d'accidents psychopathiques ; les uns se présentent sous la forme durable suivant l'expression de Régis ; il s'agit d'états maniaques, d'états mélancoliques ou de délires systématisés à caractère violent, impulsif, revêtant la forme de paroxysme aigu, souvent régulier, même quelquefois de type périodique et cela, en quelque sorte, d'une manière chronique et chez des malades n'ayant pas de crises convulsives.

La seconde variété a trait à des accidents psychopathiques transitoires et non plus durables, apparaissant par accès ; le délire survient brusquement, soit sous la forme maniaque et hallucinatoire, soit sous la forme confusionnelle, et le caractère épileptique est surtout déduit de ce fait que le sujet ne conserve pas de souvenir de l'épisode délirant.

Cette seconde forme concerne des états psychopathiques survenant chez des épileptiques atteints de convulsions. Il faut distinguer ici également les accidents délirants indépendants des accès comme dans la variété précédente survenant inopinément, constituant en somme, des équivalents épileptiques ; et les délires qui sont intégrés, en quelque sorte, dans l'accès convulsif et rentrent alors dans la catégorie que nous indiquions plus haut, des manifestations psychopathiques anté-convulsives ou post-convulsives.

Régis, d'ailleurs, prudemment, attire l'attention sur la nécessité de ne pas confondre des phénomènes délirants de nature épileptique avec des délires qui surviendraient en dehors de l'épilepsie, chez des sujets alcooliques, dé-

générés ou ayant toutes sortes d'autres causes pour faire du délire.

* * *

Ce bref résumé historique était nécessaire pour faire comprendre l'intérêt des divers cas que je voudrais maintenant passer en revue.

La première malade, dont je veux ici relater l'histoire, est une femme de 30 ans qui a une hérédité assez chargée : père alcoolique ayant eu des crises nerveuses, peut-être de nature hystérique, mal définies. Cette personne nous expose qu'elle a eu une hémiplégie infantile à l'âge de deux ans qui s'est accompagnée de convulsions et qui a laissé un léger tremblement dans les membres du côté droit, sans paralysie et sans signe d'atteinte de la voie pyramidale, sans atrophie des membres non plus. Elle a commencé, dit-elle, à avoir lors de la puberté, des crises, d'épilepsie convulsive, lesquelles étaient d'ailleurs assez frustes et n'ont pas eu de retentissement sur son activité intellectuelle puisqu'elle a pu passer son brevet élémentaire. Elle fut employée ensuite, pendant plusieurs années comme aide dans une pharmacie et a subi dans sa jeunesse, un certain nombre de traumatismes sexuels qui paraissent avoir eu une influence sur son affectivité. Ces crises se sont rapprochées à tel point qu'elles ont été un obstacle à la continuation de ses occupations professionnelles, et il semble, d'après les renseignements fournis par les personnes de son entourage, qu'elles aient pris, à un certain moment, un caractère double ; les unes précédées d'un sentiment de malaise, d'angoisse, sensation de constriction thoracique et d'étouffement déterminant la chute, et se dénouant en des convulsions assez durables ayant certains des aspects extérieurs de la crise d'hystérie ; les autres, à début soudain, s'accompagnant de stertor, de strabisme convergent, de modifications vaso-motrices du visage, et se terminant par une période de stupeur assez longtemps prolongée. L'état d'esprit de cette personne se modifia peu à peu dans ces dernières années. Il y a un an, elle se maria avec un homme beaucoup plus âgé qu'elle avec qui elle ne s'entendit à aucun point de vue et pour qui elle eut bientôt une véritable répulsion ce qui engendra peu à peu chez elle, un état presque continu d'anxiété.

Ce trouble psychopathique se développa progressivement, prit un caractère de plus en plus mélancolique et eut pour conséquence une série de tentatives de suicide qui nécessitèrent son entrée dans divers hôpitaux et même un séjour à l'asile de Maison-Blanche. Après ce dernier internement elle sortit en apparence améliorée, mais l'état dépressif reparut de plus en plus prononcé, ainsi que les crises qui prirent un caractère véritablement subintrant. En même temps l'état mélancolique s'accentuait et c'est dans ces conditions qu'elle entra dans notre service.

Tout d'abord, nous constatâmes la réalité de crises dont la nature épileptique était certaine, bien que cette malade ne présentât que rarement des morsures de la langue ou une urination involontaire. Nous fûmes témoins surtout à plusieurs reprises, de crises que nous pûmes provoquer expérimentalement, en quelque sorte, en approchant du lit de la malade et en lui parlant de sa maladie, ce qui était nettement en faveur de l'hystérie. Mais ce qui a fixé surtout notre attention c'est l'état mental particulier de cette femme, qui va de plus en plus en s'aggravant. La dépression mélancolique et l'anxiété sont non pas causées surtout par le sentiment pénible et justifié qu'elle peut avoir de son état d'infirmité résultant de ces crises qui prennent par leur répétition un caractère pénible, il est la conséquence surtout d'une sorte de processus obsessionnel qui la porte à vouloir fuir la vie extérieure, à ne pas rentrer dans son ménage et à rester dans le milieu hospitalier où elle croit trouver une sorte de protection contre ce malaise anxieux. Elle revient continuellement, sous une forme obsédante, sur la crainte qu'elle a de quitter l'hôpital. Elle demande qu'on lui fasse une situation comme infirmière ; elle veut être occupée, travailler, elle veut trouver ici un véritable refuge et n'hésite pas à déclarer que la vie au dehors en raison de l'anxiété qu'elle lui causera, la mènera sûrement à faire une nouvelle tentative de suicide qui vraisemblablement sera opérante. La fixité de cette idée, des tendances mélancoliques, la rigidité qu'elle manifeste dans la discussion de son cas, inaccessible à toute tentative psychothérapique, a vraiment un caractère sthénique qui rentre dans la caractérologie épileptique. Cette malade est en effet irréductible dans son raisonnement ; même la promesse de guérison est sans effet. Elle a un véritable état phobique qui la porte à ne plus vouloir envisager sa sortie, comme si des représentations mentales d'un caractère particulier lui faisaient prendre en horreur toute perspective de vie normale ; la répétition inlassable de ses propos stéréotypés en caractérise la nature.

Chez cette personne, on ne constate pas cet état délirant passager plus ou moins confusionnel avant ou après la crise qui a été signalé dans l'épilepsie, c'est dans l'intervalle des crises et d'une façon continue et monotone que cette forme particulière d'anxiété à caractère mélancolique, de teinte délirante, s'extériorise avec ce caractère spécial de rigidité que nous venons de décrire.

Certains seraient tentés de ne voir là que des crises et un état mental de nature hystérique ; cependant, il faut bien reconnaître que le caractère de l'agitation motrice avec stertor, que le strabisme convergent intense que l'on observe pendant certaines crises et la morsure de la langue constatée quelquefois, autorisent à considérer que nous sommes plutôt en face d'un état comitial dont les accès pourraient être, dans une certaine mesure, déclenchés par les préoccupations morales ou les émotions, grâce à l'appoint d'un élément hystérique. Ce cas rentrerait dans ces formes mixtes qualifiées hystéro-épileptiques dont on ne peut méconnaître la réalité.

Notre second malade est aussi un vieil épileptique, bien qu'il n'ait que 47 ans, mais chez lui les crises ont commencé lorsqu'il avait 15 ans et nécessitèrent son internement en 1904. En effet, on lui avait fait apprendre le métier de couvreur et naturellement la survenue de ces crises lui firent une nécessité de quitter son métier. En raison de cette maladie, il fut placé à Bicêtre où il était resté jusqu'à ces derniers temps. La cause de cette épilepsie est restée ignorée ; pas de traumatisme cranien, pas de syphilis héréditaire, pas d'antécédents autres que des convulsions dans la première enfance et une énurésie persistante jusqu'à l'âge de 12 ans environ. Depuis son internement, bien qu'il eût été constamment traité par le rutonal et le gardénal, les crises n'ont jamais cessé. Cependant, dans ces dernières années elles sont devenues de plus en plus rares et elles avaient permis qu'on employât cet homme comme travailleur à l'hospice de Bicêtre. Les rares crises qui ont pu être observées pendant le jour se produisaient sans aura et consistaient en une perte de connaissance immédiate avec morsure de la langue, perte inconstante des urines. Les crises étaient plus fréquentes la nuit que le jour, on n'a guère eu de renseignements sur le caractère exact de ces dernières.

L'examen physique ne révèle pas de signe de lésion des centres nerveux, les réflexes tendineux sont normaux ainsi que les réflexes pupillaires. Le malade paraît lucide, bien orienté ; ses réponses sont pertinentes, il n'est pas affaibli intellectuellement et dans notre service il a demandé à être occupé.

Il a été amené de Bicêtre pour les raisons suivantes : il a présenté des idées de persécution accompagnées d'hallucinations auditives, et de la sensibilité générale : ses plaintes continuelles contre ses persécuteurs et notamment contre une personne qui travaillait en même temps que lui à la salle de garde des internes avaient rendu son séjour impossible. Interrogé sur l'origine de ces idées de persécution, le malade déclare que déjà avant la guerre on avait commencé à l'ennuyer, mais que cela n'avait été que d'une façon passagère et que pendant plusieurs


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

années il n'avait plus eu l'impression qu'on lui parlait et qu'on lui en voulait. En 1922, à Bicêtre, il déclara qu'il s'était senti attiré vers une malade qui faisait la femme de chambre à la salle de garde et que celle-ci l'ayant repoussé à plusieurs reprises, il a eu l'impression qu'elle a commencé à agir sur lui, qu'elle exerçait une sorte d'influence néfaste alors qu'il s'était imaginé qu'elle aurait pu l'aider à se guérir de sa maladie. Lorsqu'on insiste pour se rendre compte de la façon dont se sont constituées ces idées d'influence et de persécution, on arrive à démêler que ces idées ne sont pas continuelles et naîtraient à l'occasion de certains états soit d'hallucinose, soit d'onirisme qui surviendraient la nuit et qui auraient toute leur action dans la journée suivante. Il déclare en effet que plusieurs journées peuvent se passer sans qu'il constate qu'on s'occupe de lui, qu'on lui parle, qu'on le dirige. Une nuit survient pendant laquelle il a l'impression, à son réveil, que durant son sommeil, il a entendu des voix qui lui ont commandé certains actes, alors il reste inquiet, il est en défiance, il surprend des regards hostiles. Toute la matinée et une partie de la journée il a la conviction d'être persécuté, d'être sous une influence mal définie ; il fait nettement la distinction entre les rêves banaux qui ne sont pas fatigants et ne laissent pas d'impression désagréable, et d'autres qui le laissent fatigué, mal entrain et avec l'impression qu'on agit sur lui par la pensée. Peu à peu cette impression se dissipe dans le courant de la journée ou les jours suivants, et il se sent tranquille, débarrassé de ses idées de persécution. Il semble donc qu'il s'agisse de manifestations se produisant dans le sommeil, qui ont un caractère vaguement onirique et qui sont objectivées dans le courant de la journée comme s'il s'agissait de la suite d'un rêve.

Mais, quelle serait la nature de ce rêve que le malade distingue des rêves imaginatifs banaux qui ne lui laissent pas cette impression pénible qu'il attribue à d'autres ?

Nous nous sommes demandés s'il ne s'agissait pas d'une sorte d'équivalent épileptique surgissant au cours du sommeil chez un malade qui paraît actuellement n'avoir plus guère de crises comitiales. Cette opinion a été renforcée par la constatation, il y a quelques jours, pendant la visite, d'une sorte de vertige que le malade a eu devant nous, qui laissa pendant un certain temps un état demi-confusionnel avec hébétude, mutisme, pâleur, regard égaré, tremblement général, obligeant le sujet à se retenir à son lit pour ne pas tomber.

Par la suite, nous avons serré de plus près l'interrogatoire et nous avons appris que notre malade ne se plaignait plus de l'influence de la femme qui agissait sur lui à Bicêtre, qu'elle paraissait ne plus exister pour lui, qu'il ne l'entendait plus, qu'il avait l'impression d'être dégagé de la puissance de celle-ci.

Mais en revanche, certain jour, il a déclaré qu'il y avait quelqu'un dans le dortoir qui agissait sur lui la nuit et il a demandé avec insistance à changer de chambre pour n'être plus en butte à cette persécution.

Plus récemment encore, il nous disait que certain matin il a de nouveau l'impression qu'on l'ennuyait et que c'étaient des malades qui cherchaient à le persécuter par toutes sortes de moyens. Il ajoutait spontanément « peut-être est-ce en rêve, mais il est beaucoup plus probable que c'est en réalité ».

En somme, il semblerait ressortir de cette observation succinctement rapportée que cet homme, ancien épileptique à crises avérées, ne présente plus maintenant que des équivalents rares dans la journée, mais il serait atteint dans la nuit de certains équivalents psychiques à caractères onirique lui laissant l'impression qu'on s'occupe de lui, qu'on agit sur lui, de telle sorte que le matin, au réveil il est atteint d'un état de malaise physique et psychique pendant lequel il ébauche encore des idées de persécution, des idées d'influence qui créent chez lui une sorte d'inquiétude, laquelle ne se montre plus quand il a passé des nuits normales et qu'il n'a pas eu ce qu'il appelle « ses nuits fatigantes ».

Il s'agit là évidemment d'un état assez particulier de délire post-onirique passager en rapport avec un état comitial épileptique. Cette forme de délire, bien qu'exceptionnelle, nous paraît vraiment pouvoir être considérée comme authentique car plus nous observons ce malade, plus nous nous rendons compte qu'il n'a nullement les caractères d'un délirant chronique : son activité n'est pas comparable à celle d'un persécuté méfiant, sur la défensive et les variations dans son comportement, ses déclarations suivant les jours, paraissent bien indiquer le rapport entre l'état délirant et les phénomènes oniriques.

La troisième malade est une personne dont l'épilepsie a été méconnue jusqu'au jour où j'ai eu l'occasion fortuitement d'assister à une absence, à un équivalent épileptique manifeste qui nous a révélé l'existence de la maladie, à côté d'une symptomatologie délirante dont il convient de discuter les relations avec l'épilepsie.

Il s'agirait d'une femme de 48 ans, sans antécédents héréditaires autres qu'une tante qui aurait été internée pour des idées délirantes de grandeur et de persécution. D'après sa fille cette personne aurait toujours eu un caractère un peu difficile, et même assez emporté et coléreux. Elle divorça en 1910, subit une hystérectomie en 1923. En 1922, elle avait pris à l'instigation d'un ami avec qui elle vivait, un petit commerce de modes mais il semble que ce commerce l'ait fatiguée, qu'elle ait eu des ennuis matériels et c'est à peu près à cette époque (1925) que la nature morbide des troubles du caractère fut évidente. Elle se montrait méfiante, soupçonneuse, se croyait volontiers suivie dans la rue par quelqu'un de la police et parlait de suggestions s'exerçant sur elle. En 1928, elle devint de plus en plus coléreuse, manifesta nettement des idées de persécution plus ou moins systématisées, quelques idées mégalo-maniaques qui surprirent son entourage. Elle semblait perdre, à certains moments, le sens des réalités parlait constamment non seulemeut de sentiments d'influence, mais aussi de sentiments de dépersonnalisation, se plaignant de se sentir désaxée, de se trouver dans une condition qu'elle avait déjà vécue, en un mot, une sorte de sentiment de déjà vu, de déjà fait, qui engendrait chez elle une certaine anxiété. Ce sentiment d'une existence antérieure paraît l'avoir conduite à échafauder précisément ces idées mégalomaniaques et de temps en temps, elle faisait allusion à une origine noble, se demandant si elle ne descendait pas de la famille royale de Russie. Puis, ces idées l'abandonnaient, elle paraissait, pendant un certain temps, avoir une mentalité à peu près normale.

En raison de la progression des troubles sa fille finit par la convaincre de la nécessité de se faire soigner dans notre service. Dès les premiers examens, cette femme attire notre attention sur cet état affectif d'étrangeté et d'anxiété que nous venons d'indiquer. Elle déclarait que depuis assez longtemps elle vivait comme dans un rêve éveillé, se sentait comme étourdie, engourdie. « Je ne pouvais, disait elle, me rendre compte si je rêvais ou non ». A tel point qu'elle fut conduite à acheter des livres sur les rêves pour se documenter à ce sujet. Elle se plaignait d'avoir le cerveau terne, qu'on « avait enlevé la vie à son cerveau ». Elle nous indiquait, dès les premiers examens, qu'elle avait des impressions bizarres, d'absences subites, d'éclipses de certaines personnes ; « par exemple, disait-elle, parlant un jour à ma fille, brusquement je ne la vis plus, comme si elle avait disparu ou si elle avait été transportée elle-même dans un autre lieu, je la cherchais et tout d'un coup ma fille me dit : Mais je suis là maman. et je repris alors la notion des choses ».

Elle avait, dit-elle souvent l'impression qu'elle causait dans le vide : elle revient constamment sur cette impression pénible qu'elle ressentait de croiser des personnages dans la rue qu'elle avait l'impression d'avoir déjà vus sans pouvoir fixer leur identité. Il lui semblait avoir déjà lu certaines choses dans les journaux ou dans les livres, d'avoir déjà entendu certains propos, même elle accusait l'impression d'être reportée dans le passé. « Je ne vivais

pas, dit-elle, dans le présent, j'avais l'impression de vivre dans le souvenir du passé ».

Enfin, elle accusait un sentiment de dépersonnalisation : « On me fait revivre des existences passées ; on me faisait croire que j'avais une double vie. On me faisait adopter d'autres personnalités que la mienne ; il me semblait que j'étais ma concierge ; j'agissais, je faisais comme si j'étais ma concierge, par exemple, j'ai vu dans la rue une robe qui aurait pu, par son aspect disgracieux, être une robe de concierge, j'ai dû l'acheter, je le fis malgré moi, je me conduisais comme une concierge, c'était absurde ».

Il semble bien qu'elle ait été amenée à faire intervenir dans sa vie cette influence extérieure, lorsqu'elle emploie le mot « on me faisait, on me disait » comme suite logique de ce sentiment de vivre dans un monde nouveau, ce qu'elle ne pouvait expliquer que par une intervention du dehors. Mais d'après les renseignement que nous avons recueillis, non seulement elle éprouva ce sentiment d'action extérieure en même temps que d'étrangeté, mais elle émit à certains moments de véritables idées délirantes de persécution à base hallucinatoire ou pseudo-hallucinatoire, elle entendait parler sans arrêt jour et nuit ; on lui disait : « Ecoutez, lisez », c'étaient des ordres ou comme des bourdonnements de voix. A certains moments, elle avait l'impression très nette qu'on dirigeait sa vie, qu'on l'empêchait de travailler, qu'on lui faisait dire des choses qu'elle ne voulait pas dire. Elle pensa qu'on avait pénétré souvent chez elle, qu'on lui avait même dérobé certains objets, elle avait toujours les mots de suggestion et d'influence à la bouche.

Interrogé à ce sujet, au début de son arrivée notre malade nous déclara qu'elle n'entendait plus rien depuis trois mois et elle se demandait s'il ne s'agissait pas de voix qui étaient en elle-même. Elle ne parlait plus de certaines impressions, ressenties autrefois, de piqûres, d'électrisation.

Cette personne fut tenue en observation pendant un an dans notre service et peu à peu nous avons contaté que tous les phénomènes délirants du début ont disparu ; elle ne parlait plus de tous ses troubles qu'au passé et insistait surtout sur la crainte, l'angoisse qu'elle éprouvait en même temps que ce sentiment de déjà vu, de décalage de son existence, elle n'insistait plus que sur les malaises qu'elle éprouvait à l'idée qu'on répétait ses paroles et dans une conversation que nous avions avec elle, en janvier 1931, elle nous faisait part seulement de cette espèce d'insécurité qu'elle éprouvait à l'égard des choses de l'ambiance et du présent, craignant toujours que ce qu'elle disait puisse nuire à d'autres personnes.

En somme, elle reportait surtout dans le passé une série d'impressions pénibles dont elle avait conservé un souvenir assez vif pour vivre encore dans l'anxiété du retour de ces troubles. Le mot « angoisse » revient continuellement dans sa conversation comme si tous les phénomènes qu'elle avait éprouvés avaient toujours eu cette note angoissante. Le besoin de reprendre contact avec la réalité se traduisait par exemple, me disait-elle, de la façon suivante : à certains moments, elle était sous l'influence d'une voix autoritaire qui lui parlait avec dureté ; elle se sauvait alors au soleil, dans le jardin du Luxembourg pour ne plus entendre et se sentir en face de la vie normale. Elle ne pouvait pas arriver à comprendre ce qui se passait alors en elle.

Toute cette symptomatologie était, en somme, encore bien imprécise et il était difficile de dire si nous étions en face d'une délirante persécutée, influencée, interprétante, ou d'une schizophrène dont la désagrégation psychique progressait lentement.

En avril 1931, au cours d'une conversation elle nous disait que ces temps-ci, elle avait eu l'impression de chanter à tue-tête et d'avoir chanté des choses qu'elle avait entendues il y avait très longtemps. Elle avait demandé à ses camarades de dortoir si elle avait chanté on lui avait dit que non. Elle en fut fort surprise et nous disait-elle « je devais être encore sous l'influence d'impulsions, des conversations que j'entendais comme un souvenir, m'ont paru au même moment avoir le caractère de réminiscences du passé ». A d'autres moments, il semblait qu'elle présentait des périodes de dépression en rapport toujours avec cet espèce d'état anxieux. « Je ne vois plus où je suis, disait-elle, me voilà encore partie. Je ne pense pas ; on dirait que j'ai un dégoût de tout, une lassitude et je vais rester ainsi une journée entière comme si j'étais dégoûtée de la vie. A certains moments, c'est comme si j'occupais la place d'une autre personne, je ne me retrouve plus ce que j'étais, je me cherche, on dirait que tout mon être est dominé par unc volonté extérieure qui me tient. Pourtant quand je vous parle, me disait-elle, ma volonté, mon intelligence, ma mémoire me paraissent intactes ».

Elle s'inquiète également de toutes sortes d'impressions dont elle ne se rend pas bien compte. « Hier, nous disait-elle, tout d'un coup, j'ai eu l'impression d'interpeller une personne, alors qu'on m'a dit que j'étais muette et calme ! Etait-ce un souvenir ? »

Interrogée sur ses idées d'influence, sur les suggestions auxquelles elle s'était dite en butte, elle nous déclare : « Mais oui, certainement, on agissait sur moi, on me faisait faire des voyages inutiles en autobus ». On lui faisait voir les choses à l'avance, on lui faisait revivre des années antérieures. « J'ai été suggestionnée toute ma vie, j'en suis sûre ».

Un peu plus tard, en septembre 1931, dans un nouvel interrogatoire, elle nous disait : « En l'espace de quelques instants, je passe de chez moi ici, de mon existence antérieure à l'existence que je mène ici. Suis-je chez moi ? ou suis-je ici ? Il me sembla qu'il faut que je répète en moi-même tout ce que les personnes qui sont autour de moi disent. Je prends aussi les gestes des personnes qui m'entourent. Je n'ai pas ma voix, je n'ai pas mes gestes ; j'ai un carnet de toutes les personnes, il y a des malades qui ne sont pas encore ici il me semble que j'ai lu tout leur dossier. »

Elle revient constamment sur cette idée « on agit sur moi, c'est bizarre, je ne suis plus maîtresse de moi-même, on m'a fait incarner un certain nombre de personnes ».

Enfin, en novembre 1931 nous assistâmes à la crise qui fortifia votre conviction que nous étions en face d'une personne atteinte d'épilepsie psychique incontestable.

Ce jour-là nous nous entretenions au lit de cette malade avec elle. La conversation s'engagea fort aimablement sur divers sujets, quand tout d'un coup nous vîmes la malade pâlir et entrer dans un état de fureur croissante et interpeller violemment la surveillante en termes grossiers, avec un tremblement dans la voix véritablement impressionnant. Dans ce flot de paroles assez incohérentes, on distinguait qu'elle accusait la surveillante d'exciter les malades ; elle s'empara même brusquement de deux chiffons qui étaient dans sa table de nuit et s'écria. « Voilà ce qu'on m'a apporté, c'est une honte ! » Mais qui vous l'a apporté ? demandions-nous. « C'est indigne ! C'est indigne ! est-ce que ça n'est pas une folle qui a pu m'apporter ces chiffons ! » En présence de cette scène de violence, nous jugeâmes bon de nous retirer, mais le lendemain nous lui demandâmes ce qui avait motivé cet accès de violence à l'égard de la surveillante avec qui elle s'était toujours très bien entendue. » Je ne comprend pas, nous dit-elle, ce que vous voulez me dire je ne vois aucune raison qui ait pu provoquer cette fureur dont vous me parlez ; je ne suis jamais en colère habituellement et je n'ai aucune raison d'en vouloir à la surveillante, je ne sais pas, je ne comprend pas, je ne sais pas ce qui a pu se passer, c'est extraordinaire. Cependant, il me semble bien, en effet, que j'ai été furieuse mais c'est comme si j'avais eu un souvenir, comme si j'avais vu ma concierge et un gros chien, où ? je ne me souviens plus très bien, je n'ai vu qu'imparfaitement les vitres de la boutique où cela devait se passer. Oui, dit-elle, je croyais que c'était ma concierge, c'est bien cela, j'ai vu le coin de mon magasin, les pattes d'un chien, mais tout cela je ne vois pas

à quoi le rapporter ; d'autre part, il est possible que j'aie été irritée ces jours-ci parce que la malade qui est en face de moi m'a agacée souvent... ».

Nous lui demandâmes si, quand elle était chez elle, elle était souvent en colère. « Ce n'est pas mon caractère. répond-elle, cependant je me souviens qu'on m'a dit quelquefois que j'avais l'air de ne pas y être à certains moments, que je restais comme figée, puis tout d'un coup je me mettais en colère, alors on me rappelait plus tard cette crise de fureur, comme celle dont vous me parlez et je ne sais pas pourquoi ».

Interrogée sur le souvenir qu'elle peut avoir du début de ces crises coléreuses, elle répond : « Oh ! je crois que c'est depuis très longtemps, mais ces colères si on ne me les rappelait pas je ne m'en souviendrais pas ».

Questionnée sur la possibilité de perte de connaissance, de vertiges, de syncopes, elle reconnaît qu'elle avait l'impression de tomber souvent de sa hauteur : « J'entendais alors des voix, comme si j'avais l'impression de mourir, le sang me coulait dans la tête ». Interrogée sur la possibilité de phénomènes caractéristiques de l'épilepsie, elle affirme n'avoir jamais eu d'urination nocturne au lit, ne s'être jamais mordu la langue ; toutefois, il lui serait arrivé quelquefois, au réveil de se sentir un peu perdue, le matin, pendant quelque temps.

Quelques jours plus tard, nous lui parlions encore de ses accès de colère : « J'avais des accès de colère comme ça de temps en temps, mais maintenant c'est fini, je vais bien, je n'ai plus de colères ». Néanmoins, en février 1932, elle eut encore, lors de la visite, une colère subite au cours de laquelle elle s'en prit au chef de clinique, elle déclara brusquement : « Je vais sortir, ma place n'est pas ici ». Elle dit au chef de clinique qu'elle « aurait sa peau », se montrait menaçante, très pâle, puis cet état cessa brusquement. Une demi-heure après, comme on lui demandait pourquoi elle en avait ainsi après le chef de clinique, elle déclare qu'elle ne se rappelle plus. De même, elle avait fait allusion, au cours d'une de ces crises de colère, à un médecin, le Docteur P..., qu'elle accusait de vouloir la tuer. Elle déclare qu'il y a une confusion dans ses souvenirs, qu'elle ne se rappelle pas du tout comment elle a pu faire allusion à ce médecin qu'elle a peut-être vu une fois, mais dont elle ne se souvient pas.

Interrogée sur son comportement général autrefois, elle déclare que depuis plusieurs années, elle avait l'impression d'avoir perdu la direction d'elle-même : « Il me semble que toutes les années déjà depuis longtemps, ont passé vite, je ne me rappelle plus de ce qui s'est passé dans mon commerce, tout cela a marché avec une rapidité. J'étais sans défiance, je n'avais pas l'intention d'acheter un magasin. Je ne sais pas pourquoi j'achetais, sans savoir, j'avais souvent le désir d'acheter, je ne sais pourquoi, c'était plus fort que moi, quand j'ai signé l'acte de vente, j'étais presque évanouie. Je ne pouvais plus prendre de repos, je ne comprends pas comment je me suis trouvée dans ce magasin ; quand j'en pris possession, je regardais les armoires, j'étais comme une mécanique, je ne me souviens même plus à qui je l'ai cédé en 1928. Il s'est passé des années dans ma vie dont je ne puis me souvenir. Vous me direz que j'ai tout un imbroglio d'années, mais j'ai cherché toute ma vie où j'étais ».

Enfin, tout dernièrement, elle revenait encore sur ses idées bizarres qu'on a qualifiées de mégalo-maniaques. Autrefois, nous dit-elle, elle a eu l'impression qu'elle a dû être une grande dame, qu'elle avait l'allure d'une femme du monde, elle est sûre qu'elle a eu ce sentiment de dédoublement de sa personnalité : « Je me plaisais dans la personnalité de ma fille, que je revêtais en quelque sorte, j'ai même eu la crainte dans un temps, d'être poussée à m'habiller en petite fille, tellement j'étais convaincue de ce changement dans ma personnalité. C'est ainsi qu'à d'autres moments, j'ai pu prendre la personnalité de ma concierge. J'ai été pendant des années ainsi à avoir le double de la personnalité des autres et, moi-même, je ne vivais pas ma personnalité. J'ai souffert beaucoup de cette condition psychique ! On ne peut pas savoir ce que j'ai pu souffrir, aussi, ai-je été quelquefois portée à attaquer les gens sans que je sache pourquoi, en raison de cette angoisse.

***

Il conviendrait maintenant de rechercher si les manifestations délirantes que nous avons rapidement résumées peuvent être considérées chez ces malades comme des manifestations de l'épilepsie elle-même ou si elles ne sont pas des états psychopathiques surajoutés survenant chez des épileptiques comme on pourrait observer chez d'autres personnes.

La manifestation délirante chez la première malade revêt des caractères spéciaux quoi qu'elle ne soit qu'ébauchée. Cette femme a eu quelques crises dont la nature épileptique n'est pas douteuse, mais elle a eu aussi, sous nos yeux, des crises que nous avons été amenés peu à peu après quelque hésitation à regarder comme hystériques. L'état dépressif avec orientation vers le suicide prend chez elle un caractère véritablement sthénique et une rigidité si impressionnante qu'on ne peut s'empêcher de penser que l'on trouve là le reflet de cette mentalité épileptique dont nous avons exposé les caractères un peu plus haut.

Il ne faudrait donc pas, en raison de l'apparition théâtrale de certaines crises, négliger les tendances délirantes mélancoliques de cette personne, car sa constitution épileptoïde apporte un élément de rigidité à sa conviction délirante qui peut être l'origine de réactions réellement dangereuses.

Le syndrome de persécution aurait pu être considéré chez notre second malade, en raison des vagues hallucinations auditives et des interprétations délirantes qu'il énonçait, comme un fait banal, survenant chez un individu ayant des crises rares, et en apparence, idées délirantes indépendantes de sa comitialité.

Ce qui nous a frappé toutefois dans l'étude de ce cas c'est que l'état délirant ne paraissait s'établir nettement que certains jours et notamment lorsque cet homme déclarait lui-même qu'il avait eu « une nuit fatigante ».C'est alors qu'il se déclarait particulièrement poursuivi par ses idées de persécution ; il se plaignait à l'entourage des ennuis qu'il éprouvait et il en accusait certains éléments de l'ambiance. De plus, nous étions frappés de la variabilité du thème délirant suivant les conditions du moment comme si à la suite du sommeil, des éléments post-oniriques prenaient, pendant l'état de veille, une importance particulière qui conduisait le malade à rechercher l'origine de cet état de malaise. En un mot, il apparaissait que le rêve à caractère pénible aurait entraîné au réveil un état délirant.

Pour démontrer que le délire avait les caractères d'une manifestation épileptique, il fallait admettre que le rêve lui-même eût pris la forme d'un équivalent psychique. Or, il n'a jamais été fait état jusqu'à présent d'équivalents de cette sorte se produisant pendant le sommeil, alors qu'on connaît les crises convulsives nocturnes plus ou moins violentes et même des faits d'automatique ambulatoire pendant le sommeil qui avaient la valeur de manifestations comitiales. S'il existait des équivalents psychiques pendant le sommeil, la manifestation délirante consécutive aurait alors la même valeur que ces troubles psychiques qu'on voit survenir, à l'état de veille, à la suite de crises convulsives, ou des équivalents épileptiques divers.

Mais comment convenait-il de rechercher l'existence de ces équivalents épileptiques oniriques ? Tout d'abord, nous avons été frappé des déclarations du malade qui fait parfaitement la distinction entre les rêves banaux qu'il a de temps en temps et ceux qui produisent ce qu'il appelle

◆◆◆

« les nuits fatigantes », à la suite desquelles il se sent déprimé, mal à son aise et où l'on constate cette activité délirante variable, laquelle est passagère et disparaît certains autres jours. La mère du malade interrogée nous a déclaré, entre autres détails, qu'il lui disait souvent autrefois, que pendant son sommeil, il lui arrivait d'éprouver un grand frisson nerveux des pieds à la gorge et qu'il accusait certaines personnes d'en être cause.

Enfin, depuis que ce malade est dans notre service si nous n'avons pas constaté de crises convulsives nous avons observé au moins nettement une fois un vertige avec état confusionnel par la suite. Nous pouvons donc penser que si le *rêve n'entraîne pas toujours des troubles psychopathiques par la suite, c'est que ce sont certains rêves seulement qui ont le caractère d'équivalents épileptiques.* Ces derniers laisseraient alors à leur suite, l'état délirant passager que l'on voit si souvent à l'occasion de toutes les manifestations comitiales convulsives ou psychiques.

L'irruption dans l'état de veille, de manifestations délirantes en rapport avec une forme en quelque sorte *subcontinue* d'épilepsie psychique apparaît surtout chez la troisième malade.

Il s'agit d'une femme ayant toujours eu les caractères de la constitution épileptoïde déjà bien avant l'apparition des premiers équivalents psychiques plus ou moins frustes. C'était une personne qui, de longue date, manifestait un caractère difficile, autoritaire, ayant des réactions coléreuses violentes et chez qui les phénomènes délirants se constituèrent très progressivement, sans systématisation nette. Il se manifestèrent d'une façon variable à base tantôt pseudo-hallucinatoire, tantôt interprétative. Mais ce qui domina surtout le tableau clinique ce furent les troubles de la personnalité, le sentiment d'incomplétude, de rupture avec la réalité engendrant des réactions anxieuses des plus pénibles qui provoquaient chaque fois, soit des troubles de l'humeur et du caractère, soit des propos délirants.

Cette symptomatologie ainsi limitée aurait pu être interprétée comme l'expression d'un simple état psychasténique d'autant plus que cette personne se plaignait de plus en plus d'une impression telle de « déjà vu, de déjà entendu » qu'elle avançait continuellement des propos concernant une substitution de sa personnalité, phénomènes qui, s'ils ont été surtout observés dans la psychasténie, ont été également décrits nettement dans l'épilepsie.

On conçoit que vivant continuellement sous l'influence de ces sentiments pénibles, cette personne ait éprouvé une recrudescence de son anxiété, qu'elle ait éprouvé à certains moments un véritable état phobique dont elle était naturellement portée à chercher l'explication dans une cause extérieure. Ceci indique qu'elle devait être amenée à se demander si on la dirigeait, si on la suggestionnait. Elle avait l'impression qu'on lui faisait revivre des existences passées, qu'on lui faisait adopter d'autres personnalités. Cette conception délirante ne pouvait-elle pas être la conséquence logique du trouble mental ou du trouble cénesthésique que pouvaient provoquer les équivalents psychiques répétés ? Ne traduisait-elle pas l'affollement qu'elle ressentait en présence des difficultés de la prise de contact avec son moi ? Fallait-il, au contraire, considérer que ce syndrome d'action extérieure n'était qu'une manifestation banale délirante compliquant un simple état psychasthénique ?

Tel était le problème qui devait être posé quand nous fûmes éclairés par la constation de cette crise soudaine d'excitation coléreuse que nous avons observée, qui n'était pas justifiée d'aucune façon, qui contrastait avec le comportement antérieur de la malade, et s'accompagnait de pâleur, de tremblement. Nous fûmes complètement fixés quand cette personne nous déclara qu'elle n'avait conservé aucun souvenir de cette scène dont l'exposé la laissa absolument surprise.

Il fallu donc bien admettre qu'il s'agissait d'un trouble profond à caractère soudain et brutal de la personnalité, d'autant plus qu'en analysant de plus près avec la malade ce qui avait pu se passer à ce moment, il apparut que cette femme avait pu être alors sous l'influence passagère des rapports désagréables qu'elle entretenait avec une voisine de chambre, qu'elle avait pu dans un état d'inconscience exagérer les colloques violents qu'elle avait eus avec cette voisine et que la représentation de cette scène pénible avait pu provoquer son attitude étrange.

Nous avons donc été amené à penser que ce qui domine de beaucoup dans la perturbation mentale observée chez cette malade, c'est l'existence d'une série d'équivalents psychiques présentant toutes sortes de formes dégradées depuis le vertige avec automatisme verbal alimenté par des souvenirs désordonnés, jusqu'à des impressions élémentaires simples de « déjà vu », et que d'autre part, les attitudes d'apparence délirante surtout hallucinatoire ou pseudo-interprétative, seraient plus particulièrement en rapport avec l'anxiété que laissent, chez cette femme, ces équivalents psychiques cette perte de contact angoissante avec la réalité, dont elle cherche logiquement l'explication dans des interventions extérieures.

Ces perturbations pénibles et profondes de sa personnalité qu'elle exprime lorsqu'elle parle de substitution de personnes, de création de vie imaginaire, de décalage d'existence, expressions de l'état comitial, sont bien faites pour susciter les interprétations qu'on qualifiera évidemment de délirantes si on ne sait pas qu'elles répondent à un trouble fonctionnel du réel.

Ce qui nous confirme dans l'idée que ces manifestations délirantes ne sont que la suite du trouble profond apporté dans la personnalité par la manifestation épileptique brutale, c'est que depuis que cette personne est au calme à l'asile soustraite à toute cause d'excitation et surtout depuis qu'à la faveur de la révélation de l'état épileptique un traitement approprié a été institué, ses idées délirantes ont à peu près complètement disparu ; elles ne sont l'expression, en quelque sorte, que d'un état psychopathique lointain et critiqué ; elle se ressaisit peu à peu et son comportement apparaît de plus en plus normal mais elle conserve toutefois un caractère assez difficile.

Nous conclurons donc, sans pouvoir rentrer dans de plus longs détails que le cadre des manifestations psychiques de l'épilepsie peut être encore plus étendu qu'on ne le pense généralement. Les faits que nous avons rapportés tendraient à prouver : 1° que l'épilepsie se surajoutant à l'hystérie, crée une forme d'hystéro-épilepsie dans laquelle les phénomènes épileptiques prédominant donnent à la maladie un caractère sthénique entraînant une conviction délirante, particulièrement enracinée, cédant difficilement aux suggestions et à la thérapeutique du pithiatisme, et portant par là même la signature du caractère épileptique.

2° Certaines manifestations délirantes chez un épileptique paraissent pouvoir se développer comme l'expression d'un état post-onirique relevant d'équivalents psychiques survenant dans le sommeil.

3° D'autres manifestations délirantes paraissent être consécutives à des équivalents psychiques diurnes plus ou moins frustes et répétés, engendrant des troubles profonds de la personnalité et notamment des pertes de contact sans cesse renouvelées avec l'ambiance. L'anxiété causée par ces conditions pénibles et notamment l'intrication de réminiscences de toutes sortes à la condition présente et sans lien avec celle-ci, doit pouvoir provoquer facilement, chez un sujet à constitution épileptoïde, l'éclosion d'idées délirantes polymorphes à base pseudo-hallucinatoire ou interprétative, entraînant les réactions particulièrement sthéniques propres à l'épileptique et dans lesquelles le malade croit trouver l'explication de sa souffrance morale.


PILULES
DU Dr. DEBOUZY
OPOTHERAPIE
BILIAIRE
INTÉGRALE
INSUFFISANCE
HÉPATIQUE
LITHIASE BILIAIRE
ICTÈRES
CONSTIPATION
DIABÈTE
TUBERCULOSE
ENTÉROCOLITE
4 à 8 PILULES PAR JOUR
efficaces et toujours bien tolérées
0 gr. 30 d'extrait de bile totale
environ 3 gr. de bile fraîche par pilule
LABORATOIRES LONGUET
34, RUE SEDAINE - PARIS
de 100 Pilu

ACTUALITÉS

Considérations sur l'état actuel de la question des hormones sexuelles des testicules

Par le Docteur **M. SCHACHTER** (Bucarest)

L'influence des sécrétions internes des testicules sur l'organisme, a déjà été connue par le savant allemand Berthold (Gottingue) qui, en 1849, a fait des expériences sur le coq ; il extirpa tantôt un ou les deux testicules et a fait ensuite des implantations intra-abdominales des testicules chez les mêmes sujets. Il a pu ainsi se rendre compte que même après leur transplantation, les testicules influençaient encore les caractères secondaires des animaux d'expérience (l'influence sur la croissance de la crête du coq a été la plus évidente). Berthold a conclu de cette façon ses observations: l'influence des glandes qu'il avait transplantées (greffées dirons-nous aujourd'hui) se ferait par la voie du sang, qui chargé des principes encore inconnus, les distribuerait aux organes (Professeurs W. Schœller et M. Gehrke). Cette assertion qui contenait en essence la doctrine de la sécrétion endocrine des glandes sexuelles, passa (il fallait s'y attendre) tout à fait inaperçue, de même que les relations faites devant l'Académie de Paris, par le célèbre physiologiste Brown-Séquard, qui en 1889, parla des effets obtenus personnellement, avec des extraits glycérinés de testicule. Ces idées venaient un peu trop tôt. Mais la semence jetée ne fut pas vaine. En effet, en 1911, un biologiste, Pezard, a repris la question et dans ses travaux, il a pu montrer l'influence qu'exercent les testicules implantés sur certaines manifestations sexuelles secondaires, comme la croissance du panache et de la crête chez des chapons. Pezard a aussi démontré la présence de l'hormone sexuelle mâle, dans le sang des coqs, en prenant des chapons comme test. C'est-à-dire qu'en injectant le sang aux chapons, il a pu avoir une influence sur la croissance de leur crête. Nous reviendrons plus tard sur ce test.

En 1912, Steinach a insisté lui aussi sur la même question et a pu montrer comment sont influencés les glandes accessoires et les caractères sexuels secondaires par la castration ; il a montré aussi que ces modifications peuvent être empêchées par des implantations de glandes.

Ce qui intéresse au point de vue pratique, c'est que toutes les recherches qui ont mis en évidence l'existence d'une sécrétion interne des testicules ont abouti à la tendance de préparer des extraits de testicule. C'est de cette façon qu'on peut mieux étudier expérimentalement d'abord et cliniquement dans la suite, le ou les effets de ces extraits glandulaires sur l'organisme humain.

L'étude expérimentale, avec des extraits de testicule sur des rats, a montré au Professeur G. Péritz (Berlin), des choses intéressantes qui méritent une brève exposition. Il a pu montrer que l'influence nette des testicules, qui fonctionnent normalement sur le métabolisme des sucres devient encore plus évidente quand ces animaux nourris d'extraits testiculaires, sont castrés ; en effet, chez ces animaux avant de leur donner des extraits glandulaires (testiculaires en espèce) on observe une chute nette du pouvoir assimilateur des hydrates de carbone, pouvoir que l'organothérapie en discussion, rétablit vite.

Ceci démontre aux yeux de Péritz que l'extrait glandulaire de testicule possède une substance qui est capable d'influencer le métabolisme des sucres ; le manque de cette substance donne chez les animaux castrés, une chute du pouvoir assimilateur des sucres. L'influence des extraits testiculaires sur le métabolisme sucré a été aussi remarquée par mon maître, M. le Professeur L. Cornil (de Marseille) et son élève L. Jochum. Ces auteurs ont remarqué que des diabétiques traités (pour asthénie génitale) avec des extraits spermatogénétiques montrent une amélioration de leur glycosurie et même de leur polyurie. Sans insister sur des interprétations pathogéniques, les auteurs suggèrent les relations existantes entre le testicule et le système pancréatique, d'un côté, et le testicule et l'hypophyse de l'autre. Dans un travail ultérieur, M. le Professeur Etienne (de Nancy), (avec les auteurs cités plus haut), a montré aussi que l'influence de ces extraits peut s'étendre aussi sur la sécrétion et excrétion urinaire et uréique, qui sont, les deux, augmentées pendant l'administration de ces extraits spermatogénétiques.

Remarquons que cette mauvaise assimilation des sucres ne s'accompagne pas d'une modification du métabolisme basal ; on explique ainsi l'obésité des castrés (en clinique humaine : eunuques ou eunuchoïdes) qui n'est pas due qu'à une mauvaise utilisation des hydrates de carbone ; le sucre en excès étant transformé en graisse.

En dehors de cette influence sur le métabolisme des sucres, des observations ont montré une influence nette se manifestant par une augmentation du volume des testicules (chez les animaux et chez l'homme) (G. Péritz). Disons ici que certains animaux, au lieu d'avoir une augmentation du volume de leurs testicules, avaient, au contraire, une diminution du volume des mêmes glandes. Ces résultats, contradictoires en apparence, furent expliqués, grâce aux examens histologiques, qui montrèrent au collaborateur de Péritz, le Docteur Amson, que ces testicules en apparence petits, présentent des phénomènes de spermatogénèse très manifestes. On pourrait donc dire que l'extrait testiculaire contient deux substances agissant soit sur la spermatogénèse soit sur la croissance du testicule. Péritz a pu se convaincre que l'extrait testiculaire pouvait influencer la sénilité. En effet deux souris séniles, avec une peau rude, et qui ne s'intéressaient plus depuis beaucoup de temps aux femelles, avec lesquelles ils étaient ensemble, changèrent du moment qu'on leur administra des extraits testiculaires. Ils couvrirent, quatre semaines après le début du traitement, ces femelles qui mirent bas, l'une six mois, l'autre sept mois plus tard, des petits bien portants ; la peau des souris changea aussi, devenant moins rude ; de même l'allure des souris est devenue aussi plus virile.

Des observations cliniques faites par Péritz, parlent en faveur de la même influence des extraits testiculaires sur l'organisme humain. Cet auteur a fait ses observations sur trois eunuchoïdes. L'administration d'extrait testiculaire a eu comme résultat une croissance manifeste des testicules et du pénis en même temps. « Dans les trois cas le pénis, qui à la première observation clinique, avait à peine 2-2 cm. 1/2, a atteint dans la suite, la grandeur normale ; parfois la croissance du pénis précéda celle des testicules » (Péritz). Dans les trois cas, les caractères sexuels secondaires se développèrent en même temps : on a pu remarquer que ces caractères sexuels secondaires se manifestèrent dans les cas 1 et 3 avant la croissance manifeste des testicules. Dans le cas 2, les deux processus se firent en même temps, c'est-à-dire parallèlement. Cela ne doit pas nous étonner, car l'on sait que les recherches de Gallagher, Lowe, Vosse et de Laqueur, etc., ont montré que les testicules ont une hormone qui influence le développement des caractères sexuels secondaires. Disons ici, que les trois cas cités ont montré une influence nette sur le métabolisme des hydrates de carbone, après l'administration des extraits testiculaires.

L'influence des glandes sexuelles sur l'organisme hu-

main est beaucoup plus évidente quand on fait des greffes sous-cutanées de testicules. En effet, on a pu montrer que la greffe testiculaire, chez des hommes avec des glandes à fonctionnement déficient, stimule l'augmentation des testicules propres. Ceci justifie Péritz de conclure que : « dans le testicule il y a une substance qui conditionne ou qui influence la croissance du testicule ». Peut-être la croissance des glandes sexuelles est-elle un phénomène secondaire, car il semble que c'est l'hormone pré-hypophysaire qui stimule la croissance de ces glandes. En effet, les recherches de Long et Evans, Smith, Zondek et Ascheim, ont montré que le lobe antérieur de l'hypophyse possède une hormone influençant la maturation folliculaire, mais, ajoute le Professeur Péritz, «cette hormone influence moins fortement les testicules».

Les travaux récents se sont dirigés plutôt vers l'isolement possible de l'hormone testiculaire. Ceci se comprend du fait que seulement une préparation chimiquement et pharmacologiquement pure, peut être maniée avec plus de certitude et aussi plus de succès.

En 1927, le Professeur Koch et Mc Gee (de Chicago) ont réussi à isoler des testicules de taureau, une substance qui injectée au chapon, par voie sous-cutanée stimule la croissance de la crête de ces sujets d'expérience. Ces préparations ont permis de lutter avec succès contre les troubles causés par la castration (chez l'animal) ; si l'on injecte ces extraits à des animaux prépubères, on peut voir que les autres glandes accessoires entrent en maturité.

Dernièrement, des progrès plus intéressants, ont pu être réalisés, dans la même voie de la recherche des hormones sexuelles testiculaires. En effet, les recherches de C. Funck ont montré que, contrairement aux idées régnantes, qui avaient comme base le fait que les substances actives des testicules ne se trouvent nulle part dans l'organisme que dans ces glandes, le rein semble aussi être un éliminateur des hormones sexuelles testiculaires. Les recherches se dirigèrent du côté de l'obtention par voie chimique des hormones contenues dans l'urine des hommes adultes. La voie suivie n'a rien d'étonnant, car ainsi que le dit avec raison C. Funck : «It seemed logical to conclude that since the male hormone is in the blood (chose démontrée déjà par Pézard) it would probably also be found in the urine ». En effet, ces auteurs ont pris les hormones obtenues chimiquement des urines des hommes adultes, et c'est sur ce matériel qu'ils ont fait les recherches dont nous dirons plus loin quelques mots.

La même voie de l'obtention chimiquement pure des hormones testiculaires par le traitement des urines humaines avec des procédés assez compliqués, fut suivie aussi par W. Schœller et M. Gehrke, mais ces auteurs affirment qu'on est encore loin d'avoir une préparation purifiée au point de vue chimique. En 1931, A. Butenandt de Göttingue, a rapporté avoir obtenu à l'état pur et cristallisé, la substance en cause ; ceci à partir des urines. Cette seule réussite demande encore des recherches de vérification. Mais la signification de ces recherches est à coup sûr plus importante ; c'est qu'on est sur la voie de découvertes très utiles.

En étudiant l'efficacité des hormones obtenues par voie urinaire, on a pu se convaincre que leur pouvoir physiologique égale celui des hormones testiculaires. En effet, chez les souris-enfants et castrés, on observe une croissance du pénis, de la prostate et des vésicules séminales ; le volume des organes cités égale celui des animaux adultes. Les glandes accessoires des animaux castrés depuis un certain temps, se régénèrent aussi, en reprenant leur grandeur normale. La crête du chapon est influencée de façon évidente et rapide ; la circulation des endroits découverts est beaucoup accentuée. L'interruption de l'administration des hormones ramène les organes à la grandeur que l'on voit chez les animaux castrés.

En ce qui concerne les applications en clinique humaine des hormones sexuelles extraites des urines, les recherches sont encore au début. « Basées sur des recherches expérimentales, il faut tenir compte du fait qu'il s'agit seulement d'une thérapeutique de substitution et non d'une thérapeutique de restitution ; il faut se garder de vouloir appliquer cette hormone comme un aphrodisiaque. Si cette hormone agit en augmentant l'appétence et l'appétit sexuel (chez des hommes avec un sens génital déficient ou presque) cet effet doit être considéré comme secondaire ». (W. Schœller et M. Gehrke). En effet, c'est par suite de la régénération fonctionnelle des autres glandes accessoires, que le sujet sentira une augmentation des forces, de son sentiment de vitalité. Donc cette hormone agit plutôt en rétablissant « l'harmonie glandulaire » interrompue par le manque de sécrétion testiculaire. Disons encore pour être complet, que ces hormones sexuelles agissent indépendamment du sexe de l'animal auquel on injecte ces hormones ; ainsi par exemple si l'on injecte ces hormones chez des poules, on peut voir aussi une croissance nette de leur crête. Plus encore, Juhn, d'Amour, Womack, ont montré que l'administration simultanée ou successive des hormones des deux sexes, à des chapons, ne démontre pas l'existence d'un antagonisme évident entre les deux hormones sexuelles : « There are no indications of an antagonisme between the chemically prepared sex hormones with the preparations used in the adult chapon, neither is there an intensification of the action of one hormone in the presence of the other ». (Juhn, etc.).

Avant de terminer, disons encore quelques mots sur les méthodes utilisées pour constater expérimentalement l'existence et la valeur de l'hormone sexuelle mâle, qui se trouve dans une préparation ou dans l'extrait hormonal gagné chimiquement, à partir de l'urine.

Ces méthodes ont leur raison d'être, car nous ne possédons pas actuellement une « préparation standard » des hormones testiculaires, et par conséquent nous ne savons pas apprécier objectivement la valeur des hormones administrées. Les méthodes employées sont basées sur des faits, histologiques ou physiologiques. Chaque auteur a recours soit à l'une, soit à l'autre des méthodes ou « tests ».

1) Test histologique : Lœwe et ses collaborateurs, se basant sur la croissance des vésicules séminales des souris castrées, après l'administration des hormones sexuelles (Steinach) cherchent les modifications histologiques épithéliales qui se produisent dans ces vésicules. La croissance débute avec ces modifications, et c'est justement ceci qui forme le « test » dit de la régénération cytologique. Cette réaction se voit déjà 54 heures après la seule injection d'hormones (Voss et Lœwe).

2) Tests physiologiques : Ces tests varient beaucoup suivant les auteurs. Ainsi la « cock-unit » de C. Funk représente la quantité d'hormone mâle qui injectée pendant 10 jours, augmente de 10 mm. la crête et les pendants (barbes) des chapons.

En Allemagne, le Professeur W. Schœller et M. Gehrke, tout en ayant recours au même test de la crête, ont une autre mesure, exprimant l'unité. Ils désignent comme unité (Kammeinheit-K.E.) la quantité de préparation qui injectée deux fois à intervalle de 24 heures (à au moins 3 chapons du même poids) donne une croissance de surface de la crête, d'environ 20 %. (L'appréciation de cette croissance se fait avec la méthode photométrique décrite par Laqueur et ses collaborateurs).

En étudiant l'urine des hommes adultes, au point de vue de leur contenu en hormones testiculaires, grâce aux méthodes de test indiquées plus haut, Schœller et Gehrke arrivent à la conclusion qu'un litre d'urine, donne 4-6 unités (K. E.) environ ; avec la méthode de C. Funck, on a pu montrer qu'un litre d'urine contient environ 10 unités, « cock-unit ».

Conclusions. — Nous sommes loin d'avoir dans ces hor-

BIBLIOGRAPHIE

Maladie du système nerveux, par le Prof. H. CLAUDE. Deuxième édition. Deux volumes, *in* Bibliothèque Carnot et Rathery. Baillière, Paris.

Cette seconde édition n'est pas seulement caractérisée par l'adjonction de renseignements récents ; ceci, du reste, suffirait à maintenir l'intérêt de ce véritable traité, clairement présenté, sobrement écrit, où le médecin, spécialiste ou non, trouve aisément l'exposé d'ensemble ou le détail précis qu'il cherche.

Il est impossible de signaler ici tous les chapitres, complètement remaniés qui apportent une révision actuelle, sur des sujets plus ou moins bien connus, sans cesse à l'ordre du jour. C'est ainsi que les syndromes striés, de connaissance récente, font l'objet d'une étude d'ensemble à laquelle sont adjoints la maladie de Parkinson, la rigidité de décérébration, les spasmes de torsion.

On trouvera également des renseignements détaillés sur l'encéphalite épidémique, ses formes et ses séquelles.

Toute la part des méthodes nouvelles d'exploration et de diagnostic dans les tumeurs cérébrales et médullaires, avec les précieuses applications neuro-chirurgicales, est utilement développée.

L'état actuel de nos connaissances sur la pathologie du système endocrino-sympathique se trouve présenté avec une abondante documentation associée à l'esprit critique le plus prudent.

On trouvera, en particulier, d'intéressantes précisions sur les divers tests proposés et sur les épreuves pharmacodynamiques destinés à en inventorier expérimentalement les aptitudes réactionnelles. La grande expérience et l'esprit averti de l'auteur rappellent, du reste, dans quelles limites il est sage de tenir compte de leurs réponses.

Le rapport des troubles neuro-végétatifs et glandulaires avec des manifestations cliniques si diverses constitue un véritable plan d'étude et de documentation pour la neurologie contemporaine. Celle-ci, cherche plus avant que la méthode anatomo-clinique, qui a fait merveille au XIX[e] siècle mais paraît avoir donné à peu près tout ce qu'elle pouvait, au moins avec les techniques connues.

La neurologie, maintenant, ne peut plus se satisfaire de la seule recherche des altérations matérielles, si finement poussée qu'elle soit. Au delà de l'étude des lésions, elle tente de discerner des troubles moins matériellement organisés, mais aussi réels et objectifs, portant sur les fonctions et leur fonctionnement.

Cette méthode qui tient compte de modifications dynamiques (autant que des anatomiques) trouve devant elle une voie certainement pleine de richesses scientifiques. L'exposé du Prof. H. Claude, de la vision actuelle des névroses vaso-motrices et psycho-motrices, des psycho-névroses, est déjà très satisfaisant pour l'esprit. Il montre quantité de passages par où se rejoignent et se confondent les territoires de la neurologie et de la psychiatrie.

Par transition, depuis certaines névroses à déterminisme essentiellement somatique, comme la migraine, l'acrocyanose, l'acrodynie (dont on trouve ici le premier exposé didactique), en passant par les névroses, psycho-motrices : les tics, les crampes fonctionnelles, où intervient une composante mentale plus importante, on arrive aux psycho-névroses « modifications physio-pathologiques non lésionnelles, mais simplement dynamique ».

Leur seule analyse vaudrait un développement particulier. Poursuivant depuis plus de 25 ans leur étude méthodique, le Prof. H. Claude donne une vue générale de cette question, à l'heure actuelle.

Tout spécialement, sa description et sa conception de l'hystérie, dans une note personnelle, tout à la fois éclectique et réservée, présente le plus haut intérêt. Cette question, peut-être un peu trop négligée et oubliée, semble-t-il, depuis quelque temps, mérite une nouvelle mise au point dont la publication présente peut fournir la base solide. Elle ne manquera pas d'intéresser vivement ceux qui voudront l'examiner objectivement, s'appuyant sur les faits, sans idée préformée.

Les maîtres de la sensibilité française au XVIII[e] siècle (1715-1789), par M. Pierre TRAHARD. T. II. Nivelle de la Chaussée, Vauvenargues, Diderot, Duclos. 1 vol. Prix : 30 francs. Le tome III : J.-J. Rousseau, Mlle de Lespinasse et le tome IV : Bernardin de Saint-Pierre, Resti de la Bretonne, Choderlos de Laclos, sortiront au cours de l'année 1932-33 Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Cet ouvrage s'adresse, au public le plus large. On a voulu le rendre attrayant et facile, on a évité les surcharges d'érudition.

Les lettrés, en faisant un accueil chaleureux au premier volume, ont marqué en quelle estime ils tenaient les travaux du doyen de la Faculté de Dijon.

Le Mariage, par HAVELOCK ELLIS. Edit. française, traduite par A. Van GENNEP, 2[e] édit., Paris Mercure de France, 1932, in-12, 286 pages 20 fr.

M. Havelock Ellis, de l'Association royale médico-psychologique de Grande-Bretagne, s'est attaqué, après quantité d'autres médecins, à ce sujet si délicat du mariage. Il l'a traité non pas seulement en médecin, mais aussi et surtout en historien et en psychologue.

M. Havelock Ellis souhaite que le mariage évolue dans le sens de la liberté et surtout dans le sens contraire de celui de l'ignorance. « Il y a, dit-il, beaucoup de malfaçons, physiques et psychiques, qui s'opposent au mariage, mais le pire de toutes est celle qu'on nomme Innocence. »

mones l'aide que nous donne aujourd'hui l'hormone insulinienne pancréatique, mais les résultats déjà obtenus avec les hormones testiculaires, sont encourageants et l'avenir nous réserve sur ce terrain beaucoup de surprises encore.

BIBLIOGRAPHIE

L. Cornil et L. Jochum : *C. R. Soc. Biol.*, 1926.
E. Dods, A. Greenwood, H. Allan : *Biochem. Jrl.*, 1930, vol. 24.
E. Dods, Greenwood, Gallimore : *Lancet*, 1930.
G. Etienne, L. Cornil, Jochum : *C. R. Soc. B.*, 1926.
J. Freund, de Jongh et coll. *Klin. Woch.*, 1930.
G. Funck, Harrow, Lejina : *Am. Jrl. Physiol.*, 1930, vol. 92.
M. Juhn, d'Amour, Womack : *Am. Jrl. Physiol.*, 1930, vol. 95.
S. Lœwe, Voss, Rothschild, etc. : *Biochem. Zeit.*, 1930.
S. Lœwe, Rothschild, etc. : *Klin. Woch.*, 1930.
Prof. G. Péritz : *Endokrinol.*, 1931, Bd, IX, Hft, 5.
Pézard : *C. R. Soc. de Biol.*, 1926.
W. Schœller et M. Gehrke : *Nervenarzt*, 1932, Hft. 2.
H. Voss et Lœwe : *D. med. Woch.*, 1930.

CHRONIQUE

Une théorie physico-chimique de la sexualité

C'est un problème bien troublant que celui du déterminisme sexuel et, de façon plus générale, que celui de la sexualité. Ph. Joyet-Lavergne vient d'en donner une étude suggestive que je voudrais résumer ici (1).

La question est d'importance. Par les croisements qu'elle réalise entre les individus ou les races, la sexualité permet l'apparition de qualités nouvelles en même temps qu'elle assure la transmission des caractères héréditaires.

Les manifestations superficielles des phénomènes sexuels sont diverses, mais la sexualité dans ce qu'elle comporte d'essentiel se manifeste par des phénomènes à peu près identiques chez les êtres les plus divers. Ces phénomènes aboutissent à la genèse de deux sortes de gamètes : le gamète mâle, petit, mobile, le gamète femelle, plus grand, bourré de réserves et peu mobile. La fécondation consiste en une fusion des deux gamètes, un mâle et une femelle. La cellule œuf qui résultera de cette fusion deviendra l'origine d'un nouvel être. Elle possède une puissance de multiplication assez considérable pour assurer l'édification de l'organisme futur.

Or, deux ordres de recherches nous ont apporté de précieuses données sur le problème de la sexuelle : recherches cytologiques sur le noyau des gamètes et des chromosomes, recherches physiologiques et cliniques sur les hormones sexuelles.

Au cours de la multiplication des cellules, le filament du noyau se divise en un nombre constant de chromosomes. Ce nombre est le même pour toute cellule d'une espèce déterminée, il est de 2 n. (Chez l'homme, $2\ n = 48$). Or, toujours, la cellule sexuelle possède seulement n chromosomes : on a, donc, considéré que chaque gamète avait seulement la valeur d'un demi-noyau et que la signification profonde de la fécondation était précisément la reconstitution d'un noyau cellulaire normal par la fusion des deux gamètes.

(1) Ph. Joyet-Lavergne. — *La théorie physico-chimique de la sexualité*. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris.

Par ailleurs, l'étude des figures chromosomiques a apporté des résultats qui servent de fondement à une conception générale, la théorie chromosomique de la sexualité. En étudiant la spermatogénèse de certains insectes (*locusta viridissima*), on a distingué des chromosomes qui sont liés au sexe : il y a deux espèces de spermatozoïdes, les uns à 14 et les autres à 15 chromosomes. Ce dimorphisme est propre aux gamètes mâles et n'existe pas pour les gamètes femelles. Suivant qu'un ovule se trouve fécondé par un spermatozoïde de l'un ou de l'autre type, il donnera naissance à un mâle ou à une femelle. Dans d'autres espèces et, en particulier, chez l'homme, on observe les mêmes faits.

Il existe d'autres espèces, encore, dans lesquelles les ovules sont de deux types, alors que les spermatozoïdes se trouvent être tous semblables ; le sexe, ici, dépendra de la catégorie de l'ovule fécondé.

D'autre part, les relations entre les caractères sexuels secondaires et les hormones génitales ont été nettement établies chez un grand nombre d'êtres vivants.

Ainsi, actuellement, les vues générales sur la sexualité se trouvent dominées par deux grands groupes de connaissances : connaissances du chromosome et connaissances des hormones. On ne saurait trop admirer cet ensemble de découvertes importantes.

Mais, remarque Joyet-Lavergne, des conceptions tirées exclusivement de ces connaissances ne peuvent apporter des éléments suffisants pour édifier une étude totale du problème de la sexualité. C'est à la recherche d'une formule générale qu'ont été consacrés ses travaux résumés dans le présent ouvrage.

***

Une des premières idées qui s'en dégage est que le noyau n'est pas tout dans la sexualité et qu'il faut faire une place au cytoplasme. Certes, de nombreuses années s'écouleront encore avant que, dans l'étude des caractères sexuels du cytoplasme, se trouve accumulée une masse de matériaux comparable à celle qui a été apportée par les belles études sur le noyau ou par les remarquables travaux qu'a suscités la conception hormonale.

Le hasard des recherches a amené Joyet-Lavergne à étudier la sexualité du cytoplasme dans le groupe des sporozoaires. L'organisme mâle assure la genèse des microgamètes qui ressemblent parfaitement à des spermatozoïdes, même dans les plus minimes détails de leur structure. L'organisme femelle donne des macrogamètes qui présentent des caractères généraux des ovules. Le phénomène de réduction chromatique existe chez les sporozoaires.

Dans le cytoplasme, on distingue six éléments :

1° le hyaloplasme ; 2° le chondriome ; 3° l'appareil de Golgi ; 4° le paraglycogène ; 5° les réserves albuminoïdes ; 6° les lipoïdes et les graisses.

Or, le sporozoaire, au cours de sa croissance, présente des caractères de sexualité qui apparaissent de façon plus précoce dans le cytoplasme que dans le noyau. On peut distinguer une Grégarine mâle d'une Grégarine femelle aux qualités du cytoplasme, alors qu'aucune différence ne se manifeste encore entre les noyaux des deux sexes. Quand des différences apparaissent entre les noyaux des deux sexes, elles ne sont pas plus importantes que celles qui séparent les cytoplasmes.

Voyons ces caractères.

Le hyaloplasme du mâle présente plus d'affinités colorantes que le hyaloplasme de la femelle et, d'une façon plus précise, il se montre moins réducteur que le hyaloplasme femelle.

Le chondriome du mâle est plus abondant ; il est formé d'éléments plus épais, que le chondriome de la femelle ; il présente en outre plus d'affinité pour les matières colorantes.

L'appareil de Golgi est plus abondant chez la Grégarine mâle que chez la Grégarine femelle.

Le paraglycogène est plus abondant chez la femelle.

Les réserves albuminoïdes du mâle conservent longtemps au

cours de l'évolution leurs affinités pour les colorants basiques. Les réserves femelles sont moins basophiles.

Les réserves lipoïdes sont plus abondantes dans le cytoplasme femelle et, dans ce cytoplasme au cours de l'évolution, elles se transforment en graissse. Les lipoïdes mâles ne subissent pas cette transformation.

La différence de métabolisme en rapport avec la sexualité n'est pas une qualité propre au groupe des sporozoaires.

Par exemple, chez le ver à soie, la teneur en glycogène est toujours plus grande chez les femelles et cette différence s'accentue au cours de l'évolution si bien que la femelle adulte peut renfermer neuf fois plus de glycogène que le mâle. En ce qui concerne les graisses, la différence est en faveur du mâle; mais, là encore, elle s'accentue au cours de l'évolution et le mâle adulte contient quatre fois plus de graisses que la femelle.

De même, une différence entre le nombre des globules rouges et dans la teneur en hémoglobine en faveur du sexe masculin a été constatée chez divers mammifères (homme, chien, chat, mouton, lapin, chez les poissons osseux). Des différences dans la teneur en calcium du sang ont été signalées chez les oiseaux et les poissons en faveur du sexe féminin. La valeur moyenne du poids spécifique du sérum et de la teneur en matières albuminoïdes se trouvent plus élevée chez la femme que chez l'homme. Des dosages précis ont fait apparaître une plus grande teneur en graisses dans le sexe féminin chez l'homme, les mollusques, les oiseaux, les crustacés.

Chez divers végétaux, le suc extrait des plantes mâles est plus riche en matières organiques que celui des plantes femelles; sa pression osmotique est plus forte.

***

Quand la maturité sexuelle est atteinte, deux Grégarines, un mâle et une femelle, se rapprochent et s'enkystent. A l'abri de l'enveloppe commune, constituée par les parois du kyste, chacune d'elles donnera les gamètes de son sexe. Or, à ce stade, le dimorphisme des cytoplasmes va s'accentuer.

Celui de la femelle est le siège de transformations profondes, la polarisation des réserves vers les régions centrales de la Grégarine réalise des conditions nouvelles d'équilibre qui entraînent une migration des noyaux femelles. Les noyaux mâles restent, au contraire, dans la même situation, le cytoplasme mâle ne s'étant pas modifié. Les noyaux mâles sont alors placés à la périphérie de la Grégarine ; ils ont à leur voisinage un chondriome basophile abondant, des éléments de Golgi en forme de petits arcs, également abondants, des corpuscules de paraglycogène des lipoïdes et des réserves albuminoïdes. Les noyaux femelles sont plongés dans un milieu très différent. Il comprend un chondriome oxyphile peu abondant, il y a peu d'éléments de Golgi. Les réserves sont représentées par des corpuscules de paraglycogène, des réserves lipoïdes et graisses d'assez grande taille et des réserves vitelloïdes. La différence la plus importante entre le cytoplasme mâle et le cytoplasme femelle est constituée par la présence des réserves vitelloïdes chez la femelle. Par leur taille, leur constitution chimique, leur abondance, ces masses vitelloïdes donnent au milieu cytoplasmique femelle un caractère tout à fait particulier.

Parmi les divers éléments qui les entourent, les noyaux femelles manifestent précisément une préférence pour l'élément vitelloïde si caractéristique du cytoplasme femelle. Chaque noyau s'accole bientôt à une masse vitelloïde ayant la même taille que lui et c'est cette association qui est la cause initiale de la genèse des gamètes femelles.

Rien de comparable ne peut être réalisé par le noyau mâle. Les divers éléments cytoplasmiques, à proximité de lui, sont tous à faible taille. Aucun complexe analogue à celui qui est à l'origine du gamète femelle n'est possible ici ; l'abondance des éléments de Golgi du cytoplasme mâle semble en relation avec la genèse des spermatozoïdes.

Les différences sexuelles cytoplasmiques apparaissent, donc, comme des différences véritablement primitives et fondamentales, capables de diriger l'évolution du noyau.

Il ressort de ceci la notion d'une *polarisation sexuelle* : le noyau se trouve polarisé, dans l'un ou l'autre sexe, suivant les conditions du milieu dans lequel il se trouve plongé.

***

Joyet-Lavergne a, alors, cherché à préciser les caractères sexuels physico-chimiques de l'ensemble du cytoplasme, en se limitant à étudier les caractères d'évolution des lipoïdes et graisses, puisque les lipoïdes et graisses constituent parmi les diverses réserves, celle dont l'évolution se trouve le plus profondément marquée par le sceau de la sexualité. Leur participation à la genèse des réserves vitelloïdes contribue à accentuer encore ce caractère.

C'est à des espèces végétales possédant la qualité d'être des organismes sexués rigoureusement isomorphes qu'il convenait de s'adresser. Les Prèles présentent toutes les qualités demandées.

Lorsque les sporanges d'*Equisetum arvense*, la Prèle des champs, sont mûrs, ils s'ouvrent pour laisser échapper des spores. Ces spores sont toujours semblables morphologiquement. Cependant, lorsqu'on les fait germer, on s'aperçoit que les unes donnent de petites prothalles verts de quelques millimètres qui portent des anthérozoïdes, tandis que les autres donnent en germant des prothalles verts de plus grande taille (1 à 2 centimètres) qui portent des oosphères.

La qualité physico-chimique qui distingue le cytoplasme mâle du cytoplasme femelle chez le sporozoaire est une différence dans le pouvoir d'oxydo-réduction intracellulaire (1).

Le cytoplasme femelle possède un potentiel d'oxydo-réduction ou rH intracellulaire inférieur à celui du cytoplasme mâle, il est plus réducteur que le cytoplasme mâle. Or, chez les Prêles, dans chaque espèce, on distingue des spores A, plus réductrice, à rH intracellulaire plus faible et des spores B, moins réductrices, à rH intracellulaire plus élevé.

De même, et absolument comme chez le sporozoaire, dans chaque espèce de Prêle, les spores A sont plus riches en graisses réductrices que les spores B.

D'autres groupes ont été étudiés : la sexualisation cytoplasmique présente un caractère général, elle se trouve dans des organismes aussi éloignés les uns des autres que les protozoaires, les Prêles, les Phanérogames, les Champignons et la polarisation sexuelle qui en est la conséquence, doit avoir le même ordre de généralité. Joyet-Lavergne en conclut que l'orientation sexuelle est sous la dépendance des qualités du cytoplasme. Les propriétés d'ordre physico-chimique qui ont fait l'objet de son étude lui apparaissent comme des caractères fondamentaux et primitifs de la sexualité.

***

Il en déduit les deux *lois de la sexualisation cytoplasmique*.

Première loi. — La valeur du potentiel d'oxydo-réduction (rH) intracellulaire est un caractère de sexualisation du cytoplasme dans une espèce, les cellules polarisées dans le

(1) Joyet-Lavergne a adopté la notation rH introduite par Clark parce qu'elle apporte dans l'étude des phénomènes d'oxydation et de réduction des précisions comparables à celle que nous donne la notion de pH pour la mesure de l'acidité. Les deux symboles sont analogues : rH représente en effet le logarithme négatif de la pression hypothétique d'hydrogène en équilibre avec un système donné d'oxydo-réduction, il exprime en quelque sorte le degré de l'intensité de réduction.

L'appréciation de la valeur du rH se fait par une double série d'opérations : 1° on fait agir sur la cellule à étudier une gamme de colorants (safranine, rouge neutre, violet neutre, vert Janus, bleu de Nil, bleu de méthylène, bleu de crésyl, thionine) ; chacun de ces colorants en pénétrant dans la cellule subit de la part du cytoplasme un phénomène de réduction qui le décolore plus ou moins fortement, le degré de la coloration obtenue mesure le pouvoir de réduction intra-cellulaire.

2° Dans une autre série d'expériences, on fait agir les leuco-dérivés des divers réactifs indiqués ci-dessus. Ces leuco-dérivés ayant pénétré dans la cellule, subissent de la part du cytoplasme un phénomène d'oxydation qui les décolore plus ou moins fortement. L'intensité de la coloration obtenue permet d'apprécier le pouvoir d'oxydation intracellulaire.

sens femelle ont un rH inférieur à celui des cellules polarisées dans le sens mâle.

Deuxième loi. — Les différences de nature et de proportion dans les réserves lipoïdes et graisses constituent un caractère de sexualisation du cytoplasme ; les cellules polarisées dans le sens femelle acquièrent des réserves en graisses qui réduisent l'acide osmique ; les réserves lipoïdes des cellules qui donneront les gamètes mâles n'ont pas cette quantité.

Ces deux lois de sexualisation ne sont pas sans rapport. La transformation des hydrates de carbone en graisses est un phénomène banal de la vie cellulaire ; or, cette transfusion se trouve facilitée par l'existence d'un milieu cytoplasmique plus réducteur. Les cellules polarisées dans le sens femelle sont précisément, de par la valeur de leur rH intracellulaire, dans des conditions plus favorables pour réaliser cette genèse.

D'autre part, chez les mollusques, les crustacés, les poissons, les oiseaux, soit par l'étude des organes de réserve (le foie par exemple), soit par des dosages dans la composition du sang, on a vu que la femelle est plus riche en graisse que le mâle.

***

Partant de ces idées générales, JOYET-LAVERGNE a essayé de réaliser, expérimentalement, des faits de déterminisme sexuel.

En abaissant le rH intracellulaire des tissus ou, encore, en augmentant la provision de graisses à la disposition des cellules, en provoquant un enrichissement du sang en lipides, on devait arriver à ce que la polarisation des cellules mâles se trouve très fortement gênée.

Il est possible de modifier le potention d'oxydo-réduction, le rH intracellulaire des tissus d'un vertébré en supprimant les vitamines B dans la ration alimentaire de l'animal. En même temps, il y a diminution du métabolisme de base : une respiration moins intense, moindre dégagement de chaleur.

L'abaissement du métabolisme de base exprime la diminution des échanges respiratoires des tissus, mais cette diminution peut se traduire encore par d'autres phénomènes. Il est aujourd'hui démontré que les cellules de l'organisme en état d'avitaminose manifestent une certaine impuissance à consommer le glucose. Or, cette impuissance est précisément due à l'insuffisance du mécanisme des oxydations, car une grande partie du carbone qui devrait normalement être rejeté par les poumons à l'état de gaz carbonique se retrouve dans les urines à l'état de carbone incomplètement oxydé.

Pour provoquer un enrichissement du sang en lipoïdes et graisses, on peut également s'adresser à la suppression de la vitamine B.

Donc, si les lois de sexualisation cytoplasmique proposées par JOYET-LAVERGNE sont vraies, l'avitaminose B crée des circonstances anormales pour les spermatozoïdes qui doivent se développer dans le sens mâle et qui doivent souffrir plus que les autres de la carence.

Quand un organisme est privé de vitamine B, entre toutes les parties du corps, ce sont les testicules qui sont les organes le plus atteints : atrophie considérable, arrêt de la spermatogénèse, diminution du diamètre des tubes séminifères, régression de l'épithélium, arrêt de la spermatogénèse.

Les ovules souffrent, mais pas plus que les autres cellules.

***

En somme, la sexualité traduit un certain état physiologique de l'organisme.

Donc, l'inversion du sexe est un phénomène parfaitement réalisable et l'on peut agir sur le métabolisme interne pour provoquer, dans l'organisme, les modifications physico-chimiques de la vie des tissus qu'exige la transformation cherchée.

Pour qu'un organisme mâle se transforme en organisme femelle, il faut que cet organisme réalise en lui des conditions physiologiques nouvelles quant au métabolisme des lipides. Si, par suite de ces conditions nouvelles, la zone où se développent les cellules germinales dispose d'une quantité de graisse supérieure à la normale, ces cellules germinales se trouvent placées dans des conditions de polarisation vers le sexe femelle ; au lieu de donner des spermatozoïdes, elle donne des ovules.

CHAMPY a décrit le renversement du sexe d'un triton qui s'effectue précisément dans ces conditions.

L'animal était un mâle complet et normal ; il avait fécondé des œufs qui étaient devenus des têtards normaux. Un jeûne sévère au moment de la spermatogénèse provoqua chez lui la régression du testicule et l'apparition d'un ovaire tout à fait typique. L'inversion sexuelle totale fut donc réalisée.

Une remarque de CHAMPY permet de comprendre le mécanisme du phénomène. Parallèlement à sa transformation sexuelle, le triton avait en effet acquis, une bande de graisse dans la région du testicule. Donc, conclut JOYET-LAVERGNE, les cellules germinales se sont trouvées dans un milieu plus riche en graisses que le milieu normal, lequel assure la genèse des spermatozoïdes. Une polarisation sexuelle nouvelle dans le sens femelle en a été la conséquence.

***

Les recherches et les hypothèses de JOYET-LAVERGNE ont, on le voit, une importance considérable pour la compréhension des phénomènes de la sexualité.

HENRI VIGNES.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Chirurgie

Les cancers du rectum peuvent être guéris par la chirurgie. Telle est la conclusion qui se dégage de la discussion qui a eu lieu à la Société de gastro-entérologie de Paris. La valeur de la chirurgie dans la lutte contre le cancer du rectum doit être de nouveau affirmée. Au point de vue du diagnostic, il n'est pas inutile de rappeler l'importance du toucher rectal et de la rectoscopie. On voit encore arriver dans les services de chirurgie des malades qui ont été soignés pendant des mois pour des hémorroïdes ou de l'entérite. Chez ces malades porteur d'une tumeur partiellement fixée, anémiés, fatigués, les conditions d'exérèse sont imparfaites. Les nombreux cas de survie qui ont été publiés sont la preuve que l'amputation du rectum permet d'obtenir des survies qui sont de véritables guérisons.

L'opération périnéale a donné à Hartmann plus de 44 p. 100 et l'abdomino-périnéale près de 50 p. de guérisons.

A. Schwartz arrive au chiffre de 37 p. 100 (voie abdomino-périnéale).

Okynczic compte des succès datant de dix ans, de neuf ans, de cinq ans, de quatre ans, etc.

Gouverneur et Oury, dont la statistique porte sur des cas plus récents, des succès datant de six et cinq ans, quatre ans et demi, trois ans et demi.

Dans la statistique de Lockhardt Mummey, communiquée à la Société de gastro-entérologie et portant sur 300 cas d'opérations périnéales, on trouve :

56 malades ayant survécu au delà de sept ans ;
28 au delà de 10 ans ;
5 au delà de 15 ans.

Pour cet auteur, quand on opère un cancer du rectum par voie périnéale le malade a 96 p. 100 de chances de survivre à l'opération et 60 p. de chances d'obtenir la guérison de son cancer. Les statistiques n'ont pourtant qu'une valeur relative que souligne bien la confrontation des résultats obtenus par Lockhart Mummery avec ceux de Miles, chirurgien du Gordon Hospital de Londres. L'opération périnéale alors qu'elle donne 60 p. 100 de

guérisons au premier, donne 65 p. 100 de récidives dans les trois ans au second.

L'opération par voie périnéale a donné également à Desmaret des survies qui sont des guérisons. (Thèse de Calderon).

Les résultats de la chirurgie du cancer du rectum seront d'autant plus satisfaisants, dit M. Desmaret, que :

Les chirurgiens opéreront les malades plus précocement ;

Les chirurgiens s'attaqueront à des tumeurs mobiles ou relativement peu adhérentes, qu'ils enlèveront plus largement et l'intestin et les tissus péri-rectaux ;

Les chirurgiens s'aidant d'une anesthésie non choquante, n'entreprendront une amputation périnéale ou abdomino-périnéale que chez des malades dont l'état général, étudié en particulier au cours de l'opération par la courbe de la pression artérielle, sera assez satisfaisant pour que le malade résiste et au choc opératoire et aux complications post-opératoires qui peuvent survenir.

La question de l'anesthésie est d'une importance primordiale. Avec l'éther, les complications pulmonaires sont à craindre. L'anesthésie rachidienne est à rejeter, à cause de son action hypotensive. Pour M. Desmaret, l'anesthésique de choix dans les grandes opérations abdomino-périnéales est dans les amputations périnéales du rectum est le protoxyde d'azote.

(Desmaret. Ce qu'on peut attendre de la chirurgie dans le traitement du cancer du rectum. *Paris Médical*, 12 mars 1932.)

Le diagnostic certain du cancer du corps de l'utérus est délicat « il ne peut être posé que sur un diagnostic histologique compétent.

Après la ménopause M. Béclère pense, contrairement à l'opinion classique, que les métrorragies ne sont dues que dans 60 p. 100 des cas environ à des cancer du corps. Dans les autres cas, il s'agit de lésions bénignes.

Avant la ménopause, le cancer du corps semble un peu plus fréquent qu'on ne le dit habituellement.

En présence de métrorragies mono-symptomatiques, avant ou après la ménopause on doit faire sous anesthésie générale un curettage soigné de toute la cavité utérine par examen histologique.

L'hystérographie par injection intra-utérine de lipiodol donne des renseignements très importants. Elle montre s'il existe une lésion intra-utérine, elle précise son siège exact. Cet examen guide ainsi la biopsie et donne de précieuses indications thérapeutiques basées sur le siège et l'étendue de la lésion.

Le diagnostic histologique de l'épithélioma cylindrique des cancers du corps est difficile, car il ne peut être posé que sur les signes cellulaires de malignité. On distinguera avec soin l'hypertrophie bénigne de la muqueuse de l'épithélioma adénoïde.

Le traitement chirurgical du cancer du corps donne de très bons résultats. Ce cancer reste assez longtemps opérable et on obtient en moyenne 50 p. 100 de guérisons éloignées après cinq ans.

D'après les travaux récents il paraît hors de doute qu'on puisse avec une technique appropriée guérir par la curiethérapie une proportion importante d'épithéliomas cylindriques du corps.

Jusqu'à nouvel ordre, le traitement chirurgical reste au premier plan. Mais, dans les cas où il a une contre-indication opératoire, et dans les cas où la malade refuse l'opération, il faut savoir que les radiations, avec une technique adéquate, donnent de bons résultats.

Dans les cas *inopérables*, la radiothérapie ou la curiethérapie à distance donnent encore de 10 à 20 p. 100 de guérisons durables. Elles constituent donc également, dans ces cas, une précieuse ressource thérapeutique.

Dans les lésions bénignes post-ménopausiques, et dans les lésions de malignité douteuse, le curettage simple et la curiethérapie donnent, de l'avis de tous les auteurs, de très bons résultats. »

(Béclère. Traitement du cancer du corps de l'utérus. Etat actuel de la question. *Paris Médical*, 19 mars 1932.)

La diarrhée est un symptôme de très grande importance dans la péritonite à pneumocoques « que Bréchot et Nové-Josserand nous paraissent quelques peu sous-estimer quand ils disent que « ses caractères lui donnent une certaine valeur de diagnostic ». Cette valeur est en pratique considérable.

Nové-Josserand n'a noté la diarrhée que 24 fois sur 40 cas ; dans l'ensemble des cas publiés, elle nous a paru plus fréquente. Elle est précoce, souvent même constitue le premier symptôme ; elle est abondante, se répétant quinze à trente fois par jour ; les selles sont liquides très fétides, riches en bile, jaunes foncées, verdâtres ou noirâtres, et contiennent de petits grumeaux de mucus concrété, blanchâtres, sans glaires, ni sang. Cette diarrhée se calme quelquefois spontanément en peu de jours ; nous l'avons vue persister, même après une intervention chirurgicale, pendant près d'un mois. »

(L. Lœderich. La péritonite à pneumocoques. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, février 1932.)

Médecine

En présence d'un état anémique « manifeste et par l'examen clinique et par les mensurations hématologiques, la ligne de conduite du praticien apparaît simple : tout d'abord rechercher la cause de l'anémie et instituer une thérapeutique qui combatte cette cause.

Cette presciption se légitime d'elle-même ; mais elle a contre elle, l'absence de cause apparente, « crypgénèse », en un mot, dont la fréquence dans bien des anémies, surtout pernicieuses, pour être relative, n'en vient pas moins souvent contrecarrer ce principe général. En second lieu, en présence de la formule hématologique de l'anémie en cause, apprécier, par la méthode hématologique, c'est-à-dire par des examens de sang en série, l'aptitude restante du système hématopoïétique-médullaire à réagir aux incitations thérapeutiques.

La régénération sanguine, progressive, nette et globale qui témoigne de la « plasticité médullaire », exprime l'amélioration et permet d'espérer la guérison ; l'anémie paludéenne, l'anémie post-hémorragique, l'anémie arsénobenzolique, même l'anémie de Biermer, depuis l'opothérapie hépatique, en donnent de fréquents témoignages. Au contraire « l'aplasticité » persistante des organes sanguiformateurs dans les anémies aplastiques, autorisé à présumer de l'inefficacité de la médication suivie, et, trop souvent même, de l'échec probable de toute thérapeutique.

En définitive, la médication d'une anémie est toujours double : *étiologique*, quand il est possible ; *hématopoïétique* dans tous les cas. Le clinicien utilisera la médication de son choix, en combinant et variant les actions thérapeutiques, mais toujours sur la base de la méthode de Whipple. L'examen clinique et les examens successifs du sang lui diront assez exactement quelle espérance il est en droit de fonder sur elle. »

(Rieux. La thérapeutique des anémies. *Questions médicales d'actualité*, février 1932.)

Il peut y avoir des *maladies de Basedow* « sans goitre, sans exophtalmie, ou sans tremblement, il n'y en a pas sans augmentation du métabolisme basal. Cette loi physiologique est fondée à la fois sur l'expérimentation et sur l'observation clinique. Si la mesure du métabolisme basal n'est pas indispensable pour établir le diagnostic dans les grands syndromes basedowiens ou myxœdémateux, elle est nécessaire pour l'établir dans les syndromes frustes, dans ces formes incomplètes ou légères, où elle représente le guide le plus sûr pour le diagnostic.

La mesure du métabolisme doit être effectuée avec une rigueur absolue, pour qu'on ne rencontre plus dans la pratique médicale ces résultats erronés qui peuvent être gravement préjudiciables dans une maladie où le traitement a besoin d'être appuyé sur un diagnostic rigoureusement exact. »

(Marcel Labbé La valeur diagnostique du métabolisme basal au cours des affections thyroïdiennes. *La Presse médicale*, 27 février 1932.)

Ophtalmologie

On doit examiner la papille optique chez tous les contusionnés du crâne, surtout s'ils ont des céphalées. La céphalée persistante après les traumatismes du crâne peut être sous la dépendance d'une diplopie (parésie ou paralysie de l'un des muscles oculo-moteurs), mais elle peut être aussi déterminée par une hypertension légère du liquide céphalo-rachidien. L'examen du fond de l'œil est d'une importance capitale pour le diagnostic de ces céphalées. En négligeant l'examen de la papille optique, on risque de passer à côté du diagnostic, d'autant plus que dans ces hypertensions légères du liquide céphalo-rachidien, l'acuité visuelle est normale. Les altérations de la papille sont de degré variable, en général légères et peu accentuées ; le plus souvent on trouve seulement de la turgescence des veines rétiniennes, sans altérations du disque papillaire.

Comme traitement, on aura recours à la ponction lombaire qui fait disparaître les céphalées et la turgescence veineuse.

(Cantonnet. Les céphalées persistantes après les traumatismes du crâne. Importance de l'examen oculaire. *Journal des Praticiens*, 16 mars 1932.)


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou 1/2 cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex, PARIS (IV

Varia

Un fait apparaît certain c'est que les soi-disant « stomatites auriques », localisées et la plupart des « taches blanches » dites « stomatite nacrée » post-aurique ne sont que des lichens plans buccaux déclenchés par la chrysothérapie.

(Gougerot et Burnier. Revision de la stomatite nacrée aurique. Fréquence du lichen plan buccal déclenché par l'or. *Arch. dermato-syphil. de la clinique de Saint-Louis*, mars 1932.)

***

Depuis longtemps j'ai remarqué que les syphilitiques porteurs d'éruptions chroniques ou récidivantes (eczéma, prurit et prurigo, psoriasis) ou atteints d'une grande éruption aiguë au moment de leur syphilis récente (eczéma aigu, dermite artificielle, notamment après la gale, après frictions mercurielles, etc.) semblaient avoir une évolution plus bénigne de leur syphilis à traitement égal et malgré des traitements insuffisants.

(Prof. Gougerot. Les immunisations par la peau. *Arch. dermato-syphil. de la clinique de Saint-Louis*, mars 1932.)

***

Je veux dire et je répète qu'entre 35 et 50 ans la pathologie du cuir chevelu est *en certains points* très distincte suivant les sexes... Chez la femme trois prurits : 1° alcoolique, ou cocaïnique, sans lésion ; 2° pédiculaire ou vous trouverez en les cherchant les lentes et les poux, c'est la pédiculose inattendue des femmes du monde ; 3° enfin le prurit des anciennes névrodermites de Brocq dont on fait de plus en plus des streptococcies chroniques.

(Sabouraud. Opposition chez l'homme et chez la femme des affections du cuir chevelu les plus communes à l'âge mûr. *La Clinique*, février 1932.)

***

L'hérédo syphilis nous semble avoir, dans le déterminisme des encéphalopathies infantiles, une action prépondérante, qu'elle agisse seule ou qu'elle associe son action à celle des traumatismes obstétricaux. Cette notion à laquelle nous ont conduit trente ans de recherches, s'appuie sur des arguments « graves, précis, concordants » pour parler comme au Palais, et dont chacun vient étayer l'autre, qu'il recoure à l anatomie pathologique, à l'étiologie, à la clinique, au laboratoire, à la thérapeutique. Notion féconde, puisqu'au lieu de conduire au nihilisme thérapeutique, elle montre les bienfaits d'un traitement préventif !

(Leçon de M. Babonneix faite à la clinique du Prof. Gougerot. *Archives dermato-syphil.*, mars 1932.)

***

M. P. Hartenberg admet comme établi qu'il n'y a pas d'épilepsie sans lésion cérébrale, bien que celle-ci n'apparaisse pas toujours cliniquement. Cette lésion agit sur les centres nerveux par irritation. il en résulte la paralysie fonctionnelle des centres cérébraux supérieurs, qui réalise la perte de la conscience et de la mémoire et libère les automatismes moteurs, générateurs de convulsions.

(P. Hartenberg. L'inhibition dans l'épilepsie. *La Clinique*, février 1932.)

***

Le diagnostic des tumeurs provoquées par les injections souscutanées de médicaments dissous dans l'huile de vaseline, n'est pas toujours facile et donne lieu souvent à des erreurs, même de la part des médecins très avertis.

Pour reconnaître la présence de l'huile minérale à l'intérieur des tumeurs, il peut être nécessaire — comme le montre l'observation publiée par M. Botreau-Rousselle. (*S. de ch. de Marseille*, 9 mars 1931), de recourir non seulement à un examen histologique, mais encore à une expertise chimique.

(Botreau-Rousselle. Un diagnostic de paraffinome. *La Clinique*, février 1932.)

***

Une céphalée aiguë, violente, parfois vraiment intolérable est provoquée chez certains sujets par tout espèce d'effort musculaire, par tout blocage thoracique, par la toux, le cri ou le chant, par toute cause susceptible de produire une hypertension veineuse rétrograde... Ce syndrome mérite vraiment une place à part dans la séméiologie des céphalées ; c'est la céphalée ou l'algie veineuse intracranienne à l'effort qui résulte de l'hypertension veineuse rétrograde dans les territoires intracraniens et aussi de la sensibilité douloureuse à la distension qu'ont acquise dans ces cas les veines méningées.

(J. Tinel. La céphalée à l'effort. Syndrome de distension douloureuse des veines intracraniennes. *La Médecine*, février 1932.)

***

La « dilatation aiguë de l'estomac », survenant après une intervention chirurgicale, abdominale le plus souvent est bien connue, mais la dilatation aiguë survenant chez des malades n'ayant subi ni traumatisme opératoire, ni anesthésie, est beaucoup plus mal connue. M. Boppe en publie deux observations. Il semble bien, dit-il, que le pronostic des formes franchement aiguës de dilatation gastrique non opératoire soit des plus sévères et que la thérapeutique est presque impuissante.

(Boppe. La dilatation aiguë « non opératoire » de l'estomac. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, février 1932.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mai 1932

La mimique des aveugles. — *M. Georges Dumas*. — Les aveugles ont des expressions spontanées du visage, mais sont incapables de les mimer, c'est-à-dire de les reproduire sans la cause qui les crée.

Comparaison des valeurs curatives de l'hystérectomie et des méthodes radiothérapiques dans le traitement des épithéliomas cervico-utérin du degré I. — A l'occasion de la communication faite par *J.-L. Faure*, le 12 avril, ***Cl. Regaud*** et ses collaborateurs de l'Institut du Radium, ajoutant 1926 aux années de leurs statistiques antérieures, font connaître les résultats qu'ils ont obtenu dans le traitement des épithéliomas cervico-utérins.

De 1922 à 1926, 429 cas de tous degrés d'extension ont été traités ; 142 guérisons ont été obtenues (33 %) qui sont jugées maintenant avec un recul minimum de cinq ans. Les auteurs ont compté parmi les échecs onze femmes mortes de maladies intercurrente et sept femmes (1,6 %) perdues de vue en état de bonne santé, mais avant l'échéance de cinq ans. De toutes les patientes jugées guéries à la fin de la cinquième année, chez quatre seulement une récidive a été reconnue ultérieurement.

Parmi les cas du degré I (néoplasme paraissant limité au col), 29 ont été traités par le radium seul, 23 (79 %) ont été guéris ; il n'y a pas eu de mortalité.

La statistique chirurgicale récemment publiée par J.-L. Faure paraît plus brillante, parce qu'elle ne comprend qu'une sélection des meilleurs cas du degré I. Mais si on adopte une définition commune des lésions, on ne trouve plus que 70 % de guérisons à la Clinique gynécologique de l'Hôpital Broca.

Les cas du degré II (à la limite de l'opérabilité) ont été à l'Institut du Radium au nombre de 121, et ont fourni 50 guérisons (41 %), en regard de 23 % à la clinique gynécologique.

Les cas du degré III (invasion étendue du paramètre) qui ne sont pas du ressort de la chirurgie, ont encore donné 27 % de guérisons de cinq ans à l'Institut du Radium.

Il résulte de ces faits que, même dans les meilleurs cas, les méthodes radiothérapiques donnent des résultats supérieurs à ceux de l'opération de Wertheim. A égalité de perfection technique, cette opération ne conserve donc plus que de très rares indications.

Présentation d'un film chirurgical sonore. — *M. Gosset*.

De la perte de l'immunité contre la vaccine. — *MM. André Sergent* et *F. Trensz*. — L'observation de plus de 3.000 personnes, d'origines diverses et de toutes classes sociales, qui ont été revaccinées à Alger et revues après cette revaccination, conduit aux remarques suivantes:

1° Des renseignements peuvent être founis sur *la durée de*

l'immunité vaccinale par les chiffres relevés chez les jeunes enfants. On voit, en effet, la forte proportion (les deux tiers des cas) de revaccinations suivies de résultat positif chez des enfants de deux et trois ans, c'est-à-dire peu de mois après une première vaccination dont le succès est attesté par l'existence des trois cicatrices à la face antéro-externe du bras gauche.

Les chiffres notés pour les sujets plus âgés, en particulier pour les adultes, ne peuvent pas donner des renseignements aussi valables, car, pour le plus grand nombre d'entre eux, il est impossible de savoir, d'une façon précise, la date et le résultat des différentes revaccinations qu'ils ont pu subir, avant la revaccination qui, pratiquée par nos soins, a donné un résultat positif.

On relève l'observation suivante chez une fillette indigène de la Casba d'Alger : vaccinée avec succès en bas âge, revaccinée avec succès (forte réaction) à douze ans, soit trois résultats positifs en douze ans.

2° On peut confirmer le fait déjà signalé que des revaccinations infructueuses ne renforcent pas l'immunité vaccinale.

C'est ainsi qu'un homme de laboratoire, vacciné avec succès dans l'enfance et revacciné sans succès très souvent depuis lors, en particulier tous les deux ans depuis une vingtaine d'années, et pour la dernière fois en 1930, présente de belles pustules à sa revaccination de 1932, à l'âge de cinquante-cinq ans.

3° Il n'y a pas un âge climatérique où l'immunité vaccinale semble disparaître plus facilement ; la proportion des revaccinations à résultat positif ne varie pas de l'enfance à la vieillesse.

4° Si l'on considère « l'homme de la rue », de n'importe quel âge, on constate qu'à Alger, les deux tiers environ de la population déjà vaccinée antérieurement avec succès sont redevenus sensibles au virus vaccinal.

Le bacille de Koch, virus de sortie. — ***MM. Jean Troisier*** et ***T. de Sanctis Monaldi*** ont recherché systématiquement depuis un an s'il était possible de déceler le bacille de Koch dans le sang de sujets atteints de maladies évidemment non tuberculeuses.

Ils ont utilisé la technique de Lowenstein et employé un milieu à l'asparagine dérivé du milieu de Petragnani, mais ne contenant pas de peptone.

Dans ces conditions ils ont pu obtenir des cultures de bacilles tuberculeux typiques dans le sang de trois malades : une pneumonie banale curable, une streptococcie mortelle type Osler, une méningite cérébro-spinale mortelle suppurée à méningocoques A.

Les bacilles tuberculeux obtenus furent identifiés chaque fois comme des bacilles humains franchements virulents pour le cobaye.

Néanmoins, aucun des trois malades ne fit, par la suite, de poussée évolutive tuberculeuse. Le pneumonique fut revu radiologiquement guéri quatre mois après. La maladie d'Osler ne montra à l'autopsie aucune lésion tuberculeuse évidente. Le méningitique mourut d'une pullulation nouvelle de méningocoques A malgré la sérothérapie spécifique.

Comment interpréter cette bactériémie tuberculeuse à l'occasion d'une maladie aiguë non tuberculeuse ? Les auteurs estiment que chez leurs malades, l'infection aiguë coccique a provoqué la sortie du virus tuberculeux, vivant jusque-là à l'état presque saprophytique dans les organes. Le bacille de Koch, constaté dans ces conditions dans le sang, ne peut être considéré comme l'agent pathogène de la maladie aiguë, mais comme un *virus de sortie* sans valeur pathogène actuelle.

Election de deux correspondants étrangers dans la 2e division. — Classement des candidats. En première ligne : M. Arcé (de Buenos-Aires), M. Gibson (New-York).

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique :

MM. Blanco-Acevedo (de Montévidéo), Buerger (de New-Nork), Daniel (de Bucarest).

Ont été élus : MM. Arcé et Gibson.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 avril 1932

La sclérose des varices et des hémorroïdes par la glycérine chromée. — ***MM. Jausion, Medioni, Pecker et Gozlan***, rappellent que la phlébo-sclérose par la glycérine a été parallèlement recherchée, et à l'insu réciproque des auteurs, par Maignon et Grandclaude sur le chien, par Jausion, Garrot et Gervais sur l'homme. Ces derniers ont établi qu'une dilution aqueuse de glycérine, au tiers en volume, représentait un sclérogène, à la fois doux et énergique, dénué des inconvénients qui caractérisent nombre de substances déjà proposées pour la cure variqueuse ; crampe, ivresse quinique, escarres.

Cependant, comme la glycérine s'est révélée capable d'engendrer chez quelques patients de petites hématuries tellement discrètes qu'elles avaient jusqu'ici échappé à l'attention de tous, les présentateurs lui adjoignent, à faible dose, un coagulant, correcteur de cette fâcheuse particularité, l'*alun de chrome*, mordant dont ils avaient déjà une longue expérience dans le traitement de la gonococcie.

La dilution chromo-glycérinique est cette fois un sclérosant parfait, qui a permis de traiter, en une moyenne de deux à quatre séances, 65 cas de varices, et en une seule intervention, 34 hémorroïdes. Suivent 21 observations détaillées.

Pour la cure hémorroïdaire, les auteurs exposent leur technique, très simplifiée et pratiquement suffisante, qui consiste à n'injecter que les seules hémorroïdes externes ou procidentes.

L'oblitération des veines pathologiques par la glycérine chromée s'avère parfaite, et, dans l'immense majorité des cas, à l'abri des récidives.

Fièvre typhoïde suivie de cinq rechutes successives et durant 182 jours. Guérison. — ***MM. Bacaloglu, Dumitresco Mante et Ciorapcin*** (Bucarest).

Un cas de thyroïdite aiguë suppurée d'origine grippale. — ***MM. Plazy, Germain et Dupas*** (Toulon) relatent l'observation d'un matelot de 22 ans qui, au décours d'une grippe typique, avec folliculite appendiculaire et congestion pulmonaire bénigne, fut atteint d'une typhoïdite aiguë suppurée à streptocoques. Le métabolisme basal étant diminué, on institua de l'opothérapie thyroïdienne, sous l'influence de laquelle le métabolisme basal revint à la normale au bout de dix jours, mais la prolongation du traitement dépassa le but et amena dix jours plus tard un léger syndrome d'hyperthyroïdie, qui disparut rapidement après cessation de l'opothérapie.

Syndrome basedowien évoluant vers le myxœdème à la suite du traitement par la diiodotyrosine. — ***MM. C. I. Parhon et Ballif*** (Jassy) relatent l'observation d'une femme de 31 ans chez laquelle le traitement par la diiodotyrosine de Harington et Randall détermina la régression rapide des symptômes basedowiens et l'apparition de toute une serie de symptômes d'ordre myxœdémateux, phénomènes qui rétrocédèrent complètement à la suite de la suppression du traitement.

Recherches sur la rechloruration au cours de certains troubles digestifs. — ***MM. Léon Binet et C. Zamfir*** rapportent des faits, expérimentaux et cliniques, qui démontrent les bienfaits de la rechloruration au cours de l'occlusion intestinale, de la sténose pylorique, des vomissements répétés de certains tuberculeux ; ils abordent l'étude expérimentale des lavements effectués avec une solution saline hypertonique.

Malformations osseuses multiples d'origine indéterminée. — ***MM. Debré, Cléret et Sée*** présentent une fillette de 8 ans, atteinte de malformations osseuses du crâne, de la face, des mains et des pieds, apparue à l'âge de 16 mois, continuant à se développer et coïncident avec une énorme tuméfaction de l'amygdale gauche.

La calcémie est normale, le Bordet-Wassermann négatif chez l'enfant est positif chez le père. Le traitement antisyphilitique n'a donné aucun résultat.

Xanthomatose cranio-hypophysaire. (Maladie de Schüller Christian). — ***MM. E. Lesné, J.-Cl. Lièvre, Yves Boquien*** présentent le premier cas français de cette rare affection. Il s'agit d'un enfant de 3 ans 1/2 atteint depuis un an d'un grand diabète insipide avec polyurie et polydipsie intense, syndrome de déshydratation tissulaire. Les radiographies du crâne révèlent les lacunes de la voûte, caractéristiques de l'affection ; une seule de ces lacunes est cliniquement perceptible. On note d'autre part une légère exophtalmie unilatérale, enfin les troubles de développement qui complètent le syndrome. La ponction d'une lacune cranienne permit de vérifier la nature xanthromateuse des lésions (cellules xanthomateuses avec inclusions soudanophiles donnant la croix de polarisation).

Les auteurs considèrent la polyurie comme secondaire à l'infiltration xanthomateuse de la région hypo-physo-tubérienne ; elles résultent de la surcharge en éthers-sels du cholestérol d'éléments qui représentent probablement une hyperplasie

réticulo-endothéliale. Le fait primitif est sans doute l'hypercholestérolémie constatée dans le cas présent.

Gangrènes cutanées superficielles en plaques, curables et récidivantes. — *M. Maurice Renaud et Bordes* montrent une malade qui présente aux deux cuisses, des placards de sphacèle noir, en voie d'élimination, dont l'un mesure plus de 15 cm. sur son grand axe.

Le sphacèle est apparu il y a 30 jours. Des lésions analogues sont antérieurement apparues à trois reprises en mars et en septembre 1931, en février dernier. Leur apparition a toujours coïncidé avec un petit syndrome infectieux. L'état général n'a jamais été que légèrement atteint. La suppuration qui a accompagné la chute des escharres. est toujours restée, comme cette fois d'ailleurs, des plus minimes. La cicatrisation s'est faite en quelques semaines.

La malade qui présente ces lésions, curieuses par leur apparence et plus encore par leur évolution, est âgée de 52 ans. Elle a eu à 29 ans une grande crise de rhumatisme, dont des poussées ultérieures ont laissé des lésions persistantes.

L'état général est satisfaisant. Aucune des investigations qui ont pu être faites n'a mis en évidence de trouble organique ou fonctionnel dont on puisse tirer parti pour comprendre la pathogénie de cette singulière affection, ni même pour la classer.

Après examen des hypothèses possibles, les auteurs inclineraient à penser que le sphacèle est secondaire à des embolies microbiennes partant d'une endocardite.

Sphacèle thérapeutique d'un cancer du sein. — *M. Maurice Renaud* présente à la Société une malade porteuse d'un volumineux et végétant adéno-carcinome du sein. La moitié inférieure en a été détruite par sphacèle. Celui-ci a été provoqué par des injections de sapoïdes organo-métalliques, qui présentent la singulière propriété de ne produire d'altérations tissulaires, que lorsque les tissus sont irradiés après l'injection (rayon X à très faibles doses).

Cette présentation n'est faite que pour prendre date et montrer dans des conditions particulièrement expressives, comment l'irradiation est susceptible d'activer l'effet de certaines substances.

Michelle VALENTIN.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

L'acupuncture. — Dans le *Mercure de France* (1er avril 1932) un article de M. George Soulié de Morant sur l'acupuncture, procédé thérapeutique spécial à la Chine et qui consiste à enfoncer en des points déterminés, des aiguilles de longueur variable, dans le but d'atteindre les *King* ou canaux de communication des organes.

La méthode, dite en chinois « des Aiguilles et des Moxas » *Tchen-Tsiou fa*, est la branche la plus importante de la médecine chinoise ..... Elle remonterait à l'âge de pierre et aux néolithiques, s'il faut en croire le *Nei tsing*. Cet ouvrage est attribué au 28e siècle avant J.-C. Bien que fixé par écrit seulement au 3e siècle avant notre ère, quand l'écriture devint usuelle (ou fut inventée ?), il contient sans nul doute des traditions orales de la plus haute antiquité

Le passage suivant traduit littéralement par M. George Soulié de Morant « nous montre l'antiquité extrême de la méthode, elle-même, sinon des aiguilles de métal, et, sans bourrage électoral, ne laisse aucun doute hypocrite sur les motifs pour lesquels le gouvernement d'alors s'intéressait à la santé publique ».

Je regrette tout ce que mes peuples, arrêtés par les maladies, ne me payent pas en taxes et en corvées.

Mon désir est qu'on ne leur donne plus de médicaments qui les empoisonnent, et qu'on ne se serve plus des antiques poinçons de pierre.

Je désire qu'on utilise seulement les mystérieuses aiguilles de métal avec lesquelles on dirige l'énergie. « Le cuivre, en effet, venait d'être découvert au 30e siècle avant J.-C.).

On trouve la circulation du sang, décrite dans le même volume précédant ainsi Harvey de 45 siècles.

La rate est donnée comme « *recevant le sang et l'harmonisant pour le rendre aux organes* ». On possède des descriptions d'études anatomiques faites avant notre ère sur le corps humain, et le nom même des gens sur le cadavre de qui on opéra. Un traité en dix volumes sur la typhoïde, le *Chang-rann loun* de Tchang Tsi, date du 1er siècle avant J.-C. et sert encore aux études.

En quoi consiste l'acupuncture ?

Les Chinois ont observé de toute antiquité que pour l'homme et les animaux, les troubles fonctionnels des organes internes s'accompagnent toujours d'une sensation douloureuse en certains points du revêtement cutané, points très localisés (ils ont à peine 2 mm. de diamètre) et dont la série est toujours la même pour un trouble déterminé.

Chez un malade, tous les points ne sont pas forcément douloureux, mais toujours quelques-uns le sont. Cette douleur varie d'intensité selon la gravité du mal, mais aussi selon la sensibilité du malade. La connaissance de ces points aide donc au diagnostic et à la localisation de la lésion. Les médecins chinois ont pensé de plus qu'une excitation sur ces points pourrait avoir une action sur l'organe malade et modifier son état. De là est né le traitement par les aiguilles et les moxas.

On compte aujourd'hui 392 points douloureux. Pour près de moitié ils sont symétriques.

Citons par exemple un point situé à l'avant-bras, sur le rebord externe du radius, à trois travers de doigt du pli du coude. Il répond au gros intestin, et devient sensible dans tous les troubles de cet organe, qu'il y ait « inflammation et relâchement », ou « contraction et arrêt », même si ces malaises sont passagers. Pour préciser la nature du mal, on utilise la sensibilité d'autres points complémentaires. Le diagnostic par les points douloureux n'est d'ailleurs que le contrôle de celui qui doit être fait tout d'abord par l'examen du pouls.

Les anciens Chinois avaient remarqué que certains groupes de points sont toujours sensibles en même temps sur une même personne. Chaque groupe forme une ligne joignant la tête ou la poitrine aux extrémités, ils donnèrent aux lignes de points le nom de « méridiens » *tsing*.

On décrit les séries *iang* s'alignant sur les faces extérieures, *iang* des membres ; et les séries *inn* qui se trouvent sur les côtés internes, *inn*, des membres. On distingua douze méridiens symétriques c'est -à-dire 24. Ayant observé que la sensibilité des points d'un même méridien correspondait à des troubles d'un organe et non d'un autre, on choisit pour chaque méridien le nom de l'organe auquel il correspond. Il y a ainsi le « méridien du gros intestin », « de l'estomac » etc., sans qu'il y ait obligation de supposer une relation exclusive des organes avec leurs méridiens propres .....

Les observations faites depuis des milliers d'années par les Chinois les ont amenés à la conviction que les personnes sensibles sentent alors, selon leur expression, quelque chose passer dans le méridien, et cela toujours dans le même sens : pour certains méridiens, de la tête ou de la poitrine aux extrémités ; et pour d'autres, des extrémités à la poitrine ou à la tête. C'est du reste l'impression qu'éprouvent à la suite du traitement par l'acupuncture les malades que nous avons vus. « C'est comme un fluide, disent-ils, qui circule ».

Pour faciliter aux étudiants l'étude de l'anatomie du système nerveux. — *Un modèle lumineux et multicolore du cerveau humain.* On lit dans *La Nature* (1er avril 1932) sous la signature du Dr Alfred Gradenwitz :

Tous les modèles du cerveau humain, jusqu'ici confectionnés étaient affectés d'un grave défaut : La grande abondance des détails s'opposait à une représentation claire et en relief des différentes parties de cet organe. Mme Edith Klemperer, neurologiste à Vienne (Autriche), a eu l'idée de se servir d'un éclairage intermittent, produit par des tubes au néon multicolores. Le modèle qu'elle a mis au point permet d'apercevoir les différentes parties et les principales trajectoires nerveuses, dans leurs proportions exactes et dans leur disposition réelle. Les parties intérieures apparaissent lumineuses à travers les parties de verre extérieures. C'est ainsi qu'on distingue parfaitement les sillons de la surface, le *cerebrum, la medulla oblongata*, les contours du cervelet, et tous les centres nerveux. Les tubes au néon, dont les couleurs correspondent à celles adoptées dans les manuels d'anatomie, s'allument soit individuellement, soit par groupes, à l'aide des commutateurs d'un tableau de distribution, muni d'une numérotation exacte et d'un repérage de tous les contacts.

Le modèle établi représente un cerveau agrandi huit fois et, par conséquent, parfaitement visible dans une salle de cours, il a 1 m. 50 de longueur, résume tous les résultats de la science contemporaine et pourra être ultérieurement complété par tous les détails supplémentaires que révèlera le progrès de nos connaissances. Les processus physiologiques et pathologiques les plus compliqués s'impriment ainsi aisément, dans l'esprit de l'élève.

Jurisprudence. — *Clientèle médicale. Installation du successeur.* (Cour d'Appel de Paris, 1re Chambre, 16 novembre 1931.)

Si la cession de clientèle médicale est nulle comme impliquant transfert d'un droit que le médecin n'a pas sur les malades, est, au contraire, valable, comme n'engendrant qu'une obligation de faire, l'engagement pris par un médecin ou ses héritiers de prétendre à la clientèle du nouveau médecin comme successeur de celui qui cesse ou a cessé d'exercer. (Le Quotidien juridique).

La Cour,

Considérant que par jugement du 12 mai 1931, le tribunal de commerce de la Seine a condamné les appelants à payer à la dame J..., la somme de 10.000 francs, montant d'une traite acceptée par René X..., avalisée par X... père, et protestée faute de paiement à l'échéance ;

Considérant qu'en décidant ainsi, les premiers juges, dont la cour adopte les motifs, ont fait une exacte appréciation des faits de la cause et des droits des parties ;

Considérant, il est vrai, que les appelants prétendent n'être pas tenus au paiement du billet litigieux ;

Qu'ils soutiennent que ce billet a une cause illicite comme représentant une partie du prix de cession d'une clientèle de médecin ;

Considérant que la dame J..., a cédé à René X..., non point une clientèle, mais le bénéfice du droit au bail de l'appartement où habitait et exerçait son mari, décédé, ainsi que divers objets mobiliers ;

Que d'autre part, elle s'est engagée à présenter le docteur X..., à certaines personnes et à certaines Compagnies d'assurances qui étaient clientes de son mari ;

Considérant que rien n'interdit de présenter un médecin à des malades et d'employer toutes démarches utiles pour lui faire acquérir ou conserver une clientèle ;

Que l'obligation de moyens et non de résultats ainsi contractée n'a rien d'illicite ;

Considérant, en outre, que René X..., accepteur, et X... père, avaliseur de la traite litigieuse, se doivent à leur signature ;

Que foi est due au titre ;

Par ces motifs :

Déclare René X..., et X..., père mal fondés dans leur appel. Les en déboute, ainsi que des conclusions par eux prises à l'appui ;

Dit et juge que le billet faisant l'objet de la demande a une cause licite ;

Confirme le jugement entrepris ;

Condamne les appelants solidairement à l'amende et aux dépens d'appel ;

Rejette comme inutiles ou mal fondées toutes autres conclusions des parties.

L'abjonction du titre de « docteur » dans les appellations. — *De M. Maurice Schöne dans l'Œuvre (4 mai 1932, la grammaire en zigzag)* :

Quand un journal nomme le sous-secrétaire d'Etat au ministère des travaux publics, il l'appelle toujours *le docteur* Péchin ;


GLYCO-
THYMOLINE
KRESS & OWEN
Glyco-Thymoline

de la même manière, le ministre de l'agriculture est *le docteur* Chauveau. La nouveauté, c'est l'adjonction du titre. A-t-on jamais parlé, durant toute sa longue carrière politique, du *docteur* Clemenceau ? Et cependant sa qualité de médecin aida beaucoup à ses débuts le jeune maire de Montmartre. Fût-il question, quelque part, du *docteur* Claude Bernard ? Aujourd'hui, on entend souvent dire *le professeur* Charles Richet, *le professeur* Jèze. Médecine et droit. Mais les sciences et les lettres sont ici plus traditionalistes, peut-être plus démocratiques. Voyez-vous, jadis *le professeur* Michelet ou *le professeur* Taine ? Aujourd'hui, *le professeur* Croizet ou *le professeur* Painlevé ?

J'ai dit « plus démocratiques ». N'y a-t-il pas, dans cette adjonction du titre, un effort conscient ou non, pour rétablir une hiérarchie, pour insister sur une forme nouvelle de classification sociale ? Jusqu'ici, tout Français était juridiquement *sieur*, politiquement *citoyen*, socialement *monsieur*, phénomène peut-être unique en Europe. La poussée des *docteurs* et des *professeurs* ne serait-elle pas d'origine allemande ? Je pose simplement la question après avoir constaté le fait.

La lutte contre les gaz, les bombardements et le feu suggère tout un urbanisme nouveau. — *Passage extrait d'un article de M. P. Devaux paru dans* La Nature (15 *avril* 1932) *et intitulé : La défense des populations civiles :*

«..... Dès maintenant, l'organisation matérielle de la défense apparaît avant tout comme une question d'*édilité* ; il est possible d'imposer dès à présent dans les constructions nouvelles des caves bétonnées formant abri de bombardement, des doubles portes empêchant l'entrée des gaz, des canalisations verticales pour l'aspiration d'air pur, des postes d'eau contre l'incendie, etc. C'est tout un *urbanisme* nouveau que suggère la lutte contre les bombardements, les gaz et le feu ; nos vieilles cités européennes, formées de maisons jointives, avec des charpentes en bois, alignées en rues étroites, constituent des cibles trop tentantes.

Le danger serait infiniment moindre pour des constructions plus modernes avec caves aménagées, ossature en béton armé, matériaux incombustibles, toitures en terrasses bombées résistant aux projectiles de poids moyen. Une autre mesure, réclamée du reste, depuis longtemps, par les hygiénistes, consiste à diminuer la surface bâtie par rapport à la surface totale de la ville. On réduirait ainsi l'efficacité des bombardements, puisque les chances pour qu'une bombe atteigne un immeuble isolé sont moindres et on empêcherait la propagation des incendies.

Dans une ville largement ouverte, les gaz seraient également moins persistants ; l'antidote naturel des gaz est, en effet, le vent qui les diffuse dans l'atmosphère ; à ce point de vue les immeubles actuels avec leurs cours et leurs courettes, constituent de véritables puits d'accumulation dont la désinfection serait difficile. Ces opérations de désinfection devant être le plus rapides possible, il faut prévoir des approvisionnements de produits chimiques par quartiers (chaux, chlorure de chaux, etc.), ainsi que des dispositifs permettant de les répandre et de ventiler les locaux infectés. L'eau en abondance, fournie par les bouches d'incendie, constitue, du reste l'antidote le plus efficace d'un certain nombre de gaz et de brouillards asphyxiants ; en cas de rupture des conduites par le bombardement, l'eau nécessaire contre le feu et contre les gaz pourrait être puisée par des moto-pompes dans les réserves d'eau ménagées en différents points de la ville. Enfin, les espaces boisés (parcs, jardins) peuvent jouer, dans l'épuration et la ventilation des atmosphères infectées, un rôle qui n'est pas négligeable.

Par un curieux retour, la crainte de l'aviation conduit ainsi, pour la cité de demain, à des conceptions conformes à celles des urbanistes et des hygiénistes les plus modernes : habitations largement ouvertes, bien aérées, séparées par de grands espaces, éloignées autant que possible du quartier des affaires et constituant une espèce de demi-campagne salubre, coupée de réserves d'eau et de jardins.

« Si le médecin peut et doit se faire largement honorer par un client notoirement fortuné, il convient toutefois qu'il ne dépasse pas certaines limites, qui pourraient le faire soupçonner de cupidité. En face d'un client à situation modeste, le devoir du praticien est plus difficile à connaître qu'à remplir. Le médecin consciencieux, mis loyalement au courant de ses moyens, devra toujours proportionner ses honoraires à ces derniers. Il serait fâcheux que, faute d'agir ainsi, il le privât de toutes ses ressources et le condamnât à mourir de faim après lui avoir sauvé la vie. S'il est induit en erreur sur la véritable situation d'un client de mauvaise foi, qu'il se console en se rappelant ce précepte d'Hippocrate : « *Mieux vaut faire des reproches à des gens qu'on a sauvés que d'écorcher des gens qui sont en danger.* » (Professeur Pousson. Clients et médecins. *Conférence publique faite à l'Athénée municipal de Bordeaux.*)

BIBLIOGRAPHIE

Allergie et anergie en clinique, par M. V. DE LAVERGNE, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. G. Doin, éditeur.

Vocable heureux, qui a fait rapidement fortune, peut-être parce qu'étymologiquement dépourvu de toute signification doctrinale précise, « l'allergie » a de plus en plus élargi son domaine en clinique. Le nombre toujours croissant de faits où elle revendique sa place, leur caractère parfois disparate, leur classement malaisé exigeaient un travail de mise au point et de synthèse. Mais pour l'entreprendre, il fallait un critique spécialement averti, ayant vécu dans la familiarité de ces questions biologiques délicates. Nul n'était plus qualifié à cet égard que le professeur V. de Lavergne : on sait, en effet, de quelle vive lumière ses conceptions originales et ses recherches ingénieuses ont éclairé l'une des manifestations les plus curieuses de l'allergie : l'ulcération de la plaque de Péyer chez les typhoïdiques.

L'ouvrage de M. de Lavergne débute par une *définition* de l'allergie, que l'auteur a voulue, à dessein, prudente et discrète et par une analyse très fouillée de ses *conditions étiologiques* si variées.

Dans le substantiel chapitre qui suit, sur la *durée, l'évolution et les modalités de l'état allergique*, une mention à part doit être réservée aux cas d'allergie « dissociée », si pleins d'intérêt du point de vue de la pathologie générale, plus intéressante encore quand on les rapproche du caractère canonyme » des réactions allergiques, l'une des plus singulières parmi les caractéristiques générales de l'état d'allergie, si bien individualisées par l'auteur.

Le *diagnostic* et la *thérapeutique* des états d'allergie clôt cette magistrale étude, qui nous prépare à mieux comprendre un exposé non moins original sur l'*anergie* ; sur ses *causes physiologiques* ou *pathologiques* ; sur ses *manifestations cliniques* : sur ses *tests biologiques* : sur ses *applications au diagnostic, au pronostic et au traitement des maladies infectieuses.*

Tous les chapitres révèlent le clinicien affiné, comme se manifeste dans les suivants le pathologiste général de grande classe, quand il aborde, avec sa maîtrise coutumière, ce problème si litigieux : *Quelle est la nature de l'allergie et de l'anergie ?* On verra — et c'est une notion qu'il n'est pas superflu de mettre en vedette — que « l'allergie est distincte de l'immunité ». Quant à l'essence même des états allergiques et anergiques, l'auteur place, à l'origine du premier, un facteur humoral et un facteur nerveux, étroitement intrigués, celui-ci devant être recherché dans un fonctionnement exagéré du vago-sympathique ; à l'origine de l'anergie, même intervention du vago-sympathique dans le sens d'une inhibition fonctionnelle, alors que les modifications humorales semblent ne jouer ici qu'un rôle effacé ou presque nul.

La *deuxième* partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude de l'allergie dans les infections et états morbides les plus divers : *tuberculose, morve, vaccine, mélitococcie, chancrelle, pneumococcie, infections pyogènes, affections vermineuses, diphtérie, coqueluche, scarlatine, dermatoses*, etc... On y trouvera une précieuse mise au point de questions particulièrement délicates, telles que l'*allergie syphilitique, l'allergie sérique* et *l'asthme, réaction d'allergie.* Partout les références abondent, mais une sélection si judicieuse a présidé à leur choix, et l'auteur y a mêlé tant de vues critiques ou personnelles, que ces questions si complexes, comportant une documentation austère, s'offrent au lecteur claires et limpides, rénovées et rajeunies.

Soulignons, en terminant, le chapitre sur l'*allergie typhique,* issu des belles recherches de M. V. de Lavergne sur la physio-pathologie de la fièvre typhoïde. Il donne à l'ensemble de l'ouvrage son véritable caractère : celui du livre vécu et pensé avant que d'être écrit. L'auteur en a longuement mûri le sujet à la lumière de ses investigations personnelles. Il est « orfèvre », dirons-nous, et bon orfèvre, et c'est pourquoi il a si finement ciselé un ouvrage qui connaîtra le grand succès. LAFFORGUE.

Technique de l'ostéo-synthèse. *Etude de quelques procédés*, par R. DANIS. Un volume de 162 pages avec 149 figures, 55 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le travail est basé sur des essais de laboratoire et sur l'expérience clinique.

L'auteur, cherchant dans quelle mesure les procédés opératoires usuels sont d'accord avec les données de la pathologie générale, se trouve amené à envisager le problème de l'ostéo-synthèse en se plaçant au seul point de vue technique.

Le principal grief que l'on puisse faire à l'intervention sanglante dans le cas de fracture est l'infection à laquelle on expose le foyer. C'est dans une amélioration particulière de la technique qu'il convient de chercher le vrai moyen de diminuer les risques d'infection.

La nécessité de respecter l'intégrité de l'enveloppe de l'os ou d'assurer sa réfection en fin d'ostéo-synthèse devront imposer certaines méthodes.

Il y aura lieu de préférer toujours à valeur égale ceux des procédés qui permettront de réduire au minimum les dénudations de l'os.

Asepsie opératoire stricte, absence de délabrements étendus, coaptation et immobilisation absolues de fragments osseux, réduction des pressions unitaires, liberté d'action laissée aux muscles pendant la convalescence. Voici un ensemble de conditions qui doivent conduire l'ostéo-synthèse au succès et forment une base assez solide pour qu'on puisse revoir certains procédés et les mettre bien d'accord avec elles.

Ce travail a été effectué dans ce sens. L'auteur indique dans quel esprit et quelles modifications certaines techniques d'ostéo-synthèse doivent être utilisées : quels instruments ou accessoires doivent être transformés.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264.

Fondé en 1873. — N° 21 LE NUMÉRO : 50 Centimes 21 MAI 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 17 *mai.* — M. BLUZAT. Thrombo-phlébite dite par effort. — M. JAFFRE. Diagnostic médico-légal des comas. — M. Paul FALEUR. Etude sur le môle hydatiforme et les avantages du curettage, comme moyen de traitement. — M. BARRIER. Essai sur l'atonie gastrique.

18 mai. — Mlle CORBILLON. Etude de l'énurésie dans ses rapports avec l'hérédo-syphilis. — M. FUCHS. De quelques constatations anatomo-cliniques sur les lésions traumatiques des ménisques interarticulaires du genou à propos de douze cas de ménisques opérés.

19 mai. — M. PITOIS. Torsion du testicule. — M. ALLAVERDI BEKIAN ACHOT. Traitement chirurgical et plastique de la paralysie faciale périphérique. — M. RONCE. Essai sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires. — Mlle CHATELLIER. L'homme, les hommes.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Sont nommés : MM. Ménégaux et Banzet.

L'Association française pour le développement de l'enseignement technique fait savoir qu'au prochain Congrès de l'enseignement technique qui se tiendra à Bruxelles, fin septembre, une importante question touchant les médecins est à l'ordre du jour. « Le rôle du médecin dans l'orientation professionnelle » comprenant les paragraphes ci-joints :

A) Le médecin est-il appelé à jouer un rôle en orientation professionnelle ? Le définir, s'il y a lieu.

B) Doit-il se borner à l'étude des contre-indications (lesquelles ?) ou chercher à déterminer les aptitudes (lesquelles ?) de l'enfant à orienter ?

C) Son action doit-elle s'exercer seulement au moment de l'entrée de l'enfant dans le métier, ou doit-elle se continuer au cours de l'apprentissage ?

Dans ce dernier cas, sous quelle forme ?

D) Le médecin doit-il être spécialement préparé au rôle qui lui est demandé en orientation professionnelle ; si oui, comment ?

E) Relever les différents points ne figurant pas dans ce questionnaire, quant au rôle du médecin en matière d'orientation professionnelle.

F) Indiquer, par une note complémentaire, ce qui se fait dans votre département ou pays, en ce qui concerne la collaboration apportée par le corps médical à l'orientation professionnelle.

Les médecins que la question intéresse, pour s'inscrire ou pour envoi de rapport peuvent s'adresser pour tous renseignements complémentaires, au secrétariat général, 2, place de la Bourse.

Volume jubilaire du Professeur Roger. — Au moment où M. le Professeur Henri Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a quitté sa chaire de physiologie, ses élèves ont été désireux d'entreprendre l'édition d'un volume jubilaire composé uniquement d'articles signés par eux, et qui lui serait offert en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance.

Ce volume est maintenant presque terminé, il contiendra 43 articles et aura environ 240 pages.

Le prix de souscription au volume est de 100 francs, prière d'adresser les souscriptions, dès maintenant, à M. Georges Masson, trésorier de la souscription, boulevard Saint-Germain, 120, Paris 6e. Compte chèques-postaux, Paris 599.

Brésil. — Le gouvernement et la Ligue brésilienne contre la tuberculose ont signé un accord en vue du développement de l'usage du vaccin B. C. G.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.). — Séance du Conseil d'administration du 3 mai 1932.

La filiale canadienne de l'A. D. R. M. exprime le désir qu'à l'occasion du IVe centenaire de la découverte du Canada par Jacques Cartier, les différentes sociétés françaises envoient des représentants au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord qui se réunira en septembre 1934. Elle émet en particulier le vœu que le congrès français de médecine y tienne ses assises. M. Besançon, président de la session de 1932 s'engage à appuyer cette proposition auprès de ses collègues lors de leur réunion en octobre 1932.

Après discussion il est décidé qu'au Comité composé des membres du Bureau du Congrès de médecine et au Comité de direction de l'Association des médecins de langue française, on adjoindra pour défendre le projet quelques autres personnalités parisiennes, les professeurs Balthazard, Hartmann, Roussy et Sergent.

Lecture de lettres du Professeur Cortes Llado et du recteur de Séville, remerciant l'A. D. R. M. de l'accueil qu'elle a fait aux professeurs et médecins espagnols venus à Paris.

Nominations comme membres du Conseil du Professeur Laignel-Lavastine en remplacement du regretté Professeur Teissier et de M. Desfosses, rédacteur en chef de la *Presse Médicale*.

Elections de nouveaux membres : M. Cortes Llado, professeur de clinique chirurgicale à Séville, M. Rodino, agrégé (de Séville) ; et M. Pera, agrégé (de Séville).

Médecins sanitaires maritimes. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine (laboratoire d'hygiène), le 14 juin 1932.

Les dossiers des candidats devront être adressés, un mois à l'avance, au ministère des Travaux publics et de la Marine marchande (Services du travail maritime et de la comptabilité), 3, place de Fontenoy, Paris (7e.)

Le « Nord Médical » à Paris. — *Prix Marcel Gallois d'urologie*, 1931. — Le concours pour le Prix Gallois d'Urologie 1931, fondé pour les étudiants du *Nord Médical*, à Paris, s'est terminé le 14 janvier dernier.

La question sortie était : Ruptures traumatiques de l'urèthre : signes, diagnostic et traitement (indications opératoires seulement). Le jury était composé du président Paul, des vice-présidents Farez et Gallois, et des urologistes de l'Association représentés par les Docteurs Daubresse, Gallois et Quenay, sous la présidence du Docteur Gernez, chirurgien des hôpitaux de Paris.

A la suite d'excellentes copies, le classement suivant a été établi :

Premier prix : *Prix Gallois* (1.000 *francs*). — M. Robert, interne des hôpitaux de Paris.

Deuxième prix : *Prix des Laboratoires des Osmo-Vaccins* (500 *francs*). — M. Hurez, interne des hôpitaux de Paris.

Troisième prix : *Prix du Pyri-Pyridium, des Laboratoires Servier à Orléans* (500 *francs*). — M. Hubert, externe des hôpitaux de Paris.

Quatrième prix : *Prix de l'Uraseptine Rogier* : (500 *francs*). — M. Douay, interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Cinquième prix : *Prix du Mictasol* (500 *francs*). — M. Lardennois, externe des hôpitaux de Paris, élève de l'Ecole du Val-de-Grâce, à Paris.

Sixième prix : *Prix de l'Inorénol et du Docteur Gernez* (500 *francs*). — M. Tison, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lille.

MM. Lardennois et Tison ont obtenu une note « ex æquo » avec une très bonne copie.

N. B. — Les laboratoires du *Mictasol*, d'une part et de l'*Antigonol*, d'autre part, à Paris, ont de plus mis à la disposition du fondateur du prix, chacun une somme de 500 francs pour publier les travaux des deux premiers lauréats.

Faculté de médecine de Strasbourg (Nouvelle clinique oto-rhino-laryngologique. Cours de perfectionnement du Professeur Georges Canuyt.) — *La chirurgie oto-rhino-laryngologique : technique opératoire et thérapeutique chirurgicale chez l'adulte et chez l'enfant.* — Ce cours aura lieu comme chaque année au mois de juillet 1932, du jeudi 21 juillet au dimanche 31 juillet.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur G. Canuyt, nouvelle clinique oto-rhino-laryngologique, hôpital, civil, Strasbourg.

Banquet du Syndicat des médecins de la Seine. — Le douzième banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi 28 mai 1932, à 19 h. 30, dans les salons de l'hôtel Lutetia, sous la présidence du Docteur Ch. Flandin, médecin des hôpitaux. Un bal suivra le banquet de 22 h. 30 à 2 heures.

Les parents et amis des membres du Syndicat des médecins de la Seine y sont cordialement invités, ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux, et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

Association générale des médecins de France. — *Assemblée générale annuelle.* — Cette assemblée aura lieu le dimanche 5 juin 1932, à 14 heures, dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir, banquet à Lutetia, (boulevard Raspail) sous la présidence de M. le Professeur Surmont, de Lille, président de la Société locale des médecins du département du Nord. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 3 juin, leur adhésion et le prix du banquet (50 francs) à M. le Docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Chèques postaux : Paris 186-07. Téléphone : Littré 61-43.



DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICÉMINE
ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE
SANS CHOC NI RÉACTION
40
39
38
LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOULD PASTEUR . PARIS

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies en or est décernée à M. le médecin capitaine Contal du 19e corps d'armée.

Défense nationale. — GUERRE. — Le médecin-général Fulconis, chef du Service de santé du Sénégal, est nommé directeur du Service de santé et inspecteur général des services sanitaires de l'Afrique équatoriale française à Brazzaville, en remplacement de M. le médecin général Bouffard, rapatriable.

Croisière des grandes vacances en Mer Baltique. — S'attachant à poursuivre un but confraternel et désintéressé, le Comité des Croisières médicales françaises ne s'est pas adressé à une agence de voyage, mais a fait affréter directement pour lui le *S/S Cuba* de 14.000 tonnes, un des plus récents paquebots à mazout de la Compagnie générale transatlantique.

Le *Cuba* partira du Havre le 14 juillet pour les fjords de Norvège les plus caractéristiques : Koperwick, Bergen, Le Songfjord, Gudwangen, Baiholm, Lœn, et Oslo la capitale.

Après avoir touché l'île de Gotland à Wisby, le *Cuba* mouillera deux jours à Stockholm avant de gagner la Finlande si peu visitée les deux escales de Abo et de Wiborg permettront une excursion au lac Saima, le plus beau du monde, et aux chutes de l'Imatra.

Mettant le cap sur Leningrad, le *Cuba* terminera son beau voyage par les escales de Dantzig et de Copenhague, pour être de retour au Havre le 4 août.

Le Professeur Chasles qui a vécu longtemps dans les pays nordiques et en Russie a bien voulu se charger de la partie littéraire et anecdotique du voyage. En quelques causeries très documentées, il rappellera pendant les jours de traversée, la légende l'histoire et la civilisation des pays parcourus.

Organisé sous le patronage du doyen de la Faculté de médecine de Paris et de nombreux doyens et professeurs des Facultés de Paris et de province, le second voyage du Comité des croisières médicales françaises a pu être établi dans des conditions exceptionnellement avantageuses. Le nombre des passagers est limité à 200 premières à partir de 3.500 francs pour un voyage de 22 jours.

Quelques places de seconde sont réservées plus spécialement aux jeunes pour 2.300 francs.

Le Comité a le plaisir d'annoncer aux élèves des hôpitaux qu'il leur a réservé un certain nombre de places de seconde qu'il pourra leur donner pour 1.350 francs seulement.

Pour tous renseignements, s'adesser au Comité des croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, à Paris. Téléphone : Odéon 20-63.

Les demandes seront classées d'après leur ordre d'arrivée

« Dans l'intérêt des étudiants obligés de rédiger et de soutenir une thèse, des jurys chargés de la lire et de l'argumenter, des travailleurs en quête de documents, j'estime que le principe de la thèse *courte*, et même *très courte*, est à adopter et que nous devons pousser nos élèves dans cette voie quand — ce qui est la règle — nous les considérons comme incapables d'édifier un travail de valeur. » (Professeur J. VANVERTS. La réforme de l'enseignement médical.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Zona infectieux et zona traumatique

Par les Docteurs **P. LAMOTHE** et **H. BERNADOU**

Le zona n'a pas au même degré que beaucoup de maladies infectieuses plus anciennement connues des caractères éclatants de contagiosité et d'épidémicité. Ce n'est pas une raison pour refuser de reconnaître en lui une infection, car la même remarque pourrait s'appliquer à d'autres maladies transmissibles localisées au système nerveux et pourtant des mieux établies.

Les observations qui concourent à démontrer la contagion zostérienne sont encore assez rares pour que les cas nouveaux vaillent la peine d'être cités. Il nous semble qu'il en est ainsi des deux observations suivantes :

I. Le 20 octobre 1926, une malade de 56 ans, arthritique, se présente à la consultation de l'un de nous parce qu'elle souffre depuis plusieurs jours d'une douleur lancinante de l'hypocondre gauche en même temps qu'elle éprouve une indisposition générale, mais sans céphalée ni fièvre.

A l'examen, l'attention est attirée par deux vésicules petites et rouges siégeant l'une en avant, à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic, l'autre en arrière à la hauteur de la douzième côte. Il s'agit d'un début de zona dont l'efflorescence se confirme par la suite, zona thoraco-abdominal auquel on applique une simple thérapeutique calmante et qui guérit sans complication au bout d'un mois.

Exactement douze jours après l'examen de la malade, celui de nous qui l'avait pratiqué est pris de malaises puis d'une éruption zostérienne affectant la topographie radiculaire gauche et la même évolution clinique que celui de sa cliente. Ce zona disparut d'ailleurs sans laisser de traces.

II. Zona familial. Le 29 juillet 1931, un jeune ménage de Paris reçoit, pour la journée seulement, une parente venue de la campagne où elle a la garde d'une petite fille qu'elle n'a d'ailleurs pas amenée ce jour-là.

Le lendemain, le jeune mari parisien éprouve de vagues troubles : inappétence, état fébrile, auxquels s'ajoutent, les jours suivants, des douleurs du côté droit du thorax, puis des démangeaisons.

Enfin, le 6 août apparaît à la même région droite du thorax un zona des plus typiques.

Le 11 août, onze jours après les premiers signes de cette affection, douze jours après la visite de la parente, celle-ci est prise à son tour, à la campagne, de malaises légers, mais au bout de quelques jours elle annonce qu'elle a dû appeler le médecin et qu'elle est atteinte d'un zona thoracique droit.

Le 22 août, c'est la petite fille de trois ans qui est indisposée. Les jours suivants elle présente des vésicules groupées en petites grappes, d'abord au niveau du dos, puis en avant, esquissant une disposition en demi-ceinture, que le médecin de la famille dit être un zona.

A. Thomas, qui a fait une étude approfondie du zona dans un rapport remarquable au Congrès neurologique de Berne en 1931, considère comme exceptionnel qu'un zonateux contamine son entourage ou que plusieurs cas de zona se succèdent dans la même maison ou dans la même famille.

Il rappelle cependant que la contagiosité du zona a été admise par Lang, Hoffmann, Boissière, Trousseau et Erb, et que la littérature médicale signale des cas assez troublants, à cet égard, tels que le zona conjugal (Baudoin, Achard), le zona ophtalmique qu'un étudiant contracta auprès d'un malade atteint de la même localisation zostérienne (Besnier), ou celui présenté par un garçon de ferme qui avait couché quelque jours avant dans le lit d'un zonateux.

Les deux observations rapportées par nous sont une nouvelle preuve de la contagiosité du zona et par conséquent de son étiologie infectieuse. Elles permettent même, d'en préciser la durée d'incubation et d'affirmer que cette contagiosité existe dès les prodromes de la maladie et même un peu avant.

Dans la première observation l'incubation a été de douze jours exactement. Dans la seconde cette même durée est confirmée.

Néanmoins ce serait peut-être induire un peu rapidement que d'en conclure que l'incubation n'est jamais que de douze jours.

Dans d'autres circonstances en effet elle a paru nettement plus longue.

Le zona, qui par définition est une éruption de placards érythémateux et vésiculeux distribués sur le territoire d'une ou plusieurs racines nerveuses, avait été rattaché au groupe des maladies infectieuses, en raison de son évolution cyclique, par Landouzy en 1883.

Sur de simples signes fonctionnels généraux, ce clinicien avait pu étayer son opinion.

Mais il est des cas où l'absence de fièvre et de malaises, l'intervention apparente d'une cause mécanique ou lésionnelle traumatique, ont fait nier la nature infectieuse de certains zonas.

C'est ainsi qu'à côté du zona infectieux se pose la question du zona traumatique.

Ne vaut-il pas mieux l'appeler zona post-traumatique ce qui ne laisserait rien préjuger de sa nature intime ?

Le zona lié à un traumatisme est-il la conséquence immédiate de ce traumatisme ou bien le traumatisme n'est-il tout au plus qu'une condition qui a favorisé l'éclosion d'un zona infectieux banal, comme on peut voir un traumatisme faciliter l'apparition d'une fièvre typhoïde ou d'une grippe ?

Nombre d'auteurs rejettent l'étiologie strictement traumatique d'un zona apparu après un accident.

Thibierge qui a parcouru un volumineux dossier d'observations constate que les zonas dits traumatiques sont exceptionnels et le plus souvent discutables, car, remarque-t-il, pour conclure à la nature traumatique d'un zona « il faut, de toute nécessité : 1° que cette éruption herpétique soit bien et dûment un zona ; 2° qu'elle ait succédé à un traumatisme manifeste ; 3° que ce traumatisme ait été tel qu'il ait pu intéresser les ganglions nerveux dont le siège de l'éruption dénote l'intervention ».

Les erreurs de diagnostic sont en effet fréquentes. Outre deux assez grossières qu'il cite (mémoire de Gaucher, observation de Kuhl), Thibierge a relevé des cas d'éruption herpétique en rapport avec une lésion locale des nerfs périphériques sans altération anatomique des ganglions nerveux (Charcot, Rouger, Exby, Griffith, Rousseau-Ducelle, Monteau, etc., etc.).

D'autres fois les commémoratifs trop vagues obligent à n'accorder au traumatisme qu'un rôle des plus incertains (observations de Mongest et Fabre).

Enfin la plupart du temps, le traumatisme invoqué et plus ou moins exactement précisé ne peut expliquer le développement du zona (Bouchard, Picrides, Maupetit, Oppelzer, Besnier, Gaucher, Autrand, Bontemps, etc.).

Thibierge en est réduit à n'accepter comme véritablement probantes que deux observations de zona traumatique recueillies au cours de la dernière guerre ; nous les rappellerons succinctement :

La première, de Dupont et J. Troisier, a trait à un homme de 22 ans qui, à une distance de 350 mètres, eut la tête traversée par une balle. Aussitôt on nota : perte de connaissance, phénomènes cérébelleux graves, paralysie

du voile du palais, tachycardie. polyurie, etc... Quatre jours après, zona du plexus cervical supérieur gauche.

La deuxième de Boursier et Ducastaing se rapporte à un soldat de 38 ans, blessé dans la région dorsale médiane, par un éclat d'obus. On observe une impotence complète du membre inférieur droit avec diminution de la motilité à gauche.

Sous l'écran, le projectile est visible dans la région sus-hilaire du poumon droit.

Quelques jours après apparaît un zona thoracique gauche dont l'éruption s'étend de la XI[e] dorsale à la I[re] lombaire.

A côté de ces deux cas, on peut en signaler deux autres dans le cadre desquels rentrera une observation personnelle que nous rapporterons ensuite.

Le premier cas est de Barthélemy qui, contre-visitant un accidenté du travail relève les séquelles d'un vaste zona de la région thoracique droite qui avait apparu, consécutivement à une violente contusion de la même région, dès le lendemain de l'accident.

Le deuxième cas est de Limouzi et consiste en un zona abdominal inférieur chez un ouvrier qui, solidement arc-bouté avait reçu, la veille, une pile de bois sur la région lombaire. Sans prendre garde à l'éruption qui se produisait, il mettait ses troubles sur le compte d'une hernie d'effort inexistante.

Voici maintenant notre observation :

Le 1[er] juin 1931, Mme G. C..., 60 ans, ouvrière, violemment heurtée par un cycliste, tombe évanouie sur la chaussée. Contusionnée sur toute la partie droite du corps elle est transportée chez elle où elle reste alitée quelques jours.

Le surlendemain de l'accident apparaissent, sur le flanc, droit quelques vésicules pour lesquelles, le 6 juin, on fait appeler le médecin.

Nous sommes au cinquième jour après l'accident. Il existe alors sur les régions thoracique inférieure et abdominale supérieure droites de nombreuses vésicules, agminées par places, en bouquets, desquamées par endroits, sur fond rougeâtre, s'étendant en bandes obliquement dirigées de haut en bas et d'arrière en avant, s'arrêtant sur la ligne médiane : zona thoraco-abdominal des XII[e] dorsale et 1[re] lombaire.

Comme traces de l'accident il existe une vaste ecchymose des régions lombaire et fessière droites.

La guérison s'effectue en quinze jours sans complication.

La malade n'intenta pas d'action en justice à l'auteur responsable de l'accident.

Ainsi, il est difficile et exceptionnel qu'on établisse avec toute la rigueur désirable une relation de cause à effet entre un traumatisme et l'apparition d'un zona. C'est aussi l'avis exprimé par A. Thomas au Congrès neurologique de Berne, qu'il a atténué pourtant de cette réserve que, dans quelques cas, « les relations topographiques de la cause apparente et de l'éruption sont telles qu'un rapprochement étiologique reste séduisant ».

D'après les dernières observations que nous venons de signaler le zona traumatique pour aussi rare qu'il soit, paraît exister.

Il se distinguerait cliniquement du zona infectieux par le fait que l'incubation y est pour ainsi dire absente ou très sensiblement écourtée. Entre l'accident et l'éruption, il ne s'écoule que quatre ou cinq jours, quelquefois même il n'y a pas plus de vingt-quatre heures, tandis que nous venons de compter, douze jours pour le zona contracté par contagion.

Au point de vue médico-légal, il semble donc que le zona traumatique doit avoir sa place dans les barèmes et traités spéciaux sur les incapacités des accidents du travail qui jusqu'ici ont, tous, passé ce chapitre sous silence.

Thibierge nous apprend que dans les expertises médico-légales où il a dû se prononcer sur l'origine traumatique d'un zona, l'accident faisait défaut.

Les choses se passaient de la façon suivante :

Aiguillé par le médecin qui avait dignostiqué le zona, l'ouvrier, bien qu'ayant continué son travail prétendait avoir ressenti une vive douleur thoracique qui l'avait obligé à interrompre ses occupations. La vérification des dates du certificat initial et de la manifestation du zona permettait de reconstituer l'histoire de la maladie et de conclure que le zona était ou contemporain ou antérieur à l'accident.

Après ce que nous venons d'en dire, il apparaît qu'en certains cas les trois conditions assignées par Thibierge sont suffisamment réalisées pour que le zona traumatique soit admis.

L'indemnité due à la victime de l'accident doit, dans ces cas, correspondre non seulement à l'incapacité déterminée par la contusion proprement dite qui est généralement de courte durée, mais à celle qu'entraînent l'affection zostérienne et surtout ses conséquences, ulcérations ou névralgies lesquelles peuvent être très longues et constituer même, notamment chez les gens âgés, une véritable incapacité de travail permanente partielle.

BIBLIOGRAPHIE

AUJALEU. — *Le zona traumatique*.. (Soc. de méd. du Loiret, 17 juin 1931).

BARTHÉLEMY. — *Zona traumatique*. (*Bull.* Soc. franç. de derm. et syphil., décembre 1927.)

ELLIOT. — *Access of traumatic herpes zoster*. (*Brit. Journ. Surgery Bristol*, 1915, p. 261.)

LANGWILL. — *Herpes zoster ever occur traumatic*. (*Clin. Journ.*, London, 1913, p. 559.)

LIMOUZI. — *Une observation de zona traumatique*. (Soc. de méd. du Loiret, 21 janvier 1931.)

OUDARD et JEAN. — *Eruption zostérienne post-traumatique*, (*Arch. de méd. navale*, 1924, p. 357.)

THIBIERGE. — *Sur le zona traumatique*. (*Gaz. des Hôp. de Paris*, 1923, p. 1555. Bibliographie.)

THOMAS. — *Le zona Rapport au Congrès neurologique de Berne*. (*Revue neurologique*, décembre 1931.)

Du patronage des anormaux libérés après un internement par mesure de défense sociale

Par le D[r] VERVAECK

Directeur général du Service d'anthropologie pénitentiaire des prisons belges (1).

« L'Œuvre de patronage des condamnés libérés qui s'attache à les maintenir dans une bonne atmosphère morale et à leur assurer des conditions de vie régulière et laborieuse deviendra plus complexe et plus délicate encore quand elle s'adressera à des délinquants malades et anormaux mentaux ayant subi un internement par mesure de défense sociale. En raison même de leur tares et affections morbides, ils sont plus exposés que des normaux à la récidive d'actes délictueux et ils négligeront souvent de se présenter chez ceux qui auront assumé la mission de les surveiller et de les protéger.

Difficile en principe, le patronage des anormaux libérés sera aussi infiniment plus varié dans ses modalités d'intervention que celui des condamnés ordinaires, ce qui tient au caractère pathologique différent des anomalies mentales des internés par mesure de défense sociale.

La loi nouvelle en distingue trois groupes : les déments, les débiles, les déséquilibrés. A chacun d'eux conviennent des mesures spéciales de traitement et de surveillance.

(1) Communication à la journée des patronages. (Namur, juin 1931.)

1. Parmi les malades mentaux ou aliénés, les uns sont atteints de lésions démentielles à marche progressive ou du moins peu curables ; ils ne pourront que rarement être rendus à la vie libre ; on devra songer parfois à les transférer dans un hospice de chroniques ou de vieillards où leur situation morale sera moins déprimante qu'à l'asile.

D'autres malades mentaux, atteints d'affections constitutionnelles de l'esprit en relation avec une hérédité funeste : persécutés, obsédés, mélancoliques présenteront parfois des rémissions telles que le médecin sera amené à tenter une mesure de sortie à titre d'essai, pourvu que les conditions d'existence paisible puissent leur être assurées ; c'est à les rechercher et à les maintenir que se résumera ici la collaboration du délégué du patronage.

Il est enfin des malades mentaux guéris de psychoses occasionnelles d'origine infectieuse ou toxique ; leur affection d'assez courte durée est de pronostic favorable ; le patronage n'aura guère à intervenir dans ces cas. Avec la guérison auront disparu de passagères impulsions au crime ou à la délinquance et le dispensaire d'hygiène mentale suffira à leur surveillance.

2. Viennent ensuite les débiles mentaux, dégénérés et inférieurs intellectuels de tout degré ; les tares de leur caractère, leur jugement borné ou puéril, leur passivité, leur faiblesse de volonté, leur suggestibilité, leur ignorance et, plus encore leur incompréhension foncière des notions morales les prédisposent à la récidive presque fatale d'actes délictueux ; beaucoup sont des voleurs d'envergure réduite, entraînés par de mauvais compagnons dont ils deviennent l'instrument, chômant par paresse, sinon par inaptitude au travail, incapables de résister à la tentation de boire. La plupart des débiles sont surtout des faibles ; certains sont des impulsifs que la boisson rend brutaux et méchants ; d'autres ont des tendances sexuelles et, encore une fois, c'est l'alcool qui, le plus souvent, en déclenchera les manifestations morbides : attentats aux mœurs, exhibitionnisme, parfois viols d'enfants.

Le patronage des débiles d'esprit requiert beaucoup de persévérance, de patience et de bonté ; aussi le délégué aura-t-il ici un vaste champ d'activité. En effet, l'intervention médicale après l'établissement de défense sociale se bornera généralement à un contrôle psychiatrique qui sera dévolu au dispensaire d'hygiène mentale, mais remarquons que les débiles négligeront souvent de s'y rendre ; d'autre part, il est désirable qu'ils vivent à la campagne et s'occupent de travaux agricoles qui leur conviennent à divers points de vue ; cette circonstance leur rendra difficile la fréquentation régulière des dispensaires urbains.

L'abstinence des boissons alcooliques (1), des habitudes de vie régulière et paisible, l'exercice d'un métier facile, la constitution d'un bon foyer familial permettront de réaliser une réadapation sociale suffisante au débile mental et l'empêcheront de retomber dans la délinquance ; on voit quel rôle de premier plan le délégué du patronage pourra jouer dans cette œuvre difficile de reclassement. Il devra y associer toujours l'action morale qui quoiqu'on en pense, même chez les débiles,peut exercer une heureuse influence.

3. Un troisième groupe, le plus polymorphe et le plus nombreux, réunit une série d'autres anormaux qui ne sont ni des débiles ni des aliénés mais dont les tares importantes justifient l'irresponsabilité pénale, partant, des mesures de traitement médico-pédagogique.

Parmi les déséquilibrés que vise la loi de défense sociale, on doit comprendre à côté des psychopathes constitutionnels instables et impulsifs, certains épileptiques et hystériques, des monomanes, des fous moraux, des toxicomanes, voire quelques alcooliques dont l'ivresse prend un caractère morbide.

En majorité, les délinquants déséquilibrés possèdent une intelligence assez développée pour leur donner la notion claire du délit, mais ils sont incapables à certaines périodes, sinon à certaines heures de leur vie, de dominer leurs instincts, leurs impulsions, leurs tendances impérieuses à mal faire.

Ce sont en quelque sorte des aliénés intermittents, des irresponsables d'une heure, dont les facultés de contrôle cérébral et le pouvoir d'inhibition sont très imparfaits, sinon nuls. Les émotions, la passion, les excès, les toxiques dérèglent leur équilibre mental précaire et ils peuvent les mener irrésistiblement au délit ou au crime.

Je m'excuse d'insister sur ces notions médicales, mais elles étaient nécessaires à la compréhension des directives du patronage en ce qui concerne les déséquilibrés autorisés, à titre d'essai, à rentrer dans la vie sociale ; cette tentative ne pourra donner de bons résultats que s'il existe une parfaite coordination entre les mesures thérapeutiques à prendre pour combattre les troubles névropathiques qui sont à la base des crises de déséquilibre mental — et les délits qui les accompagnent — et les mesures d'ordre moral et social qui peuvent en prévenir l'éclosion.

Le médecin seul resterait impuissant à empêcher un buveur, un toxicomane, un monomane sexuel de céder à sa passion ; d'autre part, sans directives psychiatriques l'action morale, l'éducation, les efforts en vue de la réadaptation sociale ne pourront être individualisés et seront voués à un succès éphémère.

En conclusion, la surveillance et la protection des délinquants anormaux libérés à titre d'essai constitue une œuvre complexe qui requiert une collaboration constante et cordiale du médecin et du délégué du Patronage ; suivant les cas, l'un ou l'autre y exercera une action prépondérante ; ils devront s'entendre en tout cas pour que cet apostolat social atteigne pleinement son but humanitaire.

Qu'il me soit permis en terminant d'insister sur la grandeur morale de l'œuvre de patronage des délinquants anormaux. Il appartient à ceux pour qui la vie fut bonne et la vertu facile de songer aux malheureuses épaves de l'hérédité pathologique, victimes le plus souvent de fautes ou d'erreurs qu'ils n'ont pas commises et dont, avec leurs parents, la société doit souvent porter la responsabilité bien plus qu'eux-mêmes.

C'est un devoir de justice autant qu'un devoir de charité de les protéger et de les soutenir aux heures si dangereuses de la liberté reconquise.

Ce sera l'honneur du Patronage d'accepter ce nouvel apostolat social. »

(1) Parmi les conditions à imposer lors de sa libération à titre d'essai à un anormal enclin à l'intempérance et dont les délits en sont souvent la conséquence directe, la principale sera de lui demander un engagement d'abstinence totale de boissons alcooliques ; logiquement, il devrait adhérer à un groupement d'abstinents ; tout au moins, sa surveillance sociale devrait être confiée à un membre de cet organisme.

« Lorsque Laplace voulut faire une place aux médecins dans la section des sciences de l'Institut de France, il trouva une opposition très marquée auprès de ses collègues. « Pourquoi introduire des médecins à l'Académie des sciences, alors que la médecine n'est pas une science ». — C'est afin, répondit La place, qu'ils se trouvent avec des savants ! ». Je suis bien certain qu'aujourd'hui les membres de l'Académie des sciences ne professent plus le même dédain à l'égard de ceux de leurs collègues qui représentent la médecine et la clinique française sous la coupole. On peut se demander pourquoi on chercherait à établir une sorte de *hiérarchie dans les sciences.* Pourquoi serait-il plus scientifique d'étudier la vie du limaçon, la vie d'une plante quelconque, la vie d'un quadrupède quelconque, que la vie de l'homme, que la vie du bipède humain. » (Professeur E. Sergent. Le rôle de la clinique dans les sciences biologiques, *Journal des praticiens*, 2 avril 1932.)

Un portrait de Bourneville. — « De petite taille, rondelet, la barbe fournie, les cheveux longs et rejetés en arrière, Bourneville avait, comme Delasiauve conservé l'accent du terroir. Avec les progrès de l'âge et à mesure qu'il blanchissait, son visage, naturellement coloré avait pris une teinte écarlate. Laborieux et tenace, poursuivant son but en dépit des obstacles, il passait pour avoir un caractère difficile et dominateur, et parfois cependant il s'est révélé trop faible et trop confiant. Encensé par les uns, dénigré par les autres, il eut beaucoup d'ennemis et aussi de nombreux amis, du moins au temps de son influence, peu lui étant restés fidèles, lorsque vint à pâlir son étoile. » (Dr René Semelaigne. Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel. 1 vol., 1932, Baillière, édit.)

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Les néphrites et néphroses de l'enfance [1]

Par le Dr LIÈGE

Chef de Clinique

Je dois aujourd'hui vous faire une conférence sur les néphrites et les néphroses de l'enfance. La question est bien vaste aussi ne vous donnerai-je qu'une vue d'ensemble des néphrites et des néphroses de l'enfance, sans entrer dans les détails.

On désigne sous le terme de néphrite, l'ensemble des troubles dus à des lésions *inflammatoires* des reins.

Quant au terme de néphrose, il a été proposé par Friedrich Müller en 1905, pour désigner une variété du mal de Bright consistant en lésions *dégénératives* des épithéliums des reins et pour la différencier de la néphrite.

Dans un sujet aussi vaste, qui constitue la majeure partie de la pathologie rénale, force est de nous limiter.

Je me bornerai donc à vous indiquer les particularités étiologiques, cliniques et évolutives des néphrites de l'enfance.

En ce qui concerne les néphroses, je n'envisagerai que la *néphrose amyloïde*, parce qu'on la rencontre assez souvent dans l'enfance, et la *néphrose lipoïdique*, parce qu'elle a été l'objet de travaux récents et particulièrement intéressants.

Envisageons tout d'abord les néphrites de l'enfance.

Elles peuvent être *aiguës, subaiguës ou chroniques.*

Envisageons successivement ces divers types de néphrites.

Voyons les néphrites aiguës.

Du point de vue étiologique, on rencontre dans l'enfance comme chez l'adulte des néphrites de causes *infectieuses*, et des néphrites de causes *toxiques.*

Il serait fastidieux d'énumérer toutes les causes de néphrite de l'enfance ; nous reviendrons, chemin faisant, sur les particularités étiologiques propres à certaines variétés de néphrites.

Parmi les infections causes de néphrites dans l'enfance, deux sont au premier plan : d'une part, les *infections rhino-pharyngées*, ce sont-elles, qui, en règle, sont la cause des néphrites aiguës primitives dites *a frigore* ; d'autre part, la *scarlatine*, qui peut réaliser des néphrites, soit à la phase de début de la maladie, il s'agit alors de *néphrites précoces*, soit plus tardivement, entre le 15e et 25e jour, ce sont alors des *néphrites tardives.*

Du *point de vue clinique*, les néphrites peuvent se présenter sous des types très variés.

Le premier type est celui de la *néphrite albumineuse*, dans ce cas, le seul symptôme de la néphrite aiguë est l'albuminurie.

Cette albuminurie disparaît plus ou moins tardivement, suivant l'évolution de la maladie causale, si bien que si certains auteurs considèrent qu'il s'agit d'une néphrite aiguë bénigne, d'autres pensent qu'il s'agit d'un simple trouble provoqué par la fièvre dans les albumines du sérum.

Dans certains cas, la néphrite est mieux caractérisée, car à l'albuminurie s'ajoute un syndrome urinaire qui signe l'atteinte rénale.

Dans ce cas, les urines sont peu abondantes. Outre qu'elles contiennent de l'albumine, l'examen du culot de centrifugation révèle la présence de cylindres épithéliaux, granuleux, hématiques, de globules rouges, de leucocytes.

Si l'évolution de cette néphrite est en général bénigne, il n'en est cependant pas toujours ainsi, et la restauration rénale peut ne pas être parfaite.

Un autre type de néphrite aiguë est la néphrite œdémateuse ou chlorurémique.

Ce type de néphrite s'observe surtout au cours de la scarlatine, survenant en général du 15e au 25e jour de la maladie.

Son éclosion est favorisée par différents facteurs: le *froid*, (lorsque le malade séjourne dans une chambre insuffisamment chauffée), les *écarts de régime*, la *station debout.*

Le début de l'atteinte rénale est marqué par des douleurs lombaires, de la fièvre, des vomissements, par l'apparition très rapide d'œdèmes périphériques.

A la période d'état cette néphrite est caractérisée par des œdèmes plus ou moins importants avec quelquefois de l'anasarque et par un syndrome urinaire : oligurie, cylindrurie, l'albuminurie abondante pouvant atteindre 4 et 6 gr.

Très souvent, au cours de ces néphrites, on voit apparaître un syndrome cardio-vasculaire, avec hypertension artérielle, augmentation du volume du foie, signes de dilatation cardiaque.

C'est à P. Nobécourt et Milhit que revient l'honneur d'avoir décrit cette néphrite à prédominance cardiaque.

Souvent ces malades ressemblent plus à des cardiaques qu'à des rénaux. Il faut noter dans ce type de néphrite une particularité, elle est caractérisée par la rétention chlorurée, quant à la rétention azotée, elle n'y est pas fréquente.

D'ailleurs, la forme azotémique est rare dans l'enfance. Si, par hasard on la rencontre, il convient de se rappeler que le pronostic est lié non au chiffre d'urée, qui peut être très élevé, mais à sa progressivité et surtout à sa persistance.

Un type de néphrite aiguë souvent rencontré dans l'enfance, est la néphrite hématurique.

Les néphrites hématuriques sont fréquentes dans l'enfance. Elles sont primitives ou secondaires, elles relèvent des mêmes causes que les autres variétés de néphrites, certaines de ces causes interviennent cependant d'une façon plus spéciale.

La scarlatine, cause fréquente des néphrites aiguës de l'enfance, n'est qu'exceptionnellement la cause des néphrites hématuriques, et encore, faut-il dire, des néphrites tardives et non précoces.

Si la scarlatine provoque une néphrite hématurique, cette dernière n'apparaît pas avant le 20e jour de la maladie.

Une cause fréquente, c'est l'infection du pharynx nasal ou du pharynx buccal. Une cause plus spéciale est le purpura. La néphrite hématurique se voit surtout dans les *purpuras rhumatoïdes.*

Cette question a été bien étudiée par le Prof. Hutinel dans sa leçon sur les néphrites du purpura, en 1910 et plus récemment par le Prof. Nobécourt, dans la leçon sur les purpuras et néphrites dans l'enfance, leçon publiée par le *Journal des Praticiens* du 17 mai 1930.

Voyons maintenant comment se présentent en clinique ces néphrites hématuriques.

Il n'existe pas une néphrite hématurique, mais des néphrites hématuriques, variables par leurs causes, par les symptômes auxquels elles donnent lieu, par l'état des fonctions rénales, leur durée, leur évolution, par l'absence ou la présence de séquelles.

Le lien commun de ces néphrites hématuriques, c'est la présence de sang dans les urines.

Elles sont colorées en rouge plus ou moins foncé.

La coloration des urines dépend de la quantité du sang, de la durée du mélange entre les urines et le sang.

Rarement les urines sont franchement rouges, sanglantes, plus souvent leur teinte est noirâtre ou brunâtre, rappelant la coloration du bouillon de bœuf ou celle du vin de Porto.

Ces urines donnent les réactions chimiques du sang. Les réactions de Meyer et de Weber sont positives.

Elles contiennent des globules rouges. On les voit au microscope. Ces globules rouges sont souvent déformés, ils sont crénelés.

Le volume des urines est normal ou diminué, l'oligurie n'est pas rare.

(1) Leçon du 2 avril 1932. Cours de vacances.


LAXAMALT
TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de paraffine
50% extrait de malt
LABORATOIRES LICARDY
38, Bd Bourdon
NEUILLY-PARIS


IODAMÉLIS
Iodo-Iodure de Potassium et Hamamélidine
Spécifique
CARDIO-VASCULAIRE
TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques. Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques. Variqueux
DOSES :
De 20 à 40 gouttes aux 2 principaux repas. 3 semaines par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS BOULOGNE sur SEINE près PARIS

Le taux de l'albuminurie est très variable, il n'est pas en rapport avec l'abondance du sang, mais dépend des lésions rénales.

On dit que l'albuminurie est modérée lorsqu'il n'y a que 0 gr. 50 à un ou deux grammes d'albumine par litre. Elle est très élevée lorsque la quantité d'albumine monte à 5 gr. Dans un cas cité par le Prof. Nobécourt dans sa leçon sur les néphrites, la quantité d'albumine s'élevait à 8 gr.

Lorsqu'on examine le culot de centrifugation, outre les hématies, on y trouve des cylindres hématiques, des cylindres granuleux, des leucocytes ; les cylindres épithéliaux sont rares.

Quant aux troubles fonctionnels et généraux qui accompagnent ces néphrites hématuriques, ils sont des plus variables et servent à caractériser ces néphrites. On peut à ce point de vue distinguer les formes suivantes :

1° La forme simple, sans rétention azotée ou chlorurée ;

2° La forme œdémateuse avec symptômes de rétention hydrochlorurée ;

3° La forme azotémique, cette forme est exceptionnelle ;

4° La forme combinée avec rétention azotée et chlorurée.

A ces différents types peut s'associer un *syndrome cardio-vasculaire.* L'absence ou la coexistence de ces différents symptômes jouent un rôle dans l'évolution et le pronostic de ces néphrites.

Dans les formes simples, la néphrite est passagère, l'hématurie cesse au bout de quelques jours, l'albuminurie rétrocède à son tour et disparaît, l'enfant guérit.

Dans d'autres formes, l'hématurie ne disparaît qu'au bout de trois, quatre ou cinq semaines. Dans certains cas, l'hématurie peut durer des mois.

En règle générale, elle ne présente pas de gravité par elle-même. Il est rare qu'elle entraîne un état d'anémie grave, marquée.

Quant à l'albuminurie, elle disparaît à son tour ou peut persister pendant des mois.

Ces néphrites peuvent donc avoir une évolution prolongée et passer à la chronicité.

Ce qui règle le pronostic, c'est beaucoup plus les symptômes associés, tels la rétention azotée ou chlorurée, que l'hématurie.

Ces symptômes peuvent rétrocéder ou passer à la chronicité. En un mot, le pronostic dépend *de l'état fonctionnel des reins,* et à ce point de vue, les néphrites hématuriques donnent lieu aux mêmes considérations que les autres néphrites.

Je ne saurais terminer ce chapitre des néphrites aiguës, sans vous dire un mot des néphrites suraiguës.

Elles se rencontrent au début des scarlatines graves à forme toxi-infectieuse. Le syndrome rénal peut aller dans ces cas jusqu'à l'anurie. Nous reviendrons sur cette anurie à propos de la thérapeutique des néphrites.

Passons maintenant à l'étude des néphrites subaiguës ou chroniques. Elles sont assez fréquentes, surtout chez les enfants ayant dépassé l'âge de 3 ou 4 ans. Leur étiologie est variable, elles peuvent succéder à des néphrites aiguës, elles reconnaissent alors les mêmes causes, ou bien elles peuvent être d'emblée chroniques.

On incrimine souvent le froid, on parle de néphrite *a frigore,* mais, en réalité, une part importante dans l'étiologie des néphrites revient aux infections pharyngées chroniques liées à l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx ; ou encore aux infections gastro-intestinales chroniques.

Certains auteurs font jouer un rôle à l'hérédité syphilitique, à la tuberculose.

Du point de vue clinique, il s'agit soit : d'une néphrite aiguë qui se prolonge et passe insidieusement à l'état subaigu ; souvent la néphrite aiguë paraît guérie, en réalité, elle continue d'évoluer d'une façon latente, se manifeste de temps en temps par des poussées aiguës, jusqu'au moment où les symptômes s'installent définitivement ; soit d'une découverte de l'albumine au cours d'un examen d'urine motivé par des troubles de l'état général, d'ordre variable, ou des troubles fonctionnels tels que la pollakyurie.

Ces néphrites se manifestent sous des formes très variées. Elles réalisent plusieurs types ; certaines de ces néphrites ressemblent à celles de l'adulte, d'autres ont un intérêt très grand en médecine infantile.

Etudions tout d'abord la forme albumineuse simple, elle prête à des considérations intéressantes quant au diagnostic, en pathologie infantile.

Dans cette forme, les symptômes généraux et fonctionnels sont nuls ou peu marqués, cependant dans certains cas, on note de la fatigue, de l'essoufflement, de l'inappétence, de l'anémie. Il n'y a pas d'œdèmes.

C'est l'albuminurie qui caractérise essentiellement cette forme de néphrite, elle est permanente.

Tantôt l'albuminurie est en quantité minime, tantôt elle est abondante, on trouve 2 ou 3 gr. par litre. Les urines contiennent aussi des cylindres épithéliaux, en règle, les chlorures et l'urée s'éliminent normalement.

Il faudra toujours pratiquer la classique épreuve de la chloruration alimentaire, de l'azotémie provoquée et de la phénolsulfonophtaléine pour être fixé sur la valeur fonctionnelle du rein.

Du point de vue évolutif, ces néphrites peuvent rester longtemps stationnaires, leur terminaison est variable.

L'albuminurie peut diminuer et disparaître, ou bien des signes de rétention chlorurée ou azotée peuvent apparaître ; dans certains cas, l'enfant s'anémie, se cachectise et meurt d'une infection intercurrente.

Ce qui fait le grand intérêt de cette néphrite albumineuse, c'est qu'on est souvent consulté parce qu'un enfant a de l'albumine dans ses urines et que les parents viennent demander au médecin de les fixer sur le pronostic.

En pathologie infantile albuminurie ne veut pas toujours dire néphrite.

Il existe des albuminuries dites fonctionnelles, passagères intermittentes, cycliques, chez des sujets qui ne paraissent pas porteurs d'une lésion rénale, telles sont :

1° L'*albuminurie de la croissance.* Elle s'observe au moment de la puberté, chez des enfants qui présentent des troubles dystrophiques ;

2° L'*albuminurie de la digestion.* Elle s'observe chez des enfants dyspeptiques, habituellement constipés, atteints de dilatation de l'estomac, dont le foie est augmenté de volume.

Dans ce cas, l'albuminurie est intermittente. Elle n'apparaît dans les urines qu'après les repas ;

3° Les *albuminuries de la fatigue.* Elles surviennent généralement après des exercices ; les albuminuries orthostatiques, se rencontrent au moment de la puberté. L'albuminurie est parfois abondante, elle apparaît quelques minutes après le lever, elle disparaît quarante à cinquante minutes après le coucher. Elle est fréquente chez des enfants dont la croissance est trop rapide et s'associe à d'autres troubles réalisant ce qu'on appelle la dystrophie des adolescents.

Cette dystrophie des adolescents est essentiellement caractérisée par différents symptômes : les enfants qui en sont atteints sont trop grands pour leur âge, plus rarement, ils sont trop petits, on trouve souvent chez eux de la scoliose, ils sont pâles, chétifs, leurs extrémités sont froides et cyanosées, surtout en position debout, leur pression artérielle est faible, ils ont souvent de la céphalée ou des vertiges, il existe chez ces enfants de l'inaptitude au travail physique et intellectuel, de la tachycardie orthostatique.

En règle, ces albuminuries fonctionnelles persistent plus ou moins longtemps, puis finissent généralement par disparaître, mais l'albuminurie intermittente peut se transformer en albuminurie de néphrite caractérisée.

Pratiquement, donc devant une albuminurie chez un enfant, il conviendra de rechercher avant de conclure à une néphrite, si cette albuminurie est permanente, et dans ce cas, de déterminer le pronostic par l'étude des diverses fonctions du rein, ce qui, du reste, n'est pas toujours chose facile.

Je serai bref pour les autres types de néphrites chroniques. La forme œdémateuse ou chlorurémique rappelle de très près celle que l'on rencontre chez l'adulte.

Il en existe des observations longuement commentées dans

le livre du Prof. Nobécourt, Clinique médicale des Enfants, Affections de l'appareil urinaire, édité par Masson en 1927.

Les principaux symptômes de ces néphrites, sont : l'œdème, symptôme de premier plan, réalisant souvent un véritable anasarque, les modifications des urines qui sont les suivantes : elles sont rares, troubles et foncées, elles contiennent des leucocytes, des cylindres épithéliaux, une forte quantité d'albumine.

La pression artérielle, généralement n'est pas très modifiée, le cœur ne l'est pas davantage, sauf à une phase avancée de la maladie.

L'azotémie est assez rare.

« Quand elle existe, écrit le Prof. Nobécourt, elle est presque toujours modérée et ne dépasse pas un gramme »...

L'azotémie se montre au moment des épisodes aigus ou à la phase terminale. Les accidents nerveux sont rares.

Les néphrites azotémiques sont beaucoup plus rarement rencontrées chez l'enfant que chez l'adulte, par contre, ce que l'on rencontre, le plus souvent chez l'enfant, c'est l'association de la chlorurémie et de l'azotémie.

Au cours de l'évolution de ces néphrites chroniques, on peut observer un syndrome cardio-vasculaire ébauché ou très manifeste avec hypertension artérielle, bruit de galop, gros foie, dilatation cardiaque. La dilatation du cœur est facilitée par l'élasticité de la fibre cardiaque chez l'enfant.

Envisageons maintenant les néphroses chez l'enfant.

Voyons l'amylose rénale, ou néphrose amyloïde. Cette affection fut décrite pour la première fois par Rokitansky, en 1842 sous le nom de rein *lardacé*.

C'est à Virchow qu'est due la dénomination de rein amyloïde. Cette dénomination est consacrée par l'usage, mais erronée, car, en réalité, la substance qui infiltre le rein dans cette forme de dégénérescence est de nature non pas amyloïde mais albuminoïde.

Il s'agit d'acide chondroïto-sulfurique.

Alors que les néphrites reconnaissent des causes multiples, la maladie amyloïde du rein reconnaît un déterminisme étiologique très spécial, relativement réduit, qui est d'ailleurs un utile appoint au diagnostic.

Le processus amyloïde est toujours secondaire et il est secondaire à des maladies cachectisantes et de nature infectieuse.

Ces conditions étiologiques se trouvent pratiquement réalisées dans trois ordres de circonstances : 1° Dans les processus suppuratifs prolongés, tels que les suppurations osseuses (les ostéomyélites), les abcès du poumon, les bronchectasies et les pleurésies purulentes ; 2° dans la tuberculose, lorsqu'elle donne lieu à des processus ulcéreux et suppuratifs ; 3° dans la syphilis dans les mêmes conditions, c'est-à-dire en présence de lésions ulcéreuses et destructives des téguments, des muqueuses ou des os, ce qui est rare chez l'enfant.

Du point de vue séméiologique l'amylose rénale donne lieu à un syndrome clinique très particulier.

Les malades sont des cachectiques. Leur teint est blafard et cireux.

Généralement, on n'observe pas d'œdème chez ces malades, vous en comprendrez tout à l'heure la raison. Il n'y a pas d'hypertrophie cardiaque, de bruit du galop, d'hypertension artérielle

L'amylose rénale est rarement pure, il existe des symptômes ressortissant à l'amylose des viscères autres que le rein.

On note en règle : l'amylose du foie et de la rate, une diarrhée qui peut être permanente et même incoercible.

Quant au syndrome urinaire, il est ici très particulier, il est caractérisé par l'augmentation du volume des urines, la polyurie oscille entre deux et trois litres, les urines abondantes sont transparentes, limpides.

L'albuminurie est massive, on trouve suivant les cas 10 à 12 grammes, et même 20 à 30 grammes d'albumine par litre. On ne trouve pas à la période de début des cylindres, ils apparaissent plus tardivement, mais les fonctions rénales restent normales.

La maladie amyloïde du rein est une affection grave, cependant, elle peut guérir du fait d'un traitement qui supprime la cause du processus morbide, mais c'est rare.

En règle, ces malades meurent épuisés par la cachexie ou sont enlevés par une affection aiguë intercurrente, ou par les progrès de l'affection causale.

Voyons maintenant la néphrose lipoïdique.

C'est un type de néphropathie très particulier, dont les auteurs modernes tendent à faire une véritable entité pathologique.

Cette maladie a été l'objet de nombreux travaux en Allemagne. En France, elle a été étudiée par Pagniez, Bezançon, Labbé, Achard. Wahl, en 1929, y a consacré sa thèse intitulée : « Le problème de la néphrose lipoïdique ».

Ici même le 11 mai 1929, le Prof. Nobécourt a abordé ce sujet dans une leçon intitulée « Néphroses lipoïdiques et néphrites chez les enfants », leçon publiée par le *Journal des Praticiens* du 12 avril 1930.

Quelles sont les causes de cette affection ?

Elles ne sont guère connues, les maladies infectieuses ne semblent pas jouer un rôle, on n'incrimine point la scarlatine, la diphtérie, la pneumonie, la grippe. On ne possède aucun renseignement sur le rôle de la syphilis acquise ou congénitale, ni sur celui de la tuberculose.

Peut être les infections pharyngées jouent-elles un rôle, mais ce n'est pas encore prouvé. Epstein a insisté sur le rôle de l'insuffisance thyroïdienne.

Il existe une forme type de la néphrose lipoïdique. Dans son ensemble, cette forme type est caractérisée par un syndrome clinique, mais ce dernier est insuffisant à lui seul pour affirmer le diagnostic, outre ce syndrome clinique, il faut encore envisager le syndrome urinaire, le syndrome sanguin et humoral et les lésions spéciales du rein qui achèvent de le caractériser.

Voyons tout d'abord le syndrome clinique, il est constitué avant tout par l'existence d'œdèmes, ces derniers représentent le premier signe constaté. Ils sont d'abord localisés à la face, principalement aux joues, aux paupières. Ils augmentent rapidement, deviennent généralisés, s'accompagnent d'épanchements viscéraux, d'ascite, d'hydrothorax, réalisent souvent un véritable anasarque.

Cet œdème s'accompagne d'un ensemble de signes négatifs. Il n'existe pas de troubles cardio-vasculaires, de lésions du fond de l'œil, pas de phénomènes urémiques, pas de troubles du fonctionnement rénal, l'urée sanguine est normale, la réaction avec la phénolphtaléine est normale, la constante d'Ambard est normale.

Le syndrome urinaire montre des urines peu abondantes, 200 à 300 c. c. par 24 heures. L'albuminurie est toujours considérable, on trouve des quantités d'albumine atteignant 5 grammes à 60 grammes. Lorsqu'on examine le culot de centrifugation, souvent assez abondant, on constate des leucocytes, des cellules épithéliales, des cylindres hyalins, granuleux, graisseux. Il n'y a pas d'hématies, mais ce qui est surtout important, c'est qu'on y trouve des corps birefringents, dont on a voulu faire un signe caractéristique de l'affection.

Pour les rechercher, il faut se servir du microscope polarisant, ils se présentent sous deux aspects : ou bien, on les trouve à l'état libre, ce sont alors de fines gouttelettes, tantôt isolées, tantôt réunies en amas, très brillantes, présentant à leur centre une croix sombre en forme de la croix de Malte, ou bien, on les trouve à l'intérieur de certains cylindres granuleux sous forme de petits points.

Ces corps biréfringents sont des éthers du cholestérol non solubles dans l'eau et qui se trouvent à l'état liquide, ce sont de véritables cristaux liquides.

Le sérum sanguin est lactescent. Les lipides (graisses neutres, phosphatides, cholestérol) sont augmentés. Normalement, on trouve 5 à 8 p. 1.000 de lipides, dans la néphrose lipoïdique, leur quantité atteint 25 et 47 pour 1.000.

La quantité normale de cholestérol est de 1,70 à 1,95, ici on constate des chiffres atteignant 12 à 15 grammes.

On note la diminution des protides, avec diminution et le plus souvent inversion du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$.

Il peut exister des modifications de l'équilibre minéral, et on a toujours intérêt à étudier le taux du chlore du plasma, le

BIBLIOGRAPHIE

Scott et la conquête du Pôle Sud (1868-1912), par STEPHEN GWYNN, traduit de l'anglais par THÉO VARLET. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec une carte, 18 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bien que la guerre mondiale ait suscité en Angleterre, comme dans les autres pays, de magnifiques exemples d'abnégation, d'énergie, de courage, aucun héros n'a conservé en Grande-Bretagne une aussi grande et aussi pure popularité que le célèbre explorateur du Pôle Sud, le capitaine Scott. L'auteur de la présente biographie s'est abstenu, dans sa lucide admiration qu'il sait faire partager au lecteur, de romancer ; il commente à peine et laisse la plupart du temps expliquer le capitaine Scott par Scott lui-même en citant de nombreuses lettres inédites et des extraits de l'émouvant journal intime que l'explorateur tint jusqu'à l'heure même de sa mort.

Dans une traduction claire et limpide, M. Théo Varlet, le traducteur bien connu de Stevenson, de Kipling, de Melville, etc., a su rendre, non seulement le sens, mais l'esprit de l'œuvre, ce qui permet aujourd'hui au public français d'apprendre la magnifique leçon d'énergie donnée à l'Angleterre et au monde par le capitaine Scott.

Fantassin. Souvenirs de guerre, 1914-1919, par ANTOINE GRILLET. Préface du général PASSAGA. Un vol. in-8 de la *Collection de Mémoires, études et documents pour servir à l'histoire de la guerre mondiale*, 18 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tout dans ce livre est net, simple, sans artifices.

Un Français moyen, Antoine, part pour la guerre.

Il est gai, il chante, il ne prend pas les choses au tragique, mais tout juste au sérieux.

Il n'admet que difficilement certaines formes de la discipline et l'injustice le révolte.

Sa voix entraînante lance *La Madelon* aux armées, où, grâce à lui, cet hymne jovialement héroïque, se propage avec rapidité.

Pas plus courageux qu'un autre (il l'avoue lui même), il est heureux d'avoir sous les yeux les exemples de bravoure que lui prodiguent les grognards du 321e régiment d'infanterie, régiment du Bourbonnais et d'Auvergne.

Fantassin est aussi un véritable document historique, car Antoine Grillet nous fait assister à des faits importants comme l'attaque du 21 décembre 1914 à Malancourt, celle du 15 décembre 1916 à Verdun, celle du Chemin des Dames, 16 avril-5 mai 1917 ; celle de Merckem en Flandres, les 26, 27 octobre 1917 ; la bataille de la Somme à Moreuil, 26 mars-7 avril 1918 ; celle des Monts Cassel à Bailleul, avril-mai 1918 ; puis l'Oise, puis l'offensive du 8 août à Courcelles ; la prise de Beuvraignes ; celle de Saint-Quentin le 1er octobre 1918 où il a la joie d'entrer le premier.

Des pages de bonne humeur alternent avec des pages d'une émotion poignante comme ce récit si pathétique de l'agonie par les gaz et la mort émouvante de l'aumônier du bataillon.

Encyclopédie par l'image. Les montagnes, 92 illustrations. Un volume in-8° sur papier de luxe, couverture en quatre couleurs, broché : 5 francs, Librairie Hachette.

Il faut souligner l'utilité pratique et le réel intérêt du nouveau fascicule que l'« Encyclopédie par l'image » consacre aux *Montagnes*, précisément au printemps, peu avant le départ de tant de citadins, pour la montagne, « incomparable réservoir de vie, de force et de santé » au milieu d'un cadre qu'on ne se lasse pas d'admirer.

Jules César, par Auguste BAILLY. Un vol. Prix : 12 francs. Editions, Fayard, 18, rue du Saint-Gothard, Paris.

Après le *Napoléon* de M. J. Bainville, nous avons aujourd'hui, dans cette collection *Les Grandes études historiques*, un *Jules César* de M. Auguste Bailly, un très beau livre.

Revue d'histoire littéraire de la France. Abonnement France : Un an : 50 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du n° d'octobre-décembre 1931 :

I. R. Bray : La dissertation sur « Joconde » est-elle de Boileau ? (*suite*). — G. Vanwelnkenhuyzen : L'antiromantisme de l'*Eclair* (1827-1829) (*suite*). — J. Cann : L'œuvre dramatique de Flaubert. — P. Mathieu : Essai sur la métrique de Verlaine.

II. Mélanges.

III. Comptes rendus.

IV. Chronique.

chiffre normal est de 3,60 par litre, ainsi que le taux du chlore des globules qui, normalement est de 1,80 par litre. Il faudra établir le rapport $\frac{\text{chlore des globules}}{\text{chlore du plasma}}$ ce rapport normalement est de 0,50.

Je ne puis m'arrêter plus longtemps sur ce chapitre.

L'évolution de la maladie est lente, irrégulière, on constate des rémissions et des poussées. Dans certains cas, l'évolution se fait vers l'atrophie rénale néphrotique et alors, on voit apparaître des signes de la série urémique.

La guérison est possible, mais il faut instituer une diététique très spéciale.

A côté de cette forme pure de la néphrose lipoïdique, il y a place pour des syndromes complexes, ou intriqués de néphrose lipoïdique et de néphrite.

Anatomiquement, dans les cas de néphrose lipoïdique, on trouve une infiltration lipidique du rein qui achève de caractériser ce type de néphropathie.

Passons maintenant à la question du traitement.

Dans les néphrites aiguës, on laisse l'enfant au lit et à une température modérée, on fait de la révulsion sur la région lombaire.

Au début, on prescrit la diète hydrique que l'on ne prolonge pas en général, au delà de deux ou trois jours, puis on institue le régime lacté. Le lait reste l'aliment de choix dans les néphrites aiguës quelle que soit leur variété.

Lorsqu'il y a oligurie ou anurie, on donne des diurétiques (queues de cerises, chiendent). Il faut se méfier de la théobromine, elle est irritante pour le rein. Si on prescrit de la théobromine chez l'enfant, on en donne 0 gr. 10 par année d'âge, dans de l'eau sucrée.

Une autre médication est la scille qu'on peut prescrire sous forme de teinture à 1/5e et dont on donne V gouttes par année d'âge.

Lorsqu'il y a anurie confirmée, on peut employer les injections de sérum glucosé. On pratique alors soit des injections sous-cutanées de sérum glucosé isotonique à 45 pour 1.000, soit des injections intraveineuses de sérum glucosé hypertonique, à 250 p. 1.000. Elles doivent être faites très lentement.

La *diathermie* a été aussi préconisée. La décapsulation du rein et la néphrostomie sont les dernières armes que l'on peut tenter d'utiliser dans l'anurie.

Dans les néphrites hématuriques, l'hématurie fournit quelques indications spéciales. On prescrit : le chlorure de calcium à la dose moyenne de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par année d'âge ; le tannin, soit sous forme de sirop de ratanhia à la dose de 5 grammes par année d'âge, soit sous forme de sirop de feuilles de noyer, à la dose de 4 grammes par année d'âge.

Dans les néphrites chroniques, le régime est la base du traitement. Pour l'établir, il faut se baser sur l'état du fonctionnement rénal.

Suivant les cas, ce sera le régime déchloruré, ou bien le régime hypoazoté.

Voyons maintenant le traitement de l'amylose rénale.

Il faudra toujours et, avant tout, viser la cause initiale du processus dégénératif, il faudra supprimer le foyer de suppuration, soutenir l'état général du malade. Si la syphilis est en cause, on la traite. L'état du rein n'exige pas d'indications spéciales. L'absence de phénomènes de rétention permet d'être très large dans l'alimentation, celle-ci sera aussi reconstituante que possible. On pourra donner aux malades de la viande crue.

Pour le traitement de la néphrose lipoïdique, il en est tout autrement, la diététique a ici une importance considérable.

Il faut réduire les chlorures, les graisses et la lécithine, le cholestérol, on supprime donc les œufs, le beurre, le jambon.

On institue un régime riche en protides. On augmente la ration en albumines, on donne 2 à 4 grammes, de protéines par kgr de poids corporel, tout en surveillant de près l'urée sanguine. On donne de la viande, du blanc d'œuf, des huîtres, du veau, du poisson maigre, des protides végétaux, des haricots, des pois, des lentilles, etc...

Dans ces cas, la thérapeutique a moins d'importance que la diététique.

On pourra utiliser les diurétiques, l'urée, le chlorure de calcium. Le neptal, si usité actuellement est dangereux, enfin, l'extrait thyroïdien constituerait pour Epstein, le traitement spécifique.

Telle est rapidement esquissée l'histoire des néphrites et des néphroses dans l'enfance.

CHRONIQUE

Une monographie sur l'asthme

Ce serait une bien intéressante entreprise que d'écrire une histoire de l'asthme, comme, jadis, Armand Delpeuch écrivit une histoire de la goutte (1) : on ferait de la sorte une rétrospective à travers la pathologie en débordant le cadre de cette maladie qui s'apparente à tant d'autres états morbides et, par ailleurs, en ce qui concerne l'asthme luimême, ce serait l'occasion de réponses à toute une série de points importants. L'étude de l'asthme depuis longtemps a passionné le médecin. Aussi ai je lu avec un intérêt extrême le beau livre de Pasteur Vallery-Radot (2) qui est une claire mise au point des conceptions actuelles sur le sujet et dont je voudrais résumer ici les grandes lignes.

L'asthme, indique Pasteur Vallery-Radot, procède par accès qui s'observent à tout âge. C'est une affection capricieuse dans son apparition, dans ses modalités cliniques et dans son évolution. L'asthme déjoue tout pronostic : il peut disparaître sans qu'on s'explique pourquoi ; il peut être extrêmement tenace, malgré les thérapeutiques mises en œuvre. Si sa symptomatologie est actuellement bien connue malgré ses déguisements multiples, sa pathogénie n'est qu'en partie élucidée par les travaux récents. Et, peut-être, le plus clair de la doctrine actuelle, c'est d'éliminer l'idée d'une pathogénie unique et de reconnaître des causes et des mécanismes pathogéniques variés.

Partant de là, c'est une autre erreur que de vouloir appliquer à tous les cas d'asthme le même traitement.

Symptomatologie. — L'accès d'asthme a, le plus souvent un début brutal, survenant en pleine santé.

Il apparaît à toutes les heures du jour et de la nuit, mais, le plus souvent, entre minuit et deux heures du matin. Cette apparition nocturne s'explique quelquefois par une sensibilisation de l'organisme à certains objets de literie. D'autres fois, on peut penser aux modifications humorales qui s'effectuent pendant le sommeil ou à une influence cosmique du fait de l'absence des rayons solaires ou, simplement, aux effets de la position couchée ?

Pasteur Vallery-Radot décrit ensuite l'aspect caractéristique du malade, la dyspnée expiratoire bien connue (inspiration courte, expiration longue).

La radioscopie du thorax montre, au cours des accès l'immobilité du diaphragme.

Il est rare que le malade n'expulse pas quelques crachats. L'expectoration est caractéristique. On a comparé le crachat de l'asthmatique à du tapioca cuit ; il est épais, collant, gélatineux, pelotonné, semi transparent, légèrement grisâtre. Il contient des cristaux de Charcot-Leyden et des

(1) A. Delpeuch. — *Histoire des maladies : la goutte et le rhumatisme.* Carré et Naud, édit., 1900

(2) *L'Asthme bronchique*, par Pasteur Vallery-Radot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et François Claude, médecin consultant au Mont-Dore. 1 vol. in-8 de la collection « *La Pratique médicale illustrée* ». Librairie Octave Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e)

cellules éosinophiles, qui seraient utiles pour affirmer la nature asthmatique de la dyspnée. De même, si l'on fait un examen de sang au cours de l'accès, on trouve de l'éosinophilie sanguine.

Après une demi-heure ou une heure, parfois beaucoup plus longtemps, la crise s'atténue progressivement. Lorsqu'elle a disparu, le malade retrouve une respiration d'amplitude normale. Il se sent libéré.

Les types d'accès d'asthme sont multiples, mais Pasteur Vallery-Radot tient à opposer l'asthme franc, asthme sec et l'asthme intriqué, compliqué de bronchite que celle-ci soit primitive ou secondaire. Enfin il résume les particularités de l'asthme infantile.

Le chapitre des équivalents est l'un des plus curieux dans la clinique de l'asthme et, aussi, dans l'étude de sa physiologie pathologique. Sous le nom d'équivalents de l'asthme, on décrit des syndromes respiratoires ou cutanés ou nerveux ou autres qui, au même titre que l'asthme, sont des manifestations de la tare « asthmatogène » et peuvent alterner avec l'accès. Les équivalents respiratoires sont de beaucoup les plus importants : coryza spasmodique apériodique, coryza spasmodique saisonnier ou rhume des foins, trachéite et trachéobronchite spasmodiques dont les quintes ressemblant à celles de la coqueluche. La sensation de chatouillement aryngé ou trachéal persiste généralement pendant toute laldurée de l'accès ; elle ne cède que lorsque le malade expulse une muquosité blanchâtre, gluante, ressemblant à du blanc d'œuf et contenant des éosinophiles.

L'eczéma, l'urticaire, les crises diarrhéiques, les crises sudorales, les crises conjonctivales, enfin les accès de goutte constituent les plus fréquents des équivalents non respiratoires. De toutes ces manifestations, celles qui frappent la peau sont les plus fréquentes : on observe assez souvent une véritable alternance entre l'eczéma et l'asthme, surtout chez l'enfant, l'un apparaissant alors que l'autre disparaît.

« *Malgré les nombreux travaux parus depuis une trentaine d'années il est encore impossible d'édifier une pathogénie satisfaisante de l'asthme* ».

L'accès n'est qu'une perturbation passagère de la respiration, ne laissant après lui aucune trace au point que l'asthmatique peut sembler dans un parfait état de santé après une crise formidable. Et, pourtant, il est démontré que cette accès survient seulement à la faveur d'un terrain spécial. Ne fait pas de l'asthme qui veut. La crise n'est que manifestation de troubles constitutionnels latents. Pourquoi tel sujet fait-il de l'asthme sous l'influence de telle cause inoffensive pour tout autre ? Deux facteurs semblent indispensables : un déséquilibre du système nerveux vagosympathique et une fragilité spéciale de l'appareil respiratoire. Un troisième facteur se trouve fréquemment, un déséquilibre humoral, sorte d'instabilité colloïdoplasmatique qui rend le malade susceptible de faire des chocs.

La démonstration de l'action broncho-constrictive du pneumogastrique et de l'action broncho-dilatatrice du sympathique amenait à penser qu'il y avait dans l'asthme une hyperexcitabilité du pneumogastrique ; de là est née la théorie de l'hypervagotonie. L'étude du réflexe oculo-cardiaque chez les asthmatiques apporte à cette théorie une preuve clinique. Pourtant Pasteur Vallery-Radot expose qu'on ne saurait conserver une théorie trop simpliste de l'hypervagotonie et qu'au lieu de dire hypervagotonie, il est plus juste de dire déséquilibre vagosympathique, cette expression indiquant que c'est tout le système nerveux de la vie végétative qui est déréglé chez les asthmatiques. Il y a là un élément important du drame asthmatique, mais toute l'affaire n'est pas limitée à ceci.

La fragilité particulière de l'appareil respiratoire joue un rôle, constitue une épine irritative. Il existait chez tout asthmatique une lésion de l'appareil respiratoire, lésion parfois minime, qui serait la signature d'une inflammation antérieure, guérie ou encore en activité. C'est cette lésion qui sert de point d'appel à la réaction vagosympathique.

Enfin, chez certains asthmatiques, on observe des modifications constantes ou passagères d'un des éléments composant l'équilibre normal des humeurs : alcalinité du sang et pH, élément minéraux ou organiques.

Ceci dit, quels sont les agents pathologiques qui ont produit ces perturbations ? l'hérédité joue un rôle considérable, de même que les troubles du fonctionnement des glandes endocrines : thyroïde, ovaire. Il existe des asthmes qui apparaissent ou disparaissent à diverses périodes de la vie génitale ou surviennent uniquement au moment des époques menstruelles. La grossesse a, souvent, sur les crises asthmatiques une action suspensive.

L'insuffisance hépatique est souvent en jeu.

Pour beaucoup d'observateurs la syphilis serait fréquemment à l'origine de l'asthme. Pasteur Vallery-Radot ne l'a constaté que très exceptionnellement, de même que la tuberculose fibreuse.

Si la crise d'asthme est une perturbation brusque et passagère du système vagosympathique d'un appareil respiratoire taré, il reste à rechercher quelles sont les causes qui provoquent cette brusque rupture d'un équilibre déjà instable.

a) Excitation directe de la muqueuse de l'appareil respiratoire par un agent irritant. Toutes les causes d'irritation de la muqueuse du nez, du larynx, du pharynx, de la trachée et des bronches peuvent intervenir. On sait quelle est la sensibilité des asthmatiques pour la fumée de tabac, pour les poussières, pour les vapeurs de soufre, pour une odeur un peu forte, pour un courant d'air froid, pour un traumatisme du larynx dû à un fragment alimentaire.

b) Excitation du système vagosympathique par une épine située sur le trajet du vague ou du sympathique en un point quelconque de l'organisme.

On a décrit des cas d'asthme causés par les lésions les plus variées siégeant en des points très différents de l'organisme : polypes du nez, déviations de cloison, rhinites hypertrophiques, lésions chroniques de la trachée, des bronches et des poumons, lésions des organes abdominaux (asthme causé par une appendicite chronique, par une lésion ovarienne, par une rétroflexion utérine).

c) Excitation du système vagosympathique par l'intermédiaire d'une crise humorale, soit crise anaphylactique, soit crise colloïdoclasique sans sensibilisation.

Les cas d'asthme anaphylactique pur sont peu fréquents.

On trouve parfois une sensibilité unique vis-à-vis d'une substance nettement déterminée qui, seule, provoque des accès asthmatiques. Plus souvent, il existe plusieurs sensibilités pour des substances voisines ou pour des substances de constitution complètement différente. Avec le temps, ces sensibilités s'émoussent le plus souvent ; ou bien, si elles persistent, les crises d'asthme ne sont plus uniquement causées par elles ; d'autres causes très nombreuses et le plus souvent banales, interviennent à leur tour : l'asthme n'est plus anaphylactique.

Diagnostic. Pasteur Vallery-Radot résume, alors, les belles méthodes qu'il a mises au point pour arriver à un diagnostic scientifiquement fondé.

Le *traitement* visera d'abord la crise et, tour à tour, sont étudiées les ressources de l'adrénaline, de l'éphédrine, de la morphine, de la belladone.

On peut, ensuite, envisager un traitement ayant pour fin de modifier la constitution de l'asthmatique (opothérapie, iode, arsenic, traitement anti-infectieux) ou de modifier le système vagosympathique ou de modifier l'état humoral s'il s'agit d'un colloïdoclasique (peptone, autohémothérapie, injections de lait, sérum de cheval, très dangereux, stock-vaccins, rayons X, rayons ultra-violets qui donnent parfois des résultats favorables, et enfin la vieille saignée qui a, parfois des effets heureux durables).

Les méthodes de désensibilisation spécifique sont ensuite exposées, ainsi que les effets des cures thermales et de l'altitude (La Bourboule, le Mont-Dore).

H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mai 1932

Action du nitrate d'ammonium sur les œdèmes. — *MM. Pasteur Vallery-Radot* et *E. Gilbrin* rapportent des observations qui montrent l'action que peut exercer le nitrate d'ammonium dans certains œdèmes cardiaques. Ils ont obtenu la rétrocession et la disparition presque complète des œdèmes dans quelques cas qui avaient resisté à toutes les thérapeutiques. Les auteurs montrent comment il faut administrer ce sel.

Le nitrate d'ammonium n'est évidemment qu'une thérapeutique d'exception. Mais, devant des œdèmes cardiaques volumineux qui se sont montrés rebelles à tous les traitements, on pourra l'essayer soit seul soit associé à un diurétique mercuriel : on aura parfois la satisfaction de voir s'effondrer des œdèmes qui, jusque-là, s'étaient montrés d'une ténacité désespérante.

Syndrome neuro-anémique rapidement amélioré par l'hépatothérapie. — *MM Ch. Aubertin* et *Wester* rapportent l'observation d'un malade atteint de maladie de Biermer avec syndrome neuro anémique.

Les injections d'extrait hépatique amenèrent une amélioration non seulement de l'anémie mais du syndrome neurologique, en quelques semaines.

Septicémie veineuse subaiguë. — *MM. Laignel-Lavastine, A. Escalier* et *Jacques Odinet* rapportent l'observation d'une malade variqueuse de longue date, traitée il y a deux ans par des injections sclérosantes, qui fit à trois mois d'intervalle deux poussées phlébitiques : la première à type de *phlegmatia alba dolens* à bascule ; la seconde à début embolique et à type de phlébite superficielle erratique et progressive. Une menace grave d'extension du processus phlébitique fut enrayée par la ligature des veines enflammées à la limite macroscopique des lésions. Cette intervention amena la résorption rapide de l'œdème des membres inférieurs et la disparition des phénomènes inflammatoires. Une reprise ultérieure légère de l'œdème fut améliorée par une série d'injections d'acétylcholine.

Traitement par le bleu de trypane des parkinsonniens d'origine encéphalitique. — *MM. Laignel-Lavastine* et *Jean Sterne* ont continué la thérapeutique instituée par MM. Chevallier, Schwob et Durandy et en apportent les résultats, parfois remarquables et toujours encourageants.

Le choix du produit est capital.

Un bleu de trypane chimiquement pur est préparé en solution aqueuse à 1 %.

On injecte à intervalles de trois jours deux fois 1 c. c. et quatre fois 2 c. c.

On arrête un mois et on recommence.

Ce n'est qu'après la deuxième ou troisième injection que le mieux commence à se manifester. Assez souvent, la première série n'amène que de faibles changements, mais elle a comme mordancé le malade et la deuxième série déclenche l'amélioration.

Celle-ci porte essentiellement sur la rigidité ; au contraire, le tremblement est beaucoup moins amélioré. Cependant, la génoscopolamine agit sur lui à la moindre dose quand elle est associée au bleu, que lorsqu'elle est donnée seule. Aucun des malades traités n'a continué à évoluer.

Telles sont les principales conclusions d'une étude thérapeutique de plusieurs années portant sur quinze malades.

Les injections sont intra-veineuses ; elles n'ont entraîné ni incident, ni complication.

Sur un cas de maladie de Paget. — *MM. Laignel-Lavastine* et *Boquien* rapportent un cas de maladie de Paget où il fut impossible de mettre en évidence un dysfonctionnement parathyroïdien par l'étude du bilan calcique, mais l'interférométrie endocrinienne faite par M. Guillaumin, selon la méthode de Hirsch, montra un hypofonctionnement parathyroïdien des plus nets.

La radiothérapie de la région thyroïdienne améliora cependant la malade. Les auteurs se refusent à confondre la maladie de Paget avec les autres dysostoses de l'adulte, en particulier la maladie de Recklinghausen et lui conservent son autonomie clinique et anatomo-pathologique.

M. M. Labbé s'étonne que l'interférométrie ait montré dans ce cas une insuffisance parathyroïdienne, fait qui n'a jamais été signalé jusqu'à présent dans la maladie de Paget.

A propos de l'anaphylaxie passive et des graphiques du choc anaphylactique. — *MM. Pasteur Vallery Radot, G. Mauric* et *Mme A. Hugo* rappellent que l'anaphylaxie n'est pas la même chez le chien et chez le lapin. Dans toute expérience d'anaphylaxie il faut tenir compte de la façon la plus stricte de l'espèce animale. La différence d'aspect de la courbe de pression artérielle à la suite du choc protéique et à la suite du choc anaphylactique chez le lapin montre que c'est un excellent animal d'expérience pour les recherches d'anaphylaxie puisque, contrairement à ce que l'on observe chez le chien, on peut chez lui distinguer les deux variétés de choc.

Endocardite maligne à forme lente à bacille de Pfeiffer. — *MM. Noël Fiessinger* et *A. Arnaudet* exposent l'histoire de deux endocardites : l'une, d'une durée de près de deux ans, avec fièvre variable, intervalles apyrétiques prolongés, état général bien conservé, insuffisance mitrale typique avec grosse rate, sans embolie, mais avec petits panaris d'Osler, terminée par la mort.

L'autre, plus courte, d'une durée de cinq mois et demi, s'accompagne de signes plus complexes au début, pas de tachycardie, pas de splénomégalie, seule une insuffisance aortique avec fièvre variable, puis apparition d'une hémiparésie droite avec aphasie motrice d'origine embolique, état méningé consécutif, hématurie puis néphrite avec œdèmes et polyurie paradoxale, puis insuffisance cardiaque avec œdème du poumon qui entraîne la mort.

Dans les deux cas, à plusieurs reprises, les cultures permirent l'isolement d un microbe à l'état pur, toujours le même, dont les auteurs font l'étude culturale et démontrent l'absence de pathogénéité pour l'animal ; il s'agit d'un bacille de Pfeiffer.

Ces endocardites à Pfeiffer ont tous les caractères des autres endocardites à forme lente sans aucun caractère spécial que la possibilité d'être encore plus longues, Tayer, en Amérique, en a observé huit cas. Les auteurs insistent sur l'enseignement pratique qui découle de leurs constatations, nécessité de cultures de plus de quatre à cinq jours et d'isolement sur gélose ensanglantée de sang frais. Ces faits qui passeraient pour cette raison facilement inaperçus montrent que la maladie de Jaccoud-Osler n'a pas de spécificité bactérienne absolue que celle de relever de microbes peu toxiques et peu pathogènes.

L'épreuve au galactose chez le sujet normal. — *MM. Noël Fiessinger, Henry Walter* et *François Thiébaut* étudient la façon dont se comporte le sujet normal à l'égard de la traversée du galactose, par le dosage dans les urines recueillies dans les quatre premières heures et l'étude de la concentration de cette galactosurie, de façon à fixer la limite du normal et du pathologique. Les auteurs montrent les rapports variables qui unissent le débit et la concentration du galactose, insistent sur les éliminations variables suivant la position des sujets, (la station couchée paraît diminuer la galactosurie), sur la non influence du tabac, contrairement à celle du froid. De ces études, il résulte qu'après l'ingestion de 40 gr. de galactose et de 200 gr. d'eau le débit est toujours minime et dépasse rarement la quantité de 1 gr. 50 dans les quatre premières heures ; par contre, si le débit du galactose oscille dans des limites assez étroites, la concentration varie notablement, mais le plus souvent au-dessous de 5 p. 1000. Ces notions dont les auteurs ont étudié toutes les variantes sous des influences multiples, fixent nettement la base peut-on dire physiologique de la galactosurie normale.

Tuberculose pulmonaire du nourrisson simulant une broncho-pneumonie ; bacillémie constatée par la méthode de Lœwenstein. — *MM. P. Armand Delille, Ch. Lestocquoy* et *Y. Monceau* rapportent l'observation d'un nourrisson de 7 mois, amené à l'hôpital Hérold avec des symptômes de broncho-pneumonie et qui mourut après trois semaines de séjour. L'autopsie montra des dilatations bronchiques et une tuberculose miliaire.

Dix jours avant la mort, on avait pratiqué un ensemencement de 10 cmc. de sang centrifugé sur milieu de Lœwenstein. On obtint en vingt jours des micro-cultures qui permirent d'obtenir, après repiquage, des colonies abondantes constituées de bacilles ayant tous les caractères d'un bacille de Koch, de virulence faible pour le cobaye.

Les auteurs discutent à ce propos la valeur de la méthode de Lœwenstein.

M. Debré pense qu'il faut être très prudent avant d'affirmer l'authenticité d'un bacille de Koch mis en évidence par la culture du sang sur milieu de Lœwenstein. D'abord, il n'est pas démontré que les microcultures aient une réalité : ce que l'on prend pour des bactéries ne sont peut être que des filaments de fibrine acido et alcool résistants.

Ensuite, il est singulier que l'on retrouve si souvent dans les dites cultures des bacilles peu virulents, avirulents ou même des bacilles aviaires dont on pourrait expliquer la présence par une insuffisante stérilisation des milieux qui sont des milieux à l'œuf. Enfin l'hémoculture peut se montrer positive chez des sujets atteints d'infections diverses n'ayant jusqu'à nouvel ordre aucun rapport avec la bacillose.

Les hématémèses dites « essentielles » dans leurs relations avec la pathologie spléno-hépatique. — *M. Etienne Chabrol* dégage les enseignements d'une statistique personnelle de 50 observations d'hématémèses sans lésions gastroduodénales avérées.

Sur 10 malades présentant une hypertrophie importante de la rate, six étaient manifestement atteints d'une cirrhose hépatique, quatre offraient le tableau d'une anémie splénique.

Dans la cirrhose du foie, l'auteur s'est toujours refusé à faire pratiquer la splénectomie. Il se borne à prescrire la transfusion sanguine et l'opothérapie sous forme d'extraits hépatiques injectables. C'est aux splénomégalies dites primitives qu'il convient de réserver l'intervention chirurgicale. Les suites immédiates de l'opération ont été dans un cas très brillantes il faut savoir cependant que la splénectomie n'entrave pas toujours le développement d'une cirrhose hépatique deux ou trois ans plus tard et qu'un malade ayant conservé sa grosse rate vit depuis 15 ans sans avoir de nouvelles hématémèses.

La disparition des hémorragies au lendemain de l'opération n'est pas un argument péremptoire en faveur de leur origine splénique. Toute ablation de la rate est suivie d'une augmentation du taux des hématoblastes, dont on connaît le rôle primordial dans la coagulation sanguine et la rétraction du caillot. C'est ce principe qui a fait conseiller la splénectomie dans le traitement du purpura chronique hémorragique. L'auteur réserve cette intervention aux sujets porteurs d'une grosse rate, sans cirrhose du foie avérée, dont les hématémèses deviennent menaçantes par leur abondance et leur répétition ; ils s'en abstient si l'hémorragie est isolée ou si le volume de la rate n'est pas appréciable.

En règle générale, il convient d'être en garde contre l'intervention chirurgicale lorsqu'on ne peut saisir l'origine d'une hématémèse sous le contrôle clinique et radiographique maintes fois renouvelé des fonctions digestives.

Embolie du cerveau et de l'artère humérale survenue après une injection préventive de sérum antitétanique. Mort. — *M. Morichau Beauchant* (Poitiers).

Sclérose en plaques chez un hérédo-syphilitique. Amélioration par le traitement spécifique. — *M. Mendelssohn* présente une malade qui offre des signes indiscutables d'hérédo-syphilis. Atteinte de sclérose en plaques, elle fut tellement améliorée par le traitement spécifique, qu'on peut prononcer le mot de guérison.

Les symptômes de sclérose en plaques : paraplégie cérébello-spasmodique, tremblement intentionnel, abolition des réflexes abdomino-cutanés et du voile du palais, exagération des réflexes rotuliens et achilléens, formule du liquide céphalo-rachidien coïncidant avec la description qu'en a faite le Professeur Guillain au Congrès de Neurologie de 1924, tout rentra dans l'ordre après quatre séries de piqûres pendant lesquelles furent employés l'arsenic, le bismuth, le mercure et l'iode.

Ce traitement fut mis en pratique d'abord parce que la malade est atteinte d'un rétrécissement mitral pur, que son père était syphilitique et que sa mère présente un Wassermann positif, et ensuite, parce que les traitements dits de choc : (salicylate de soude et Dmelcos) non seulement ont échoué mais ont aggravé la maladie.

M. Mendelssohn insiste sur le retour à la normale du liquide céphalo-rachidien, fait très rare et presque introuvable dans les observations d'améliorations publiées jusqu'à présent.

Etiologie syphilitique de la sclérose en plaques. — *M. Henri Dufour* vient appuyer l'opinion de M. Mendelssohn sur l'étiologie syphilitique de la sclérose en plaques, en présentant une malade qu'il soigne depuis douze années, par un traitement antisyphilitique répété chaque année.

Les phénomènes, en progression au début du traitement, se sont stabilisés depuis douze années, ce qui semble bien en faveur d'une action médicamenteuse.

L'auteur rappelle que depuis 1916, à l'aide de nombreux cas cliniques, il défend l'origine syphilitique de la sclérose en plaques dépendant d'une syphilis atténuée (héréditaire ou conceptionnelle). Mais il sera le premier à accorder à cette affection son autonomie, le jour où l'on démontrera qu'elle est sous la dépendance d'un agent infectieux spécifique.

Toue les arguments, autrefois opposés à l'étiologie syphilitique du tabès et de la paralysie générale sont les mêmes qu'on oppose à l'étiologie syphilitique de la sclérose en plaques. Le traitement syphilitique rationnel et surveillé n'a jamais aggravé une sclérose en plaques, mais l'a souvent améliorée.

Michelle VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La créatininémie

A l'état physiologique, le taux de la créatinine dans le sérum ou le plasma, atteint rarement et ne dépasse jamais 20 milligr. par litre.

A l'état pathologique, ce taux a pu s'élever jusqu'à 400 milligr. dans un cas rapporté par Dérot.

La créatinine est un produit de déchet azoté éliminé par les reins.

La créatinine dérive de la créatine qui est répartie dans l'organisme sous au moins deux formes : la créatine tissulaire, la créatine musculaire, celle-ci combinée au phosphore pour donner le phosphagène.

L'organisme est capable de retenir et de fixer jusqu'à un taux donné la créatine ingérée avec l'alimentation ou élaborée aux dépens des acides aminés et des bases puriques. Au delà de ce taux limite l'organisme est saturé et l'excès de créatine est éliminé à l'état de créatine ou de créatinine. Les organes qui fixent la créatine sont le muscle et le foie. L'hypercréatininémie traduit d'une manière constante une insuffisance fonctionnelle ou organique des reins. Dans les néphrites le taux de la créatinine ne commence à s'élever qu'après celui de l'urée sanguine. En cas de régression de l'azotémie c'est le taux de la créatinine qui s'abaisse tout d'abord.

La rétention de la créatinine ne semble pas être la cause des symptômes constatés au cours de l'azotémie. Cette rétention peut être tout à fait latente pendant un temps plus ou moins long.

Au cours des néphrites aiguës ou subaiguës, le taux de la créatinine sanguine n'a pas plus de signification pronostique que le taux de l'urée. Les deux rétentions coexistent en règle et toutes deux peuvent également régresser quel que soit par ailleurs le taux atteint. Dans les urémies des urinaires l'hypercréatinémie peut également régresser dans certains cas. Dans les néphrites chroniques, azotémiques, existe une période initiale ou seule l'urée est retenue ; cette azotémie dissociée est susceptible de régresser sous l'influence du régime hypoazoté. Au cours des grandes azotémies du mal de Brigth, le taux de l'urée et celui de la créatinine sanguine s'élèvent en règle parallèlement.

En cas de rétention dissociée, ce serait le taux de la créatinine qui plus que celui de l'urée règlerait le pronostic. Toute rétention de créatinine qui à plusieurs examens successifs dépasse 50 milligr. comporte à plus ou moins brève échéance un pronostic mortel.

La rétention de la créatinine ne s'observe pas au cours des affections hépatiques pures. Son apparition semble indiquer une participation rénale au cours de la maladie. Au cours des asystolies l'on peut observer soit une élévation isolée du taux de l'urée sanguine, soit une rétention portant à la fois sur la créatinine et l'urée. La seconde éventualité indique le plus souvent une lésion rénale organique.

Au point de vue expérimental, la créatininémie s'élève au cours des ligatures de l'uretère et des néphrectomies bilatérales ainsi qu'au cours des néphrites aiguës expérimentales toxiques ou toxiniques. Au cours des néphrites subaiguës expérimentales le taux de la créatinine ne s'élève que d'une manière tardive et son élévation précède de peu la mort de l'animal.

Dosage. — La méthode de Folin permet un dosage simple, pratique et très suffisamment précis de la créatinine dans le sang. Ce dosage doit porter sur le sérum et le plasma isolé, soit sur le plasma d'une part et les globules d'autre part. Le dosage sur le sang total est à rejeter car le taux de la créatinine globulaire varie considérablement d'un cas à l'autre et on ne peut pas prévoir ces variations qui ne sont pas toujours paral-


AUVERGNE THERMALE
la Bourboule
Enfants - Ganglions . Anémie
Voies Respiratoires
Peau . Paludisme . Diabète
Chatel Guyon
Chlorure de Magnésium (1gr 85pl)
Intestin . Foie . Colibacillose
Entérites Infantiles et Coloniales
le Mont-Dore
Asthme . Emphysème
Bronchites. Nez . Gorge
Royat
Coeur . Artères
Hypertension
Troubles du Sympathique
St Nectaire
Maladies des Reins
Anémies . Gynécopathies


PARLAX
Reine des huiles de paraffine
lubrifie l'intestin
la plus pure
la plus haute viscosité connue
sans odeur sans saveur
pour l'usage interne prolongé
TRAITEMENT LE PLUS SUR DE LA
CONSTIPATION
F. LATOUR
Bois (SEINE)

lèles à celles de la créatinine plasmatique. En outre la teneur en globules varie suivant les échantillons de sang envisagés.

(M. Dérot. La créatininémie. Thèse de Paris, 1932, 238 p. Marcel Vigné édit.)

Les hématomes étendus de la face et du cuir chevelu chez le nouveau-né.

Les larges décollements sous-cutanés de la face et du cuir chevelu par hématome extensif constituent une rareté. J. Duran (*Thèse de Lyon*, 1931) qui vient de consacrer sa thèse à ce sujet n'a pu en réunir que six observations dont deux personnelles. Un premier point qui a frappé tous les observateurs de pareils accidents, c'est la précocité d'apparition de l'hématome : quelques heures après la naissance dans une observation, le soir-même dans une autre, vingt-quatre heures après dans deux observations, deuxième jour dans un autre cas. Il prend d'emblée une allure extensive considérable, siège dans le tissu cellulaire sous-cutané du crâne ou celui de la face, les deux régions pouvant être toutes les deux intéressées. Cette suffusion sanguine est étendue, douloureuse à la pression, déterminant parfois des ecchymoses et s'accompagnant souvent même d'hémorragie sous-conjonctivale.

L'état général est rapidement touché : on observe régulièrement une anémie marquée, parfois de l'ictère ; la température n'atteint pas des degrés très élevés. L'hémorragie méningée peut être associée à ces hématomes diffus de la face et du crâne, mais, au point de vue clinique, les symptômes qui lui sont propres sont souvent masqués par les manifestations cliniques appartenant en propre à l'hématome lui-même. Le pronostic est grave : quatre décès sur les six cas rapportés par l'auteur ; l'enfant meurt au cours des quatre ou cinq premiers jours. Il semble cependant que lorsque l'enfant franchit le cap du dixième jour, les chances de survie augmentent. La pathogénie est obscure, il semble s'agir de troubles graves de la coagulation, sous la dépendance eux-mêmes d'une syphilis congénitale plus ou moins nette mais à laquelle il faut penser. Il semble cependant que cette dernière cause ne doive pas être seule invoquée.

Comme traitement l'auto-hémothérapie (sang maternel) sera pratiquée, ainsi que le traitement spécifique (frictions mercurielles) si on a le moindre doute à ce sujet.

Une forme abortive d'infection périnéphrétique.

F. Jacowski étudie ce sujet dans sa thèse (*Lyon*, 1931) et publie une observation « qui montre, dit-il, qu'il existe une forme de périnéphrite infectieuse se terminant spontanément par la résolution ». Le petit nombre de cas publiés témoigne de la rareté de cette forme.

Dans les cliniques de Trousseau (*Des abcès périnéphrétiques*, tome III pp. 696-722) on trouve deux cas de périnéphrite terminés par résolution.

Le premier fut discuté par Naudet et Le Dentu. Après lui Gibney en 1876 (J. *Amer. Med. Assoc.* 1876. *In thèse de Lefèvre, Lille* 1920), Guyot en 1883 (Soc. Med. des Hôp. de Paris, 22 juin 1883) en rapportent chacun un cas. Wisner Townsend en 1904 en rapporte un cas (*Am. Journ. Med. Ass.*, 1904. *In thèse de Lefèvre*) et Normann en 1925 (*Klin. Wochenschrift*, 18 juin 1925, p. 1215) deux cas.

A côté de ces observations il faut signaler celles qui n'ont pas été publiées :

I. — Hallé, s'exprime ainsi dans sa thèse (1863) :

« La terminaison par résolution est rare, nous n'en avons vu « qu'un seul exemple, encore est-il douteux, quoique le malade « ait eu presque tous les signes d'une inflammation périnéphré- « tique... Il a subi, dès son entrée, un traitement antiphlogis- « tique auquel, suivant nous, on doit attribuer son amélioration « sensible. Il est probable que ce malade n'est pas le seul. »

II. — Dans la thèse de Naudet :

« Je tiens au Dr Rigal que l'an passé, dans le service de M. « Gubler, à Beaujon, on a observé un cas de périnéphrite ter- « minée par résolution. Je regrette de ne pouvoir rapporter l'ob- « servation qui serait du plus haut intérêt. »

I. — Le Dr Lardier, de Rambervillers, adresse à la Société médicale des Hôpitaux de Paris le 27 juillet 1883, une observation intitulée : « *Abcès périnéphrétique à forme subaiguë ou chronique, terminé par résolution* ».

Cette observation n'a pas été retrouvée.

IV. — Albarran a vu ce cas se produire une fois dans son service.

V. — En 1888, Verneuil communiqua à l'Académie des sciences l'observation d'un médecin de 32 ans qui, après des orgelets, un furoncle et un anthrax fit, dix jours après guérison complète de ces divers accidents, une périnéphrite qui ne guérit que sept mois plus tard, Jacowski ne retient pas cette observation, le traitement n'étant pas précisé.

Enfin Newmann et Stewart ont décrit des « périnéphrites aiguës non terminées par suppuration ».

Il est bien entendu qu'on ne doit pas attendre ce mode de terminaison du phlegmon périnéphrétique ; l'intervention chirurgicale est le traitement de choix. Jacowski fait remarquer que la guérison du cas qu'il publie aurait été probablement mise au nombre des succès des méthodes biologiques, si un traitement de ce genre avait été institué.

Manifestations cutanées de la méningococcie.

L'infection méningococcique, soit généralisée, soit localisée peut s'accompagner de manifestations cutanées. Certaines sont *fréquentes*, ce sont : l'herpès, les éruptions purpuriques, les éruptions papulo-noueuses.

Les autres sont *rares*, ce sont : les érythèmes maculo-vésiculeux, les érythèmes morbilliformes, les érythèmes scarlatiniformes, les taches rosées, les éruptions varicelliformes, les éruptions herpétiformes. Aucune de ces éruptions n'est propre à la méningococcie, cependant :

1° La constatation d'un herpès ou d'un purpura ou d'une éruption papulo-noueuse.

2° L'existence soit d'accès fébriles pseudo-palustres (raideur de la nuque, signe de Kernig), doivent faire envisager la possibilité d'une méningococcie, que l'on tentera de mettre en évidence par l'hémoculture, à la phase septicémique et par la ponction lombaire à la phase méningée.

(A. Attal. *Thèse de Paris* 1931).

Les formes méningées de la maladie de Heine-Médin.

M. H. Goldschlager a fait de cette question le sujet de sa thèse inaugurale (*Paris*, 193). L'atteinte des méninges est constante au cours de la maladie de Heine-Médin. Elle peut rester occulte, décelable seulement par la ponction lombaire, ou se traduit cliniquement par un syndrome méningé réalisant les formes méningées de la maladie de Heine-Médin. Le syndrome méningé marque généralement le début de la maladie et précède la phase paralytique ; dans d'autres cas plus rares, il n'apparaît que tardivement au cours de la phase paralytique, précédée ou non d'une phase infectieuse. Les formes méningées de la maladie de Heine-Médin peuvent revêtir des modalités cliniques diverses ; parmi celles-ci la modalité à type de méningite cérébro-spinale à méningocoques est la plus fréquente, la modalité à type de méningite tuberculeuse est plus rare. La signature de ces formes méningées est donnée dans un grand nombre de cas par l'apparition tardive de paralysies flasques. Dans d'autres cas, les troubles moteurs manquent complètement ou se réduisent à une paresse passagère, ou plus simplement à une abolition passagère des réflexes, ce qui permet de décrire les formes méningées pures de la maladie de Heine Médin. Les cas sporadiques de ces formes méningées pures ne sont pas sûrement identifiées : aucune preuve biologique ne permet à l'heure actuelle de les classer définitivement.

Le diagnostic des formes méningées de la maladie de Heine-Médin n'est souvent possible que grâce aux modifications absolument caractéristiques du liquide céphalo rachidien. Parmi celles-ci, la dissociation albumino-cytologique et l'inversion de la formule leucocytaire sont les plus caractéristiques. Le pronostic immédiat et éloigné de ces formes méningees est généralement bénin ; elles se terminent par la guérison complète ou ne laissent que des séquelles légères et peu durables.

Un cas de maladie de Mauriac.

MM. Girard et Kissel (*S. de M. de Nancy*, janvier 1932) en rapportent le cas d'un homme de 28 ans, qui, deux mois après un chancre syphilitique, traité immédiatement, présenta une contracture en flexion des deux bras. L'extension ne pouvait passivement dépasser 120°. Un traitement par le bismuth amena une guérison rapide. Il s'agissait de la maladie syphilitique des biceps, décrite par Mauriac en 1876 au cours de la syphilis secondaire.

Le traitement de la syphilis par les sels bismuthiques lipo-solubles.

M. Queyrat (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 10 mars 1932) signale les bons résultats éloignés qu'il a obtenus en soignant

des syphilitiques récents exclusivement par le bivatol : la réaction de Wassermann est toujours restée négative et la ponction lombaire faite deux ans après le chancre s'est montrée normale. Chez la femme enceinte, ce traitement lui a donné de bons résultats ; une femme qui avait eu des avortements avec le traitement arsenical accoucha d'un enfant bien portant après un traitement bismuthique. De même les hérédo syphilitiques, avec fugues fréquentes, peuvent retirer bénéfice d'un traitement bismuthique.

Myxœdème et mégacolon.

M. Péhu (*S. M. des Hôp. de Lyon*, 8 mars 1932) rapporte le cas d'une fillette examinée pour la première fois à l'âge de 5 mois 1/2 pour un syndrome associé de myxœdème et de mégacolon, avec constipation opiniâtre, permanente. La médication thyroïdienne a amené parallèlement une amélioration très marquée, durable, de l'état « intellectuel » et somatique ainsi que de l'élévation intestinale.

Semblable observation de myxœdème et de mégacolon ont été rapportées par MM. Péhu (1914), Ribadeau-Dumas (1914), Cattaneo (1931). Le succès obtenu sur la constipation s'explique par la stimulation que l'opothérapie thyroïdienne exerce soit sur la musculature intestinale, soit sur les plexus nerveux du côlon. Une preuve inverse est fournie par la diarrhée observée dans l'hyperthyroïdisme ou dans le basedowisme.

Accidents hémorragiques au cours de la chrysothérapie

MM. Laignel-Lavastine et Reyt (*Soc. Fr. d'Hématologie*, 2 mars 1932) ont vu survenir chez une tuberculeuse traitée par les sels d'or, un purpura avec métrorragies. Une transfusion fit cesser immédiatement les hémorragies.

La diète aux pommes crues dans les diarrhées des nourrissons.

Chez 58 nourrissons atteints d'entérites et de colites aiguës ou chroniques, Mme Kaulbersz-Marynowska, de Wilno (*VIIe Congrès des pédiatres de langue française*) a obtenu des résultats excellents par la diète aux pommes crues. Amélioration notable des selles chez 56 d'entre eux.

Danger de l'allaitement par les nourrices typhiques.

L'allaitement par les nourrices typhiques présente un grand danger d'infection pour le nourrisson.

M. Todorovitch, de Belgrade (*VIIe Congrès des pédiatres de langue française*, 1931) a constaté que le bacille d'Eberth s'éliminait par le lait dans 77 pour 100 des cas. Cette élimination peut débuter dès la première semaine de la fièvre typhoïde et se prolonger 30 à 41 jours. Sur 18 cas, le bacille d'Eberth a été isolé 12 fois dans le lait malgré des hémocultures négatives.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Le chlorure de calcium dans les hémorragies en art dentaire (Dr ROSSERT. *Journal de médecine de Paris*, 7 avril 1932).

Aucun médicament ne mérite autant de faveur que le chlorure de calcium devenu le médicament de choix, grâce à ses propriétés hémostatiques aussi bien préventives que curatives (CARNOT) qui exercent une action indiscutable sur la coagulation sanguine sans aucune réaction immédiate ou secondaire sur la tension artérielle ni sur la vaso-motricité.

Le traitement *préventif* comportera donc pendant 8 à 20 jours une absorption par la bouche de chlorure de calcium ou mieux de chloro-calcion ainsi que le jour même de l'acte opératoire et 2 ou 3 jours après. On prescrira pour un adulte une dose de 4 grammes par jour de Ca Cl^2 par prise de 1 gramme chaque fois, et chez l'enfant 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par année. Pas de contre-indication.

Le traitement curatif des hémorragies, devenu par ces précautions de plus en plus rare, consistera également à donner le Ca Cl^2 à la dose de 4 grammes par jour, sans préjudice des injections de sérum et du traitement local (détusion de la plaie, tamponnement).

Avec cette méthode simple, facile, d'efficacité certaine, les accidents hémorragiques deviendront exceptionnels, et la responsabilité professionnelle du médecin ou du chirurgien-dentiste sera garantie surtout s'il conseille bien les *justes doses* (P. Blum) indiquées ci-dessus.

La médication bromurée dans la pratique courante (Dr H. FAVIER, *Courrier Médical*, n° 44, Paris, nov. 1931.)

L'auteur recommande tout particulièrement le bromure de sodium et la présentation originale, d'usage commode et d'administration facile réalisée par le sédobrol, dont l'emploi est de plus en plus répandu, aussi bien en médecine générale qu'en gynécologie, obstétrique, pédiatrie, urologie et stomatologie : une tablette (ou deux) le soir, dans une tasse d'eau très chaude, calme la nervosité, l'angoisse et même la douleur, dans certains cas.

La rachianesthésie à la percaïne en gynécologie. (J. COLOMB. *La Gynécologie*, n° 8 d'août 1931.)

L'auteur anesthésiste à l'hôpital Saint-Michel, a longuement expérimenté au point de vue rachidien, dans les services de gastro-entérologie du Docteur Pauchet et le service de gynécologie du Docteur Petit-Dutaillis, le nouvel anesthésique, la percaïne. Sa statistique représente 170 cas, tous sans accidents anesthésiques. La percaïne, qui se différencie nettement des autres anesthésiques par sa constitution chimique, offre sur eux divers avantages parmi lesquels il convient surtout de mentionner la durée exceptionnelle de l'insensibilisation et une action paralytique élective sur la fibre musculaire, d'où calme opératoire et post-opératoire, grande facilité donnée au chirurgien pour les diverses manœuvres nécessitées par l'intervention. C'est la méthode des solutions diluées (Jones) à laquelle l'auteur donne sa préférence, tout en reconnaissant que la méthode des solutions concentrées (Quarella) est également applicable avec de bons résultats.

Après avoir décrit avec beaucoup de clarté le mode d'administration de la rachi-percaïne avec la solution diluée hypobare, l'auteur s'étend sur ses effets physiologiques. Qui, dit-il, assiste pour la première fois à une rachi à la percaïne, s'étonne de l'énorme laxité des parois abdominales, de l'affaissement musculaire ; la paroi peut être soulevé avec deux doigts sans effort et retombe inerte si on la lâche ; ouverte, on peut l'écarter au maximum, de telle sorte, que l'on a un jour considérable ; sa fermeture est grandement facilitée, surtout pour les laparotomies sus-ombilicales où le péritoine se dérobe et se déchire sur le surjet. En gynécologie le diaphragme pelvien s'affaisse inerte ; par voie haute, l'utérus s'attire avec la plus grande facilité, par voie basse il descend sans effort sous la traction. Le péritoine pelvien, les ligaments larges, se détendent comme une toile mouillée et la péritonisation devient facile. Le malade ne peut pousser, les anses intestinales, repoussées sous le diaphragme, y restent jusqu'à la fin de l'intervention, même en cas de nausées. Les nerfs splanchnique étant anesthésiés, on peut, avec le minimum de douleurs, manipuler les organes abdominaux et leurs mésos. Autre avantage en gynécologie : le Trendelenbourg n'est plus un inconvénient, au contraire, l'anesthésique se portant vers la partie haute et ne pouvant, dans cette position, diffuser vers le bulbe.

Au total, la percaïne représente un excellent anesthésique rachidien, et son emploi, suivant la méthode de Howard Jones, qui permet de localiser son action aux racines antérieures, semble le plus recommandable dans tous les cas et surtout en gynécologie.

La querelle des solubles et insolubles bismuthiques est terminée (Docteur P. LEMAY. *Concours médical* du 21 février 1932.)

L'auteur, après avoir indiqué quelles fluctuations subit dans le temps la vogue des médications nouvelles, conclut que celles qui résistent à cette épreuve sont réellement bonnes.

Il rappelle les reproches que l'on avait cru devoir faire aux bismuths insolubles et montre en se référant uniquement aux communications faites à la Société de dermatologie et de syphiligraphie que, sans exception, ces reproches sont adressés maintenant aux liposolubles (sans que pour les uns comme pour les autres, on puisse incriminer les produits en particulier, mais seulement des intolérances bismuthiques ou des erreurs de technique).

En définitive, il ne saurait en être autrement, car d'*après les expériences récentes et d'après Levaditi lui-même, les liposolubles sont insolubilisés dans le muscle*, ils sont solubles *in vitro* mais insolubles *in vivo*, et ils sont absorbés dans leur presque totalité à l'état d'oxyde, seul capable de donner des albuminates ou bismoxyls. Alors, dit-il, nous n'étions pas si mal inspirés en préconisant dès 1931 l'emploi de l'hydroxyde de bismuth ou Muthanol.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La leçon inaugurale du Professeur Charles Nicolle. — *Passage détaché d'un article de M. Léon Daudet, intitulé : La maison de l'esprit* (Action française, 7 mai 1932) :

« . . . . . Charles Nicolle parle, d'une voie claire, nette, timbrée, qui s'embrume en évoquant certains souvenirs. Il résume les travaux de son prédécesseur, élève de cet extraordinaire Brown-Séquard, bafoué de son vivant par tous les mandarins de Faculté et d'Académie, et qui découvrit l'action des glandes à sécrétion interne, leurs rapports avec le sympathique, c'est-à-dire plus de la moitié de la médecine actuelle. Il cite Claude Bernard, dont tout le monde ici connaît les travaux ; son maître Roux, bienfaiteur de l'humanité. Une fois, il rencontra Pasteur descendant lentement les marches de son Institut :

— Vous travaillez ? demanda le maître des maîtres au jeune homme intimidé.

— Oui, répondit Nicolle avec peine.

— Il faut travailler, reprit Pasteur.

« J'ai suivi le conseil », ajoute le vainqueur du typhus exanthématique. Toute la salle rit et applaudit. Nicolle n'est pas seulement un esprit universel ; c'est un écrivain, et dont les ouvrages, railleurs et charmants, valent mieux que les essais dramatiques du bon Claude Bernard, illisibles, dit-on. C'est aussi un orateur de la meilleure forme, celle de la causerie, à la fois élevée et familière, atteignant soudain à la grandeur.

Il est ici chez lui, en ce Collège de France, où la science et la littérature sont débarrassées de ces oripeaux, solennels et ridicules, qui entachent d'officialité l'Académie française, la Sorbonne et quelques hauts asiles de l'intelligence, devenus des maisons de retraite pour politiciens et protégés de politiciens. N'est-ce pas, Valéry ? Pour la science, comme pour l'érudition et les lettres, comme pour les arts, l'extrême simplicité, le véritable naturel sont de mise ; c'est l'uniforme de la postérité. Rien de plus beau que le « v'la vote soupe, monsieur Corot » de la vieille servante essoufflée au maître des chemins creux et des sous-bois. Un homme comme Roux, qui a sauvé du croup des milliers et des milliers d'humains, serré dans un paletot sans magnificence et se faufilant parmi ses collègues avec une sorte de pudeur de sa gloire, oui, en vérité, cela est grand.

Toutefois, gardons-nous — dit Charles Nicolle — du poncif du savant modeste et dénué, crevant de faim avec ses enfants, dans un laboratoire sans outillage, auquel le gouvernement octroie, après de longues années de labeur, une décoration, comme on donne deux sous à un pauvre. Ce chromo vient en aide à l'indifférence générale en matière de protection et d'encouragement des savants. « Ils ne sont vraiment beaux qu'affamés », telle est, quant aux chercheurs scientifiques, l'esthétique de la démocratie.

Puis le ton s'élève encore, et l'orateur en vient aux facultés, spécialités, supériorités des diverses nations, dans l'ordre du labeur scientifique. Grand sujet, qui laisse entrevoir une méthode pour la répartition des recherches et des efforts. Chaque peuple, en effet, a sa conception et ses coutumes de laboratoire, ses caractéristiques logiques et morales, ses inclinations investigatrices . . . L'auditoire retient son souffle. C'est la préoccupation générale du moment.

C'est fini. Un tonnerre d'applaudissements salue la péroraison de cette leçon deux fois magistrale, et par la claire pensée et par la forme . . . . . »

Première journée au sanatorium. — *Passage extrait des articles de M. Gilbert Herdais, parus dans* l'Ami du Peuple *(5 et 6 mai 1932. Les isolés. La première étape vers le sanatorium. Première journée d'ensevelissement.)*

. . . . . Vous voici au but.
1.200 mètres d'altitude.
Le sanatorium.

La chambre est toute blanche, et nue, d'une rigoureuse nudité. Un lit. En marge du lit, le lavabo, surmonté d'une étroite tablette de verre. Sur cette tablette, dans un petit vase, des gentianes, les premières gentianes du printemps.

Devant soi, une immense porte-fenêtre qui donne sur la galerie de cure.

Au delà, c'est le grand vide pâle du ciel, avec, en contre-bas, le fouillis jaillissant des arbres.

Les arbres sont nus, eux aussi. Tout un hérissement de branchelettes.

... Et cependant nous sommes en mai, mais à 1.200 mètres d'altitude.

La veille, vous êtes entré, un peu effaré, dans la chambre. La chambre où vous allez vivre combien de temps ?...

....

Une oppression grandissante pèse sur vous, contre quoi vous essayez de réagir. En vain. Tous les fantômes du passé reparaissent, et, face à ces fantômes, vous voici seul.

Où êtes-vous ? Qu'êtes-vous venu faire ici ?... Il vous semble que les murs se resserrent sur vous, pèsent sur vous, et bientôt doivent vous écraser. Qu'êtes-vous venu faire dans ce tombeau ? Car ce bâtiment, c'est un tombeau !

« Le sanatorium... »

Tout bas, vous vous répétez le mot tragique. Vous en détacnez, avec horreur, chaque syllabe. Et chaque syllabe a un goût de mort, de néant anticipé. D'amertume. D'ensevelissante amertume.

Le sanatorium...

Qu'êtes-vous venu, parmi ces malades, malade vous-même, vous enliser ?... Dans la vallée, mai chantonne, et Paris n'est plus qu'un bouquet de feuilles. Ici, c'est l'aridité hivernale, c'est la disgrâce, c'est le ciel gris, qui casque un paysage gris. C'est l'isolement, en pleine montagne, dans cette chaîne des Fiz, abrupte, où les routes viennent tout juste d'être ouvertes, et pour monter, toutes, vers les sanatoriums. Ici, c'est la tombe anticipée.

Le sanatorium...

Une angoisse glacée pèse sur vous. Quatre heures. Cinq heures. Le silence, toujours, avec la lumière déclinante ; cette lumière qui n'est plus la tendre lumière de l'après-midi.

La tête dans l'oreiller, vous poursuivez, intensément, votre cauchemar — cette descente dans l'épouvante intérieure.

Six heures, la sonnerie électrique, encore...

C'est le dîner, servi sur le même plateau, de bois frugal. C'est le même visage, incompréhensif, mais si plein de bonne volonté !

Le dîner : une viande ; des légumes ; fromage, dessert ; eau et vin.

Comment, le vin ne vous est pas interdit ?...

Ah !... l'épouvante de ce dîner ! Tout seul, dans cette chambre toute nue !

Le crépuscule, maintenant, colle aux carreaux. Vous tournez le bouton électrique. La lumière, d'un seul coup, violente la chambre, mais n'entre point en vous : le « cafard » dure.

Et longtemps encore, il durera. Sept heures. Huit heures. Neuf. Dix. Onze...

Longtemps, jusqu'à ce que le sommeil vous prenne, tard dans la nuit.

Le lendemain matin, la chambre est toute blanche.

Le Dr Wicart médecin de Clemenceau. — Le Dr Wicart vient de publier sous le titre « Le Chanteur » un ouvrage (2 vol.), qui est le premier aussi largement conçu dans l'union de la science et de l'art du chant : il examine à fond tous les problèmes de la phonation, du mécanisme vocal et de son fonctionnement, tous les aspects de l'art du chant.

Le Dr Wicart s'est assuré la collaboration de Reynaldo Hahn, Muratore, etc. Et Albert Carré a écrit pour ce livre une préface dont nous extrayons une anecdote :

« Tout dormait dans sa demeure quand, un matin de très bonne heure, le timbre de la porte d'entrée se mit à retentir à coups pressés.

Jean, le valet de chambre, se leva et alla ouvrir.

Un homme, au visage couvert d'un cache-nez, passa en trombe le bousculant.

— Le docteur !

— Il dort.

— Réveillez-le.

— Mais ...

— Réveillez-le ! !

Jean alla frapper à la porte de la chambre à coucher.

— Monsieur !

— Hein ? Quoi ? Qu'est-ce qu'il y a ?

— Un fou.

— Un fou ?

— Oui, monsieur ... Il s'est introduit de force dans le cabinet de monsieur ... il tape sur les meubles avec sa canne ... Monsieur fera bien de se méfier.

— J'y vais.

Wicart passa sa robe de chambre, entra dans son cabinet, l'inconnu déroula son cache-nez et le docteur reconnut qui ?... Le président du Conseil en personne.

— Mon cher docteur, fit Clemenceau, l'heure est grave. Vous entendez, je parle avec peine ... Or, nous avons, aujourd'hui, au Conseil des Trois, une séance d'une importance capitale ... Il s'agit de la Sarre ... Wilson et Llyod George se sont ligués contre moi ... Pour leur tenir tête, il me faut ma voix ... ma voix, vous entendez ... Docteur, rendez-moi ma voix.

— Bien, Monsieur le Président, veuillez vous asseoir ... Maîtrisez-vous rien qu'un instant. Nous allons aviser.

Et, un quart d'heure plus tard, Clemenceau se relevait souriant, calmé. Le mal était dompté.

Il serra la main au docteur, redescendit l'escalier quatre à quatre, et s'engouffra dans son auto qui partit en quatrième vitesse.

La fatigue, sur laquelle les plénipotentiaires Américain et Anglais avaient compté pour avoir raison de l'intraitable vieillard, avait fait place à la plus juvénile ardeur. Tel un clairon, au moment de l'assaut, sa voix sonnait la charge et couvrait de ses éclats les protestations de ses adversaires.

Il fallut lui céder.

Clemenceau n'oublia pas.

Quand, la paix conclue, il songea à se délasser des jours terribles qu'il venait de traverser en allant visiter l'Egypte, ses amis lui représentèrent, qu'en raison de son grand âge, il ferait bien de ne pas s'embarquer seul et qu'il agirait sagement en se faisant escorter par un médecin.

— Un médecin ? fit Clemenceau d'un ton goguenard ... un médecin ? pour quoi faire ? N'en suis-je pas un moi-même ? Pourtant, vous avez raison. Il me faut un compagnon de voyage ... Mais qui ? ... Les hommes politiques me dégoûtent. Eh mais ! j'y songe ... J'ai mon homme ... Gai, érudit, charmant causeur ... Et excellent médecin par surcroît. Vous voilà rassurés !

Et il emmena le docteur Wicart. »

Accidents du travail. — « Une expertise médicale faite à l'étranger n'est pas contradictoire par cela seul qu'elle a eu lieu en présence du Consul de France.

Lorsqu'un ouvrier étranger est retourné dans son pays d'origine en cours d'instance et qu'il est nécessaire de recourir à une expertise médicale, cette expertise ne doit être confiée à un médecin étranger que si l'ouvrier est dans l'impossibilité de venir en France pour être examiné par un médecin français ».

[Note du *Quotidien juridique* (2 mai 1932) à propos d'un arrêt de la Cour d'Appel de Douai (16 mars 1931).]

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement insulinique du diabète, par le Dr F. Rathery, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in 16 de 130 pages : 15 francs. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris 6e.

Le succès des conférences du dimanche, faites par l'auteur l'a incité à entreprendre une série d'autres conférences destinées aux praticiens, relatives à l'emploi de l'insuline dans le traitement du diabète.

L'insuline ne doit plus être considérée aujourd'hui comme un médicament d'exception, accessible seulement à certains spécialistes. L'insuline constitue en réalité un agent thérapeutique de premier ordre dont tout médecin doit connaître la posologie et les modes d'emploi. Elle représente dans certains cas, une médication d'urgence.

Le Professeur Rathery a donc pensé qu'il pourrait être utile pour le praticien de lui exposer ses indications et ses dangers, en même temps que faire le point de cette médication.

Le chant de l'alouette, par Henry Dupuy-Mazuel. 1 vol. Prix : 10 francs Bibliothèque du roman d'histoire de France. Ed. Albin Michel.

Le chant de l'alouette ? Le chant qui un jour de l'an 53 avant J. C., s'éleva de Gergovie, chez les Arvernes, de Genabrius, chez les Carnutes, se répandit au Nord, à l'Ouest, à l'Est, au Sud et fut le signal du soulèvement contre Rome et César.

Le glaive aigu qui fut si lourd
Alouette, alouette,
Dans la balance du vaincu,
Quand notre Brenn campa dans Rome.

Vercingétorix est, ici, comme un jeune dieu (rappelant les formes du jeune premier de l'écran) ; le mal gaulois : la division, partout présent, la trame même du récit ; le chef arverne et Eporédonix, le chef de Bibracte, sont rivaux devant le cœur de la très belle Euloa. Bref, de l'amour, des batailles, un grand rêve de liberté. Ajoutons que fort habilement M. Dupuy-Mazuel n'a pas laissé à son lecteur la haine de l'envahisseur, des Romains.





Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 1261

FONDÉ EN 1873. — N° 22 LE NUMÉRO : 1 FRANC 28 MAI 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Agrégation des facultés de médecine. — Les dates de compositions des concours de l'agrégation des facultés de médecine qui s'ouvriront le 7 novembre 1932 sont fixées ainsi qu'il suit :

1re composition le 7 novembre 1932 et 2e composition le 8 novembre 1932 : Anatomie ; Histologie ; Histoire naturelle médicale et parasitologie ; Bactériologie ; Anatomie pathologique ; Médecine générale ; Chirurgie ; Chimie ; Physique.

1re composition le 9 novembre 1932 et 2e composition le 20 novembre 1932 : Physiologie ; Ophtalmologie ; Oto-rhino-laryngologie ; Obstétrique ; Histoire naturelle pharmaceutique ; Pharmacie ; Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Les compositions auront lieu dans chaque faculté conformément aux dispositions de l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 1929. Chaque composition sera faite dans une séance particulière d'une durée de quatre heures de huit heures à douze heures.

Congrès des Sociétés savantes de Bourgogne. — *Section médicale.* — (Beaune, 4 juin 1932.) — Réunion à l'Hôtel de Ville : 10 heures. M. le Professeur agrégé JOUSSET : Sur le traitement de la tuberculose. — 10 h. 45 : M. le Docteur MALACHOWSKY, (vice-président des médecins Amis du vin) : Un duel entre Bourgogne et Champagne au XVIIIe siècle. — 11 h. 30 : M. le Professeur agrégé LIAN : Indications fournies par la pression moyenne. — Midi : Banquet du Congrès. — 16 heures : M. le Professeur RATHERY : Coma diabétique et coma insulinique. — 17 heures : Clôture du Congrès. — 17 h. 30 : Visite de l'Hôtel-Dieu. — 19 h. 30 : Dîner médical à Meursault (transports organisés).

Les confrères désireux d'assister au Banquet du Congrès et au dîner médical sont priés d'envoyer leur adhésion au plus tôt au Docteur Tassin, à Beaune.

Service de santé. — *Mutations.* — Les médecins commandants : Contant, des territoires du Sud-Algérien, au 19e C. A. ; Sarrazin, du 4e d'artillerie, au 305e d'artillerie, à Besançon.

Les médecins capitaines : Jeannest, de la 1re légion de la garde républicaine mobile, à la section technique du service de santé ; Fontaine, des troupes du Maroc, au 25e chasseurs alpins, à Menton ; Finance, des troupes du Levant, au 146e d'infanterie à Metz ; Roussel du 3e bat. de dragons portés, au 8e dragons, à Lunéville ; Lombard, des troupes du Maroc, au 2e d'aviation, à Strasbourg ; Cosserat, du 146e d'infanterie, au centre d'instruction physique, à Metz ; Vadella, du 501e chars de combat, au centre de réforme de Tours ; Ferry, du 2e d'aviation, au 1er groupe d'ouvriers d'aéronautique, à Nanterre.

Les médecins lieutenants : Camboulives, du 40e d'artillerie, aux troupes du Levant ; Izac, du 33e groupe d'aviation, au 38e d'aviation, camp de Châlons-Bouy ; Hilaire, du 20e chasseurs alpins, au 22e chasseurs alpins, à Peira-Cava.

Service de santé de la Marine. — *Promotions.* — Par décret en date du 27 avril 1932, ont été promus :

AU GRADE DE MÉDECIN EN CHEF DE 2e CLASSE. — Le médecin principal Penaud, en remplacement de M. Pradel, décédé.

AU GRADE DE MÉDECIN PRINCIPAL. — Le médecin de 1re classe Le Cann, en remplacement de M. Penaud, promu.

L'hygiène du métropolitain. — MM. Marie et Lobligeois, conseillers généraux, viennent de déposer sur le bureau de l'assemblée départementale une proposition par laquelle ils demandent à l'administration :

1° De compléter et de rectifier les conditions d'hygiène de l'atmosphère des voitures, des tunnels et des stations sur le réseau des transports souterrains ; 2° d'augmenter le nombre des bouches d'aération, qui devraient être portées provisoirement de une à trois baies au kilomètre de parcours au minimum.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur MAURICE ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie infantile), en dix leçons, par M. le Docteur P. LECŒUR, prosecteur, commencera le lundi 6 juin 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les élèves répèteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e.)

PROGRAMME DU COURS. — I. Chirurgie du pied : les principes du traitement des pieds bots : arthrodèses et arthrodèses modelantes. Conduite à tenir dans les pieds bots congénitaux et paralytiques ; interventions sur les ligaments et tendons (tendons d'Achille) ; interventions sur la médiotarsienne (tarsectomie cunéiforme) ; interventions sur la médiotarsienne et la sous-astragalienne (double arthrodèse, double tarsectomie cunéiforme du professeur Ombrédanne, ténodèses et butées complémentaires) ; intervention sur médiotarsienne, sous-astragalienne et tibiotarsienne (triple arthrodèse). — II. Conduite à tenir dans le pied plat valgus invétéré (double tarsectomie d'Ombredanne, opération de Huc). L'astragalectomie et ses indications. Traitement de l'hallux valgus. — III. Chirurgie des fractures et des pseudarthroses chez l'enfant : Ostéosynthèse à prothèse perdue ; ostéosynthèse temporaire d'Ombrédanne (application aux décalages suvant l'axe). Traitement des pseudarthroses : greffes osseuses libres (ostéopériostiques et Albee) et greffes pédiculées (ostéoplasties). — IV. Chirurgie de la hanche et du genou : Luxation congénitale de la hanche et butées ostéoplastiques. Coxalgie et arthrodèse extra-articulaire (Mathieu.) Ostéotomies sous-trochantériennes et supracondyliennes. — V. Chirurgie des malformations du canal vagino-péritonéal et de la paroi abdominale : Cure radicale des hernies inguinales ; cure des hydrocèles simple et communicante ; ectopie testiculaire et orchidopexie transcrotale d'Ombrédanne. Aplasie et hernie ombilicales : l'omphalectomie. — VI. Chirurgie des malformations de l'urèthre : Hypospadias (cure par les procédés de Marion, Ombrédanne). Les prothèses à tunnel. Phimosis et circoncision. — VII. Chirurgie du tube

digestif sous-diaphragmatique : Sténose hypertrophique du pylore et pylorotomie longitudinale extra-muqueuse (Fredet). Traitement de l'invagination intestinale. L'appendicectomie chez l'enfant. Prolapsus du rectum et cerclage de l'anus. — VIII. Chirurgie du cou et du thorax : Traitement du torticolis dit congénital. Traitement des corps étrangers des voies respiratoires et de l'œsophage : laryngotomie, œsophagotomie cervicale externe. Trachéotomie. Pleurotomie chez l'enfant et le nourrisson. — IX. Chirurgie de la face : Restauration des becs de lièvre : la reconstitution du bord gingival; les cheiloplasties, l'uranostaphyloplastie et l'uranostaphylorraphie (procédés d'Ombrédanne et de Veau). — X. Chirurgie du crâne et du rachis : Traitement des mastoïdites aiguës et chroniques : les mastoïdectomies chez le nourrisson et chez l'enfant ; l'évidement pétromastoïdien. Mal de Pott et opérations ankylosantes (Albee).

Cours de perfectionnement sur la tuberculose. — Ce cours est organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose du 13 juin au 9 juillet inclus par M. le Professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Benda, de Berne-Lagarde, Bertier, F. Bordet, Cottenot, Courcoux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, Haas d'Heucqueville, Imbert, Iselin, Kourilsky, Kuss, Launay, G. Laurens, Lonjumeau, Louste, de Massary, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Turpin et Vibert.

Conférences à l'hôpital de la Charité. — Lundi 13 juin, 9 h. 30, M. Sergent : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique de la tuberculose. — 16 h. 30, M. Durand : Anatomie pathologique : conceptions anatomiques.

Mardi 14 juin, 16 h. 30, M. Durand : Anatomie pathologique ; les formes anatomiques. — 17 h. 30, M. Durand : Bactériologie générale ; les voies d'infection.

Mercredi 15 juin, 16 h. 30, M. Kourilsky : Les réactions humorales ; leur valeur diagnostique.

Jeudi 16 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — 17 h. 30, M. Sergent : Les éléments généraux du diagngostic.

Vendredi 17 juin, 16 h. 30, M. Genevrier : Les signes physiques et stéthoscopiques. —17 h. 30, M. Laurens : La tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx.

Samedi 18 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels. — 17 h. 30, M. Sergent : Les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes généraux.

Lundi 20 juin, 16 h. 30, M. Courcoux : Tuberculose pleurale. — 17 h. 30, M. Courcoux : Tuberculose des séreuses.

Mardi 21 juin, 16 h. 30, M. Kourilsky : Le foie des tuberculeux. — 17 h. 30 : M. Bordet : Le cœur chez les tuberculeux.

Mercredi 22 juin, 16 h. 30, M. de Berne-Lagarde : La tuberculose rénale. — 17 h. 30, M. Kuss : Le rôle du médecin dans un dispensaire.

Jeudi 23 juin, 16 h. 30, M. de Massary : Le système nerveux des tuberculeux. — 17 h. 30, M. Pruvost : Les hémoptysies tuberculeuses.

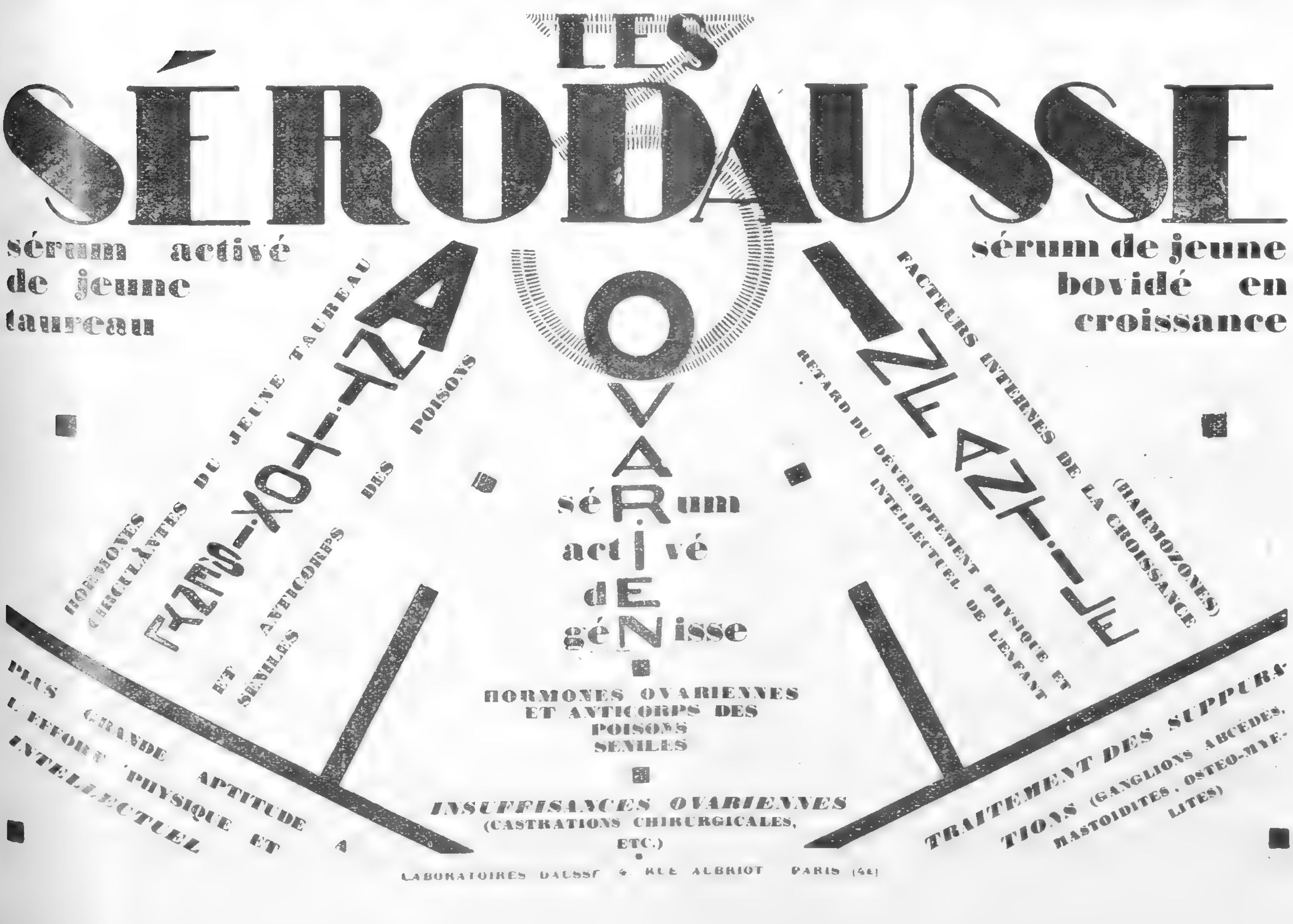
Vendredi 24 juin : 16 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la première enfance. — 17 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la deuxième enfance.

Samedi 25 juin, 16 h. 30, M. Courcoux : Le pneumothorax tuberculeux. — 17 h. 30, M. Sergent : Les signes d'activité et d'évolution ; les éléments du pronostic.

Lundi 27 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques. — 17 h. 30 : M. Sergent : Les signes radiologiques.

Mardi 28 juin, 16 h. 30, M. Oury : Le tube digestif des tuberculeux. — 17 h. 30, M. Oury : Le tube digestif des tuberculeux (*suite*).


Contre
la DOULEUR
Trichloroéthanoluréthane-
diméthylaminophénazone
infaillible et inoffensif
pour supprimer et prévenir les
états douloureux de toute étiologie
Tubes de 10 comprimés à 0 gr. 50
Conditionnement d'origine
COMPRAL
COMPRAL
COMPRAL
BAYER
C'EST UN PRODUIT
» Bayer-Meister Lucius «
CONCESSIONNAIRES EXCLUSIFS POUR LA FRANCE:
IGEPHARMA 47 bis, Avenue Hoche, PARIS (VIIIe)


LES
SÉRODAUSSE
sérum activé
de jeune
taureau
sérum de jeune
bovidé en
croissance
ANDROXINE
HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU ET ANTICORPS DES POISONS SÉNILES
PLUS GRANDE APTITUDE A L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL
OVARINE
sérum activé de génisse
HORMONES OVARIENNES
ET ANTICORPS DES
POISONS
SÉNILES
INSUFFISANCES OVARIENNES
(CASTRATIONS CHIRURGICALES,
ETC.)
INFANTILINE
FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE (HARMOZONES)
RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT
TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS, ABCÉDÉS, MASTOÏDITES, OSTÉO-MYÉLITES)
LABORATOIRES DAUSSE 4 RUE AUBRIOT PARIS (4e)

Mercredi 29 juin, 16 h. 30, M. Mignot : Le pneumothorax artificiel. — 17 h. 30, M. Pruvost : Les complications du pneumothorax artificiel.

Jeudi 30 juin, 16 h. 30, M. Bordet : Les méthodes chirurgicales de collapsothérapie : indications et résultats. — 17 h. 30, M. Turpin : Vaccination antituberculeuse B. C. G. :

Vendredi 1er juillet, 16 h. 30, M. Evrot : Le statut juridique des différents organismes de la lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale. — 17 h. 30, M. Evrot ; Organisation départementale des dispensaires.

Samedi 2 juillet : Visite au sanatorium de Bligny.

Lundi 4 juillet, 16 h. 30, M. Mignot : Le traitement médicamenteux et le traitement spécifique.

Mardi 5 juillet, 16 h. 30 : M. Bertier : Le traitement des complications. — 17 h. 30, M. Bertier : Climatologie.

Mercredi 6 juillet : Visite d'un préventorium.

Jeudi 7 juillet, 16 h. 30, Mme Gouin : Le rôle de l'infirmière dans un dispensaire.

Vendredi 8 juillet, 16 h. 30, M. Pignot : Les ressources héliothérapiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose.

Les conférences théoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Stage hospitalier et exercices pratiques. — 1° Le stage hospitalier aura lieu le matin ; répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques. — 2° Les exercices pratiques auront lieu l'après-midi. Démonstrations cliniques et radiologiques ; examens de laboratoire, visites de dispensaires, d'un préventorium et de sanatorium (Bligny). Visite de la pouponnière E. F. F. (Boulogne). Aux exercices pratiques s'ajouteront une série de conférences faites sur les sujets d'actualité phtisiologique.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques et des conférences d'actualité sera distribué aux participant au début du cours.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose. (S'adresser 60 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs), et aux élèves qui auront versé au secrétaire de la Faculté les droits d'inscriptions de 300 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours. Ouverture du cours : le lundi 13 juin, à 9 h. 30, à la Charité.

Congrès international de la lithiase biliaire (Vichy, 19-22 septembre 1932.) — Le Bureau du Congrès international de la lithiase biliaire qui doit se tenir à Vichy du 19 au 22 septembre prochain, nous informe que les grands réseaux français ont accordé aux adhérents au Congrès une réduction de 50 % sous forme de bons individuels.

La validité de ces bons qui devait être de quinze jours vient d'être prolongée et ils pourront être utilisés du 1er au 30 septembre, ceci dans le but de permettre en particulier aux médecins étrangers qui assisteront au Congrès, de séjourner plus longtemps en France s'ils le désirent.

Les bons seront valables du lieu de résidence (ou de la gare d'entrée en France) à Vichy et de Vichy au lieu de résidence (ou à la gare de sortie de France), avec passage facultatif par Paris.

Le droit d'inscription est de 50 francs pour les membres titulaires, donnant droit aux publications du Congrès, et de 25 francs pour les membres associés.

La limite des inscriptions est fixée au 1er août.

Toutes les demandes de renseignements, adhésions, cotisations, doivent être adressées au Docteur J. Aimard, secrétaire général du Congrès international de la lithiase biliaire 24, boulevard des Capucines, Paris (IXe).

Hôpitaux d'Orléans. — Un concours pour une place d'interne titulaire et une place d'interne provisoire aura lieu aux dits établissements, le mardi 19 juillet 1932, à 10 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur.

Croisière en Norvège. — La direction des Croisières de la *Revue générale des sciences* à la demande d'un grand nombre



Roger Dacosta. Edit.

de touristes qui n'ont pu trouver de places à bord du yacht *Prince Olav* pour sa croisière au Spitzberg de cet été ou qui ne peuvent se rendre libres à cette époque, a pris les dispositions suivantes en vue de leur donner satisfaction.

Le même bateau partant d'Edimbourg le 14 juillet conduira ce groupe supplémentaire jusqu'au Cap Nord en visitant d'une façon très complète les fjords les plus pittoresques. Retour le 27 juillet dans ce même port. Prix de la Croisière, y compris les excursions et les pourboires 3.180 francs d'Edimbourg à Edimbourg. Des prix réduits permettront de se rendre à ce port et d'en revenir avec un minimum de dépenses. Ces conditions sont particulièrement avantageuses, car elles ne constituent pas un prix minimum, mais permettent d'obtenir des cabines fort bien situées, spacieuses, luxueusement aménagées et très confortables.

Toutes les cabines donnent directement sur la mer par des fenêtres et sont à une ou deux personnes avec lits non superposés.

Pour programme détaillé, renseignements et inscriptions s'adresser à la *Presse médicale française*, 23, rue du Cherche-Midi à Paris.

Hospices civils de Versailles. — *Concours pour la nomination de huit internes en médecine.* — La Commission administrative des hospices civils de Versailles donne avis que, le vendredi 24 juin 1932, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de huit internes en médecine (quatre titulaires et quatre provisoires).

Conditions de l'internat. — La durée de l'internat est fixée à quatre ans, divisés en deux périodes de deux années ; l'autorisation de l'Administration et l'avis favorable des chefs de service sont nécessaires pour accomplir la seconde période. Une année supplémentaire peut être accordée exceptionnellement par l'Administration, après avis favorable des chefs de service.

Les internes (titulaires et provisoires) sont nourris, logés, chauffés et éclairés ; les internes titulaires reçoivent, en outre, un traitement annuel de 4.000 francs et une indemnité pour voyages à Paris de 300 francs par an.

Un prix annuel de 100 francs (fondation de Bizy) et deux prix biennaux, l'un de 600 francs (fondation Despagne) et l'autre de 680 francs (prix du docteur de Fourmestraux), ont été institués en faveur des internes les plus méritants.

Par autorisation de l'Université de Paris, les élèves de troisième et quatrième années (AR et quatrième et cinquième années (NR) d'études médicales peuvent faire, comme internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine.

Conférences internationales des voix latines. — Sous les auspices de l'Umfia, le mercredi 11 mai, dans la salle de l'Institut océanographique, le Professeur Sergent a fait une conférence sur le Canada où il a séjourné et enseigné à trois reprises, sous la présidence de S. Exc. Ph. Roy, ministre plénipotentiaire du Canada.

Le Professeur Sergent s'est attaché tout d'abord à exprimer l'émotion d'un Français débarquant au pied du rocher de Québec. Ah ! ces premiers contacts avec ces hommes qui portent des noms si français, dont l'accent évoque celui de Nor-


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

mandie et dont l'accueil est si cordial ! « Ne sommes-nous pas vos cousins ? » Mais combien sera triste, et sincère, le lendemain, la promenade sur les plaines d'Abraham, où se joua et se perdit la dernière bataille qui, malgré l'héroïsme de ses troupes, arracha à la France une colonie si pleine d'avenir !

En un bref raccourci, le Professeur Sergent a ensuite rappelé l'histoire du Canada, depuis les découvreurs jusqu'à nos jours Il met en relief la grandeur de l'exemple donné par les Canadiens-Français qui, vaincus et isolés de la Mère-Patrie, ont lutté sans fléchir autour de leurs clochers pour conserver leur religion, leur langue, leurs écoles. *Canadiens avant tout, passionnément Canadiens,* ils sont cependant restés Français, dans leur mentalité, dans leur formation, tout en devenant de fidèles et loyaux citoyens anglais, Avec les Canadiens-Anglais ils forment aujourd'hui un bloc étroitement uni, qui a su réaliser et obtenir l'autonomie du Canada.

La médecine canadienne française a subi les influences de ces étapes historiques. Après avoir été colonie française sous l'ancien régime, elle a péniblement végété après la défaite, puis, peu à peu, par sa fidélité aux traditions, elle a reconquis son indépendance et, renouant ses liens avec l'ancienne Mère-Patrie, elle a constitué ses deux grands centres universitaires de Québec et de Montréal, si magnifiquement organisés.

Si la médecine canadienne française, dans la province de Québec, s'unit à la médecine canadienne anglaise, elle constituera un bloc contre lequel se brisera le flot montant d'influences étrangères.

Nécrologie. — Docteur LÉOPOLD d'ARBOIS DE JUBAINVILLE, de Brides-les-Bains, décédé accidentellement. — Docteur GEORGES BARRÉ, de Paris, 15, rue Daumier (16e), décédé à l'âge de 71 ans. — Dr BRAILLON, de Paris, 3, rue Bobillot (XIIIe) — Docteur BUSSAT, de Boulogne-sur-Mer, décédé dans sa 69e année. — Docteur CASTEL, de Marseille, 2, cours Belsunce, décédé dans sa 69e année. — Docteur EMMANUEL CHAUVEAU, d'Attichy (Oise), décédé dans sa 60e année. — Docteur PAUL CHEVALIER-JOLY, de Lyon-Caluire, une des victimes de la catastrophe du cours d'Herbouville. — Docteur HORACE FLACH, de Paris, 7, cité Milton (IXe). — Docteur TOUSSAINT FRAPPAZ, de Lyon-Villeurbanne, 42, place des Maisons-Neuves, ancien président du Syndicat des médecins du Rhône, décédé dans sa 60e année. — Docteur GRIMAC, de Gauriac (Gironde). — Docteur HAYS, de Paris, 16, boulevard Voltaire (XIe), décédé à l'âge de 79 ans. — Docteur GUSTAVE LUCAS, de Compiègne, décédé dans sa 66e année. — Docteur RAOUL MADRANGES, de Marseille. — Docteur JOSEPH MARION, de Lyon, médecin commandant en retraite, décédé dans sa 70e année. — Docteur LOUIS PHILIPPOT, de Bordeaux. — Docteur ROBERT PIGUET, de Paris, 18, rue Milan (IXe), décédé dans sa 70e année. — Docteur PRADEL, du Val-de-Grâce. —Docteur LOUIS RIGAL, maire et conseiller général de Chevreuse, décédé à l'âge de 62 ans. — Docteur SCHOEPS, décédé à l'âge de 77 ans . — Pharmacien général BRETEAU, membre de l'Académie de médecine, décédé au Val-de-Grâce. — Mlle HENRIETTE CARPANETTI, fille du Docteur Carpanetti de Bône, décédée à Alger. — MICHAEL COËNERT, étudiant en médecine de nationalité roumaine, décédé à Paris. — Docteur ROBERT KUMMER, de Genève, urologiste, fils de M. le Professeur Ernest Kummer, directeur de la clinique chirurgicale de l'hôpital cantonal. — Docteur MANUEL MOYANO, ancien ministre des Travaux publics d'Argentine. — Docteur JOHN PARLANE KINLOCH, directeur médical du département de l'hygiène en Ecosse. — Docteur F. E. MILLER, de New-York, oto-rhino-laryngologiste, membre de l'Académie de médecine américaine, décédé à l'âge de 73 ans. — Docteur GHISLAIN-HOUZEL, de Paris, 45, rue Poncelet (XVIIe), médecin de l'hôpital d'Auteuil, décédé à l'âge de 55 ans.

« Quand vous aurez une quarantaine d'années de médecine derrière vous, quand vous aurez vu des vérités dogmatiquement énoncées, professées, admises comme intangibles au début de nos études, être démontrées plus tard des erreurs complètes, alors vous hésiterez, vous ne deviendrez pas des *sceptiques*, certes, vous deviendrez des *douteurs*, ... ce qui n'est pas la même chose ! Le sceptique, c'est celui qui ne croit rien, par définition ; il sourit de tout, en haussant les épaules ; rien ne le touche. Le douteur, c'est l'homme qui sait combien il est difficile de se faire une opinion définitive ; il hésite ! il s'est si souvent trompé ! Il en a si souvent vu d'autres se tromper, qu'il n'ose plus croire qu'il est en face de la vérité définitive et absolue. Il hésite. Il attend. Il doute. Il n'ignore pas l'étendue de son ignorance. » (Prof. SERGENT. Le rôle de la clinique dans les sciences biologiques. Conférence faite à l'hôpital de la Charité. *Journal des Praticiens*, 2 avril 1932.)





Le Centenaire d'Alfred Fournier

Le monde médical et scientifique vient, malgré les tristesses de l'heure, de célébrer dignement, le centenaire d'Alfred Fournier.

Des hommes illustres de tous pays, en ont accru la solennité ; des voix autorisées ont dit toute la portée, toute la valeur scientifique, la belle unité de son œuvre, et son rôle moralisateur et social.

Il est bon qu'on ait ainsi consacré pour la postérité une grande et belle figure.

La mort de Fournier est déjà lointaine mais le souvenir reste très présent, très vif et l'impression très forte.

On ne peut se défendre d'admirer la prescience de cet esprit, qui, avec les seules ressources de la clinique, avec le seul appui de l'observation, mais d'une observation stricte, a pu fixer les formes, l'évolution, plus encore, suivre pas à pas la syphilis, sa pénétration et sa diffusion, en décrire les séquelles nerveuses, surtout le tabès et la paralysie générale, la parasyphilis, comme il disait, en apercevoir toutes les conséquences fatales, conjugales, héréditaires, l'influence dystrophique et inflammatoire et les répercussions sociales et familiales, qui chercha en un mot partout sa trace et sut, avec une ténacité qui n'était pas du système, la dépister et la reconnaître.

On s'étonne qu'il ait pu même donner des règles thérapeutiques, fixer des conditions de guérison que l'introduction de nouvelles substances chimiques n'a pu encore bouleverser.

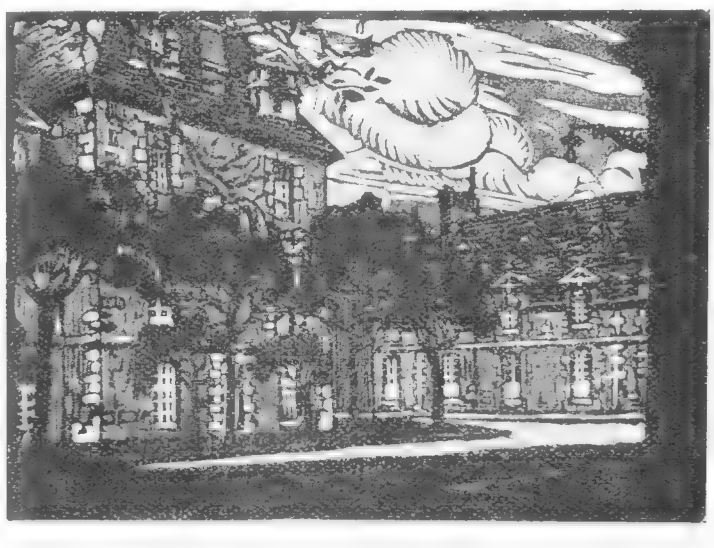
Et tout cela avant Schaudinn et le tréponème, avant les recherches bactériologiques dans les organes et le placenta, avant Ehrlich et le 606 !

Fournier n'apprit que sur la fin de sa carrière médicale la découverte du tréponème. Il l'attendait et, avec son esprit clair et impartial, il en admit aussitôt la spécificité. Il ne connut que fort tard l'arsénobenzol et, malgré sa sympathie ancienne pour le mercure, il en comprit toute la valeur dans la stérilisation de la maladie.

Il pouvait se réjouir de voir ainsi son œuvre se parfaire sans se déformer, et il n'eut pas la tristesse d'en voire effacer les grandes lignes ou ébranler la solide base.

Avant Fournier certes, il y eut Ricord et avec lui Mau-





Les vieilles pierres de l'Hôpital Saint-Louis.

(Bois de Clément Serveau, Edit. des Lab. de l'Inotyol.)

riac et d'autres ; mais combien l'œuvre de Fournier dépasse en envergure et en portée générale celle de ses prédécesseurs ou contemporains, de quel enseignement elle fut, et quelle impulsion énergique elle donna à la syphiligraphie médicale et sociale !

* * *

Il m'est difficile en ces jours anniversaires, de ne point évoquer l'année d'internat que j'ai passée auprès de lui à Saint-Louis, une belle année pleine d'enthousiasme puisqu'elle était la première.

C'était en 1898, Fournier était à la veille de sa retraite et il gardait toute son activité et l'ardeur de ses convictions. Il continuait simplement et scrupuleusement cet enseignement magistral qui illustrait encore un hôpital déjà célèbre dans le monde entier.

Je le vois encore avec sa haute stature, imposant mais non distant, sérieux mais non sévère, pénétrant dans cette grande et lumineuse salle Saint-Louis ou dans le petit caveau sombre de la salle Henri IV. Sa haute taille, son beau profil, son regard clair, sa démarche un peu pesante, ses mains dans la poche du tablier haut noué sur sa jaquette noire. Tout l'ensemble respirait l'équilibre, la dignité, la conscience et aussi la bonté. Le Maître marquait pour le beau cas, rare ou typique, un enthousiasme réel, palpait délicatement la lésion, et sortait toujours sa loupe de son tablier pour l'examiner en connaisseur.

Un mot au psoriasique qui ne guérissait jamais, qui empestait l'huile de cade et saupoudrait le plancher autour de lui ; un mot aux trois lépreux au masque épais, qui végétaient dans un coin de la salle ; un salut aimable au bon Balzer dont la salle ouvrait dans la sienne et les longues pauses près d'une syphilis fébrile ou d'un tabès au début.

Puis l'amphithéâtre, bien garni, quoi qu'en disait méchamment Péan, d'élèves et d'amis enthousiastes, la leçon que j'écoutais en novice entre Gastou et Cathelineau, leçon facile, bien ordonnée, précise, où les caractères d'une glossite ou d'une ostéite étaient étudiés avec un souci du détail et une minutie, avec des subdivisions multiples que d'aucuns trouveraient aujourd'hui excessives ou désuètes.

Je revois la policlinique du mercredi où défilaient les entrants avec leurs plaies ou leurs éruptions ; le visage encadré de noir et un peu tragique d'Antonelli, l'œil vif de Sauvineau derrière son lorgnon, le profil artiste de Chompret, la chevelure frisée de Didsbury, l'emballement un peu maladif et déjà mégalomane de Gilles de la Tourette, qui tous apportaient le résultat de leurs examens de l'œil, des dents, du larynx ou du système nerveux.

Le lundi on s'esseyait à la radioscopie naissante, avec une appréhension que nous tenions de Barthélemy et l'on ne distinguait guère que des contours estompés et des os.

Le mardi dans la grande salle vitrée Lucien arrachait les poils d'un favus ; Emery toujours exubérant, Edmond Fournier déjà dilettante, dirigeaient les cautérisations des lupus ou des néoplasmes cutanés.

On appliquait à ce moment le traitement à l'acide arsénieux. Ai-je besoin de dire que Gaucher toujours réfractaire ne voulait pas en entendre parler.

Le dimanche était réservé aux piqûres d'huile grise ou de calomel, car Fournier n'affectionnait guère les sels solubles dans les affections rebelles ; leurs réactions douloureuses, et parfois suppuratives, nous valaient les récriminations justifiées des malades.

C'était un beau centre de travail et ce l'est resté. Nulle part on n'apprenait autant et si vite que dans les grandes consultations du matin ou de l'après-midi, de ces consultations comme on n'en voit qu'à Saint-Louis où 150 malades défilent en deux heures : Mettez-vous bien cela dans la rétine, disait souvent Fournier en trempant délicament dans un peu d'eau ses doigts de prélat qui officie.

Et l'on voyait comme en un kaléidoscope toutes la dermatologie.

A cette époque la Société de dermatologie était à ses débuts. Besnier la présidait avec sa distinction un peu rigide de vieil amiral, de Beurmann, Hallopeau, Du Castel constituaient la vieille garde que commençaient à déborder les jeunes, Hudelo, Darier, Leredde, Jeanselme, Milian, Sabouraud, Ravaut. Les théories et les méthodes s'affrontaient ; Fournier, calme mais souriant, écoutait et encourageait d'un mot les uns et les autres ou les critiquait sans violence.

La sortie était hâtive et glissante dans le petit escalier ciré et l'on se répandait dans les grandes allées de Saint-Louis dont les pignons bas et les arêtes vives projetaient leurs larges silhouettes. Les vieux tilleuls centenaires saluaient notre passage comme ils avaient salué, 60 ans auparavant, celui d'Alibert et de sa suite bruyante. Canuet et Adrien Mauger lançaient quelques boutades ou quelques plaisanteries qui faisaient sourire même le maître.

On voyait Arton, prisonnier à la fenêtre de son pavillon en briques rouges, le pavillon Gabriel ; on montait au musée Feulard pour parfaire son éducation dermatologique en contemplant quelques moulages suggestifs ou horrifiques de Jumelin ou de Baretta ; on s'enfermait pour travailler l'hématologie naissante chez Leredde et Dominici où vous accueillaient les cris gutturaux de deux singes qui se grattaient inlassablement le dos et dégageaient une odeur pénible. Et le soir après dîner, quand le silence planait sur la grande maison, la lune recouvrait les vieux toits d'ardoise de flaques d'argent et répandait sa lumière apaisante et pâle sous les grandes voûtes de la cour intérieure.

* * *

Tout cela est loin et très près. Fournier m'a largement dispensé son amitié ; jamais je n'ai sollicité en vain son appui. J'ai connu le petit entresol de la rue Volney où chaque pièce isolait un consultant de tout âge, de tout sexe, de toute condition et qui ne désemplit pas, et pour cause, dans ce pèlerinage parisien que fut l'exposition de 1900.

J'ai pénétré plus tard dans le bel immeuble, plus solennel que Fournier avait fait construire pour son gendre, pour son fils et pour lui. Grand cabinet aux vitraux assombris, si secret et si intime malgré ses larges dimensions ; énorme salle à manger où les élèves attendaient d'être reçus.

Quand on sortait de chez le patron, on grimpait les deux étages jusqu'au logis d'Edmond qui nous accueillait sous des arceaux de fines et précieuses dentelles toutes dorées par le soleil et qui voulait bien intervenir auprès de son père dans les épreuves d'un concours difficile.

Ce n'est pas sans émotion que je me rappelle la dernière visite que je fis à Fournier avant la guerre, pour lui remettre un de mes livres ; entretien affectueux où il me confia quelques petites misères de son grand âge qu'il supportait avec philosophie bien qu'il les sut définitives. Et il est mort avec sénérité.

Fournier fut un grand clinicien, un grand médecin, je ne crains pas de dire plus, un grand homme. Imbu de son rôle social, il était persuadé que cette Société de prophylaxie, qu'il fit naître et qui vit si intensément sous l'impulsion de Gougerot, aurait sur la préservation de la race, sur son amélioration, sur son avenir une influence, prépondérante.

Et c'est justice qu'aujourd'hui on salue solennellement sa mémoire, qu'on la perpétue par un monument, par une fondation digne de lui, et qu'on inscrive son nom au fronton comme on inscrivit celui de Charcot et de Pasteur aux centres de travail qu'ils ont créés ou illustrés.

Maurice LOEPER.

L'insulinothérapie dans les hémorragies utérines d'origine ovarienne. — G. Chifflot (Thèse de Lyon, 1931) conclut que l'insuline a une action élective sur le fonctionnement des ovaires et non sur leurs lésions. L'indication type de l'insuline est l'hémorragie fonctionnelle sans lésion appréciable de l'ovaire ou de l'utérus. L'auteur administre, en trois ou six jours, trois injections de 30 unités chacune.

L'œuvre de Fournier [1]

Par le Dr J. DARIER

L'Académie de médecine, qui a bien voulu me charger de la représenter à cette cérémonie, se devait à elle-même de s'associer à l'hommage rendu à la mémoire d'Alfred Fournier. Pendant 35 années, de 1879 à 1914, celui qui fut le maître incontesté de la syphiligraphie française et mondiale, lui a appartenu et s'est plu à lui apporter ses idées et ses travaux.

C'est de la Tribune de l'Académie, qui ajoutait tant d'éclat à sa voix chaleureuse, qu'a retenti son cri d'alarme sur le rôle de la syphilis dans l'effroyable mortalité infantile, — c'est là qu'ont été dénoncées les répercussions multiples de l'infection syphilitique sur un si grand nombre d'innocents ; — c'est de là qu'est parti son vibrant appel en faveur de la prophylaxie par tous les moyens. Traiter les malades est bien, mais empêcher la maladie d'éclore, voilà le but et le devoir suprêmes ; cette idée généreuse est l'honneur de la médecine.

On vient de parler de l'homme que fut A. Fournier et de sa carrière, du charme qui émanait de sa personne et de sa parole ; ayant eu pendant dix ans le privilège de travailler en contact journalier avec lui, je ne puis que renchérir sur ce qu'en a dit mon ami Hudelo.

Il reste à apprécier ce qu'il nous a laissé, ce qui lui survit : à savoir son œuvre.

Elle est immense et magnifique.

Quand on parcourt la liste des publications qui la composent, on reste émerveillé, autant de son unité foncière, que de la multiplicité et de la variété de ses aspects.

Dès son année d'internat chez Ricord, le jeune étudiant s'était trouvé aux prises avec la grande maladie vénérienne qui, plus que les autres, a des conséquences constitutionnelles. Pour la combattre, il faut la bien connaître. Les leçons de son maître sur le chancre, qu'il a publiées et sa propre thèse de doctorat, montrent comment elle commence.

On s'est demandé si, dans la solution des problèmes qui à cette époque étaient ardemment discutés (dualité des virus chancreux, chancre céphalique, contagiosité des accidents secondaires), Fournier a été novateur ou simple vulgarisateur. Qu'il suffise de relever qu'il a régulièrement soutenu la thèse exacte ; il négligeait les questions de priorité, et seule la vérité lui importait. Son bagage est assez riche pour n'avoir pas besoin de cet appoint.



Hôpital St-Louis, Service du Professeur Alfred FOURNIER en 1891

Plus tard, et déjà en pleine maturité, Fournier a établi les lois de l'évolution de la syphilis à ses diverses périodes. Chemin faisant il a eu, à maintes reprises, à rattacher à l'infection spécifique des accidents dont on n'entrevoyait pas qu'ils eussent des relations avec elle, et qui vont, d'accidents locaux comme le syphilome ano-rectal par exemple, jusqu'au... suicide, oui, au suicide du syphilitique, consterné par une révélation trop brusque ou saisi de terreur devant ses suites possibles.

De ces suites, de ces conséquences, les plus tristes et les plus redoutables assurément, sont celles qui dérivent du caractère héréditaire de la maladie. Les belles et patientes recherches de Fournier sur les conditions de l'hérédité syphilitique, et sur les manifestations de l'hérédo-syphilis, peuvent compter parmi ses principaux titres de gloire. Il a tout envisagé et décrit, de l'avortement ou de

(1) Discours prononcé à la Sorbonne le 12 mai 1932.

la naissance d'un enfant contagieux, aux malformations diverses et aux stigmates qui la révèlent tardivement ; pour l'étude de ces derniers il a eu la joie d'avoir pour collaborateur son fils Edmond.

Ses titres à la gloire et à l'immortalité de son nom ? N'en est-ce pas un aussi, et des plus splendides, que sa double découverte de l'origine syphilitique de l'ataxie-locomotrice ou tabès et de la paralysie générale ? Fournier y a été conduit sans doute parce que son attention avait été dirigée sur les syndromes nerveux au cours de la préparation de son magistral ouvrage sur la syphilis du cerveau ? mais elle est surtout un fruit de sa méthode personnelle de travail. Un soupçon, né de coïncidences répétées, se trouvait corroboré et transformé pour lui en certitude par le collationnement de ses fameuses fiches d'observations, auxquelles il a déjà été fait allusion. L'ardeur de sa conviction, aidée de son éloquence entraînante, lui ont permis de triompher des objections que lui ont opposé à l'Académie des maîtres, tels que Joffroy, Motet, Lancereaux, Cornil et Raymond.

La satisfaction, non dissimulée, que Fournier éprouvait à charger le tableau de la syphilis de quelques formidables méfaits de plus, ne venait pas de l'espoir qu'ils fussent curables par la médication spécifique ; en effet le tabès et la paralysie générale ne sont pas influencés par le mercure et dès lors rentrent dans le cadre qu'il a créé des affections parasyphilitiques. Mais, plus sont variés et redoutables les dangers de la maladie, plus se trouvait justifiée sa campagne inlassable en faveur d'un traitement et d'une prophylaxie réellement efficaces. Cette thérapeutique, jusqu'à la fin de ses jours, mon Maître a apporté ses soins les plus consciencieux à en perfectionner les règles et la direction générale.

Ainsi, comme clinicien, pathologiste, professeur, thérapeute, Alfred Fournier a été un exemple, et un maître parmi les maîtres ; accessoirement il s'est montré statisticien scrupuleux, historiographe d'une érudition rare et écrivain prestigieux. Ce qui le caractérise par dessus tout, c'est son apostolat en médecine sociale ; derrière ses malades il a aperçu leurs familles, voire la race humaine qu'il faut sauver d'un fléau qui la ronge et qui l'empoisonne dans ses sources mêmes.

Si ses successeurs parviennent à en délivrer l'humanité, une part importante de leur mérite et de la reconnaissance à laquelle ils auront droit, en remontera à celui qui leur a indiqué et ouvert la voie.

QUELQUES PAGES D'ALFRED FOURNIER

Quel est le degré de fréquence de ces syphilis ignorées ?

Cette fréquence est supérieure à ce qu'on pourrait croire. Je l'estime, d'après des statistiques que je vais citer, à 4,48 p. 100 cas de syphilis observés en bloc, j'entends sur l'un et l'autre sexe.

Mais ce chiffre demande à être expliqué. Car, énoncé comme je viens de le faire, il donnerait à croire que, sur 100 syphilis observées soit chez l'homme, soit chez la femme, on en rencontre 4, 48 à l'état de syphilis ignorée, ce qui constituerait une double erreur.

La vérité est que la syphilis se présente ignorée, chez l'homme, dans la proportion de 3 p. 100 ; — et, chez la femme, dans la proportion de 18 p. 100 environ.

Conséquemment, la syphilis ignorée est infiniment plus fréquente chez la femme que chez l'homme, à savoir (approximativement) SIX FOIS PLUS FRÉQUENTE.

Ces chiffres résultent d'une statistique basée sur 4.257 cas de syphilis tertiaire observés par moi chez la femme et chez l'homme, cas se répartissant de la sorte :

Cas de syphilis tertiaire observés chez l'homme....	3.862
Cas de syphilis tertiaire observés chez la femme...	395
Total.........	4.257

Or, sur ce nombre, les cas à antécédents spécifiques nuls ou du moins déclarés nuls par les malades (1), c'est-à-dire les cas constituant ce qu'on appelle des syphilis ignorées, se sont élevés :

1° Chez l'homme, à	120 cas.
2° Chez la femme, à	71 —
Total........	191 cas.

(1) Il va sans dire que j'ai soigneusement exclu de cette statistique les cas où les accidents observés chez les malades pouvaient être rapportés à une hérédité spécifique, comme aussi tous les cas pouvant prêter à quelque doute sur la qualité spécifique des accidents.

D'où cette proportion au pourcentage :

Syphilis ignorée chez l'homme.......	3,10 p. 100 cas.
— — chez la femme.......	17,9 — —

Cette disproportion d'un sexe à l'autre est donc considérable, comme en témoignent les chiffres précités. Mais elle a son explication très naturelle et très simple dans la série nombreuse des raisons diverses qui concourent à laisser la syphilis ignorée chez la femme, raisons sur lesquelles je viens d'insister.

Seconde remarque, ressortant avec non moins d'évidence de l'observation courante : LA FRÉQUENCE DE LA SYPHILIS IGNORÉE EST TRÈS DIFFÉRENTE SUIVANT LES MILIEUX SOCIAUX.

Elle est minime (surtout en ce qui concerne l'homme) dans les classes élevées, bourgeoises ou aristocratiques.

Elle est bien autrement accentuée dans les basses classes, dans le peuple.

Ainsi, dans la clientèle de ville, il est vraiment peu commun de rencontrer une manifestation tertiaire sans obtenir immédiatement du malade la déclaration d'un passé syphilitique plus ou moins circonstancié. Tandis qu'à l'hôpital c'est chose courante d'observer le tertiarisme sans antécédents connus. A la consultation de l'hôpital Saint-Louis, nous n'avons pas compté, en l'espace d'un semestre, moins de 28 cas de syphilis tertiaire sans antécédents connus des malades.

Et cette différence se conçoit du reste ; elle aurait pu être énoncée *a priori*, avant le contrôle de la clinique.

C'est qu'en effet l'homme du monde, de par son éducation, ses conversations, ses lectures, est généralement initié à la connaissance de la syphilis. D'autre part, il est soigneux de sa personne et particulièrement soucieux de sa santé spéciale (vous me comprenez). Il s'observe, et, à la moindre alerte, il a le temps et l'argent pour aller chez un médecin se renseigner sur la mésaventure, petite ou grande, qui vient de lui arriver, etc. Conséquemment, il ne court que peu de risques d'être pris en défaut et de laisser évoluer sur lui la syphilis sans le savoir. Tout au contraire, l'homme du peuple l'ouvrier,


LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
OVAIRE
(Vache)
corps jaune
follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY. 48, rue Théophile Gautier. PARIS (XVIe)


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

EUPEPTIQUE pour Adultes et Enfants

(CHLORURE DE CA, Mg, ET Na + AMERS DE GENTIANE)

Etats Hyposthéniques
Digestion lente, Atonie Gastrique
Anorexie, Aérogastrie

Posologie : Adultes : 30 gouttes à chaque repas.
Enfants : 4 gouttes par année d'âge et par 24 heures.



GOUTTES
PEPTODIASE
DIGESTIVES

HÉMET-JEP-CARRÉ

Laboratoires du Dr ZIZINE, 24, Rue de Fécamp, PARIS (12e)

le manœuvre reste, presque toujours plus ou moins ignorant de toutes choses afférentes à la syphilis. Il est moins soucieux de sa personne et prête moins d'attention à lui-même. Plus dur au mal, suivant l'expression consacrée, il s'inquiète moins de légers accidents morbides, tels que ceux par lesquels se traduit la syphilis dans ses étapes primaire et secondaire. Que de fois, par exemple, à nos consultations d'hôpital, ne découvrons-nous pas des chancres absolument ignorés des malades qui les portent ! Ou bien même, alors qu'il se sent malade, le prolétaire, absorbé par le souci du pain quotidien, reste indifférent à ce qui ne l'empêche pas de travailler pour vivre. A-t-il d'ailleurs l'argent et le temps nécessaires pour aller consulter un médecin ou venir à l'hôpital réclamer une consultation dite gratuite, mais en réalité très onéreuse en ce qu'elle lui coûte une journée ou tout au moins une demi-journée de salaire ? Il laisse donc aller les choses. Au total, donc, ou bien il reste inconscient de sa maladie, ou bien il ne la constate parfois que pour la méconnaître.

Chancres labiaux

I. — Presque toujours uniques, solitaires (95 fois sur 100). Quelquefois multiples cependant, au nombre de deux, bien plus rarement de trois ou quatre, exceptionnellement de cinq. Affectent de préférence la lèvre inférieure (105 fois sur 165) ; plus rarement la lèvre supérieure (57 cas), bien moins souvent les commissures (5 cas). Siègent le plus habituellement sur la semi-muqueuse labiale, mais peuvent se localiser exclusivement soit sur le département cutané, soit sur le département muqueux de l'une et l'autre lèvre, comme aussi se trouver à cheval sur la semi-muqueuse et la peau ou bien sur la muqueuse et la semi-muqueuse.

II. — Susceptibles de nombreuses formes cliniques, qu'il est possible de ramener aux six types suivants.

1° TYPE ÉROSIF. — C'est celui du chancre érosif de tout siège, bien connu par ce qui précède. A noter simplement que, sous cette forme, il peut être réduit aux dimensions d'une petite lentille (chancre nain) et devient alors plus facile à confondre soit avec l'érosion herpétique, soit avec l'érosion simplement inflammatoire si commune chez les fumeurs.

2° TYPE CROÛTEUX, dans lequel la lésion chancreuse se trouve dissimulée sous une croûte d'étendue proportionnelle à celle du chancre, croûte solide, adhérente, brunâtre, quelquefois aplatie et ne faisant qu'un léger relief, mais d'autres fois assez épaisse et proéminente pour rappeler les grosses incrustations rupiales des syphilides tertiaires (chancre rupial).

Type insidieux par excellence, en ce qu'en raison même de cette croûte, *on ne pense pas au chancre* et l'on se laisse aller à mettre en cause quelque dermatose croûteuse (herpès, eczéma, impétigo, etc.). Le diagnostic repose ici essentiellement sur l'induration et l'adénopathie.

3° TYPE PAPULEUX, où le chancre se présente sous l'aspect d'une lésion proéminente, figurant un mamelon, une pastille, bref faisant relief au-dessus des tissus périphériques.

4° TYPE PAPULO-HYPERTROPHIQUE. — Rare, mais très essentiel à connaître en raison des regrettables erreurs auxquelles il peut donner lieu, erreurs qui ont conduit plus d'une fois à des interventions chirurgicales.

Dans cette forme, le chancre est tout à fait exubérant comme volume, comme saillie, comme infiltration néoplasique, comme induration. Positivement il *fait tumeur* et prend la physionomie d'un néoplasme malin. Aussi ce « chancre tumeur », comme on l'a appelé, a-t-il été pris plus d'une fois pour un épithéliome, voire excisé, amputé comme tel.

J'ai longuement insisté ailleurs (1) sur les diverses considérations qui permettent de distinguer ce chancre hypertrophique de l'épihéliome labial. Je ne puis que reproduire ici d'une façon sommaire les éléments de ce diagnostic différentiel.

CHANCRE LABIAL	EPITHÉLIOMA LABIAL
I. — Signe de présomption : âge des malades.	
Beaucoup plus commun dans la jeunesse.	Presque exclusif à l'âge mûr.
II. — Signes de probabilité :	
I) Surface lisse, égale, tendue, quelquefois polie et vernissée.	I) Surface inégale, irrégulière, déchiquetée, rougeante ; — ou bien, dans une autre forme, surface en champignon végétant, bourgeonnant.
II) Pas de bords, à proprement parler.	II) Bords élevés, épais, surplombants, éversés. Parfois, signe de l'ourlet.
III) Surface non saignante, ni à la pression, ni à l'essuyage.	III) Saignottement presque caractéristique au moindre contact.
IV) Adénopathie initiale, d'emblée ; atteignant son apogée de la deuxième à la troisième semaine.	IV) Pas d'anénopathie au début. — Adénopathie ne se constituant qu'après le quatrième et le cinquième mois.
V) •	V) Signe dit des verniotes.
III. — Signes de certitude :	
I) Evolution hâtive, précipitée. (Chancre à son apogée dès la deuxième et la troisième semaine et cela : 1° en tant que lésion propre ; — 2° en tant que retentissement ganglionnaire.)	I). Evolution lente, torpide ; — laps de plusieurs mois nécessaire pour que l'affection soit constituée à l'état de lésion importante et retentisse sur les ganglions.
II) Critérium par excellence : Explosion secondaire, à normale échéance.	II.) •

5° TYPE ULCÉREUX, à fond excavé et à bords saillants ; — quelquefois associé au type hypertrophique ; — quelquefois aussi se présentant sous la forme croûteuse, à grosse croûte proéminente et rupioïde.

6° TYPE PHAGÉDÉNIQUE. — Absolument exceptionnel. Susceptible de détruire de larges portions d'une lèvre, voire toute une lèvre comme dans le cas suivant :

Un jeune homme de vingt-six ans, bien portant, bien constitué, non alcoolique, et sur lequel aucune condition étiologique n'a jamais rendu compte du terrible accident que je vais dire, vient me trouver le 20 mars dernier, pour un chancre phagédénique de la lèvre inférieure. Sur cette lèvre, considérablement hypertrophiée, au moins quadruplée de volume, s'étalait un chancre déjà énorme, mesurant environ 5 centimètres de long sur 3 d'avant en arrière.

Mais, ce qui était plus menaçant encore, c'était la présence sur ce chancre de deux îlots absolument noirs, noirs *comme de l'encre*, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, et manifestement sphacéliques. D'emblée, je pressentis une catastrophe locale. Et, en effet, le phagédénisme déchaîné poursuivit son cours d'une façon suraiguë. Pendant plus d'un mois, en dépit de tous mes efforts, en dépit d'une thérapeutique que tout le monde, je crois, s'accorderait à regarder comme la plus rationnelle et la plus énergique, des foyers de gangrène ne cessèrent pas de succéder à des foyers de gangrène ; si bien que l'ulcération ou, disons mieux, la destruction finit par s'étendre à *toute* la lèvre inférieure. Et cela, chose curieuse, avec une indolence absolue, et cela avec une absence absolue de toute réaction locale ou générale, et cela au cours d'une santé parfaite.

C'était la mort à froid, localisée sur des tissus passifs. Finalement dès que la lèvre inférieure fut anéantie en to-

(1) Voir mon livre sur les chancres extra-génitaux, p. 64, et suiv.

talité, le phagédénisme s'arrêta court ; puis la cicatrisation se fit d'une façon assez rapide, mais non sans laisser à nu toute l'arcade dentaire inférieure.

A signaler enfin que le chancre labial se présente quelquefois sous la forme fissuraire, dite encore « en rhagade », alors surtout qu'il siège au niveau d'une commissure ou d'un sillon (normal ou pathologique) des lèvres, notamment de la lèvre inférieure.

Adénopathie satellite. — De tous les bubons satellites, c'est assurément celui du chancre labial qui comporte le plus d'exceptions à la loi d'aphlegmasie des engorgements ganglionnaires symptomatiques du chancre. Ainsi :

1° Il n'est pas très rare que ce bubon se présente avec une certaine « pointe inflammatoire ». On le trouve alors constitué par un ou plusieurs ganglions plus volumineux que d'habitude, empâtés, sensibles, quelque peu douloureux au toucher.

2° Il se peut encore qu'il prenne décidément les allures d'une monadénite aiguë. On le voit alors former une grosse tumeur qui fait relief sous l'arcade maxillaire en la débordant quelque peu ; tumeur unique, résultant de la fusion en une seule masse de tous les ganglions que réunit une gangue de tissu cellulaire enflammé ; tumeur dure, mais empâtée ; douloureuse spontanément, plus douloureuse encore au toucher ; s'accompagnant d'une certaine suffusion rosée tégumentaire, et rappelant au total la physionomie de l'adéno-phlegmon.

Manifestement cette tumeur tend à la suppuration.

Dans la plupart des cas, la terminaison par abcès peut être conjurée par une médication antiphlogistique, notamment par l'application continue de cataplasmes de fécule, par des fomentations, des bains, une antisepsie rigoureuse de la bouche, etc... Cependant l'abcès se produit quelquefois.

Pour quelle raison le bubon sous-maxillaire fait-il exception à la règle commune ? On a avancé que ce fait anormal pourrait bien tenir aux mouvements incessants de la mâchoire dans la parole, la mastication, la déglutition. Je serais plus tenté de croire que la tendance inflammatoire de ce bubon dérive d'infections secondaires issues de la bouche, véritable aquarium où pullulent des microbes de tout genre. Mais cela n'est qu'une hypothèse, qui demande à être vérifiée par l'examen bactériologique.

Traitement. — Pour les formes bénignes, pansements avec baudruche gommée ou bandelettes de taffetas de Vigo. Pour les formes ulcéreuses, pansements à la pommade *faiblement* iodoformée (1 à 2 grammes pour 10 grammes de vaseline). Pour le chancre interne, qui ne peut être pansé (bains de bouche très fréquemment répétés huit à dix fois par jour pour le moins), avec une décoction émolliente, légèrement boriquée en vue des infections secondaires à prévenir ; attouchements, plusieurs fois par jour avec un pinceau d'aquarelle trempé dans un collutoire boraté (4 grammes de borate de soude pour 15 grammes de glycérine) ; hygiène sévère de la bouche et des dents ; proscription du tabac, des alcools et de tous aliments susceptibles d'irriter la lésion ; en cas de douleurs, badigeonnages avec une solution de chlorhydrate de cocaïne ; cautérisations au nitrate d'argent, mais seulement comme moyen soit de modifier un chancre qui tarde à se déterger, soit d'activer un travail languissant de cicatrisation.

L'avortement par injection intra-utérine de teinture d'iode est très fréquemment employé de par le monde. Au dernier Congrès de gynécologie hongrois, le Prof. Frigyessi a rapporté deux cas qui soulignent les dangers de ce procédé. Crampes violentes après l'injection, — puis longue période de stérilité, — puis grossesse extra-utérine. Dans les deux cas, il y avait une nodosité à l'extrémité utérine de la trompe et, en cette zone, les plis de la muqueuse étaient adhérents. H. V.

La prophylaxie et le traitement de la syphilis héréditaire (1)

Par A. SÉZARY

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

La syphilis héréditaire est un des fléaux les plus redoutables qui déciment l'humanité.

Sans compter la stérilité dont il est une cause fréquente, le tréponème est souvent responsable d'avortements, d'accouchements avant terme avec fœtus macérés, de la morti-natalité ou de la non-viabilité d'enfants nés à terme.

Si l'enfant syphilitique vit, il est souvent atteint, dès le début de son existence, d'éruptions spécifiques comme le pemphigus, la roséole, les lésions papulo-érosives, les plaques muqueuses, etc., tantôt de lésions osseuses, tantôt d'altérations viscérales, au premier rang desquelles il faut placer la splénomégalie, tantôt enfin, mais plus tardivement, vers la septième année ou à la puberté, de kératite, de dystrophies ou de troubles de la nutrition, qui en font un infirme ou un malade.

Contre ce terrible danger social, nous pouvons cependant lutter. Nous possédons en effet dans les médications antisyphilitiques des armes qui nous permettent non seulement de guérir la syphilis héréditaire, mais encore de prévenir son développement.

La prophylaxie et le traitement de la syphilis héréditaire sont donc deux questions du plus haut intérêt. Je les étudierai successivement aujourd'hui devant vous.

***

I. Prophylaxie

La prophylaxie de la syphilis héréditaire comprend les moyens qu'on doit employer chez des parents syphilitiques pour leur permettre d'avoir des enfants normaux.

Tantôt on est consulté par un ancien syphilitique qui a l'intention de fonder un foyer, mais qui craint de contaminer son conjoint et de transmettre sa maladie à ses enfants. Il redoute aussi les complications viscérales tardives qui peuvent l'atteindre et qui l'empêcheraient de subvenir aux besoins de sa famille.

Tantôt, c'est un malade moins scrupuleux, qui a déjà contracté mariage et qui, pris d'un remords tardif, vient demander conseil après avoir pris femme.

Ce peut être aussi un syphilitique avéré et malhonnête, qui a contaminé sa femme et dont la descendance a été déjà éprouvée.

Tantôt enfin, c'est un homme qui, alerté par les avortements répétés et inexpliqués que fait sa femme, a été amené à suspecter chez lui-même ou chez elle une syphilis méconnue, acquise ou héréditaire.

On peut aussi être consulté par une femme syphilitique dans des conditions identiques ou analogues à celles que je viens d'enumérer.

La conduite à tenir varie dans ces diverses éventualités. Voici les conseils qu'à mon avis il faut donner à vos malades.

***

Dans le premier cas, nous sommes en présence d'un candidat au mariage.

Avant tout, il faut l'examiner avec soin. On commence par une exploration systématique de tous les viscères.

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine en janvier 1931.

On fait ensuite la réaction de Wassermann : un résultat négatif, comme je vous l'ai déjà dit dans une conférence antérieure, ne permet pas d'éliminer la possibilité d'une infection syphilitique. On analyse enfin le liquide céphalo-rachidien pour y rechercher les signes biologiques d'une lésion nerveuse encore latente.

On procède ensuite à un interrogatoire sur l'évolution de la maladie et sur le traitement suivi. Cette dernière notion est très importante pour fixer la conduite à tenir. En effet nous allons distinguer deux éventualités, selon que le malade a été ou non suffisamment traité antérieurement.

I. — Si le traitement a été correct, c'est-à-dire a été commencé dès la période primo-secondaire, a été suffisamment intensif et poursuivi pendant au moins quatre ans, si, comme cela est de règle en pareil cas, les examens cliniques et humoraux ne révèlent aucune anomalie, on peut considérer que le syphilitique est pratiquement guéri de son infection. On peut l'autoriser à se marier, à avoir des enfants. Il n'a plus besoin de traitement et il ne semble pas nécessaire de faire suivre à sa femme, si elle devient enceinte, un traitement prophylactique. Cependant beaucoup de syphiligraphes, plus prudents, préconisent, dans ces conditions, de traiter encore la femme enceinte. Je me rangerai volontiers à leur avis.

Un sujet syphilitique ne peut en effet se marier, pour écarter tout danger de sa descendance, que quatre ans après le début de son infection si elle a été convenablement traitée et s'il n'a plus aucun signe évolutif. Ce délai de quatre ans peut être raccourci si le malade a été traité dans les premiers jours de la période primaire, avant l'apparition de la réaction de Wassermann : on peut alors le réduire à deux ans, sous les réserves précédentes.

De toutes façons, ces délais écoulés, le malade demeurera sous une surveillance médicale prolongée, comme nous l'avons conseillé dans la leçon précédente.

Plus la syphilis est ancienne, plus les garanties de la guérison se consolident. Je veux dire par là qu'il est préférable, mais non nécessaire, pour un syphilitique de se marier plutôt six ans que quatre ans après le début de sa maladie. Dans les cas où le conjoint syphilitique est la femme, ce délai de six ans doit être exigé avant toute procréation.

II. — Supposons maintenant que nous soyons en présence d'un malade insuffisamment ou trop tardivement traité.

On commence par examiner le patient, comme il a été dit précédemment.

Ou bien on ne découvre aucune anomalie clinique ou biologique. Nous sommes alors dans des conditions relativement satisfaisantes. Mais, comme nous l'avons vu, on ne peut jamais garantir l'avenir d'un syphilitique insuffisamment traité au début de sa maladie. En particulier on ne peut affirmer que ses enfants seront sûrement sains. Dans ce doute, il faut instituer chez lui un traitement complémentaire, comme je l'ai indiqué en étudiant la thérapeutique de la syphilis ancienne. Sans pouvoir rien garantir d'une façon absolue, on lui dira qu'il peut se marier dans un délai de quatre ans sans gros risque, à la condition qu'aucun signe clinique ou biologique de son ancienne affection n'existe à ce moment. Mais, si sa femme devient enceinte, on fera suivre à cette dernière un traitement prophylactique, selon la technique que j'indiquerai tout à l'heure.

Si, contrairement au cas que nous venons d'étudier, nous trouvons chez un syphilitique incorrectement traité des signes d'une lésion viscérale évolutive, la situation est autrement inquiétante. La conduite varie selon la localisation du tréponème et l'état des réactions biologiques.

Si le malade est uniquement atteint d'une gomme cutanée ou osseuse, on pourra guérir rapidement ses lésions cutanées et réduire ensuite sa séro-action. Il se trouvera bientôt dans la condition que nous avons envisagée précédemment. Quatre ans après le retour à l'état normal, il pourra se marier. Mais il faudra lui faire suivre un traitement avant la procréation et on traitera sa femme, si elle devient enceinte.

Si, au lieu d'une gomme cutanée ou osseuse, un ancien syphilitique souffre d'aortite, d'hépatite, de tabès, s'il a un signe d'Argyll-Robertson isolé, on ne peut affirmer qu'on pourra enrayer complètement le développement de ces lésions viscérales. Ici le traitement prophylactique ne donne qu'une garantie bien relative. Le malade, si ses lésions viscérales continuent à évoluer, deviendra un infirme, incapable d'assurer l'éducation ou même la subsistance de ses enfants. Le mariage doit donc lui être déconseillé.

La même règle s'applique au syphilitique qui, sans aucune anomalie clinique, a une réaction de Wassermann rebelle et, ce qui est encore plus grave, des altérations tardives de liquide céphalo-rachidien.

Dans tous ces cas, nous avons le devoir d'exposer au malade, avec ménagements sans doute, mais aussi avec netteté, les dangers que son mariage ferait courir à sa femme et à ses enfants.

***

Il arrive malheureusement assez souvent que le syphilitique consulte son médecin seulement après son mariage. Pris alors d'un scrupule un peu tardif, il vient solliciter des conseils pour éviter que ses enfants ne deviennent hérédo-syphilitiques. Parfois c'est une série ininterrompue de fausses couches chez sa femme, c'est la naissance d'enfants mort-nés ou non viables ou dystrophiques, qui lui ont donné l'alarme.

Mais supposons tout d'abord que sa femme n'ait pas encore été enceinte. La conduite s'inspirera des données que je viens d'exposer. Un examen clinique et biologique sera fait chez les deux conjoints. A supposer que la femme n'ait pas été contaminée, on n'autorisera pas de grossesse avant quatre ans révolus depuis la disparition du dernier signe clinique ou biologique et depuis le début du traitement complémentaire. S'il est atteint d'une lésion viscérale, on lui exposera les dangers qui menaceraient sa femme, si elle devenait enceinte, et sa descendance. Cependant, tous les enfants de ces syphilitiques ne sont pas fatalement infectés et surtout, comme je le dirai tout à l'heure, grâce à un traitement institué chez la femme dès le début de la grossesse, ils peuvent naître parfaitement indemnes. La partie n'est donc pas perdue.

J'ai envisagé le cas où la personne qui vous consulte est un homme. Mais il n'est pas rare que cette personne soit une femme contaminée avant son mariage. Les mêmes règles lui sont applicables, mais avec une rigueur encore plus grande, puisqu'elle doit conserver pendant neuf mois le fœtus dans son organisme. Il est prudent de lui interdire une grossesse pendant les six années qui suivent la disparition de tous les signes de sa syphilis et le début du traitement ; de plus, on lui conseillera un traitement intensif pendant sa gestation.

***

Arrivons enfin au cas où l'on est consulté après le début de la grossesse.

S'il s'agit de la femme d'un ancien syphilitique, on doit rechercher par tous les moyens les signes capables de montrer si elle a été contaminée. Il y a d'abord les renseignements fournis par le conjoint, qui nous permettent d'établir s'il a été correctement traité. Puis, on procède à l'examen clinique de la femme et de son mari. Enfin on pratique les réactions biologiques. A ce dernier sujet, il ne faut pas oublier que la grossesse rend souvent négative la séro-réaction chez une syphilitique non guérie.

Plus encore que de coutume, on ne tirera aucune conclusion d'un résultat négatif. Il n'est pas rare d'observer des femmes enceintes dont la réaction de Wassermann a été négative pendant toute la gestation et qui n'en accouchent pas moins d'enfants hérédo-syphilitiques.

Si, avant le mariage, le mari a rempli les conditions que nous aurions exigées pour l'y autoriser, nous nous trouverions en présence d'une éventualité que j'ai déjà envisagée et sur laquelle je ne reviendrai pas.

Mais s'il n'en est pas ainsi, il importe, dès les premiers jours de la grossesse, d'instituer, chez sa femme, un traitement actif, même elle n'a aucun signe avéré de syphilis.

Fournier avait déjà remarqué, il y a une quarantaine d'années, que le simple traitement mercuriel empêche souvent les avortements répétés, la morti-natalité infantile et la transmission de l'hérédo-syphilis virulente ou dystrophique. Cependant, il avait encore un pourcentage assez important d'insuccès.

A partir de 1911, le 606 et le 914 donnèrent de bien meilleures statistiques : à cette époque, sur 100 femmes enceintes syphilitiques, Jeanselme et Sauvage ne comptèrent que huit échecs. Depuis, nous avons appris à manier plus largement ces médications et nous avons obtenu des succès encore plus fréquents.

Le bismuth paraît doué d'une activité un peu inférieure à celle du 914.

Mais, à mon avis, le traitement mixte conjugué arséno-bismuthique retrouve, dans le traitement préventif de la syphilis héréditaire, la supériorité qu'il a dans le traitement d'attaque de la syphilis secondaire. L'expérience m'a montré en effet qu'il est parfaitement toléré par la femme enceinte non albuminurique et qu'il est doué chez elle d'une remarquable efficacité. Je commence donc par faire une série d'injections conjuguées de 914 et bismuth, comme s'il s'agissait d'un cas de syphilis précoce. Après cette série, je laisse une pause d'un mois pendant laquelle le bismuth est éliminé. Je prescris ensuite deux séries normales de 914, séparées aussi par un intervalle d'un mois. Naturellement il est indispensable, comme on doit le faire chez tout syphilitique, de surveiller la tolérance de la malade avec soin, d'analyser fréquemment ses urines, etc... Les craintes d'un avortement provoqué par le traitement sont pratiquement négligeables. La femme enceinte d'un syphilitique doit être traitée, non seulement intensivement, mais encore précocement, dès le début de la grossesse. La conduite sera la même s'il s'agit d'une femme enceinte atteinte de syphilis acquise ou héréditaire.

Il est à noter que les résultats sont d'autant plus difficiles à obtenir que l'infection non traitée ou insuffisamment traitée est plus ancienne. Il peut arriver que la thérapeutique échoue au cours d'une première grossesse. Loin de se décourager, on poursuivra le traitement après cette grossesse et pendant la grossesse suivante.

***

II. — Traitement

Etudions maintenant le traitement de la syphilis héréditaire, celui que nous instituons soit chez le nouveau-né et le nourrisson, soit chez l'enfant plus âgé, soit enfin chez l'adulte entaché de syphilis héréditaire.

C'est le traitement de la syphilis héréditaire précoce qui nous arrêtera seul, car la thérapeutique de la syphilis héréditaire tardive se confond avec celle de la syphilis ancienne, que nous avons suffisamment étudiée déjà.

La syphilis héréditaire peut se manifester dès la naissance par des manifestations virulentes et par des dystrophies. A 7 ans, la seconde dentition apparaît avec des malformations caractéristiques. A 8 ou 10 ans, il peut survenir une kératite ; à la puberté, des troubles endocriniens ou nerveux. Depuis la naissance jusqu'à un âge avancé, la syphilis héréditaire peut se manifester de multiples façons.

Quand on se trouve en présence d'un nouveau-né qui est le fils d'un syphilitique, les indications du traitement sont ou bien directement évidentes, ou bien au contraire discutables.

Elles sont indiscutables quand on constate un des signes que je vous rappelais tout à l'heure ; car, alors, l'infection est patente.

Mais si l'enfant est issu de parents dont la syphilis ne se révèle par aucun signe clinique ou humoral actuel, il n'est pas fatalement infecté par le tréponème. Une enquête méthodique s'impose.

On demande d'abord si l'accouchement s'est produit à terme et si le nouveau-né avait son poids normal. On s'enquiert aussi du poids du placenta : vous savez qu'en cas de syphilis, il est plus gros qu'à l'état normal et qu'au lieu de peser le sixième du poids du nouveau-né, il en atteint le quart.

On examine ensuite de très près le nouveau-né. On recherche s'il n'a pas du coryza, des bulles de pemphigus sur les paumes des mains ou sur les plantes des pieds, des lésions osseuses. On recherche surtout la splénomégalie, signe de très grande importance qui suffit souvent à révéler la syphilis héréditaire. Quant à la réaction de Wassermann, elle sera recherchée, mais elle n'a pas plus d'intérêt chez le nourrisson que chez sa mère pendant la grossesse ; car souvent, même chez un bébé atteint de syphilis héréditaire virulente, elle est négative, au moins dans les premières semaines de l'existence.

Quelques semaines plus tard, la syphilis héréditaire peut se démasquer par un développement insuffisant de l'enfant qui n'augmente pas de poids malgré une alimentation bien réglée.

Il y a là autant d'indications absolues pour instituer un traitement sans tarder. Car, comme pour la syphilis acquise, on a d'autant plus de chances de réussir qu'on intervient plus tôt.

Il arrive aussi chez un nouveau-né issu de parents syphilitiques, qu'on ne trouve aucun stigmate de l'infection tréponémique. En pareil cas il ne faut pas hésiter à le traiter si celui de ses parents qui est malade s'est marié sans avoir subi un traitement correct, c'est-à-dire intensif à partir du début de la syphilis. Sans doute, on peut objecter que cet enfant pourrait bien ne pas être syphilitique. Mais rien ne permet de le prouver et il est préférable de le soumettre au traitement que de l'exposer aux tares qui peuvent l'assaillir et en faire définitivement un débile ou un infirme.

***

Comme dans la syphilis acquise, l'arsenic trivalent est la médication la plus active contre la syphilis héréditaire.

Chez le nourrisson, on se servirait du 914 si l'on pouvait faire facilement chez lui des injections intra-veineuses. Mais ses veines sont toujours très peu développées et l'injection y est souvent impossible. On a proposé de la faire dans la veine jugulaire (Blechmann), dans une veine épicranienne (Cassoute), dans le sinus longitudinal supérieur à travers la fontanelle antérieure (Tixier). Mais l'enfant s'agite, crie ; l'opération n'est jamais facile. Il est plus pratique de faire des injections sous-cutanées ou intramusculaires.

L'arsénobenzène que l'on utilise généralement est le sulfarsénol, dont je vous ai dit les principaux caractères et le mode d'emploi dans la leçon consacrée à la médication arsenicale. Dissous dans du sérum glucosé isotonique, il est très peu douloureux.

Comme chez l'adulte, on fait une série d'injections, à des doses progressivement croissantes, séparées par des intervalles dont la durée dépend de l'importance de ces doses.

La quantité maxima qu'on peut faire en une injection

est calculée d'après le poids de l'enfant. Elle est de 1 cgr. 1/2 par kgr., c'est-à-dire, pour prendre un exemple, qu'un enfant qui pèse 10 kgr. recevra au maximum 10 × 1,5 = 15 cgr. en une fois. Mais cette dose aura été précédée de toute la gamme des doses inférieures. On commence par une quantité très faible, par exemple 2 cgr. Puis on atteint 4, 6, 9, 12 et enfin 15 cgr. On répète cette dose maxima jusqu'à ce qu'on ait injecté une dose totale de sulfarsénol qu'on calcule en multipliant par 10 cgr. le poids de l'enfant exprimé en kgr. (par exemple : pour 10 kgr., 1 gr. de sulfarsénol).

L'intervalle entre deux injections consécutives est en raison directe de la quantité de sulfarsénol injecté. Au début du traitement, il est de deux ou trois jours entre les injections. Au fur et à mesure qu'on augmente les doses, on l'allonge. Il est de six à sept jours entre les doses maxima.

Voici un tableau qui récapitule la marche du traitement dans l'exemple choisi.

1er jour	2 cgr.
3e jour	4 cgr.
6e jour	6 cgr.
10e jour	9 cgr.
15e jour	12 cgr.
21, 27, 33 et 39e jours	15 cgr.

Le sulfarsénol est incontestablement aujourd'hui le médicament de choix dans le traitement de la syphilis héréditaire.

On a aussi préconisé l'arsenic pentavalent. Celui dont on se sert le plus souvent est l'acétylarsan ; il en existe dans le commerce des ampoules pour usage infantile. Mais l'arsenic pentavalent est loin d'avoir dans le traitement d'attaque la même activité que le sulfarsénol. Par contre, il est très utile dans le traitement de consolidation.

Le *bismuth*, dont l'activité nous paraît un peu inférieure à celle de l'arsenic trivalent, est difficile à employer chez le nourrisson, dont les masses musculaires sont peu développées. Cependant, si le nourrisson est intolérant au sulfarsénol, c'est à lui qu'on aura recours.

La dose initiale par injection sera de 2 cgr de bismuth-métal : on peut l'augmenter jusqu'à 3 et 4 cgr. quand l'enfant dépasse le poids de 5 kilogr. Il existe dans le commerce des ampoules pour thérapeutique infantile qui permettent d'appliquer facilement ce traitement.

On répète les injections intra-musculaires deux à trois fois par semaine. Une série d'injections bismuthiques comporte de dix à quinze injections intra-musculaires.

Le *mercure* a donné à nos prédécesseurs des résultats excellents dans le traitement de la syphilis héréditaire. On employait soit les frictions, soit les solutions. Les frictions, dont je vous ai déjà détaillé la technique, étaient faites chez les nouveau-nés avec une dose de 1 gr. d'onguent napolitain, dose très forte par rapport à celle qu'on emploie chez l'adulte. Le nourrisson âgé de quinze jours supporte 2 gr. d'onguent, celui qui est âgé de deux à trois mois en tolère 3 grammes. On répète les frictions quotidiennement pendant quinze ou vingt jours de suite. Puis on suspend le traitement pendant un mois. On recommence de la même façon plusieurs autres séries de frictions.

Par la voie buccale, on employait la liqueur de van Swieten (solution ou sublimé au millième), à la dose moyenne de 10 gouttes par jour et par kilog du poids du nourrisson, administrée en plusieurs prises quotididiennes dans les biberons. M. Marfan lui préférait le lactate de mercure, qui n'a pas la saveur métallique du précédent, mais qui, moins riche en mercure, doit être prescrit à une dose plus élevée (15 gouttes de la solution au millième par jour et par kgr.).

Actuellement, dans le traitement initial, le mercure a cédé le pas au sulfarsénol, dont l'action thérapeutique est plus profonde.

***

La direction du traitement chez un nourrisson hérédo syphilitique est exactement la même que chez un adulte atteint de syphilis secondaire. Il faut débuter par un traitement d'attaque énergique, c'est-à-dire par une série d'injections de sulfarsénol. Après un mois d'intervalle, on fait une deuxième série d'injections, puis après deux mois de repos, une troisième série. Il faut ensuite consolider les résultats acquis en utilisant, outre le sulfarsénol, le bismuth, le mercure ou l'arsenic pentavalent.

Comme je vous l'ai indiqué à propos de la syphilis acquise précoce, le traitement sera de toutes façons prolongé pendant au moins quatre ans. Ses directives pourront d'ailleurs être modifiées par les circonstances cliniques particulières, les résultats biologiques, les intolérances médicamenteuses qu'on pourrait constater.

Le nourrisson hérédo-syphilitique doit être nourri par sa mère ; car s'il est confié à une nourrice, il peut la contaminer, lui donner un chancre du mamelon.

M. Hutinel recommande d'associer au traitement spécifique des médications opothérapiques, dans le but de suppléer à la déficience des glandes endocrines.

Il est également bon de soumettre ces enfants à l'action des rayons ultra-violets, qui les fortifient et facilitent l'action des médications antisyphilitiques.

Les résultats obtenus sont assez variables.

Dans beaucoup de cas, les manifestations syphilitiques apparentes disparaissent rapidement. La rate reprend ses dimensions normales. L'enfant augmente de poids. Si le traitement de consolidation est bien conduit, le développement ultérieur sera normal et l'hérédo-syphilitique ne souffrira jamais plus de son infection congénitale.

Certaines manifestations de la syphilis héréditaire sont plus résistantes. Telle est la kératite interstitielle, complication qui survient entre les septième et dixième années, et qui ne guérit qu'après plusieurs mois de traitement.

D'autres localisations sont peu influencées ou incurables. Telles sont les encéphalites, qui causent la plupart des cas d'idiotie, d'imbécilité, d'arriération mentale et certains syndromes paralytiques chez les enfants. Nous retrouvons ici le rôle capital que joue la nature du tissu envahi dans la résistance aux agents thérapeutiques : c'est un point sur lequel j'ai suffisamment insisté, en étudiant le traitement de la syphilis ancienne.

Certaines lésions ne guérissent que partiellement. Elles laissent à leur suite des troubles fonctionnels indélébiles. C'est le cas de beaucoup d'altérations endocriniennes, qui sont à l'origine de syndromes glandulaires ou de maladies de la nutrition qui se développeront chez l'adulte.

Traiter l'hérédo-syphilis, ce n'est donc pas seulement sauver l'existence de nombreux petits malades. Mais c'est encore leur permettre de se développer normalement, c'est les protéger contre les multiples infirmités qui les menacent à la puberté ou à l'adolescence. Jamais la tâche du médecin ne se montre plus bienfaisante, tant pour l'individu que pour la famille et la collectivité. Aussi le traitement de la syphilis héréditaire doit-il être une des préoccupations les plus pressantes de ceux qui s'intéressent à la Médecine sociale.

Hérédité. — Glatzel (*Zeitschr. für Klin. Mediz.*, 6 nov. 1931, p. 242) très persuadé de l'importance de l'hérédité dans les affections gastriques, a étudié la fonction gastrique chez douze paires de jumeaux uniovulaires et douze paires de biovulaire. Méthode employée : analyse fractionnée après ingestion d'alcool. Il a été très frappé par l'influence très réelle de l'hérédité en considérant les caractères suivants : couleur de la sécrétion gastrique à jeun, maximum d'acidité après ingestion d'alcool, courbe de l'acidité, quantité de la régurgitation duodénale. D'autres caractères ne sont pas héréditaires.

H. V.

Accidents de l'arsénothérapie [1]

Par le Dr Ch. FLANDIN

Médecin de l'Hôpital Bichat

La toxicité de l'arsenic a été connue de tout temps de même que la susceptibilité très différente des individus vis-à-vis de ce corps. Les anciens citaient des exemples de résistance extraordinaire vis-à-vis de l'arsenic et il semble bien que ce soit à l'arsenic que Mithridate se soit accoutumé à tel point que la mithridatisation devint une méthode.

Par contre, de siècle en siècle, on publie des observations de plus en plus nombreuses d'intoxications arsenicales dues aux doses habituellement thérapeutiques. Si bien que, dans la pratique médicale, les doses d'arsenic ou de composés arsenicaux deviennent de plus en plus faibles et que certains médecins proscrivent même totalement l'arsenic.

La découverte des composés arsenicaux organiques, dont les premiers furent les sels de cacodyle (A. Gautier) fit rentrer l'arsenic dans la thérapeutique courante. Le cacodylate de soude fut employé avec d'autant plus d'ardeur qu'il était aussi inoffensif que peu actif.

Une période nouvelle s'ouvrit avec l'atoxyl (Bechamp), premier composé arsenical pentavalent employé, corps très actif mais, malheureusement, dangereux par son affinité pour le nerf optique et les cas de cécité qu'il provoqua.

Plus tard, avec les arsénobenzènes, 606 puis 914, Ehrlich fit entrer l'arsénothérapie dans la pratique médicale courante. Dans ces dernières années, les dérivés acétylé et formylé de l'acide arsinique, sous le nom de stovarsol et de tréparsol, vinrent s'ajouter aux arsénobenzènes.

C'est aux accidents provoqués par les arsénobenzènes et par les dérivés de l'acide arsinique que nous consacrerons cette étude en nous efforçant de dégager les points essentiels, sans avoir le souci d'être rigoureusement complet. Nous aurons plus particulièrement en vue les accidents de l'arsénothérapie antisyphilitique. *A priori*, on pourrait être tenté de faire de ces accidents une description basée sur la pathogénie, en considérant des accidents toxiques, dus à l'intoxication arsenicale et en rapport avec une dose trop faible d'arsenic ; des accidents d'intolérance, indépendants des doses et tenant à une sensibilité innée ou acquise du malade ; enfin des accidents infectieux résultant du réveil, soit de la syphilis, soit d'une infection microbienne latente, sous l'influence du traitement. Mais, ce sont là conceptions théoriques sans base assez nette pour qu'en face d'un cas donné, on puisse affirmer telle ou telle pathogénie. Bien plus, on peut souvent découvrir simultanément des phénomènes de toxicité, d'intolérance ou d'infection, si bien qu'on est conduit à admettre une véritable intrication des pathogénies.

Cette incertitude des pathogénies ramène à une étude simplement clinique. Aussi bien, est-il toujours logique d'observer et de décrire les faits et d'être très prudent dans l'interprétation des causes et des mécanismes.

***

Accidents provoqués par l'arsénobenzol (606)

Le *salvarsan* d'Ehrlich, bientôt fabriqué en France sous le nom d'*arsénobenzol*, fut, pendant plusieurs années, le seul arsénobenzène employé en médecine. Doué d'une grande activité thérapeutique, il était malheureusement d'un maniement très délicat, nécessitant une série de manipulations extemporanées, au lit du malade, pour aboutir à la préparation d'une solution rigoureusement neutre.

Employé par voie intra-musculaire ou intra-veineuse, le 606 amenait fréquemment des accidents sérieux. Les injections sous-cutanées ou intra-musculaires pouvaient déterminer une nécrose aseptique de la peau et des muscles avec larges délabrements sans tendance à la réparation.

Injecté dans les veines, le 606 déclenchait trop souvent des accidents de choc encore plus graves que ceux que nous allons décrire plus loin. Ces accidents étaient souvent dus à une neutralisation imparfaite de la solution. Par ailleurs, tous les accidents que nous allons passer en revue peuvent s'observer à la suite d'injections de 606.

Accidents provoqués par le novarsénobenzol (914) et ses dérivés

La deuxième préparation lancée par Ehrlich, sous le nom de *néo-salvarsan* (914) vulgarisa l'emploi des arsénobenzènes parce qu'elle était beaucoup plus maniable. Il suffit en effet de dissoudre, au moment de l'emploi, le novarsénobenzol, dans de l'eau distillée pure pour pouvoir l'injecter dans les veines. Peut être le 914 est il moins actif dans la thérapeutique antisyphilitique que le 606 ; en tout cas il paraît moins dangereux et ce n'est pas un avantage négligeable.

Les solutions très diluées, telles que les emploie Milian, sont-elles plus inoffensives que les dilutions concentrées, préconisées par Ravaut ? Il est difficile de trancher la question les partisans de l'une et l'autre méthodes s'appuyant sur des statistiques également impressionnantes. Des accidents provoqués par les arsénobenzènes, nous donnerons une description purement clinique, nous réservant ultérieurement d'en discuter l'interprétation.

I. *Crise nitritoïde.* — Ce nom a été donné par Milian à l'accident brutal, apparaissant au moment même de l'injection intraveineuse de novarsénobenzol, se déclenchant souvent pendant l'injection elle-même. C'est un véritable choc thérapeutique rappelant le choc peptonique ou le choc anaphylactique expérimental.

A peine a-t-on commencé à pousser l'injection intraveineuse, le malade défaille et devient inerte. Dans une première phase, le visage est rouge, vultueux, les conjonctives injectées, comme on le voit après une inhalation de nitrite d'amyle (d'où le nom de crise nitritoïde) ; les lèvres cyanosées s'entr'ouvent pour laisser voir une langue énorme, tuméfiée et s'écouler une salive abondante ; les extrémités sont cyanosées, le pouls est petit, incomptable.

A cette phase de rougeur et de tachycardie succède bientôt une phase de pâleur avec bradycardie et respiration très superficielle, si bien que le sujet prend peu à peu un aspect cadavérique.

Si la mort ne survient pas — et il est souvent difficile de dire le moment exact où elle se produit — au bout d'un temps pouvant varier de quelques minutes à quelques heures, le malade renaît : la respiration devient profonde et régulière, le pouls se rétablit, la tension remonte, la conscience revient. Le malade ne conserve qu'une fatigue extrême, un sentiment d'angoisse mal défini, de la céphalée. De la diarrhée et de l'albuminurie transitoire complètent parfois le tableau. La crise nitritoïde ne laisse pas de traces, mais doit faire redoubler de précautions ou même supprimer les injections ultérieures.

II. *Apoplexie séreuse.* — Quoique, par bien des symptômes, l'apoplexie séreuse se rapproche de la crise nitritoïde, il convient de l'en distinguer, car elle se produit dans des conditions très différentes. De plus la crise nitritoïde, malgré son aspect dramatique, a, généralement

(1) Extrait de Thérapeutique Médicale de M. Loeper : Syphilis, Peau et Cancers. Masson, éditeur, 1932, p. 233.

BIBLIOGRAPHIE

Tuberculose osseuse et ostéo-articulaire, par Etienne SORREL et Mme SORREL-DEJERINE. Un volume grand in-4°, 25 × 32, de 514 pages, avec 640 figures, relié, 350 francs. Masson et Cie, éditeurs 120, boulevard Saint Germain, Paris.

Cet ouvrage, dans lequel le texte et l'illustration forment deux parties à peu près égales, constitue un véritable *traité de tuberculose osseuse*, non pas qu'il aborde, sous une forme théorique tous les problèmes qui peuvent se poser à propos des tuberculoses osseuses ou ostéo-articulaires, mais parce qu'il contient une étude approfondie et complète de tous les cas qu'un médecin, un chirurgien, un orthopédiste, peuvent être appelés à rencontrer, et qu'il constitue, en vue de la pratique, une étude *complète* du diagnostic et du traitement.

Ce livre en effet a été écrit pour la pratique courante :

L'*étiologie* et la *pathologie* n'y sont exposées que dans la mesure nécessaire au médecin pour comprendre l'évolution des affections et en assurer le traitement rationnel.

L'*anatomie pathologique*, par contre, occupe une place assez grande dans ce livre.

Mais le but des auteurs n'a pas été tant d'indiquer qu'elles étaient les altérations déterminées par le bacille de Koch au niveau des os et des articulations que *d'en montrer la traduction radiographique*. C'est sans doute la première fois que ce rapport de la *lésion* prise en elle-même avec tout ce qu'elle comporte de signification, et de son *image* radiologique, aura été étudié avec cette précision et une pareille richesse de documentation.

C'est par les « images » que, depuis les récents progrès de la technique, nous pouvons déterminer le siège exact et les limites d'un foyer ; sans elles celles-ci demeureraient imprécises. C'est par la radiographie que nous reconnaissons la nature, que nous vérifions les lésions à distance du squelette que nous précisons enfin le stade d'évolution d'une tuberculose osseuse ou articulaire.

Le *diagnostic* a été également exposé en fonction de l'« utilité ». Il est des diagnostics simples, classiques et sur ceux-là les auteurs se sont étendus assez pour être clairs et complets, pas assez pour être « longs ». Mais il existe de nombreuses affections récemment extraites du cadre des tuberculoses osseuses, et surtout articulaires, avec lesquelles on les confondait jusqu'à ces dernières années ; elles ont été décrites ici, en détail, avec les images radiographiques par lesquelles elles se caractérisent.

Les *traitements*, dans les différents chapitres, ont été précisés avec toute l'étendue désirable : traitement général d'abord, traitement orthopédique, et aussi traitement chirurgical, avec la discussion de leurs rôles respectifs à propos de chacune des affections décrites.

Le pèlerinage de la Mecque, par le Dr DUGUET avec une préface de Justin GODART. Un volume in 8 carré de 340 pages, broché, 30 francs. Les éditions Rieder, 7, place Saint-Sulpice, Paris-VIe.

Le livre du médecin général Duguet est à la fois une histoire du pèlerinage de la Mecque, une description aussi vivante que juste des innombrables chemineaux qui chaque année viennent boire avidement à la source que l'ange Gabriel fit jaillir sous les pieds d'Ismaël épuisé par la soif, et une étude de ses lamentables conditions hygiéniques dans lesquelles ce pèlerinage se déroule, menaçant chaque année, sur les routes interdites, la santé du monde entier. Par ses hautes fonctions au Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte, le Docteur Duguet était mieux que personne placé pour écrire cet ouvrage d'une science admirable et d'une compétence peu commune.

Mais avant d'apporter de douloureuses statistiques, de les confronter, d'envisager et de proposer les moyens de combattre leur effroyable éloquence, le Docteur Duguet a tenu à nous faire participer à l'état d'âme du pèlerin. « Profondément attachés, écrit-il, à leur religion, que les missionnaires chrétiens ne songent même pas à combattre, ils veulent rester ce qu'ils sont, les fidèles serviteurs de l'Islam. Dans leur libérations, nous avons à tenir compte de leur histoire et de leur tradition... Donnons-leur donc ce qu'ils demandent, la liberté dans le statut personnel. Autant qu'à eux-mêmes il nous importe qu'ils gardent leurs mœurs et leur foi, tout ce qui est à la racine de leur vertu. »

C'est ainsi qu'en des pages d'une inspiration puisée aux sources les plus limpides de la poésie coranique, le Docteur Duguet nous fait suivre, dans ses frénésies extatiques et dans ses pratiques écrasantes, le pèlerin au crâne rasé, nu sous l'*ihram* de cotonnade blanche, dont une pièce ceint ses reins, dont l'autre se drape autour du thorax. Avec lui, il nous arrête aux stations pieuses traditionnelles, la Mecque, Arafat, où l'on répète la belle oraison du prophète, Mouna, Médine, où règne « l'ami du très haut, la plus sainte des créatures ».

Mais, sous cette poésie, il y a l'autre drame : les 40 épidémies qui se succèdent de 1831 à 1912, les trente cinq mille victimes du pèlerinage de 1893, et, en 1865, le choléra retrace les péripéties diplomatiques qui aboutirent enfin, en 1900, à l'entente pour la surveillance des pélerins à l'aller et retour et l'hospitalisation des contagieux. Depuis 1900, le barrage sanitaire de Tor a filtré un par un et observé plus de cinq cent mille pèlerins.

une évolution favorable ; au contraire, l'apoplexie séreuse a, dans la règle, un pronostic fatal.

La date d'apparition de l'apoplexie séreuse est à peu près constante : c'est un accident survenant le troisième jour, suivant la troisième injection.

Celle-ci a été souvent aussi bien supportée que les deux précédentes. Au cours du troisième jour, apparaît une céphalée progressive, en casque, accompagnée de lourdeur des paupières, de fatigue générale, de troubles digestifs vagues. La céphalée résiste à tous les calmants, aspirine, pyramidon, etc., et le malade se couche avec le diagnostic de « migraine ». On le trouve dans un état de torpeur, le visage rouge, les conjonctives injectées, accusant de la photophobie. La température monte progressivement tandis que le pouls reste normal ou même se ralentit. De la diarrhée peut survenir ; plus souvent on note de la constipation. Quelques vomissements se produisent, sans effort.

En examinant le malade, en l'absence de la notion d'injection d'arsénobenzène, on est amené au diagnostic de syndrome méningé. Une certaine raideur des membres, l'existence du signe de Kernig confirment cette impression. Bientôt vont apparaître des convulsions localisées ou généralisées, précédant le coma et la mort qui survient habituellement en trois jours.

La ponction lombaire ne confirme pas l'hypothèse d'un syndrome méningé : il n'y a pas de réaction cellulaire autre que celle existant antérieurement du fait de la syphilis. Tout au plus note-t-on un certain degré d'hypertension rachidienne ainsi que des modifications légères du taux de l'albumine et du sucre dans le liquide céphalo-rachidien.

A l'autopsie, on ne trouve aucune autre lésion qu'un véritable œdème arachnoïdien et une intense vascularisation cérébro-méningée justifiant le nom d'apoplexie séreuse.

La gravité de ce syndrome en fait l'accident le plus redoutable de l'arsénothérapie. On l'observe non seulement à la suite des injections intraveineuses, mais encore à la suite des injections intramusculaires d'arsénobenzène ou de dérivés de l'acide arsinique. On en a même publié de très rares cas dus au stovarsol ou au tréparsol.

III. *Accidents cutanés.*— On sait combien la peau est affectée par les toxiques d'origine métallique et combien ses modes de réaction sont variés. Il semble qu'elle soit particulièrement sensible à l'arsenic si bien qu'une manifestation dermatologique, au cours d'un traitement arsenical, peut, à bon droit, être considérée comme un signe d'alarme.

L'une de ces manifestations les plus fréquentes est le *prurit*, soit localisé aux aines, aux aisselles, aux flancs, soit généralisé. Toutes les modalités de prurit peuvent s'observer : le moment d'apparition est variable soit immédiatement après l'injection, soit dans les jours qui suivent ; tantôt dès la première injection et après chaque injection ultérieure, tantôt après un certain nombre d'injections. De courte durée ou s'installant à demeure, le prurit a une intensité très variable. A propos de l'arsénothérapie, toute la question des prurits pourrait être discutée, et toutes les lésions mécaniques de grattage, jusqu'aux névrodermites et aux lichénifications secondaires exposées. Nous ne saurions le faire ici.

Toutes les variétés éruptives d'origine toxique peuvent s'observer au cours de l'arsénothérapie : *urticaire, érythèmes* divers, *eczéma*. Trois érythèmes méritent d'être signalés, simulant la rougeole, la rubéole, la scarlatine à tel point que Milian n'hésite pas à les considérer comme des fièvres éruptives vraies susceptibles de se transmettre par contagion et explicables par le mécanisme qu'il appelle « biotropisme », c'est-à-dire par une sorte de levée d'immunité à la suite d'un absorption de toxique. Peut-être est-il logique d'expliquer de même la fréquence du *zona* arsenical qui s'observe aussi bien dans l'arsénothérapie qu'à la suite de l'absorption accidentelle de tout composé arsenical.

L'accident dermatologique le plus grave dû aux arsénobenzènes paraît être l'*érythrodermie*, caractérisée par une rougeur et une infiltration généralisée du tégument et une desquamation foliacée, abondante. Cette affection, d'apparition généralement tardive, succède habituellement à une phase assez longue de prurit et dure de trois à six semaines en moyenne, parfois plus d'un an. Elle s'accompagne d'une éosinophilie sanguine souvent très marquée. Au cours de l'arsénothérapie prolongée ou intensive on peut voir se développer des œdèmes localisés, de la *parakératose pilaire*, des *pigmentations* brunâtres, des *kératodermies* palmo-plantaires. Celles-ci sont toujours à surveiller, car elles peuvent ultérieurement devenir le point de départ d'un cancer arsenical. Enfin, il semble que certains cas de *mycosis fongoïde* aient succédé à une arsénothérapie prolongée.

IV. *Accidents hémorragiques et sanguins.* — Les hémorragies au cours du traitement arsenical paraissent électivement liées à l'emploi du novarsénobenzol et des composés analogues. Cela n'est pas pour nous étonner. Nous avons en effet, montré, avec Tzanck, que le novarsénobenzol, *in vitro* et *in vivo*, avait la propriété de rendre le sang incoagulable.

Les hémorragies du nez, des gencives, de l'estomac, de l'intestin s'observent de temps en temps. Elles sont difficiles à arrêter en raison de l'incoagulabilité sanguine.

Particulièrement graves sont, chez certaines femmes, les *métrorragies*, capables de se déclencher à chaque injection. Elles doivent être considérées comme un véritable signe d'alarme. Toute femme présentant des métrorragies par novarsénobenzol devra être avertie du danger d'avortement que lui ferait courir une injection de novarsénol pendant la grossesse.

D'une façon générale, d'ailleurs, il est sage de s'abstenir de traitement arsenical chez un hémorragipare. On risque de déterminer un *purpura* presque toujours grave.

Un autre point pratique à ne jamais oublier est le risque d'aggraver une *hémorragie cérébrale* par le traitement novarsénobenzolique. En présence d'une hémiplégie susceptible d'avoir une origine syphilitique, le traitement spécifique d'urgence s'impose, mais les arsénobenzènes ne doivent être employés que dans un stade ultérieur.

Signalons qu'on a pu rapporter à la thérapeutique arsenicale certains cas d'*agranulocytose* et certains syndromes *aleucémiques*.

Ceux-ci peuvent, dans une certaine mesure, être annoncés par la constatation d'une mononucléose progressive au cours d'un traitement arsénobenzolique prolongé, mononucléose d'origine thérapeutique différant de celle due à l'infection syphilitique ancienne, laquelle disparaît par le traitement.

V. *Ictères.* — La question des ictères survenant chez les syphilitiques traités par les arsénobenzènes est une de celles qui ont provoqué le plus de travaux au cours de ces vingt dernières années. La plupart ont trait, moins à la description clinique de ces ictères qu'à leur explication pathogénique.

C'est qu'en effet, les ictères apparaissent au cours d'un traitement par le novarsénobenzol, soit dès les premières injections, soit tardivement, ne diffèrent pas au point de vue clinique, des ictères antérieurement connus. Le type le plus fréquemment observé est celui de l'ictère catarrhal, ou ictère infectieux bénin, avec syndrome de rétention biliaire : coloration jaune des téguments, décoloration des matières, urines foncées contenant des pigments et des acides biliaires. L'évolution généralement bénigne, est celle de l'*ictère catarrhal* banal.

Un autre type, heureusement plus rare, apparaissant soit d'emblée, soit après les symptômes d'alarme, et en particulier l'érythrodermie ou les phénomènes hémorragiques que nous avons décrits, est celui de l'*ictère grave*, avec vomissements, selles bilieuses, puis décolorées, hémorragies multiples. Dans les formes graves, on assiste à une atrophie aiguë du foie et la mort survient.

Enfin, dans des cas encore plus rares, à la période secondaire de la syphilis surtout, on peut observer des ictères *hémolytiques* avec splénomégalie.

Ces ictères hémolytiques, connus bien avant l'arsénothérapie, paraissent presque toujours dus à la syphilis.

Les ictères graves, dans leur forme hémorragique surtout paraissent nettement en rapport avec une intoxication arsenicale.

Quant aux ictères du type catarrhal, aucune manifestation clinique, aucune réaction de laboratoire, aucun test expérimental ne permettent de les différencier.

Certains cas paraissent nettement en rapport avec l'arsénobenzène, qu'il s'agisse d'une action toxique ou d'une réaction d'intolérance. Ce sont ceux ou chaque injection déclenche une poussée d'ictère.

D'autres cas peuvent, presque avec certitude, être attribués à la syphilis, à une sorte de réaction d'Herxheimer hépatique provoquée par l'injection d'arsénobenzène. Ce sont ces ictères qui guérissent par le traitement antisyphilitique, même par la continuation de l'arsénobenzol.

Enfin, dans beaucoup de cas il semble — suivant Sézary — qu'il s'agisse simplement d'un ictère infectieux bénin lequel pourrait relever du mécanisme du biotropisme tel que le comprend Milian. Quoiqu'il en soit, en l'absence d'un moyen de diagnostic étiologique, il nous paraît sage, lorsqu'un malade présente de l'ictère à la suite d'une injection d'arsénobenzol, de substituer à ce mode de traitement le bismuth ou le mercure et de ne reprendre la série arsenicale que longtemps après guérison de l'ictère et avec une extrême prudence. Mieux vaut épargner le malade que chercher à vérifier une théorie.

VI. *Accidents nerveux.* — En dehors des grands accidents nerveux par lesquels nous avons commencé notre exposé, on peut voir au cours du traitement arsenical, survenir un certain nombre de phénomènes importants.

Le système nerveux périphérique, à la suite d'un traitement intense et surtout prolongé, peut être atteint de troubles progressifs et chroniques. Les *polynévrites arsenicales* s'installent lentement, sournoisement et frappent surtout les nerfs moteurs. Le début se fait en général par les membres inférieurs ; annoncée ou non par des fourmillements, la polynévrite affecte surtout les muscles extenseurs ; les réflexes tendineux sont rapidement abolis. L'erreur de diagnostic avec une paraplégie syphilitique est fréquente. Parfois on assiste à la constitution d'un pseudo-tabès arsénobenzolique dont le diagnostic étiologique est très difficile à établir. Les résultats de la ponction lombaire et l'existence d'autres signes d'intoxication arsenicale chronique, comme la parakératose permettent de trancher la difficulté. Relativement rares au membre supérieur, les paralysies arsenicales s'observent avec plus de fréquence sur les nerfs moteurs de l'œil.

Une mention spéciale est à faire à propos de la *névrite optique* entraînant la cécité ; il semble qu'il y ait une véritable affinité des arsenics pentavalents pour le nerf optique. L'atoxyl en particulier a déterminé tant de cas de cécité que son emploi thérapeutique a dû être restreint et pratiquement abandonné dans le traitement de la syphilis.

Le nerf auditif peut être également touché et il existe des *surdités* par intoxication arsenicale.

Il est toujours difficile d'interpréter la pathogénie d'un accident nerveux survenant au cours d'un traitement arsénobenzolique : s'agit-il d'un accident toxique ou d'une neurorécidive syphilitique déclenchée par le traitement. Dans le premier cas, la suppression du traitement arsenical s'impose : dans le second, il conviendrait au contraire d'intensifier le traitement.

La question est encore plus délicate qu'en ce qui concerne les accidents hépatiques, car on sait que les préparations arsenicales, particulièrement les arsenics pentavalents ont une action élective sur la syphilis nerveuse. C'est toute la pathogénie des accidents des arsénobenzènes qu'il convient de discuter.

Pathogénie.

Il semble possible de classer les accidents provoqués par les arsénobenzènes en quatre catégories.

I. *Accidents toxiques.* — Ceux-ci relèvent d'une part de la toxicité de l'arsenic, d'autre part de la toxicité du noyau benzénique.

Ils sont fonction de la dose employée, de la durée du traitement, de l'absence d'élimination du médicament. Dans ce groupe des accidents toxiques doivent être rangés :

Les troubles digestifs, progressifs ;
Certains accidents hépatiques ;
Les accidents hémorragiques ;
Les polynévrites (en partie) ;
Les érythrodermies ;
Les mélanodermies ;
Le cancer arsenical.

II. *Accidents d'intolérance.* — Ils ne sont pas, ou peu, fonction de la dose, ni de la durée du traitement. Ils s'observent souvent à la deuxième ou troisième injection, ou à une reprise du traitement, comme si l'intervalle libre avait permis à l'organisme de se sensibiliser aux arsénobenzènes. Ils peuvent être électivement provoqués par telle préparation et non par telle autre et être évités par certains artifices. A cette pathogénie, il convient d'attribuer tous les phénomènes de choc :

Crise nitritoïde ;
Prurit ;
Urticaire ;
Erythèmes divers ;
Et peut-être l'apoplexie séreuse.

III. *Accidents dus à la syphilis.* — Un traitement actif comme celui des arsénobenzènes est susceptible à la manière d'une vaccinothérapie intensive, de déclencher des accidents généraux graves par lyse microbienne et des réactions de foyer plus ou moins vives.

C'est à ce mécanisme, que la tradition dénomme *réaction d'Herxheimer*, c'est-à-dire reprise brutale d'accidents syphilitiques sous l'influence du traitement, qu'on peut rapporter certains accidents observés au cours du traitement arsénobenzolique.

L'apoplexie séreuse, qui, dans certains cas, est un phénomène d'intolérance, peut, dans certains autres, être considérée comme une réaction syphilitique. L'intérêt n'est que théorique.

Les neuro-récidives, certains accidents nerveux, aortiques, viscéraux, sont souvent des reprises d'évolution syphilitique sous l'influence du traitement. Il en est de même de certains cas d'ictère.

IV. *Réveil d'autres infections* (Biotropisme). — A ce mécanisme, mis en lumière par Milian, il convient de rapporter les érythèmes morbilliformes, scarlatiniformes observés au cours du traitement : rien ne permet de distinguer ces érythèmes d'une rougeole, d'une rubéole, d'une scarlatine vraies et quelques observations dignes de foi paraissent démontrer que ces érythèmes peuvent

être contagieux et transmettre la fièvre éruptive à un sujet sain.

Le zona arsenical relève de la même pathogénie : c'est un zona légitime déclenché par l'arsenic chez un porteur de germes.

Enfin pour Sézary, la plupart des ictères du type catarrhal seraient explicables par le biotropisme. Ces considérations pathogéniques ont une certaine importance pour la conduite du traitement par les arsénobenzènes.

Traitement des accidents des arsénobenzènes

Connaissant les accidents auxquels expose un traitement arsénobenzolique, il est sage de n'appliquer cette thérapeutique qu'avec certaines précautions.

I. Mesures préventives

Sous ce titre, nous grouperons tous les éléments à envisager pour éviter d'être nuisible au malade sous prétexte de traiter sa syphilis. Il conviendra d'abord d'étudier le médicament.

Le *médicament* doit être par lui-même inoffensif. Nous avons tous connu des séries de novarsénobenzol génératrices d'accidents : lorsque plusieurs tubes d'une même série auront provoqué des accidents anormaux, tout tube de cette série devra être refusé. Les arsénobenzènes doivent être de préparation récente, car ils s'altèrent et deviennent toxiques en vieillissant. Ils doivent être conservés rigoureusement à l'abri de l'air et de la lumière. Toute altération de coloration ou de consistance doit être tenue pour suspecte et faire rejeter le tube.

Le *malade* doit faire avant le traitement, l'objet d'un examen sérieux.

Les intolérants, comme les asthmatiques, les urticariens, les goutteux, sont candidats aux chocs thérapeutiques. Chez ces malades l'exploration du système vago-sympathique s'impose et il sera sage de ne pas les attaquer d'emblée par les arsénobenzènes. L'état fonctionnel du foie et des reins doit être étudié soigneusement.

Signalons que l'état d'acidose, même très léger, prédispose aux accidents arsénobenzoliques. L'âge a son importance, les jeunes sujets supportent mieux le traitement que les vieux.

Le *stade de la syphilis* auquel on commence ou on reprend le traitement a une importance considérable. Un chancre ou une syphilis secondaire au début supportant d'emblée un traitement intensif par des doses énormes, répétées, prolongées.

Le début du traitement en pleine éruption de syphilides secondaires déclenche dans la règle des accidents de choc et souvent des réactions d'Herxheimer.

Entreprendre le traitement d'une syphilis ancienne non traitée depuis longtemps est chose si délicate qu'en face de lésions aortiques ou nerveuses nous avons pris pour règle de ne jamais avoir recours aux arséno-benzènes d'emblée : nous commençons toujours par une série de cyanure.

Tâter la sensibilité du malade nous paraît d'ailleurs une mesure de prudence nécessaire. On peut toujours, sans inconvénient, injecter une faible dose, et, s'il n'y a pas eu d'accidents, compléter la dose le soir ou le lendemain.

Les signes d'alarme qui doivent faire arrêter le traitement sont : la céphalée, une élévation anormale de température, les vomissements, le prurit, les hémorragies.

Certaines précautions peuvent éviter, dans une certaine mesure, les accidents d'intolérance.

L'*exo-hémophylaxie* (Flandin et Tzanck) consiste à diluer le centimètre cube de solution de novarséno-benzol dans 10 centimètres cubes de sang du malade et à réinjecter cette solution cinq minutes après. Il n'y a aucun inconvénient à laisser seringue et aiguille en place, en desserrant le lien de caoutchouc. Le novarsénobenzol rend le sang incoagulable. Cette méthode nous a donné de bons succès.

L'emploi comme *solvants* du novarsénobenzol, soit d'hyposulfite de soude (Ravaut), soit de Venecine (Flandin), semble diminuer considérablement la nocivité du novarsénobenzol.

Enfin, on sait que les injections d'arsénobenzène sont mieux tolérées si le sujet est à jeun et s'il peut rester quelques heures au lit.

II. Traitement curatif

Les accidents aigus de choc, en particulier la crise nitritoïde et même l'apoplexie séreuse doivent être combattus par l'injection intraveineuse immédiate de très faibles doses d'*adrénaline* (1/20e de milligramme) très diluées et répétées.

Dans un deuxième stade, on emploiera l'atropine.

Lorsqu'il est prouvé qu'il s'agit d'accidents de nature syphilitique ou de phénomènes de biotropisme, il peut paraître logique non seulement de continuer le traitement, mais encore de l'intensifier. Milian, Marcel Pinard et d'autres ont montré que de faibles doses sensibilisaient tandis que de fortes doses avaient une action curatrice.

Malheureusement, il n'est pas toujours possible de prouver la pathogénie des accidents observés. Comme nous avons, à côté des arsénobenzènes, le mercure et le bismuth, il nous paraît prudent de continuer un traitement actif, mais en abandonnant momentanément les arsenicaux, quitte à les reprendre plus tard.

Quant aux accidents toxiques, ils commandent la suspension immédiate du traitement arsenical. Tous les moyens seront employés pour favoriser l'élimination hépato-rénale des arsenicaux. Celle-ci est toujours lente. D'autre part les accidents en question revêtent un caractère d'emblée durable. Ils survivent à la cause qui les a produits.

Cette étude des accidents de l'arsénothérapie aurait manqué son but si elle avait donné l'impression que les arsénobenzènes exposent le malade à plus de dangers que la syphilis qu'ils doivent combattre. Cette interprétation avait déjà été donnée du mercure qui nous paraît presque inoffensif, aujourd'hui, en comparaison de l'arsenic.

L'arsénothérapie est une arme de premier ordre, peut-être supérieure à toutes les autres dans la lutte contre la syphilis.

Mais, il faut savoir s'en servir et on ne peut le savoir si on ignore les dangers auxquels elle expose. Connaître ceux ci permet à peu près sûrement de les éviter. Aussi le médecin qui provoque les accidents chez un syphilitique par la thérapeutique qu'il lui inflige doit-il avant d'accuser le médicament et la fatalité, examiner le malade et la façon dont il a conduit le traitement ; il reconnaîtra trop souvent qu'il est le seul coupable par ignorance ou par négligence.

«... Il est hors de doute que cette phrase (*Et dans tout homme bien portant, il y a un malade qui s'ignore*), aussi absolue, mise dans la bouche d'un docteur Knock qu'on a vu déjà agir comme le modèle des charlatans, mérite de soulever, comme elle le fait au théâtre, l'indignation du public. Mais supprimez l'absolutisme de la phrase, en disant par exemple : « *Il arrive qu'un homme bien portant soit un malade qui s'ignore* », mettez cet aphorisme dans la bouche d'un de vos maîtres excellant à trouver les formules qui frappent l'esprit des auditeurs, et qu'elle ait été prononcée devant l'Académie de médecine à l'occasion d'un travail sur les morts brutales dont sont frappés tant de sujets en pleine activité, nul doute qu'une telle phrase serait digne d'un clinicien averti de tous les progrès modernes de la clinique physiologique ». (J. Castaigne. — La place des cures hydro-minérales dans la thérapeutique. *Le Journal Médical français*, mars 1932).

« Lenteur dans la marche, aridité dans l'étude, solidité dans les principes, sûreté dans les résultats, ce sont là les attributs des sciences d'observation ».

Bichat.

Néphrose et syphilis

Par E. SCHULMANN, A. HOROWITZ et G. BARBARA

La néphrose lipoïdique a suscité depuis quelques années des travaux importants tant en France qu'à l'étranger.

Contrairement aux auteurs allemands, qui, pour la plupart, admettent actuellement l'existence de la néphrose lipoïdique, bien distincte des néphrites, en France, le cadre nosologique de la néphrose est encore très discuté. Deux conceptions semblent actuellement s'affronter.

Le Professeur Achard, s'appuyant sur un grand nombre de faits cliniques et anatomiques, pense que la néphrose ne constitue pas une maladie particulière du rein. Elle ne représente qu'une surcharge lipoïdique de l'organe, susceptible de survenir vraisemblablement en diverses circonstances morbides, et notamment au cours de néphrites légères ou graves, à tendance hydropique, tout comme l'amylose. D'ailleurs, l'association des deux processus néphrosique et amyloïde est possible, l'un n'excluant pas l'autre. Pour le Professeur Rathery, au contraire, la néphrose lipoïdique est une modification *primitive* du métabolisme. Selon l'expression d'Epstein, il s'agit d'un trouble du métabolisme des albumines, d'un diabète albumineux ou mieux d'un trouble des lipides et des protides, d'un *diabète lipidoprotéidique*, comme l'appelle Löwenthal. L'atteinte rénale serait alors secondaire à la suractivité fonctionnelle, en rapport avec l'excrétion des produits du métabolisme modifié.

Ainsi donc, suivant la pathogénie adoptée, le nom de néphrose lipoïdique doit être compris dans un sens assez large, ou, au contraire, mérite d'être retenu dans sa conception étroite pour la distinguer de la surcharge lipoïdique du rein, de la lipoïdose rénale.

Lorsqu'on consulte l'historique de la néphrose on s'aperçoit que les mêmes hésitations ont tour à tour été exprimées. Néanmoins, il semble que la première hypothèse a prévalu.

En effet, lorsque Friedrich Müller a créé en 1905 le terme de néphroses, il a simplement voulu séparer les affections rénales inflammatoires des maladies dégénératives. Dans son esprit, la néphrose répondait à peu près à la néphrite chronique parenchymateuse. Mais déjà Müller insiste sur la caractéristique de cette variété de néphrite, à savoir qu'elle consiste en une dégénérescence et infiltration graisseuse lipoïdique de l'appareil tubulaire du rein, et notamment des tubes contournés, tandis que l'appareil vasculaire du rein (glomérules et tissu interstitiel) n'est pas intéressé. Cependant Müller admet que le processus néphrosique primitivement tubulaire peut, secondairement, aboutir à une sclérose rénale, soit par atteinte glomérulaire, soit par infiltration graisseuse du système interstitiel. Il fait en outre remarquer que l'appellation néphrose ne veut pas du tout exprimer un état anatomique, mais isole plutôt un tableau clinique de néphrite œdémateuse et albuminurique, qui la distingue de la vraie néphrite inflammatoire.

Epstein, Volhard, Fahr et surtout Munck ont étendu le terme de néphrose à toutes les variétés de dégénérescence susceptibles d'être trouvées dans l'épithélium rénal, depuis la dégénérescence albumineuse hyaline jusqu'à la dégénérescence nécrotique, en passant par la dégénérescence graisseuse.

Les anatomo-pathologistes, comme Aschoff, ont jugé le terme de néphrose superflu, puisque le nom de dégénérescence existait déjà.

Quoi qu'il en soit, Epstein, Munk, Gevaerts, Koranyi estiment que la néphrose lipoïdique constitue un tableau clinique défini et mérite droit de cité.

***

Avant d'aborder le rapport de la néphrose lipoïdique avec la syphilis, rappelons brièvement les éléments cliniques et biologiques de ce syndrome.

Cliniquement, à quelques variantes près, il s'agit d'une néphrite hydropigène pure. Tous les troubles se résument dans l'œdème. Il s'agit d'un œdème blanc, mou et dépressible, souvent considérable avec anasarque, hydrothorax et ascite. Pas de symptômes fonctionnels importants, ceux-ci sont surtout en rapport avec l'intensité des œdèmes. Il n'y a aucun signe d'hypertension artérielle, d'hypertrophie cardiaque ou d'urémie.

Le syndrome urinaire est surtout caractérisé par une albuminurie massive et une lipoïdurie.

Les urines sont en général diminuées de volume et de couleur foncée. L'albuminurie est énorme : elle peut atteindre 60 grammes, ainsi que l'a signalé Volhard. Cette albuminurie est donc absolument comparable, pour ce qui est sa quantité, à celle que l'on trouve dans l'amylose rénale ou dans la néphrite œdémateuse des syphilitiques secondaires. L'albuminurie de la néphrose lipoïdique est surtout composée de sérum-albumine.

La lipoïdurie est mise en évidence par la recherche, dans le sédiment urinaire, des corpuscules biréfringents, qui, au microscope polarisant, donnent la croix de polarisation, croix brillante en forme de croix de Malte (Achard et Coudonis). Outre cette albuminurie et lipoïdurie, on trouve des leucocytes, des cylindres granuleux, mais les hématies font presque toujours défaut.

Le syndrome sanguin est certainement le test le plus important de la néphrose lipoïdique Le taux des protides et des lipides est singulièrement chargé.

Il y a de l'hypoprotéinémie avec abaissement du quotient albumineux $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$. Ainsi le chiffre total des protéines de 75 à 85 p. 1.000 peut s'abaisser considérablement. Parallèlement à l'hypoprotéinémie, la pression osmotique descend de 33 à 15 et même à 6 centimètres.

Plus important encore que l'hypoprotéinémie est l'augmentation considérable des lipides. Ainsi les acides gras, dont le taux normal ne dépasse guère 4 gr. pour 1.000, peut s'élever à 40 ou 50 grammes.

La cholestérine aussi peut atteindre des chiffres considérables. On a signalé des valeurs de 15 à 20 grammes.

Cette lipémie totale se reconnaît souvent déjà par l'aspect opalescent ou même lactescent du sérum qui prend parfois la couleur de l'eau savonneuse (Immerwahr).

A côté de l'hypoprotéinémie et de l'hyperlipidémie, les cristalloïdes du sang (urée et chlore) sont restés à un taux normal. De même l'exploration des fonctions rénales faite au moyen d'épreuves d'élimination provoquée (urée, phénolsulfonephtaléine, rouge congo) se montre normale.

La néphrose lipoïdique ainsi caractérisée par un syndrome clinique, urinaire et sanguin évolue essentiellement d'une manière chronique. Non compliquée ou associée à d'autres processus de néphrite ou d'amylose par exemple, elle peut guérir spontanément ou sous l'influence d'un traitement approprié, comme nous le verrons plus loin.

***

Etudions maintenant quel peut être le rôle de la syphilis dans la néphrose lipoïdique dont l'étiologie reste encore bien souvent obscure.

En France, la syphilis semble presque être exclue de l'étiologie de la néphrose. Ainsi, Pagniez, dans un mouvement médical, écrit à ce propos : même la syphilis, si commode à invoquer en toute question obscure, paraît ne pouvoir être placée à l'origine de la néphrose lipoïdique. Wahl, dans sa thèse, à propos d'une observation de Faure-Beaulieu, élimine également la syphilis, bien que dans ce cas la syphilis héréditaire apparaisse évidente. Wahl invoque simplement l'influence du terrain syphilitique favorable à l'évolution de toutes les néphropathies (Marfan).

Achard et Coudonis sur sept cas de néphrose lipoïdique ont trouvé deux de leurs malades syphilitiques.

A l'étranger, au contraire, et notamment en Allemagne, on attache une importance plus grande au rôle de la syphilis.

Müller admet comme facteur étiologique important la tuberculose et la syphilis, à côté des maladies infectieuses aiguës. Volhard, en 1914 a réuni 33 cas de néphrose lipoïdique et il répartit ainsi les différentes causes envisagées :

Tuberculose	15 cas
Syphilis	5 cas
Suppurations chroniques	3 cas
Etiologie inconnue	7 cas

Une proportion analogue a été rétrouvée par Scheiner chez 34 malades atteints de néphrose lipoïdique :

Glomérulite chronique et subaiguë	13 cas
Tuberculose chronique	9 cas
Syphilis	5 cas
Grossesse	1 cas
Etiologie inconnue	6 cas

Munk, plus affirmatif, prétend que la néphrose lipoïdique pure se voit avant tout dans la syphilis, Strauss, sans donner de chiffres, mais appuyant ses dires sur un assez grand nombre d'observations, affirme avoir trouvé la syphilis à l'origine de la néphrose lipoïdique dans un quart des cas environ. Immervahr enfin sur 11 cas a constaté la proportion suivante :

Néphrites infectieuses	2 cas
Etiologie inconnue	6 cas
Syphilis	3 cas

Sur les trois cas de syphilis, il s'agissait une fois de syphilis secondaire et deux fois de syphilis tertiaire.

Une divergence assez grande règne donc dans l'importance attribuée à la syphilis comme facteur étiologique de la néphrose lipoïdique. Alors qu'en France on ne mentionne guère le rôle possible du tréponème, en Amérique et en Allemagne la syphilis est incriminée dans au moins un quart des cas.

***

Si nous essayons maintenant, à la faveur de la néphrose lipoïdique, de reprendre rapidement les différentes formes de la syphilis rénale, nous verrons que bien des aspects étiquetés autrefois néphrite syphilitique peuvent ressortir de la néphrose lipoïdique. Seul, l'examen urinaire et surtout sanguin permettra de les différencier.

Ainsi, *au cours de la syphilis secondaire*, la néphrite aiguë hématurique, qui survient à grand fracas, à la manière d'une néphrite infectieuse, sera facilement distinguée de la néphrose. Par contre, la forme subaiguë torpide, qui est sans doute la plus fréquente, lui ressemble cliniquement à s'y méprendre.

Dans les deux cas, on note le même début insidieux, la même abondance des œdèmes, les mêmes chiffres d'albumine. Dans une observation rapportée par Chauffard l'albumine était surtout composée de sérine. L'absence d'azotémie et d'hypertension est la règle, tout comme dans la néphrose lipoïdique. Enfin, l'évolution aussi est souvent faite d'alternatives d'améliorations et de rechutes.

Même dans les cas où la syphilis paraît évidente, il est impossible cliniquement de savoir s'il s'agit d'une néphrite ou d'une néphrose syphilitique.

Il importe donc, dans l'avenir, de rechercher systématiquement le syndrome urinaire de la néphrose, les corpuscules biréfringents qui donnent la croix de polarisation et le déséquilibre lipo-protéidique dans le sérum. Pour ce qui est du syndrome sanguin, il convient de se rappeler que les syphilitiques secondaires non traités, comme l'ont montré Sézary et Martinet, ont couramment une hypoprotéinémie, avec abaissement du quotient albumineux, cependant que le taux des lipides est sensiblement normal.

Ce serait la néphrose syphilitique secondaire, plus ou moins guérie ou améliorée par un traitement syphilitique insuffisant, qui, d'après Bauer, se révélerait ultérieurement comme une néphrose lipoïdique essentielle ou une amylose.

Les mêmes critiques, faites à propos de la syphilis rénale secondaire, sont valables pour l'amylose rénale.

On sait la fréquence de la syphilis dans l'étiologie de l'amylase : 34 fois sur 120 pour Rosenstein, 36 fois sur 265 pour Wagner. Or, l'amylose et la néphrose, elles aussi, présentent des analogies frappantes.

Par définition même, elles sont d'abord très voisines, toutes deux représentent le type de lésions dégénératives, et, à part les cas d'intrication aussi fréquents dans l'une et l'autre affection, elles s'opposent toutes deux à la néphrite. Cliniquement, le diagnostic entre la néphrose et l'amylose peut être très hésitant. Nous n'en voulons pour preuve que la confrontation des signes essentiels de la néphrose lipoïdique avec ceux que présentaient neuf des seize cas de dégénérescence, amyloïde du rein rapportés par Abrami, Thérèse Bertrand-Fontaine et Lichtwitz. Ces auteurs ont relevé : une albuminurie souvent modérée, mais parfois massive (40 grammes dans un cas) ; des œdèmes chez tous les malades, volumineux chez cinq d'entre eux, chroniques irréductibles, insensibles au régime déchloruré ; l'absence de la polyurie, pourtant classique dans l'amylose rénale. Dans deux cas, en outre, ils ont constaté dans l'urine des corpuscules biréfringents avec croix de polarisation, alors que dans le sang le taux des lipides était voisin du chiffre normal.

Dans un cas que nous avons rapporté à la Société française de Dermatologie, l'absence du dosage des lipides et des protides du sang, nous a bien gêné pour affirmer s'il s'agissait d'amylose, de néphrose ou d'une association de la néphrose avec l'amylose, ainsi que l'ont signalée Marcel Labbé, Merklen et Achard.

Voici d'ailleurs le résumé de cette observation, qui nous a suggéré les réflexions qui font l'objet de cet article.

L... Albert, 31 ans, fonctionnaire colonial, est vu par l'un de nous pour des œdèmes volumineux avec albuminurie et oligurie. Il a eu la syphilis à 23 ans et a été soigné très insuffisamment par deux séries de benzoate de mercure, suivies de l'abandon de tout traitement.

A l'examen les œdèmes sont considérables mous, blancs, dépressibles, variables selon les jours et remontent parfois jusqu'aux bourses. Ils l'inquiètent, surtout depuis trois mois, bien qu'ils s'accompagnent d'un assez bon état général. Les urines sont diminuées et oscillent entre 400 et 700 grammes elles sont troubles et d'aspect opalescent.

Le dosage de l'albumine accuse 8 gr. 50.

L'examen microscopique du culot de centrifugation montre des cylindres hyalins et graisseux et quelques rares cylindres granuleux.

En outre, on observe dans les urines centrifugées des corpuscules biréfringents abondants donnant la croix de polarisation, qui, avec les cylindres graisseux, permettent d'affirmer la lipurie.

La chlorurémie (5 gr. 60) et l'azotémie (0 gr. 35) sont normales.

Le dosage des albumines sanguines n'a pu malheureusement être fait, non plus que le dosage des lipides.

La réaction de Wassermann s'est montrée positive dans le sang à deux reprises.

L'interrogatoire minutieux du malade ne permet pas de déceler une autre eause d'explication de la lésion rénale que la syphilis.

Depuis plus de six mois, un régime sévère non plus que la théobromine n'ont eu le moindre effet sur les œdèmes ou l'albumine.

Nous proposons un traitement par le novarsénobenzol en conseillant — le malade est étranger et quitte Paris — d'agir avec la plus grande prudence et de tâter sa susceptibilité à l'aide de petites doses.

Les renseignements complémentaires que nous a donnés le médecin traitant, par correspondance, nous ont appris que la médication arsenicale a été bien tolérée, qu'après l'administration de 5 grammes du produit, l'œdème a presque complètement disparu, et qu'il n'existe plus malgré un régime moins sévère, que 0 gr. 50 d'albumine.

Les différents auteurs qui rapportent des cas de néphroses d'origine syphilitique ne donnent que peu de renseignement sur le *pronostic*. Il semble qu'il est fort variable selon les cas. N'en n'est-il pas ainsi de l'amylose due au même parasite. Il apparaît aujourd'hui que l'évolution réputée fatale de cette dernière n'a plus cours et que le syndrome est susceptible de régression (Bezançon), voire même de guérison (Abrami).

Néanmoins, Bauer fait de plus grandes réserves à ce sujet. Il conseille particulièrement dans l'amylose syphilitique de traiter longtemps les malades même, après disparition de tout signe clinique, et ceci également lorsque l'épreuve du rouge Congo de Bermhold est normal. A l'appui de cette assertion, le même auteur relate une observation que nous résumons très brièvement.

Malade âgée de 49 ans, syphilitique depuis vingt-neuf ans entre à l'hôpital en 1916 avec le tableau d'une néphrose syphilitique (12 grammes d'albumine, œdème des jambes, ascite).

On la traite par des séries d'injections de mercure et de 914, et la malade s'améliore au point qu'au bout de dix ans tout symptôme clinique et sanguin disparaît. Seule la sérologie sanguine reste partiellement positive aux réactions de Kahn et de Meinicke.

Les quatre dernières années, la malade est suivie très régulièrement et n'a plus d'albumine ni d'œdème.

L'épreuve au rouge Congo est normale. De temps en temps seulement on trouve dans le sang une légère hypoprotéinémie et une légère hypercholestérinémie.

La malade consulte ensuite pour un cancer du rectum tout à fait au début. Son état général est excellent. On l'opère, mais elle meurt d'embolie pulmonaire. A l'autopsie, le foie, les amygdales et les reins montrent des dépôts amyloïdiens qui sont abondants et farcissent le rein.

***

Il faut donc admettre que, dans les causes encore fort obscures de la néphrose lipoïdique, la syphilis joue un rôle important. A différentes périodes de l'infection le parasite peut être en cause : au cours de la septicémie secondaire, au cours du tertiarisme moins bruyant, ou encore par transmission héréditaire.

Plus fréquente qu'on ne l'admet communément en France, l'étiologie spécifique est des plus précieuses à retenir, puisque, grâce à cette notion, on est en droit d'espérer une guérison impressionnante.

***

Quelle doit être la conduite thérapeutique de la néphrose lipoïdique syphilitique ?

Le traitement diététique et le traitement symptomatique seront évidemment appliqués. Mais devra-t-on associer un traitement antisyphilitique ? L'observation de Bauer et celle que nous avons rapportée sont nettement en faveur de l'utilité d'une thérapeutique spécifique.

Cependant, comme dans toutes les affections du rein, la plus grande prudence s'impose. Le Professeur Achard cite un cas de néphrose lipoïdique, d'origine syphilitique, où un traitement, pourtant prudent, par le novarsénobenzol ne produisit d'autre effet qu'une augmentation nette de l'albumine et une tendance au retour de l'œdème.

Pour ce qui est du choix des médicaments syphilitiques, on s'inspirera des règles thérapeutiques de la syphilis rénale en général et nous renvoyons à l'étude complète que l'un de nous a consacré à ce sujet en collaboration avec André Lemaire.

Le *mercure* est un toxique du rein, notamment sous la forme de sels insolubles ou de frictions mercurielles. Seul le cyanure de mercure est à conseiller en raison de son pouvoir diurétique et cholagogue (Milian). On pourra ainsi faire une série d'injections intraveineuses d'un centigramme de cyanure de mercure, à raison d'une injection par jour ou tous les deux jours, en vérifiant quotidiennement le taux de l'albumine dans les urines.

Le *bismuth* est également peu indiqué, ses effets sur le rein sont si variables. En tout cas, on donnera la préférence aux sels solubles et ceci surtout en cas d'intolérance arsenicale (Marcel Pinard).

L'*arsenic* semble être le médicament de choix dans toutes les manifestations de la syphilis rénale. C'est à lui qu'on s'adressera de préférence dans la néphrose lipoïdique.

Mais là encore, on surveillera attentivement le taux de l'albumine, la quantité d'urine émise dans les 24 heures. On commencera par de petites doses surtout dans les formes mixtes de néphrose avec néphrite.

Très schématiquement, on pourra conduire le traitement de la néphrose lipoïdique d'origine syphilitique de la façon suivante :

1° *Traitement symptomatique* : réduction de la quantité de liquide, régime déchloruré, rétablissement de l'équilibre lipo-protéiditique par une alimentation riche en albumine et pauvre en graisse.

2° *Traitement pathogénique* (?) : administration, sous surveillance, d'extrait thyroïdien comme l'a préconisée Epstein qui joue peut être un rôle dans la combustion des graisses et le « brassage des albumines » (M. Loeper).

3° *Traitement étiologique* : c'est le plus important puisqu'il s'attaque à la cause qui est à la base de la néphrose.

Tout en procédant avec la plus grande prudence et en surveillant la tolérance du malade, on s'efforcera d'atteindre les doses suffisantes d'arsenic. En cas d'intolérance arsenicale, on pourra employer des injections intraveineuses de cyanure de mercure, et en dernier lieu seulement de toutes petites doses de bismuth liposoluble.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMI, Thérèse BERTRAND-FONTAINE, LICHTWITZ et LAUDAT. — Etudes sur l'amylose rénale. (*Bull. et mém. Soc. médic. des Hôpitaux*, 13 juillet 1931.)

ACHARD (Ch.). — Néphrose lipoïdique. (*Paris Médical*, 19 octobre 1929.)

ACHARD (Ch.) et COUDONIS. — Quelques cas de néphrose lipoïdique. (*Bull. et mém. Soc. médic. des hôpitaux*, 23 mai 1930.)

ACHARD (Ch.), COUDONIS et HOROWITZ. — Néphrose lipoïdique chez un tuberculeux. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 5 mai 1931.)

ACHARD (Ch.), COUDONIS, et HOROWITZ. — Néphrose lipoïdique au cours d'une néphrite scléreuse terminée par une infection. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 19 mai 1931.)

ASCHOFF. — *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, T. II, p. 765.)

BAUER (Richard). — Zur Frage der Nephrose, speziell der Syphilis nephrose. (*Medizinische Klinik*, n° 39, 25 septembre 1931, p. 1406.)

EPSTEIN. — The nature and treatement of chronic parenchymatous nephrosis. (*Journal of exper. med.*, 1912, vol. XVI, p. 719.)

FAHR. — In *Handbuch der speziellen pathologischen. Anatomie und Histologie*, T. I, p. 172.)

IMMERWAHR (Prof.). — Syphilis und Lipoïde nephrose. (*Dermatolog. Wochens.*, 1928, n° 33, p. 1154.)

KORANYI. — *Neirenkrankheiten*, Berlin, 1929.

MULLER (Prof. v.). — In *Merings Lehrbuch der inneren Medizin*, 1920, t. 2, p. 78.

MUNCK (F.). — *Nierenkrankheiten*, 1925, p. 291.

RATHERY (F.) et DEROT. — Les affections des reins en 1931. (*Paris Médical*, 17 octobre 1931, p. 319.)

SÉZARY (A.) et MARTINET. — Les albumines du sérum des syphilitiques secondaires. (*Bull. et mém. Soc. méd. des hôp.*, 30 mai 1930, p. 945.)

SCHEINER. — Etiologii lipoïdni nefrosy. (*Sbornik lekarsky*, 1927)

SCHULMANN (E.) et André LEMAIRE. — La syphilis rénale. (*In* Traité de la syphilis de Jeanselme, T. V, Doin, édit., *sous presse*.)

SCHULMANN (E.), HOROWITZ et BARBARN. — Néphrose et syphilis. (*Bull Soc. fr. de Dermat. et Syphil.*, 1932, p. 189.)

STRAUSS (H.) — Die Nephritisen 1928, p. 184 et 317 (cité par Bauer.)

VOLHARD (E.). — (*Nierenkrankheiten*, Berlin, 1918, Springer, édit.

WAHL (P.). — Le problème de la néphrose lipoïdique. (Thèse Paris, 1929, Doin, édit.)



Place et posologie du mercure dans le traitement de la syphilis

Par Louis BORY

Depuis l'apparition du bismuth, ce « mercure supérieur », le vrai, l'ancien mercure, seul médicament spécifique utilisé depuis la fin du quinzième siècle jusqu'à la découverte d'Ehrlich, a beaucoup perdu de cette place prépondérante qu'il avait conquise dans la thérapeutique malgré des fortunes diverses et dont A. Fournier écrivait encore en 1909 (1) qu'il la conserverait définitivement.

Nous étions à la veille de la découverte des arsénobenzènes et les expériences de Balzer avec le bismuth étaient restées sans lendemain. Quel chemin parcouru en vingt années ! Et combien Fournier, s'il pouvait aujourd'hui comparer la puissance, l'indolence et la commodité des médications nouvelles (que d'autres compléteront bientôt soyons-en sûrs) avec les lents effets du mercure et les inconvénients d'une toxicité, dont la dose thérapeutique active du médicament se trouve être trop rapprochée, combien le grand syphiligraphe dont nous célébrons aujourd'hui le centenaire mettrait d'éloquence à célébrer lui-même la disparition progressive d'une arme thérapeutique qui n'a pas peu contribué à créer le détestable mal moral des syphilitiques, aussi peureux à vrai dire du remède que de la maladie. S'il nous est possible, facile même aujourd'hui, de leur procurer un état d'esprit favorable, un optimisme de bon sens, je ne crains pas d'affirmer que nous le devons à l'emploi réduit d'un médicament dont l'action certaine, alors qu'il était à peu près l'unique moyen de cette action, nous obligeait à négliger les multiples inconvénients de son emploi.

Certes la science moderne avait perfectionné beaucoup le moyen mercuriel et le mercure n'était pas cet « abominable poison à fuir comme la peste » dont parlait Torella, l'évêque médecin, en 1497, et qui dut en effet causer nombre de catastrophes au cours des trois siècles d'empirisme qui ne permirent pas de doser son action.

Certes la chimiothérapie mercurielle peut ne pas avoir dit son dernier mot, bien qu'elle ait pu créer déjà une foule de produits organiques, dont l'activité spirillicide paraît décroître au fur et à mesure que la formule se complique et que la molécule se développe, à l'inverse de ce qui s'est produit pour l'arsenic. Mais il est peu probable (cette évolution même dans l'ordre de création des produits comparés semble le démontrer) que nous voyions l'arme mercurielle reprendre sa prépondérance d'autrefois.

Elle n'en garde pas moins une petite place et d'assez précises indications ; en ophtalmologie par exemple où l'intraveineuse longuement répétée de cyanure Hg est, depuis l'impulsion d'Abadie, qui en fut le plus ancien promoteur, demeurée à tort ou à raison, par rapport au bismuth tout au moins, la médication le plus fréquemment employée ; — en médecine infantile, où les frictions mercurielles ont gardé la faveur des thérapeutes, grâce à la grande tolérance au toxique que marque le tout neuf organisme de l'enfant ; — elle demeure enfin toujours une ressource que nous sommes heureux d'utiliser lorsque les deux autres médications plus actives généralement sont inutilisables ou se montrent, très exceptionnellement, moins actives ou que nous ayons le désir, pour éviter l'accoutumance, de varier la forme thérapeutique.

La posologie du mercure était, dans les dernières années de la carrière de Fournier, arrivée à sa perfection ; rien n'est à changer aujourd'hui à ce qu'il écrivait en 1909 dans la troisième édition de son livre sur le « Traitement de la syphilis », où se reflétaient une des dernières fois la clarté, la prudence et la bonté de ses enseignements.

Quatre procédés se partageaient, inégalement d'ailleurs, la faveur des syphiligraphes et des praticiens : les frictions, les fumigations, les injections, l'ingestion. Comment choisir ? Evitant tout absolutisme, « la meilleure de ces méthodes — disait Fournier, — sera celle que tolérera d'abord le malade et qui, d'autre part, exercera une influence salutaire sur les manifestations morbides ; or, cette méthode, meilleure que d'autres, nous ne la connaissons pas *a priori* ; l'expérience seule nous la révèle ». Plus loin il ajoutait : « chez les tout jeunes enfants, il y a toujours avantage à respecter l'intégrité des fonctions digestives, d'où dépend la vie si vulnérable à cet âge ; les frictions conviennent donc mieux que la méthode par ingestion à cette période de l'existence ».

I. Les frictions.

Elles furent l'essentiel du vieux traitement, depuis l'origine jusqu'au premier tiers du dix-neuvième siècle ; suivant l'expression populaire, les malades « passaient à la casserole », c'est-à-dire passaient leur temps à baver, jour et nuit dans une écuelle *ad hoc*, qui portait le nom de casserole, tant la cure était intense, aveugle et prolongée.

Voici comment Fournier formulait :

Onguent mercuriel double (ou napolitain) fraîchement préparé	30 grammes

à diviser en sept cartouches. A renouveler.

Ce qui permettait l'utilisation approximative de quatre grammes (soit deux de Hg) par friction, une tous les jours, durant trois semaines.

Chez l'enfant on prescrit de 0,50 à 1 gr. pour les tout petits, de 1 à 2 gr. pour ceux de 2 à 5 ans, 2 à 3 grammes jusqu'à 15 ans ; pour les petits on incorpore la dose choisie à partie égale d'axonge ou de lanoline.

La médication *par suppositoires*, qui n'était pas employée du temps de Fournier, peut être considérée comme une variante de la méthode des frictions. Son caractère pratique a beaucoup contribué à la faire répandre de nos jours. On peut formuler :

Mercure vif	0 gr. 04
Lanoline	} àà 0 gr. 50
Vaseline	}
Beurre de cacao	4 gr.

pour un suppositoire n° 20.

Un tous les soirs ou mieux tous les deux soirs, pour éviter l'intolérance rectale. La médication n'est guère pratique chez le nourrisson, en raison de la fréquence et de l'irrégularité des selles. Entre 2 et 5 ans on peut formuler des suppositoires composés avec la moitié des doses ci-dessus. Diverses spécialités existent dans le commerce, utilisant les unes le Hg métallique (suppositoires à l'huile grise de Vigier, suppositoires Rocav, suppargyres), les autres le précipité blanc (suppositoires Gambeol).

Je signale encore comme faisant partie du même groupe les *Brindilles mercurielles* de Milian pour la thérapeutique sous-préputiale :

Onguent mercuriel	0 gr. 04
Beurre de cacao	0 gr. 08

pour une brindille ; une par jour sous le prépuce.

Et surtout les *Billes mercurielles* du même auteur :

Onguent mercuriel	0 gr. 10
Beurre de cacao	0 gr. 40

pour une bille ; une chaque soir dans le vagin.

J'ai recommandé particulièrement cette thérapeutique intra-vaginale dans le traitement préventif de ces syphilis conceptionnelles, où la femme, en apparence tout à fait indemne de syphilis cliniquement et sérologiquement, paraît agir sur le produit de conception comme une porteuse de germes, exclusivement localisés dans le carrefour utéro-

(1) Alfred FOURNIER. — Le traitement de la syphilis. Vigot, éditeur, 3e édition, 1909.

salpingien (1). Des travaux récents, révélant la présence des tréponèmes dans ce conduit, donnent une base scientifique à ce qui n'était dans mon esprit qu'une déduction logique des faits observés (2).

II. Les fumigations.

Encore utilisées parfois au temps de Fournier, les fumigations ne le sont plus guère à ma connaissance aujourd'hui. Le malade étant assis et enveloppé à partir du cou de grandes couvertures drapées en manteau jusqu'à terre, on volatilisait sous cette cloche, par simple ébullition, un mélange d'eau et de calomel.

L'application des flanelles mercurielles répondait à la même conception thérapeutique, de dosage trop incertain pour qu'il ait pu garder droit de cité, malgré ses succès.

III. Les injections.

Par contre, aux environs de 1910 les injections étaient devenues la base des traitements d'attaque de l'époque et il faut reconnaître qu'ils ne manquaient pas d'efficacité, comme venait de le démontrer la découverte du contrôle sérologique.

Deux méthodes se disputaient la faveur :

A) *La méthode des injections fréquentes,* injections, faites chaque jour pendant trois, quatre ou cinq semaines, de produits solubles.

Solutions chlorurées sodiques de sublimé à 0,005 par c.c.

Solutions chlorurées sodiques de benzoate de Hg à 0,01 par c.c.

Huile biiodurée (biiodure de Hg 0,04 ; huile d'olive stérilisée 10 c.c.), à 0,004 par c.c.

Solution de biiodure de Hg (biiodure de Hg, iodure de Na, de chaque 0,20 ; eau distillée 10 c.c.) à 0,02 par c.c. ;

Cette dernière préparation, disait Fournier, « est ce que nous avons de mieux aujourd'hui ». On injectait deux centigrammes par jour ou tous les deux jours, avec un total de vingt injections par série.

Il ne s'agissait que d'injections intra-musculaires, pour lesquelles on employait encore, mais sans avantage bien reconnu, les solutions de cyanure de Hg (très douloureuses) de salicylate neutre de Hg, de lactate mercurique, de salicylarsinate de Hg ou énésol. Ce dernier sel, en raison de sa tolérance, a gardé des indications ; il est dosé à trois centigrammes par c.c. et la dose de 2 c.c. trois fois par semaine est habituellement fort bien tolérée. Il est un bon succédané du cyanure de Hg intra-veineux, lorsque celui-ci est mal toléré.

La *médication intra-veineuse* n'utilise guère en effet que ces deux solutions :

La solution de cyanure de Hg à 1 pour cent, soit 0,01 par c.c. (séries de 20 injections à 0,01 tous les jours ou tous les deux jours).

La solution d'énésol, à 0,03 par c.c. (séries de 15 injections à 0,03 ou 0,06 tous les jours ou tous les deux jours).

Alors que les intraveineuses sont d'emploi courant aujourd'hui, il n'est pas sans intérêt de rappeler que Fournier ne voulut jamais y avoir recours « parce que, dit-il, mon instinct clinique me soufflait à l'oreille que je pourrais bien rencontrer un endocarde intolérant, qui réagirait contre le contact subit d'une solution mercurielle par une syncope mortelle ; ce qui (fasse le ciel que je sois mauvais prophète) pourrait bien se produire quelque jour ».

B) La *méthode des injections rares* ou massives consiste en séries d'injections largement espacées et faites à fortes doses. Les produits insolubles y sont naturellement les plus employés.

Au début, à la suite de Scarenzio, le promoteur de la méthode on fit des doses énormes, 0,30 et même 0,40 de calomel en une seule injection, suivie, à 15 jours de date, d'une autre injection semblable. « Qu'arriva-t-il, dit Fournier ? Des désastres ». Mais à cette ancienne méthode, hélas expérimentale, fit suite la méthode bien réglée des injections tous les cinq à huit jours de l'un des produits ci-dessous :

Huile au calomel (calomel 0,50 ; huile d'olive stérilisée 10 gr.) soit 0,05 de calomel par c.c. Préparation douloureuse quelle que soit la formule employée. Il existe cependant des préparations spécialisées relativement bien tolérées, grâce à l'addition habituellement de camphre et de gaïacol.

Huile grise à 40 % de Hg (du Codex) ; on l'injecte habituellement avec la seringue de Barthélémy, dont chaque division correspond à un centigramme de Hg : six à dix divisions pour une dose.

On utilise quelquefois des variantes comportant l'adjonction d'argent ou de bismuth sous forme d'amalgame, sans avantage évident.

Huile salicylée mercurielle (salicylate mercurique basique 1 ; huile d'olive q. s. pour 10 c.c.) ; injecter 1 c.c. soit 0,10 tous les huit jours.

Les séries comportent généralement six injections.

Les sels solubles ont été utilisés aussi par certains auteurs à doses massives, égales et répétées à intervalles de huit à quinze jours (Ehlers, Dufour) ; les réactions locales, trop vives, les avait fait abandonner. J'ai moi-même longuement expérimenté une méthode nouvelle, progressive, permettant d'injecter, dans les veines et dans les muscles, tous les jours, puis tous les deux ou trois jours, des doses croissantes de benzoate de Hg, allant de deux à dix centigrammes par injections ; cette pratique, qui donnait d'admirables résultats mais nécessitait une surveillance compatible seulement avec la vie d'hôpital, ne pourrait avoir de raison d'être appliquée aujourd'hui que dans les cas fort rares, d'arséno et de bismutho-résistances. Elle m'avait en tout cas permis de signaler la bonne tolérance de ces doses par le rein, même malade, et les effets diurétiques remarquables (et prolongés malgré la cessation des injections) de ces doses de benzoate de Hg ou d'un autre sel très voisin, que j'avais commencé d'étudier, l'amido-benzoate de Hg, malheureusement un peu plus toxique (1). On sait comment cet effet diurétique des sels organiques de mercure est largement utilisé aujourd'hui.

IV. La méthode par ingestion.

« Est par excellence, écrivait Fournier la méthode simple, commode et pratique ». Elle nous paraît aujourd'hui bien insuffisante pour venir à bout des accidents déclarés, ce qui rend bien douteuse leur action pour la prévention de ces accidents. L'usage que certains en font encore paraît basée plus sur une commodité évidente que sur une efficacité bien démontrée. Rappelons :

Les *préparations de Hg métal* : Pilules de Barberousse (envoyées, dit-on, par le fameux corsaire d'Alger à François I[er]) ; Pilules de Sédillot (à 0,05 de Hg par pilule) ; Pilules bleues anglaises (même dosage). La *Poudre grise* (mercurium cum creta) qui contient environ un tiers de Hg mélangé à de la craie, est utilisée en médecine infantile ; on formule par exemple :

Poudre grise...............	15 milligrammes
Sucre de lait...............	0 gr. 10

pour un paquet.

On donne le contenu d'un paquet par jour, dans le bibe-

(1) L. Bory. — Les syphilis occultes de la femme. La notion des porteuses de germes. *Soc. de Dermatologie,* avril 1925. — Syphilis conceptionnelles et réaction de Bordet-Wassermann. *Soc. de Méd. de Paris,* avril 1925.

(2) Besprosvanaia et Schister. — La fréquence de la présence du tréponème pâle dans le col utérin. *Acta Dermato-venereologica.* T. XII, fasc. IV, sept. 1931.

(1) L. Bory. — Le traitement d'attaque de la syphilis par la méthode des doses progressives massives, intra-veineuses d'une solution concentrée de benzoate de Hg. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris,* 8 décembre 1916, et *Annales des Malad. vénériennes,* n° 6, 1917.

ron pendant 15 jours, en deux séries jusqu'à six semaines ; deux paquets par jour jusqu'à 6 mois, par séries de 15 jours par mois ; trois paquets par jour, de 6 mois à 1 an.

Les *pilules de calomel* : Pilules de Plummer (parties égales de calomel et de soufre doré d'antimoine) ; simples comprimés à un centigramme de Vicario par exemple.

Les *préparations au bichlorure de Hg* : *Pilules de Dupuytren*, dosées à un centigramme de sublimé ; deux à trois par jour pour l'homme adulte, une à deux seulement pour la femme, plus sensible à la stomatite et aux réactions intestinales.

Les pilules « Myosotis », recommandées par A. Vernes, sont une variante des pilules de Dupuytren dédoublées :

Bichlorure de Hg................ Poudre d'opium..................	} ãã 5 milligrammes
Poudre fraîche de cacao.........	0 gr. 20
Glycérine........................ Extrait mou de gentiane.........	} ãã Q. S.

pour une pilule molle.

Unité de cure : *neuf semaines*.

On en donnne après le repas : Une par jour pendant la première semaine ; deux par jour pendant la deuxième semaine ; trois par jour pendant la troisième semaine ; puis une pilule de plus tous les quinze jours jusqu'à six pilules par jour, sauf intolérance.

Liqueur de van Swieten, dosée à un centigramme et demi de sublimé par cuillerée à soupe, une à deux par jour).

Les *Pilules de protoiodure* : pilules de Ricord, dosées à cinq centigrammes (deux par jour),

Les *préparations au lactate mercurique* : *solution* au millième qui remplace avantageusement la solution de van Swieten chez l'enfant (dix gouttes par deux mois d'âge, dans le biberon, à partir d'un an une cuillerée à café par jour ; série de quinze jours par mois) ; *comprimés* de lactate (comprimés Neyret par exemple dosés à cinq milligr. ; trois à neuf comprimés par jour après les repas pour un adulte).

Les *solutions de benzoate de Hg* (par exemple les solutions citratées de benzoate de Hg à 3 pour cent de Jacquot) peuvent rendre des services ; XX gouttes contiennent trois centigrammes ; on peut commencer par V gouttes trois fois par jour, dans un peu de lait, de bière, de bouillon et augmenter d'une goutte par prise et par jour, jusqu'à XV à XX gouttes trois fois par jour, sauf intolérance, pour une série de quinze à vingt jours.

Chez l'enfant la concentration à 1 pour cent serait suffisante (un milligramme par deux gouttes ; deux gouttes par deux mois d'âge tous les jours, quinze à vingt gouttes fractionnées après un an, en deux, trois ou quatre prises).

VARIÉTÉS

Fournier et la publication des " Avariés "

Jouée le 11 novembre 1901 au Théâtre-Antoine, la pièce de Brieux était dédiée à Alfred Fournier.

A Monsieur le Professeur A. FOURNIER,
Membre de l'Académie de Médecine.

Monsieur,

Je vous demande la permission de vous dédier cette pièce.

La plupart des idées qu'elle cherche à vulgariser sont les vôtres.

Je pense, avec vous, que la syphilis perdra considérablement de sa gravité lorsqu'on osera parler ouvertement d'un mal qui n'est ni une honte ni un châtiment et lorsque ceux qui en sont atteints, sachant quels malheurs ils peuvent propager, connaîtront mieux leurs devoirs envers les autres et envers eux-mêmes.

Croyez, Monsieur, à ma respectueuse sympathie.

BRIEUX.

Elle fut aussitôt interdite par la censure. La *Chronique médicale* ouvrit alors une enquête. Médecins, dramaturges,

hommes de lettres furent tour à tour interrogés sur l'utilité sociale du théâtre, sur son influence moralisatrice. Voici quelle fut la réponse d'Alfred Fournier :

« Ce que je pense du *veto* de la censure ? Ah ! c'est bien simple ! je le trouve inepte, ridicule, et qui pis est, malfaisant, car la pièce de Brieux est, à mon sens, essentiellement moralisatrice.

C'est un véritable service que rend à la société le jeune dramaturge, en prévenant les familles du danger réel qui les menace, et qu'elles ignorent ou méconnaissent.

La *syphilis* est plus dangereuse que l'antique *lèpre* ou que la *peste* ; car la *syphilis* ne fait pas que de la *syphilis* ; elle fait de la *parasyphilis* ; tout un groupe de maladies viennent se greffer sur elle, et, parmi elles, trois fort redoutables :

La *paralysie générale* dont la mort est le seul remède ; le *tabès* ou *ataxie locomotrice*, qui aboutit à des infirmités motrices ou sensorielles (cécité, etc.), également incurables ; la *leucoplasie* qui, née le plus souvent de la syphilis et de l'irritation buccale par le tabac, dégénère très habituellement en *cancer lingual*, inévitablement mortel à brève échéance.

De plus, malgré les progrès de la science, on meurt de la syphilis ; on en meurt plus qu'on ne le croit, et surtout qu'on ne le dit. On en meurt, par le cerveau le plus souvent, mais on en meurt aussi par la moelle, par le rein, par le foie, par le larynx, par le poumon, par le cœur, par les artères, par troubles généraux chroniques et cachexie progressive, enfin par malignité sidérante.

Voilà les dangers individuels de la syphilis. Venons-en maintenant au méfait qu'elle exerce sur la famille, les enfants et l'espèce.

Relativement à la famille, elle constitue un triple danger social : 1° elle contamine la femme dans le ménage ; 2° elle désunit les époux, conséquence naturelle de l'injure faite à la femme par le mari ; 3° elle ruine matériellement la famille par la maladie, l'incapacité ou la mort du mari.

Mais ce qu'il y a de pis, de plus néfaste dans la syphilis, c'est le *groupe des méfaits héréditaires* de la maladie, méfaits épouvantables, se traduisant par de véritables *hécatombes* d'enfants.

La syphilis est, en effet, prodigieusement *meurtrière* pour l'enfant. Elle le tue, soit avant sa naissance, soit dans ses premiers jours, ou ses premières semaines, soit dans un âge plus avancé.

Enfin, de par ses conséquences héréditaires, la syphilis peut constituer une cause d'abatardissement, de dégénérescence pour l'espèce, et cela, en donnant naissance à des êtres infériorisés, décadents, dystrophiés, déchus.

Soit déchus *physiquement*, c'est-à-dire naissant à l'état d'avorton, pour rester petits, rabougris, etc., puis devenir rachitiques, contrefaits, bossus, etc. ; ou bien naissant avec les dystrophies les plus diverses (bec-de-lièvre, pied-bot, surdité-mutité, infantilisme testiculaire, etc.).

Soit déchus *psychiquement*, et constituant alors des arriérés, des simples, des déséquilibrés, des détraqués, des imbéciles, des idiots et même des monstres.

Je m'arrête, je vous en ai assez dit pour que vous puissiez juger ce fléau. Je vous en ai assez dit pour que vous regardiez toute œuvre destinée à la lutte prophylactique contre lui, comme éminemment saine et moralisatrice ; c'est le cas de la pièce de Brieux.

Je sais bien que l'on dit : « De tels sujets ne doivent pas être mis sur la scène ». Pourquoi non, s'ils sont scéniques, s'ils sont du théâtre, si du conflit de caractères, d'idées, de passions qu'ils engendrent, naissent des impressions dramatiques ?

Le roman n'atteint qu'une partie du public ; le théâtre en atteint une plus grande. Qu'un malhonnête homme, un coureur de dot atteint de syphilis, voie jouer les *Avariés*, cela ne le corrigera pas : mais cela instruira l'ignorant, celui qui est le plus exposé au mal, parce qu'il n'y pense jamais ou en ignore les conséquences ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mai 1932

Angiocholite aiguë catarrhale primitive rapidement guérie par le sérum anticolibacillaire du Professeur Vincent. — *MM. Ferru* et *Foucault* (de Poitiers), *Delagénière* (de Loudun), rapportent l'observation d'un homme de 34 ans, qui, après une courte phase de troubles gastro-intestinaux avec temperature élevée passagère, présenta une longue série de grands accès fébriles, de type palustre. L'allure si particulière de la courbe thermique fit penser à une infection biliaire et porter le diagnostic probable d'angiocholite aiguë catarrhale primitive, en l'absence d'antécédents lithiasiques, de signes d'obstruction cholédocienne et d'autre localisation anatomique.

L'agent pathogène ne put pas être mis en évidence malgré deux hémocultures.

Les auteurs, devant l'échec du traitement médicamenteux et vaccinal, et en l'absence d'indication opératoire formelle, se crurent autorisés à tenter le sérum anticolibacillaire du Professeur Vincent, en se basant sur le rôle prédominant du colibacille (deux tiers des cas dans les angiocholécystites.

La fièvre cessa définitivement après trois injections de 10 cc. chacune, et ce résultat thérapeutique mérite d'être contrôlé par de nouveaux essais.

Kyste broncho-pulmonaire congénital géant chez un enfant de 15 ans. — *M. R. Debré* et *Mme H. Blinder* présentent des radiographies d'un kyste congenital volumineux du poumon droit chez un enfant de 15 ans. Le diagnostic a pu être fait grâce aux particularités radiologiques. Au premier abord, le diagnostic fut celui de pneumothorax et l'on ne pouvait guère en imaginer un autre en raison des manifestations cliniques (début brusque à l'âge de 6 ans, signes de pneumothorax total typique) mais le caractère permanent des troubles et des symptômes et certaines singularités des radiogrammes orientèrent vers la bonne direction. L'étude des cas antérieurs de kyste congénital du poumon confirma ce diagnostic utile à faire pour éviter une bronchoscopie et même une ponction exploratrice qui, dans des cas précédents, furent fâcheuses.

Recherches sur la créatininémie dans les néphrites. — *MM. Fr. Rathery* et *Maurice Dérot.* — Les auteurs ont étudié les variations du taux de la créatinine sanguine dans les néphrites. Leur statistique qui porte sur 36 cas leur permet de conclure ce qui suit :

Dans les néphrites aiguës et subaiguës la créatinine et l'urée sanguines subissent une élévation parallèle et la créatininémie n'a pas plus de valeur pronostique que n'en a l'hyperazotémie uréique.

Dans les cas de néphrites albumineuses simples, chez les hypertendus, au cours de certaines scléroses séniles du rein, où le taux de l'urée sanguine fut trouvé normal la créatininémie ne s'élevait pas non plus au-dessus du taux physiologique de 20 milligrammes par litre de sérum.

Au cours des néphrites azotémiques, deux cas par contre peuvent être envisagés : tantôt l'urée sanguine est seule élevée, tantôt l'urée et la créatinine le sont également ; le premier type s'observerait au cours des azotémies initiales et ces azotémies semblent susceptibles de régression ; le deuxième type s'observerait à un stade plus avancé de la maladie et le pronostic est beaucoup plus sévère. Le dosage de la créatininémie compléterait donc heureusement les données parfois difficiles à interpréter que fournit le dosage d'urée.

Dans les néphrites avec œdèmes, les auteurs ont observé une élévation du taux de la créatinine chez certains malades. Cette élévation paraît avoir la même signification que celle de l'azote uréique qu'elle paraît accompagner le plus souvent.

MM. Rathery et Dérot concluent que le dosage de la créatininémie est susceptible de compléter les indications pronostiques données par le dosage d'urée en particulier au cours des azotémies initiales du mal de Bright.

Etude sur le taux sanguin de la créatinine en dehors des néphrites et notamment chez les hépatiques, les asystoliques et les diabétiques. — *MM. F. Rathery* et *Maurice Dérot.* — Le métabolisme complexe des corps créa-

tiniques a conduit les auteurs à étudier quelle pouvait être l'influence de certaines affections non rénales sur le taux sanguin de la créatininémie. Chez les hépatiques les auteurs ont trouvé une élévation du taux de la créatinine dans 3 cas sur 15 et ils ont pu dans ces 3 cas mettre en évidence une lésion rénale. L'urée seule était élevée dans 3 autres cas dans lesquels les auteurs n'ont pas pu mettre en évidence une atteinte du rein.

Chez 12 asystoliques MM. Rathery et Dérot ont trouvé trois fois de l'hypercréatininémie et chez deux de ces malades qui purent être complètement examinés, une lésion rénale fut retrouvée. Dans 5 autres cas l'urée seule était élevée et cette élévation a paru relever tantôt de l'oligurie, tantôt d'une lésion rénale associée.

Chez 16 diabétiques enfin les auteurs ont trouvé quatre fois une élévation du taux de la créatinine et une lésion rénale plus ou moins intense fut constatée dans chacun de ces cas. L'élévation du taux de la créatinine doit donc, lorsqu'on la constate, faire rechercher une lésion rénale quelle que soit l'affection pour laquelle le malade est traité.

La transfusion sanguine dans les hémorragies gastro-duodénales. — ***M. Tzanck.*** — Les hémorragies gastro-duodénales posent des problèmes thérapeutiques différents, et ne comportent pas une ligne de conduite identique dans tous les cas.

Le plus souvent, elles s'arrêtent d'elles-mêmes, et la transfusion sanguine à dose minima peut jouer un *rôle hémostatique* non négligeable.

Dans d'autres cas, l'hémorragie se poursuit et met en danger les jours du malade par son abondance. *La transfusion sanguine suffisamment abondante doit éviter la mort par hémorragie.* Elle doit être répétée aussi souvent que les circonstances l'exigent.

Enfin, tout ayant été mis en œuvre pour éviter l'opération, lorsque l'hémorragie se prolonge plusieurs jours de suite la transfusion sanguine suffisamment abondante peut réparer les pertes subies et prévoir celles de l intervention, peut permettre une *opération qui sans elle eût été vouée à l'insuccès.*

Tels sont les trois types de transfusion hémostatique, transfusion de sauvetage et de transfusion opératoire qui peuvent être mis en œuvre en présence des hémorragies du tube digestif.

Un cas de coxarthrie traité avec succès par la chirurgie mobilisatrice. — ***MM. M.-P. Mathieu*** et ***F. Coste*** présentent un homme de 58 ans atteint depuis 1905 de coxarthrie unilatérale, excessivement douloureuse et ayant résisté à tous les traitements médicaux ou physiothérapiques. La résection arthroplastique selon le procédé de Whitman a délivré cet homme de ses douleurs et rendu à la hanche une mobilité suffisante pour lui permettre de recommencer à travailler. Ce résultat est vieux de 6 mois et l'on peut espérer qu'il se maintiendra. Il montre l'utilité dans certaines coxarthries, de la chirurgie mobilisatrice.

Sur une affection spéciale non syphilitique caractérisée par des troubles pupillaires et l'abolition des réflexes tendineux. — ***MM. Georges Guillain*** et ***J. Sigwald*** apportent deux observations d'une affection spéciale dont la description a été proposée par W.-J. Adie ; cet auteur a observé chez des malades l'association de la « pupille tonique » avec l'abolition des réflexes tendineux sans autre signe de la série tabétique ; il considère cette affection comme bénigne. Les deux cas de MM. Guillain et Sigwald concernent des sujets jeunes chez lesquels on retrouve des troubles pupillaires ayant atteint d'abord les réflexes à l'accomodation et à la lumière, et ayant, après rétrocession des troubles de l'accomodation, laissé persister un trouble du type Argyll-Robertson avec dilatation pupillaire ; ces signes pupillaires coexistaient avec l'abolition des réflexes tendineux. Les caractèses des troubles pupillaires décrits par W.-J. Adie et de ceux observés ici peuvent être homologués. Cette affection spéciale ne s'accompagne d'aucun trouble sensitif objectif, d'aucune ataxie, d'aucun trouble sphinctérien, le liquide céphalo-rachidien est normal, la réaction de Wassermann toujours négative.

Cette affection spéciale, différente du tabès syphilitique, est due d'après Adie à des troubles du système végétatif. MM. Guillain et Sigwald pensent plutôt à une atteinte infectieuse ou toxique des voies réflexes spinales et des voies réflexes pupillaires de la calotte pédonculaire. M. Guillain a attiré l'attention depuis longtemps sur la présence du signe d'Angyll-


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé
25

Robertson dans les lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral.

La connaissance de ces faits a une importance pratique, car elle évitera de considérer comme syphilitiques des sujets indemnes de cette affection et de prescrire des traitements arsénicaux intempestifs et nocifs.

Un cas d'intoxication mortelle par l'apiol. — *MM. Laederich, Mamon* et *Mme Arager* relatent un cas d'intoxication mortelle par l'apiol, chez une femme qui avait absorbé 9 grammes de ce produit dans un but abortif. L'intoxication se traduisit par une hépato-néphrite aiguë avec urémie mortelle en vingt jours. La malade présentait simultanément une hyperexcitabilité musculaire (avec myoclonies, et signe de Chvosteck) et une abolition des réflexes tendineux. Les premiers de ces signes paraissent liés à l'intoxication urémique, tandis que l'abolition des réflexes semble relever d'une polynévrite apiolique.

D'ailleurs, depuis quelque temps les cas de polynévrite apiolique paraissent se multiplier d'une façon inquiétante.

Un cas de lymphogranulomatose avec tuberculose associée. — *MM. Laederich* et *Mamon* apportent un nouveau cas de lymphogranulomatose où les examens histo-bactériologiques mirent en évidence des bacilles de Koch dans les lésions. Ils estiment qu'on n'est pas en droit actuellement de refuser toute possibilité à l'origine tuberculeuse de la lymphogranulomatose tout en reconnaissant qu'aucune preuve positive n'a encore été fournie.

Injections médicamenteuses et asepsie. — *M. Milian* attire l'attention sur le nombre élevé d'accidents dus à un défaut d'asepsie et consécutifs aux injections médicamenteuses. Il relate plusieurs cas d'abcès ou de phlegmons de la fesse après injections intramusculaires, de gommes sporotrichosiques apparaissant au point où furent pratiquées des intradermo-réactions au dmelcos, un cas mortel par septicémie avec infarctus suppurés du poumon après une injection intraveineuse d'énésol.

Il déplore le défaut d'asepsie avec lequel sont pratiquées un trop grand nombre d'asepsies. On pourrait certainement les faire disparaître si l'on n'employait pas les mêmes aiguilles pour les ponctions exploratrices et pour les injections et si l'on exigeait la stérilisation des seringues par l'autoclave et non par la seule ébullition.

Il émet l'hypothèse que bon nombre d'abcès du poumon sont peut-être explicables par cette pathogénie.

Un cas de maladie du sommeil avec formol-leucogel réaction positive négative par la trypersamide. — *M. J. Delbreil* (Valenciennes).

Deux cas de tétanos guéris par la sérothérapie intensive. — *MM. Crouzon* et *Christophe, Mlle Riom* et *Mme Laquerrière* apportent deux nouveaux cas de tétanos généralisés guéris par la sérothérapie massive. Les deux observations sont très comparables : incubation de douze jours, tétanos généralisé traité dès le début des manifestations cliniques, guérison en trois semaines environ après injections intra-musculaire et intra-rachidienne de trois litres de sérum environ.

Dans un des cas, au traitement sérothérapique fut associée l'anesthésie chloroformique, et la dose curative de sérum fut moindre.

A propos de l'énurésie. — *M. Pinard,* à propos du procès-verbal, maintient l'opinion qu'il soutenait dans une précédente communication avec Mlle Corbillon, à savoir que dans 75 % des cas environ, l'énurésie est d'origine syphilitique.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mai 1932.

La séance est levée en raison de la mort de M. le Président de la République, en signe de deuil.

Deuxième séance

Pseudarthrose de jambe traitée par sympathectomie périartérielle — *M. Mathieu* fait un rapport sur une observation de *M. Thalheimer.* La consolidation fut obtenue rapidement.

Arrêt du développement du cubitus. — *M. Mathieu* rapporte une observation de *M. Gentil* (de Paris). Il y avait

une luxation pathologique de la tête radiale qui avait perforé les téguments. L'auteur raccourcit le radius et la tête fut remise en place.

M. Sorrel considère qu'il s'agit d'une luxation congénitale du coude.

M. Lance dit que dans ces luxations pathologiques, il n'y a pas en réalité d'épiphyse radiale supérieure.

M. Mouchet croit qu'il eût été plus simple de réséquer la tête radiale.

M. Lenormand ne croit pas que ces lésions soient congénitales.

Abcès osseux de l'extrémité inférieure du fémur. — *M. Mathieu* relate un cas de *M. Masini* (de Marseille). trépanation; autoplastie musculaire. Guérison *per primam*.

Les cultures ont été négatives.

Trois cas de rupture des ligaments croisés du genou. — *M. Mathieu* rapporte ce travail de *MM. Madranges et Masini* (de Marseille). Une fois, on pratiqua la suture du ligament croisé antérieur. La deuxième observation fut traitée par une opération de Hay-Groves. La troisième malade ne voulut pas accepter l'intervention.

M. Desplas a opéré quatre malades qu'il a toutes les fois traités par l'opération de Hay Groves.

M. Oudard dit que dans ses cas personnels, il n'a traité que les ruptures des ligaments latéraux.

M. Baumgartner a eu un résultat très complet par l'opération de Hay-Groves.

M. Maisonnet croit que la section d'un seul ligament croisé ne peut donner le mouvement de tiroir.

M. Madier croit que si.

M. Métivet dit que le mouvement de tiroir peut exister sans aucun traumatisme.

Traitement du cancer du rectum. — *M. Proust* résume la discussion sur ce sujet.

Avant tout, le cancer du rectum doit être réservé à la chirurgie : les radiations donnent généralem[illegible] de très mauvais résultats,

Traitement des hémorragies gastriques. — *M. Grégoire* cherche à préciser les indications opératoires ; il montre qu'à l'heure actuelle, il faut agir avec son flair clinique plutôt que sur des signes précis.

Fracture transcotyloïdienne du bassin avec luxation intra-pelvienne de la tête du fémur. — *MM. Leveuf et Pakowski* ont traité leur malade par une traction continue faite sur une vis enfoncée dans le grand trochanter.

M. L. Bazy croit qu'il est important de séparer les enfoncements simples des fractures trans-acétabulaires du bassin.

M. Mathieu, M. Cunéo insistent sur l'originalité du dispositif imaginé par M. Leveuf.

M. Fredet croit que la réduction est toujours difficile.

M. Basset dit que le terme de fracture de la hanche est mauvais.

G. MENEGAUX.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Jurisprudence. — Accident du travail.— Prédisposition morbide. Justice de Paix de Roubaix, 8 décembre 1931 :

L'état morbide antérieur de la victime ne saurait faire obstacle à l'application de la loi du 9 avril 1898 s'il ne résulte pas de constatations des juges du fond que la lésion consécutive à l'accident soit uniquement due à cet état morbide abstraction faite de toute cause extérieure (Le Quotidien juridique).

Attendu que l'accident de travail, invoqué par le demandeur, ayant été contesté comme « accident de travail » une expertise médicale à ce sujet s'imposait ; qu'elle a d'ailleurs été demandée par les deux parties à l'effet de réunir les données d'ordre technique, nécessaires au juge, pour la solution du litige ;

Attendu que M. le professeur X. a été ainsi chargé de « visiter Polas Kieviez, de rechercher et dire, en un mot (cette expression condensant la mission qui lui était donnée) si l'état de cet ouvrier est ou non l'effet d'un traumatisme ou de la pure évolution d'un état organique, sans que ses manipulations professionnelles y soient pour quoi que ce soit » ;

Attendu que l'expert déclare, nettement, que Kieviez a présenté une poussée eczémateuse au niveau des mains et des avant-bras notamment qui l'ont fait arrêter le travail le 19 septembre 1931 et dont il était presque guéri, le 24 novembre ; que cet eczéma est la conséquence, d'une part, d'une prédisposition constitutionnelle de l'ouvrier, d'autre part, d'une action irritante des bains manipulés par lui, au cours de son travail chez Hannart frères, Motte et Marquette :

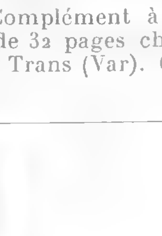
Attendu que l'expert essaye ensuite de tirer des conséquences juridiques de ses constatations ; que, ce faisant, il sort et de sa mission et de son rôle et de ses connaissances médicales, de premier plan, pour s'immiscer dans le rôle spécial du juge ; que, d'ailleurs, presque fatalement, il s'est alors égaré, en s'inspirant d'appréciations purement théoriques, très anciennes et aujourd'hui complètement abandonnées et nettement condamnées par la Cour de cassation, sur le caractère de l'accident de travail ; qu'il s'est ainsi mépris en allant jusqu'à prendre sur lui de rejeter, en droit, l'accident de travail invoqué par le demandeur ;

Attendu, en droit, que la Cour de cassation a maintenant posé des principes, donné des directives qui ne sont plus contestées mais constamment suivies savoir :

L'état morbide antérieur de la victime ne saurait faire obstacle à l'application de la loi du 9 avril 1898 s'il ne résulte pas des constatations des juges du fond que la lésion consécutive à l'accident soit uniquement due à cet état morbide, abstraction faite de toute cause extérieure ;

Notamment s'il résulte de l'expertise qu'une arthrite du pied a été « révélée par l'accident » cette constatation implique que





l'accident a eu une répercussion sur l'évolution de la maladie (Cour de cassation, Ch. civ., 22 avril 1931).

Toute lésion dont le travail même normal a été la cause ou l'occasion doit être considérée comme résultant d'un accident au sens de la loi du 9 avril 1898 (Cour de cassation, Ch. civ., 29 juillet 1931) ;

En fait :

Attendu que dans l'espèce, au dire même de l'expert, des manipulations corrosives faites par le demandeur chez Hannart frères, Motte et Marquette ont eu pour conséquences par leur action irritante, de provoquer l'eczéma qui a mis l'ouvrier en état d'incapacité temporaire de travail ;

Que, par application des principes de la Cour de cassation il ressort de ces données de l'expert, un accident de travail faisant bénéficier Polas Kieviez de la loi du 9 avril 1898 ; qu'il a donc droit à ses demi-salaires, soit 15 fr. à charge de Hannart frères, Motte et Marquette, du 19 septembre au 20 novembre 1931, soit 930 fr. ;

Par ces motifs,

Jugeant publiquement contradictoirement et en premier ressort,

Condamnons Hannart frères, Motte et Marquette à payer en deniers ou quittances valables à Polas Kieviez la somme de 930 fr. pour ses demi-salaires du 19 septembre au 20 novembre 1931 ;

Les condamnons, en outre, aux dépens.

« Je sais que la vérité est dans les choses et non dans mon esprit qui les juge, et que moins je mets du mien dans les jugements que j'ai portés, plus je suis sûr d'approcher de la vérité ».

J.-J. ROUSSEAU (Emile).

« Entre savants et littérateurs il y a plus de bonne volonté à s'entendre qu'entre mathématiciens, zoologistes ou médecins. La distance est trop grande qui sépare les sciences des belles lettres pour que naissent les contestations intéressées ». (Dr Pierre MAURIAC. Quelques littérateurs parmi les savants, *La Revue hebdomadaire*, 26 décembre 1931.)

BIBLIOGRAPHIE

Séméiologie chirurgicale, par le Professeur agrégé JEANNENEY. Chez Masson et Cie.

Aucun livre de séméiologie ne saurait laisser indifférent le praticien ni l'étudiant.

L'ouvrage que vient d'écrire le Professeur JEANNENEY a sa place toute désignée sur la table de travail, à côté du précieux Formulaire de gynécologie, chaque jour consulté.

Il est écrit avec le style clair, concis, précis, qui a fait le succès de l'auteur dans ses nombreuses publications antérieures.

Il ne s'agit point là d'un ouvrage destiné à changer de mode, à vieillir le temps. C'est l'exposé de l'examen clinique méthodique, systématique du malade chirurgical, le guide qui conduit du symptôme à la maladie.

L'observateur passe en effet par deux étapes : une étape analytique où il recherche les symptômes, les dissèque, étudie leur modalité ; une étape synthétique, où il les groupe, les coordonne, en forme un faisceau, qui aboutit au diagnostic, conséquence logique, rationnelle, qui s'impose à l'esprit.

Savoir regarder, palper, évoquer des antécédents, être patient et perspicace, telles sont les qualités primordiales de l'observateur à qui l'on demandera, en outre le sang-froid, la critique de soi-même et des faits.

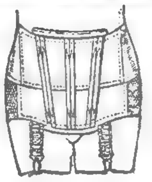
Savoir juger sainement, apprécier la réalité des symptômes, les ordonner suivant leur valeur, éviter d'être hanté par le cas exceptionnel, tels sont les fondements essentiels d'un diagnostic clinique.

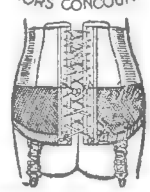
Après l'exposé très détaillé de façon dont on doit prendre une observation chirurgicale, la recherche des antécédents, le mode d'exploration de l'état général, de la région malade, et des régions avoisinantes, l'auteur montre le mode d'interprétation des examens complémentaires qui prennent chaque jour une importance plus grande : l'endoscopie, la cystoscopie, l'oscillométrie, la ponction exploratrice, les examens de laboratoire, les examens électro-radiologiques.

Ce chapitre sera consulté particulièrement par le praticien, qui doit interpréter les renseignements que lui fournissent les laboratoires.

L'examen clinique des régions est une mise au point du mode d'exploration particulière à chaque segment du corps et un exposé d'anatomie chirurgicale largement illustré.

Le rappel des grands syndromes chirurgicaux : traumatiques infectieux, néoplasiques, diathésiques, clôt, avec un chapitre de diagnostic, ce livre véritable compendium des connaissances cliniques essentielles de la chirurgie.





Relation rapide de soirée Paris-Lyon

A partir du 22 mai 1932, la relation de soirée Paris-Lyon, assurée pré-[...]mment par le Rapide 15 (Paris-Menton), est assurée par un train limité [L]yon et comportant, outre un Wagon-Restaurant, des voitures de 1re et [2e] classes.

Paris, départ : 17 h. 15 ; Lyon-Perrache, arrivée : 23 h. 45.

Accélération du rapide d'après-midi entre Paris et Lyon.

A partir de la même date, le rapide 35 (toutes classes-Wagon-Restau-[rant]) est accéléré d'une vingtaine de minutes entre Paris et Lyon.

Paris, départ : 12 h. 30 ; Lyon-Perrache, arrivée : 19 h. 15.

FONDÉ EN 1873. — N° 23 LE NUMÉRO : 50 Centimes 4 JUIN 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


DIASTO-PEPSINE
RICHEPIN
PEPSINE-PANCRÉATINE-DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas
ou un verre d'Elixir
très agréable
après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES
du
Dr FAUCHER
ACTION SÛRE, DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES
QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOCITHINE TISSOT
SIROP-DRAGÉES-AMPOULES
NUCLEINATE DE { Fer Manganese
et Arsenic organique
Fluor
1 ou 2 ampoules par jour
1 ou 2 dragées ou
cuillerées de sirop.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
GRAINS ANISÉS
DE
CHARBON TISSOT
Absorbent-Divisent-Expulsent
RÉALISENT
le véritable
et continuel
rajeunissement
de l'intestin.
AGISSENT
par leur forme
leur volume
et le Gluten
mucogène
PANUROL
TISSOT
CONTIENT TOUS LES
SOLVANTS
des sels uriques
et uratiques
Aide et soutient
LE REIN
dans sa double fonction:
FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes. Bronchites. Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAÏACOL-HÉLÉNINE-TERPINOL-EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides
Le Carnox
est le meilleur Vin de VIANDE.
Laboratoires du Docteur TISSOT 34 Boulevard de Clichy, PARIS

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 23 mai. — M. MOTZ. Les pyonéphrites. — M. QUERNEAU. De la synovectomie du genou. Indications. Technique. Résultats.

24 mai. — M. ZERBIB. Etude des kystes pancréatiques. — M. ZIMMERN. Lymphogranulomatose maligne et tuberculose. — M. TRAN-BA-HUY. L'anévrysme cirsoïde de la face. — M. DUFOUR. Etude médicale des hernies épigastriques douloureuses. — Les erreurs de diagnostic qu'elles peuvent entraîner.

25 mai. — M. RONCE. Essai sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires. — M. MOREL. Essai de traitement de la syphilis par un nouveau composé arsénical pentavalent le méta-mono-urée-para-oxy-phénylarsinate de diéthylammie.

28 mai. — M. ILIOVICI. Des chondromes pulmonaires primitifs à propos d'un cas observé. — M. VITENSON BORIS. Hygiène des paysans en Mandchourie du Nord.

Faculté de médecine de Paris. — M. le Professeur Roussy vient d'être élu membre du Conseil de l'Université par 48 voix sur 50 votants, en remplacement de M. le professeur Teissier.

M. André Lemierre, professeur de bactériologie, est transféré, à compter du 1er octobre 1932, dans la chaire de clinique des maladies infectieuses, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, en remplacement de M. Pierre Teissier, décédé.

— La chaire de bactériologie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Faculté de Lyon. — La chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

Congrès des Sociétés savantes de Bourgogne (Beaune, 4 juin 1932). *Section médicale.* — Réunion à l'Hôtel de Ville.

10 h. : M. le Professeur agrégé Jousset. Sur le traitement de la tuberculose. — 10 h. 45 : M. le Docteur Malachowsky, vice-président des médecins amis du vin. Un duel entre Bourgogne et Champagne au XVIIIe siècle ; — 11 h. 30 : M. le Professeur agrégé Lian. Indications fournies par la pression moyenne : — Midi : Banquet du Congrès ; — 16 heures. : M. le Professeur Rathery. Coma diabétique et coma insulinique ; — 17 heures : Clôture du Congrès ; — 17 h. 30 : Visite de l'Hôtel-Dieu ; — 19 h. 30 : Dîner médical à Meursault (transports organisés).

Les confrères désireux d'assister au banquet du Congrès et au dîner médical sont priés d'envoyer leur adhésion au plus tôt au docteur Tassin, à Beaune.

Clinique thérapeutique chirurgicale (Professeur Pierre DUVAL.) — *Consultation d'endoscopie gastrique* (Gastroscopie : Docteur Fr. MOUTIER, Gastrophotographie : Docteur P. PORCHER.) — Le Docteur P. PORCHER, radiologiste des hôpitaux, chargé de la consultation de gastrophotographie de la clinique, fera une série de dix conférences d'endoscopie gastrique avec le concours de M. le Docteur Fr. MOUTIER, MM. les Professeurs agrégés CHAILLEY-BERT et R. LEROUX, de MM. les Docteurs GODARD-MONOD et J. HEILPERN.

Ces conférences auront lieu tous les jours à l'hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard, de 10 à 11 heures. Elles seront suivies de démonstrations de technique gastroscopique (Docteur Fr. MOUTIER) et gastrophotographique (Docteur P. PORCHER, 11 à 12 heures), avec examens de malades. Il n'y a pas de droits à verser, mais le nombre des auditeurs étant du fait des exercices pratiqués, limité, les demandes d'inscription devront être adressées au Docteur P. PORCHER, 43, avenue du Président-Wilson, Paris-16e avant le 6 juin 1932.

Mardi 7 juin, Docteur PORCHER : Principes généraux des méthodes d'endoscopie : historique, applications actuelles. Morphologie normale de la muqueuse gastrique. Rapports entre la radiologie et les différentes méthodes endoscopiques.

Mercredi 8 juin, Docteur CHAILLEY-BART : Physiologie motrice de l'estomac. Importance de la muscularis mucosae. Modifications apportées aux contractions normales par les traumatismes internes et les agents médicamenteux.

Jeudi 9 et vendredi 10 juin, Docteur MOUTIER : Technique de la gastroscopie : appareillage et orientation dans l'estomac (avec fantôme) préparation du malade. Technique de l'endoscopie. Champs visuels. Zones visibles, zones invisibles. Indications et contre-indications. Incidents.

Samedi 11 juin, Docteur PORCHER : Technique de la gastrophotographie : (avec l'appareil de J. Heilpern) appareillage, montage de la chambre photographique, préparation du malade, prise des clichés, localisation des images par rapport aux parois gastriques. Incidents, Insuccès.

Lundi 13 juin, Docteur GODARD-MONOD : Technique de la gastrophotographie (avec l'appareil américain « le gastrophotor ». — Docteur P. PORCHER : La photographie dans le gastroscope. Les perfectionnements à envisager en gastrophotographie.

Mardi 14 juin, Docteur R. LEROUX : Anatomie pathologique, macroscopique des lésions de la muqueuse gastrique : gastrites, ulcères, cancers.

Mercredi 15 juin et jeudi 16 juin, Docteur Fr. MOUTIER : *a)* L'estomac normal : morphologie, topographie, sécrétion et mouvements (couleurs et plis) ; *b)* Eléments du diagnostic : modifications anatomiques, sécrétoires, motrices. Les hémorragies ; *c)* Etudes analytiques des anomalies endogastriques : 1) les gastrites, 2) l'ulcère et ses complications, 3) le cancer, 4) l'estomac opéré *d)* Les erreurs d'interprétation.

Vendredi 17 juin, Docteur J. HEILPERN et Docteur P. PORCHER : Interprétation des images gastrophotographiques : 1) la localisation des images de l'estomac (« les zones interdites ») ; 2) l'aspect des lésions ; 3) les causes d'erreurs dans la localisation, dans l'interprétation des images (le mucus, les effets de réfraction). — La conférence du Docteur J. HEILPERN sera faite en langue allemande.

Voyage médical international dans les Alpes. — Sous le patronage de la Faculté de Lyon, le deuxième Voyage médical international dans les Alpes aura lieu, du 26 juin au 6 juillet 1932, avec le même programme qu'en 1931. La concentration se fera à l'Ecole de médecine de Grenoble. Après la visite de cette ville (qui est l'un des principaux centres d'enseignement français fré-

quentés par les étudiants étrangers), l'on se rendra au Sanatorium des Petites Roches et au Monastère de la Grande Chartreuse. Puis l'on visitera Villars-de-Lans, Uriage, l'Oisans, la Grave, la Meige, le Lautaret, le Galibier, la Maurienne, Allevard, Challes, Chambéry, Aix-les-Bains, le Lac du Bourget, l'Abbaye Royale de Hautecombe, Marlioz, le Mont-Revard, Annecy et son Lac, Moutiers-Salins, Brides, la Léchère, la Tarentaise, Mégève, le Fayet-Saint-Gervais, Chamonix-Mont-Blanc, la Mer de Glace, le Brévent, les Sanatoria d'Assy et de Passy, Thonon, Evian et le Lac Léman.

Ce beau voyage, qui réunit tant d'attraits divers et permet de connaître tant de sites célèbres et de stations thermales et climatiques du plus grand intérêt, sera dirigé par M. le Professeur Laignel-Lavastine, de la Faculté de Paris (*Histoire de la Médecine et de la Chirurgie*), avec le concours du Professeur Piéry, de la Faculté de Lyon (*Climatologie et Hydrologie*), du Professeur agrégé Thévenot, de Lyon, (*Médecine et Thérapeutique générales*), du Docteur Porte, directeur de l'Ecole de médecine de Grenoble, et des médecins des stations et établissements visités.

Une excursion en Suisse terminera le voyage, du 6 au 12 juillet en parcourant Genève, Nyon, Gland, Lausanne, Montreux, Leysin, les Rochers de Naye et Valmont.

Ce voyage, comme tous ceux présentés par les Fédérations et Sociétés médicales du Midi de la France, offrira toutes les garanties possibles de confort, d'économie, d'instruction et d'agrément. Les familles des médecins y seront admises, ainsi que les étudiants en médecine. Les adhérents recevront des permis de parcours en chemins de fer, à demi-tarif, valables pendant un mois, en France et en Suisse. Tout le parcours inscrit au programme sera effectué en auto-cars. Le prix de la cotisation sera forfaitairement et comprendra toutes les dépenses, sans exception.

L'examen des demandes d'adhésions sera fait dans l'ordre où elles parviendront. En raison du délai nécessaire pour obtenir les permis de parcours en chemins de fer, prière d'écrire dès à présent, au Secrétariat du voyage, à La Malou (Hérault).

Postes, Télégraphes et Téléphones. — *Service médical à Lyon.* — Un concours sur titres aura lieu, en juillet 1932, au ministère du Commerce et des P. T. T. à Paris, en vue de la nomination, à Lyon, d'un médecin de circonscription.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de 30 ans au moins et de 40 ans au plus, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail et faire de la médecine générale.

L'Administration recherche particulièrement la collaboration des médecins des hôpitaux et des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au Directeur régional des P. T. T. à Lyon, *avant le 1er juillet prochain.* Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

Réunion internationale d'hygiène et de prophylaxie mentales (Paris, 30 et 31 mai 1932.) — I. Lundi 30 mai 1932, à 14 heures : Séance officielle d'ouverture à l'hôpital Henri Rousselle (Amphithéâtre Magnan) sous la présidence de M. Justin Godart, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène. — Discussion du rapport du Prof. RUDIN : *Eugénique et prophylaxie mentales.*

II. — Mardi 31 mai 1932, *a*) à 10 heures : Discussion du rapport de MM. TOULOUSE, DUPOUY et COURTOIS : *Les Services ouverts pour psychopathes* ; Communications diverses ; *b*) à 14 heures : Discussion du rapport de M. BERSOT : *Unification des statistiques psychiatriques* : Communications diverses.

Les personnes désirant faire des communications sont priées d'écrire au Docteur GENIL-PERRIN, secrétaire général, 99, avenue de La Bourdonnais (7e), qui les inscrira à la suite de l'ordre du jour de la Réunion internationale.

Service de santé. — *Mutations.* — Le médecin commandant Petit, de l'Ecole supérieure de guerre, à la commission consultative médicale.

Les médecins capitaines : Billiet, du 67e au 153e d'infanterie à Bitche ; Odier, des troupes du Maroc, au 67e d'infanterie, à Compiègne ; Miquel, de la place de Limoges, à la 12e compagnie régionale du train à Limoges.

Troupes coloniales. — DÉSIGNATIONS COLONIALES. — *A Madagascar.* — Les médecins commandants Robert, du dépôt des isolés des troupes coloniales ; Dartignolles, du 41e tirailleurs malgaches ; les médecins capitaines Delprat, de l'hôpital militaire de Fréjus ; Jospin, du 25e d'infanterie coloniale.

En Afrique équatoriale française. — Le médecin capitaine Vaisseau, du 5e d'artillerie coloniale.

Au Cameroun. — Le médecin capitaine Basile, du 16e tirailleurs sénégalais.

Etablissements français dans l'Inde. — Le médecin capitaine Boulnois, du 2e d'infanterie coloniale.

AFFECTATIONS EN FRANCE. — *Au 3e d'infanterie coloniale.* — Le médecin capitaine Chambon, du 41e mitrailleurs malgaches.

Au 23e d'infanterie coloniale. — Le pharmacien colonel Finelle, rentré de l'Afrique occidentale française ; le pharmacien capitaine Le Querec, de l'hôpital militaire de Fréjus.

Au 4e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Agenet, rentré de la Guyane.

Au 8e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Fournials, rentré de l'Afrique occidentale française.

Au 41e mitrailleurs malgaches. — Le médecin commandant Marsy, du 42e mitrailleurs malgaches.

Au 52e mitrailleurs indochinois. — Le médecin commandant Hilleret, rentré de Madagascar.

Au 11e d'artillerie coloniale. — Le médecin commandant Leschi, rentré de l'Afrique occidentale française.

Au 12e d'artillerie coloniale. — Le médecin commandant Bacque, rentré de l'Afrique occidentale française.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux). — Le médecin commandant Duga, rentré de l'Indochine.

Faculté de médecine de Paris. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1932, à MM. Hovelacque et Verne, agrégés près la Faculté de médecine de Paris.

Nécrologie. — Dr Maxime ASTIER, de Saint-André-de-Cubzac (Gironde). — Dr Jean BERGOUNIOUX, décédé à l'âge de 82 ans. — Dr René BERTEAU, de Garcé (Orne), décédé dans sa 41e année. — Dr CATROU, de la Sansonnaie (Maine-et-Loire) décédé dans sa 67e année. — Dr DELESPIERRE, de Wanbrechies (Nord). — Dr Marius FANTON, du Cannet (Alpes-Maritimes), décédé dans sa 83e année. — Dr FORTHOMME, de Metz, décédé dans sa 54e année. — Dr FREY, d'Airvault (Deux-Sèvres). — Dr GOIZET, de Bordeaux, 12, rue Fondaudège, décédé dans sa 79e année. — Dr Marc LAFFONT, de Paris. — Dr Albert LÉGEROT, de Poligny (Jura), décédé dans sa 66e année. — Dr LESIGNE, maire de Lisieux (Calvados), président du conseil d'arrondissement, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 75 ans. — Dr Charles POITEVIN, de Rochechouart (Haute-Vienne). — Dr E. KOHLY, directeur de la *Revista medica cabana.*

Le Dr Ghislain Houzel. — C'est avec une peine extrême que nous avons appris la mort imprévue de M. le Dr Ghislain Houzel, qui venait à peine d'atteindre sa cinquante-cinquième année et dont l'activité intellectuelle et physique semblait riche de nombreuses années.

Fils d'un chirurgien réputé de Boulogne-sur-Mer, il était venu, après de fortes études médicales à Paris, exercer dans cette ville, laissant à un frère plus jeune, le soin de continuer brillamment dans le Pas-de-Calais, l'œuvre de leur père.

Il s'était orienté d'une part, vers une clientèle bientôt importante, et d'autre part vers les œuvres sociales. Lors de la création par M. Paul Guillerat, du Casier sanitaire des maisons de Paris, il était venu lui apporter spontanément un concours bénévole pour réaliser l'entente des Casiers sanitaires et des Dispensaires anti-tuberculeux.

On sait les résultats de l'interpénétration de ces organismes, et combien ils aidèrent à l'assainissement des logements insalubres et à la disparition des « îlots insalubres ».

Tour à tour médecin-inspecteur des Ecoles de la Ville de Paris, des Ateliers-Ecoles de la Chambre de commerce, professeur à la Croix-Rouge, à l'Association amicale des employés des P. T. T., etc., il publiait encore de nombreux articles de vulgarisation où l'élégance de la forme le disputait à la valeur scientifique de la documentation la plus éclairée.

Il se dépensait sans cesse et peut-être se dépensait-il trop, pensait-on, tandis que se déroulait à Saint-Ferdinand-des-Ternes, le 21 mai, la majesté des pompes dernières, et que l'attitude de bien des assistants trahissait leur émotion.

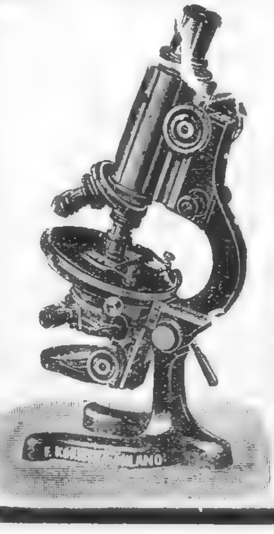
Très patriote, il partait pour le front dès la mobilisation; ramené rapidement en arrière par le vent de tourmente qui souffla sur nos armées dans les premières semaines de la guerre, il s'arrêta à Bourges où s'étaient repliées les unités du corps d'armée auquel il appartenait.

Tout aussitôt, il sollicitait de repartir au front et n'eut de cesse qu'il n'y fut retourné : la fin de la guerre le trouva médecin-chef de l'ambulance I-64, Chevalier de la Légion d'honneur, titulaire de la Croix de guerre avec cinq citations !

Et tandis que nous rédigeons ce dernier hommage à un praticien éclairé, à un homme de bonté, de courage et de cœur, ses restes mortels gagnent le village d'Ecquemicourt où il reposera près des siens qui ne sont plus ; et cette évocation nous reporte vers ceux qu'il aimait tant, dont il ne parlait jamais sans y mettre son âme, et qui restent dans la souffrance et les larmes !

Que Madame Ghislain Houzel, que ses enfants dont il avait eu la joie de voir l'aîné suivre ses pas et son exemple dans la carrière médicale, trouvent ici le témoignage de la tristesse et de la douleur de tous ceux qui l'ayant connu, l'ont aimé, qui ne le verront plus mais n'en perdront jamais le souvenir douloureux et souvent reconnaissant. A. F.





CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS
HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

La maladie de Bouillaud entre trois et six ans [1]

Par P. NOBÉCOURT

La plupart des maladies infectieuses se rencontrent avec une prédilection particulière à certaines périodes de la vie et sont rares à d'autres.

Le rhumatisme articulaire aigu, la maladie de Bouillaud, ne fait pas exception.

Suivant l'avis général, il est exceptionnel et même douteux avant 3 ans, rare entre 3 et 6 ans. Sa fréquence augmente, ensuite, surtout à partir de 10 ans ; son maximum est entre 10 et 20 ans. Passé cet âge, sa fréquence diminue ; il est rare après 30 ans et de plus en plus exceptionnel.

Je parlerai aujourd'hui du *rhumatisme articulaire aigu entre 3 et 6 ans.*

Voici quelques opinions, recueillies, au hasard, dans la littérature médicale.

Cadet de Gassicourt, en 1892, dans son *Traité clinique des maladies de l'enfance*, écrit : « On voit très rarement le rhumatisme chez des sujets âgés de moins de cinq ans et assez rarement encore jusqu'à huit ans. » Il publie toutefois l'observation d'un garçon de 5 ans, qui est atteint d'une endocardite mitrale et d'une hypertrophie du cœur, survenues de façon précoce.

Le Professeur E. Feer, en 1930, dans la dixième édition de son *Lehrbuch der Kinderheilkunde*, écrit : « Entre 3 et 5 ans, on l'observe rarement ».

M. H. Grenet, dans ses *Conférences cliniques de médecine infantile*, parues cette année, écrit : « Le rhumatisme se voit chez l'enfant à partir de 5 ans. »

Le Professeur Leonard Findlay, en 1931, dans *The rheumatic infection in childood*, rapporte la statistique suivante. Sur 385 enfants, âgés de 14 ans au plus, soignés à Glasgow ; il trouve :

A 3 ans	4 cas
4e année	17 cas
5e et 6e années	69 cas
Total	90 cas

soit 23,37 %.

Avec M. Jean Paraf, dans une *Etude sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu*, présentée à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 4 mars 1932, nous publions la statistique de la *Clinique médicale des enfants* de 1916 à 1931. Sur 183 rhumatisants, âgés de 15 ans au plus, nous relevons :

A 3 ans	3 cas
4 ans	3 »
5 ans	4 »
6 ans	6 »
Total	16 cas

A 3, 4 et 5 ans, nous n'avons donc rencontré que 10 cas, soit 5,4 %.

Il me paraît intéressant de vous présenter deux enfants actuellement en traitement dans le service : un garçon de 4 ans 7 mois et une fille de 5 ans 8 mois.

[1] Leçon du 23 avril 1932.

***

Voici tout d'abord le petit Bernard.

Ses parents sont bien portants ; mais, depuis ses deux grossesses, sa mère souffre de rhumatisme articulaire aigu. Ses grands-parents maternels sont rhumatisants et cardiaques. Son frère est bien portant.

Il est né à terme le 11 août 1927 et a été élevé au biberon, en nourrice. Il se porte bien, jusqu'en février dernier.

Le 15 février, il se plaint du cou et de la gorge. On lui trouve le cou gros et une angine rouge.

Le 16, la température est de 37°8, le genou gauche est douloureux et gonflé.

Les jours suivants apparaissent des douleurs dans toutes les articulations. Le médecin pose le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu, de cardiopathie, de gros foie et de congestion du poumon gauche.

L'enfant ne se remet pas. A partir du 14 mars, il tousse, a des vomissements, refuse de manger et maigrit ; il aurait perdu 2 kgr. 500 en trois semaines. Cependant, sa température ne dépasse pas 38°.

Le 30 mars, il entre à la salle Bouchut. Il est âgé de 4 ans 7 mois.

Sa taille de 101 cm. 5 est moyenne, son poids de 13 kgr. 750 est inférieur d'un kilogr. à celui de son âge. Il est maigre et très pâle.

Sa température est de 37°6 le matin, de 37°2 le soir.

Ses articulations ne présentent plus rien de particulier.

Son foie est douloureux ; sur la ligne mamelonnaire, il dépasse le rebord costal de deux travers de doigt.

Son cœur est gros ; il y a de la tachy-arythmie, un bruit du galop et, à la pointe, un souffle systolique faible, se propageant dans le dos.

A l'auscultation, des poumons, on entend quelques râles muqueux disséminés.

Les urines peu abondantes (200 c.c. par vingt-quatre heures), ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H⁸) sont négatifs ; le Hecht est légèrement positif.

Le 31 mars, la température est le soir de 38°2. Puis elle redevient normale, et se maintient entre 37°3 et 37°6.

J'examine l'enfant le 4 avril. Sa température est le matin de 37°1. Il a maigri et ne pèse plus que 13 kgr. 040. Il tousse beaucoup.

On compte 128 pulsations à la minute ; le pouls est assez bien frappé, mais un peu irrégulier.

Il y a 36 respirations par minute.

Le foie dépasse de 4 cm. le rebord des côtes ; il est peu tendu.

Le cœur est gros ; il mesure 11 cm., de l'angle cardio-hépatique à la pointe ; il dépasse à droite le bord du sternum ; la pointe est derrière à la sixième côte, un peu en dehors de la verticale mamelonnaire ; le bord droit est abaissé et on perçoit le choc du ventricule droit au-dessous de l'appendice xyphoïde ; le choc de la pointe est faible.

On ne constate pas de frémissement.

Le premier bruit est sourd. On entend un souffle systolique mitral doux à maximum apexien, qui s'étend dans toute la région précordiale, dans l'aisselle gauche et dans le dos ; il n'y a pas de nouveau maximum au foyer tricuspidien.

On trouve de la submatité à la base droite du thorax.

Les urines sont très peu abondantes, 150 c. c.

Le malade étant très faible, on fait, le 5 avril, à défaut d'un orthodiagramme, une téléradiographie : le cœur est gros, la pointe un peu abaissée. La base de la plage pulmonaire droite est embrumée.

Depuis le 4 avril, l'état du malade ne s'améliore pas, l'apyrexie persiste, mais l'enfant est triste, indifférent toujours très pâle.

Le 6 avril, le Dr Grodnitsky, à l'examen du sang, trouve :

Hémoglobine	75 %
Globules rouges	3.100.000 par mmc.

◆◆

Valeur globulaire	1,25
Leucocytes	10.000 par mmc.
Polynucléaires neutrophiles	95 %
Moyens mononucléaires	5 %

Le cœur ne se modifie pas. Cependant, le 14 avril, nous constatons un léger frottement mésocardiaque.

Le 13 avril, un électrocardiogramme montre, en dérivation I, une faible amplitude du complexe ventriculaire, qui témoigne d'un trouble du fonctionnement du myocarde.

Les urines restent entre 100 et 200 c. c. par vingt-quatre heures ; elles ne contiennent toujours ni sucre, ni albumine.

A partir du 17 avril, se produit une légère élévation thermique ; la température monte à 38°. Le 20, la température est, le matin de 37°6, le soir de 38° ; le 21, elle atteint 38°6 le matin et tombe à 37°7 le soir. Depuis elle est normale.

L'enfant tousse beaucoup, surtout en position couchée. L'état général ne se modifie pas.

Le 20 avril, le pouls est à 144 par minute, régulier, petit, la tension artérielle, au Pachon, de 5 pour la minima et de 8 pour la maxima.

Le cœur est toujours un peu gros, augmenté dans son ensemble. On entend : à la pointe, un souffle systolique assez fort, qui s'étend dans tout le thorax ; à la région sternale supérieure, un frottement systolique léger.

Le foie est à peu près normal, il dépasse de 1 cm. 5 le rebord costal.

Dans les poumons, on entend des râles sonores disséminés des deux côté, en arrière et en avant. A la base droite du thorax, il y a une légère submatité et des râles sous-crépitants.

Sur une radiographie du 19 avril, le cœur apparaît un peu gros dans son ensemble, les hiles sont chargés, surtout le droit.

La quantité des urines est de 300 c. c.

Le poids est de 12 kgr. 900-13 kgr.

Somme toute, Bernard est atteint d'une pancardite sévère.

Le traitement est le suivant :

Depuis le 1er avril, 4 gr. par jour de salicylate de soude.

Injections intra-veineuses d'ouabaïne ; le 1er avril 1/16 mgr. et, du 2 au 10 avril, chaque jour, 1/8 de mgr.

Injections intra-veineuses de 0 mgr. 071 de convallatoxine (glucoside de Convallaria maïalis), les 16, 18, 19 et 20 avril.

Sérum glucosé en goutte à goutte rectal : 200 c.c. par jour.

Aucun de ces médicaments n'a eu d'effet appréciable.

Voici maintenant Adrienne.

Son père est bien portant. Sa mère est morte dix-huit mois après sa naissance de tuberculose pulmonaire. Une sœur est morte à 11 mois d'une affection laryngée.

Adrienne est née le 23 juin 1926.

Elle n'a pas eu de B. C. G.

Elle a été au sein maternel jusqu'à 12 mois et par conséquent exposée à la contagion, puis placée en nourrice.

Elle tousse souvent.

Au milieu de février dernier, en revenant de l'école, elle a une crise convulsive, dont elle se remet rapidement.

Le 8 mars, elle refuse de marcher, se plaint de douleurs dans les membres inférieurs, ne peut se tenir debout.

Les jours suivants, elle reste au lit, la fièvre monte progressivement à 38°9 et 39°, les urines deviennent rares, il y a de la constipation.

Adrienne entre à la salle Parrot le 14 mars, au septième jour de la maladie. Elle est âgée de 5 ans et 8 mois.

Sa taille est de 105 cm. 5, supérieure de 3 cm. 5 à la moyenne ; son poids de 15 kgr. 900 est à peu près normal pour son âge.

Sa température est le matin de 38°9, le soir de 39°3.

On remarque de l'impotence de ses membres inférieurs ; leur mobilisation provoque des pleurs. Celle des genoux est particulièrement douloureuse ; ceux-ci, surtout le droit, sont gros ; les méplats sont effacés, on obtient le choc rotulien.

Les autres articulations sont indemnes.

On compte 120 pulsations à la minute. Les bruits du cœur sont normaux ; on n'entend pas de souffle.

Par ailleurs, les viscères ne présentent rien de particulier. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine pratiquée à l'entrée, puis le 17 avril, est négative. Le Bordet-Wassermann (H7) et le Hecht sont négatifs.

On fait des applications de salicylate de méthyle sur les genoux et on donne 5 gr. par jour de salicylate de soude.

Les 15, 16 et 17 avril, la température se maintient autour de 38°. Le 17 avril, dixième jour de la maladie, l'hydarthrose droite est disparue et la gauche diminuée.

A l'examen du cœur, on constate un premier bruit mitral sourd, légèrement soufflant, et, à la base un second bruit très accentué.

Les urines sont claires, brun acajou, leur volume de 500 c. c. environ ; la réaction de Meyer y est positive ; on y dose 1 gr. 50 d'albumine %° : on y trouve de nombreuses cellules, quelques hématies et quelques leucocytes, mais pas de cylindres ; il y a de l'urobiline en petite quantité, de l'uroérythrine et de l'indoxyle en grande quantité.

A partir du 12 mars, la température baisse lentement, l'hydarthrose gauche se résorbe, l'enfant peut marcher. Les urines augmentent aux environs du litre ; elles ne contiennent plus ni sucre, ni albumine.

Je vois l'enfant le 31 mars.

Sa température est de 37°4-37°6, son pouls à 100, sa pression artérielle de 9 pour la maxima, de 6,5 pour la minima.

Les genoux sont normaux.

La pointe du cœur est dans le cinquième espace intercostal gauche un peu en dehors du mamelon, le bord droit dépasse le sternum d'un cm. A la pointe, on entend un premier bruit sourd et un souffle holosystolique, qui est fixe, constant, mais ne se propage pas.

Sur la radiographie du thorax, le hile droit paraît chargé.

A partir du 1er avril, la température est irrégulière ; elle atteint à deux reprises 37°9 et 38° le soir.

Le 6 avril, le premier bruit du cœur a les mêmes caractères que lors de mon examen précédent.

A partir du 6 avril, il persiste un état subfébrile, à 37°8-37°9 le soir, le souffle mitral devient moins net, le premier bruit est un peu prolongé et soufflant.

Depuis le 16 avril, la température ne dépasse pas 37°4-37°5 le soir.

Le premier bruit mitral est toujours sourd avec un léger souffle systolique qui paraît être orificiel.

Le pouls est à 95, la pression artérielle au Pachon de 10-6,5.

Sur l'orthodiagramme du 20 avril, le cœur est un peu gros, surtout du côté des cavités droites.

$$D'G' = 6 \text{ cm. } 5$$
$$GG' = 4 \text{ cm.}$$

Le rapport ventriculaire $\frac{D'G'}{GG'}$ est de 1,62 ; comme le rapport normal étant de 1,25 — 1,30, il est donc notablement augmenté et cette augmentation témoigne d'une dilatation du ventricule droit.

Par contre, la flèche du ventricule gauche est de 0 cm. 7, c'est-à-dire normale.

Depuis l'entrée, l'enfant prend 5 gr. de salicylate de soude par jour.

***

A propos de ces deux malades, je désire vous relater les observations de cinq autres enfants, que nous avons soignés, depuis 1924, pour maladie de Bouillaud. Il s'agit de trois filles et de deux garçons ; trois sont âgés de 4 ans et quelques mois, deux de 5 ans et quelques mois. Au total, nous possédons sept observations, 4 filles et 3 garçons, quatre âgés de 4 ans et trois de 5 ans

Gabrielle a un père atteint de rhumatisme chronique, une mère qui a de la lithiase biliaire, un frère bien portant.

Elle est née le 27 mai 1922, à terme, avec un poids de 4 kgr. 500.

Elle a été élevée au biberon et a eu la coqueluche à 15 mois, les oreillons à 4 ans, la rougeole en février 1928.

Deux mois après celle-ci, le 16 avril 1928, elle se plaint de douleurs à la cheville droite, qui est gonflée et un peu rouge.

Le lendemain, les symptômes s'atténuent, mais la cheville gauche se prend.

Gabrielle entre à la salle Parrot, le 20 avril, quatrième jour de sa maladie. Elle est âgée de 5 ans et 10 mois.

Sa taille de 106 cm. 5, est un peu supérieure à la moyenne de son âge, qui est de 103 cm. ; son poids de 15 kgr. 650 un peu inférieur à la moyenne de 16 kgr. 700.

Le soir de son entrée la température est de 38°2.

Les chevilles sont un peu douloureuses, mais ne présentent ni gonflement ni rougeur.

On prescrit 4 grammes de salicylate de soude par jour, et cette dose est continuée jusqu'au 18 mai.

Les douleurs disparaissent rapidement, la température baisse graduellement et, le 22 avril, elle est de 37°3.

Puis il persiste une petite fièvre irrégulière, à 37°8-38° le soir.

Les viscères ne présentent rien d'anormal.

La cutiréaction à la tuberculine faite à trois reprises, le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

A l'entrée, le cœur a un volume normal. Sur l'orthodiagramme dessiné le 22 avril, le cœur apparaît un peu gros, surtout dans ses cavités droites.

D'G' = 7 cm. 7.
G'G' = 5 cm. 1

Le rapport ventriculaire $\frac{D'G'}{G\ G'}$ est de 1,5 un peu fort.

La flèche du ventricule gauche est de 0 cm. 5.

En position oblique, l'oreillette gauche est normale.

A l'auscultation, on entend sur la pointe un souffle systolique se propageant dans le dos, un second bruit accentué.

L'état ne se modifie pas

Le 19 mai, apparaît une éruption de scarlatine et l'enfant quitte le service.

Juliette est fille unique. Son père est albuminurique, sa mère bien portante.

Elle est née le 12 août 1921, à terme. Elle a été allaitée par sa mère et a eu la rougeole à 9 mois.

Au début d'avril 1926, elle a une angine avec une fièvre légère ; elle guérit au bout de trois jours.

Quinze jours après, à la suite d'une promenade, elle est prise, le soir, de frissons et se plaint d'une vive douleur au pied droit ; quatre jours après, elle est guérie.

Le 4 mai, elle est amenée dans le service de chirurgie pour une reprise des douleurs. La fièvre est élevée : 39°5-40°.

On élimine le diagnostic d'ostéomyélite, auquel le médecin avait pensé et Juliette est envoyée à la salle Parrot, le 6 mai.

Elle est âgée de 4 ans et 8 mois.

Sa taille est de 110 cm., supérieure de 14 cm. à la moyenne de 96 cm. ; son poids de 16 kgr. 850 supérieur à la moyenne de 14 kgr. 900.

La température est de 37°7-37°4.

Les douleurs ont disparu.

Le pouls est rapide, bien frappé.

Le cœur est un peu gros. La matité de l'oreillette gauche, dans le dos, mesure 3 cm. 5 en hauteur, 3 cm. en largeur.

A la pointe, on entend un souffle systolique piaulant, qui se propage dans l'aisselle et le dos, et un souffle diastolique léger sus-apexien. A la base, le second bruit pulmonaire est accentué.

Sur l'orthodiagramme du 7 mai, le cœur est gros globalement.

D'G' = 8 cm. 4
GG' = 6 cm. 7

Le rapport ventriculaire $\frac{D'G'}{G\ G'}$ 1,25 est moyen.

La flèche du ventricule gauche mesure 1 cm. 1.

La dilatation porte donc sur les cavités droites et gauches.

On donne 6 gr. de salicylate de soude par jour jusqu'à la sortie.

Il n'y a pas d'albuminurie.

La cutiréaction à la tuberculine est négative.

Les parents considérant à tort que Juliette est guérie l'emmènent le 10 mai.

Le 31 mai, on nous la ramène à la consultation. Elle est pâle, a des palpitations, de la tachycardie. Nous constatons les mêmes signes cardiaques.

Juliette fait un second séjour à l'hôpital du 16 au 21 mai 1927. Elle a alors 5 ans et 9 mois. La cardiopathie, qui a débuté un an auparavant, persiste.

Les quatre malades dont je viens de parler sont comparables. Ils sont des exemples des MODALITÉS HABITUELLES DE LA MALADIE DE BOUILLAUD CHEZ L'ENFANT.

Le *début* de la maladie diffère suivant les cas.

Tantôt apparaît une angine rouge avec fièvre plus ou moins forte, souvent légère ; puis, les articulations se prennent.

Tantôt les douleurs articulaires sont la première manifestation ; elles sont accompagnées d'une fièvre plus ou moins élevée.

Tantôt se produisent des poussées successives avec des douleurs articulaires plus ou moins passagères.

Voyons maintenant la *période d'état* et l'*évolution*

La fièvre, après un début brusque ou rapide, à 38°5, 39° ou 39°5, tantôt reste élevée pendant deux, trois ou quatre jours, tantôt diminue rapidement

Puis, la température, ou bien reste subfébrile pendant quelques jours, ou bien revient rapidement à la normale.

Les phénomènes généraux concomitants sont plus ou moins marqués, souvent légers.

Les localisations articulaires sont très diverses. Plusieurs articulations peuvent être intéressées, ou bien seulement une ou deux. Le plus souvent atteints sont les genoux et les chevilles.

Les douleurs sont quelquefois très vives ; elles peuvent empêcher la marche ; elles sont provoquées par la mobilisation et par la pression.

Les phénomènes inflammatoires locaux sont généralement légers ; il existe ou non un peu de rougeur, de chaleur, de gonflement, quelquefois de l'hydarthrose d'un ou des genoux.

En général, les phénomènes articulaires cèdent rapidement, soit spontanément, soit après l'administration de saliclylate de soude ; la disparition spontanée n'est pas rare.

Les quatre malades ont présenté des cardiopathies ; c'est là un point important de leur histoire, j'y reviendrai tout à l'heure.

Chez deux autres malades chez qui les douleurs se sont localisées au cou, réalisant le TORTICOLIS RHUMATISMAL.

J'ai relaté une de ces observations dans ma leçon du 11 décembre 1926 sur *Rhumatisme cervical et cervico-sciatique chez l'enfant*, qui est publiée dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Maladies infectieuses.*

Je ne raconte pas à nouveau l'histoire de cette malade, la petite Christiane, que nous avons soignée à plusieurs reprises depuis le 1er juin 1925, à l'âge de 4 ans 6 mois, jusqu'au 28 juin 1926, à l'âge de 5 ans 7 mois.

L'autre observation est celle du petit Jacques.

Ses parents et deux frères plus âgés sont bien portants.

Il est né le 30 avril 1922, à terme. Il a été allaité par sa mère, puis au biberon. Jamais il n'a été malade.

Le 16 juin 1926, après avoir été mouillé la veille par la pluie, il est pris de fièvre à 39°9, de mal de gorge et a une angine rouge qui dure deux ou trois jours. En même temps, il a un torticolis du côté droit et il ressent des douleurs dans la région mastoïdienne, qui est légèrement tuméfiée.

On pense à une otite, mais l'examen des oreilles reste négatif.

Les douleurs disparaissent après des applications de quelques compresses chaudes, humides. Au bout de trois jours, l'enfant semble guéri.

Une semaine plus tard, le 27 juin, il se plaint de mal de tête. Le surlendemain 29, sa température monte à 40°, il a de nouveau une angine rouge et un torticolis très douloureux ; la céphalée est vive.

Le 1er juillet, la température tombe à 37°,2 et l'angine diminue.

Le 2 juillet, Jacques entre à la salle Bouchut, il est alors âgé de 4 ans et 2 mois.

Sa taille de 100 cm., son poids de 14 kgr. 700 sont moyens. Sa température est de 37°3 et, le 3 juillet, de 37°8-37°5.

Le torticolis est bien caractérisé. La tête est inclinée à droite, immobilisée à cause de la douleur. On constate les points douloureux classiques. Il n' y a pas de raideur de la nuque, pas de signe de Kernig, ni de signe de Lasègue. On trouve quelques petits ganglions cervicaux.

Le pouls est régulier.

A l'examen du cœur, on constate un premier bruit un peu faible et un second bruit accentué.

On donne 2 grammes de salicylate de soude par jour.

Les jours suivants, la température reste autour de 37°5, le torticolis diminue, les bruits du cœur sont normaux.

Jacques sort le 6 juillet.

J'ai donné la description du *rhumatisme cervical* du *torticolis rhumatismal* dans la leçon que j'ai citée tout à l'heure ; je ne fais que la résumer.

Le début est brusque rapide, la fièvre plus ou moins forte. Il existe ou non une angine rouge.

On constate la déviation caractéristique de la tête ; le cou est douloureux, la tête immobilisée par la douleur. On trouve des points douloureux au niveau des ligaments et des articulations de la colonne cervicale. Le sterno-cléido-mastoïdien présente une contracture de défense.

Certains enfants présentent du signe de Kernig ou plutôt de Lasègue, qui, associé aux symptômes cervicaux, réalise un syndrome cervico-sciatique.

Christiane dont j'ai parlé dans ma leçon de 1926, présentait ces symptômes et un peu de somnolence ; on aurait pu penser à une atteinte méningée ; le liquide céphalo-rachidien, retiré par la ponction lombaire, était clair, contenait 0 gr. 30 d'albumine et 0 gr. 50 de glycose par litre, 40 lymphocytes par millimètre cube.

L'évolution du torticolis rhumatismal se poursuit comme celle des autres localisations articulaires. Jacques a présenté deux poussées successives. Christiane a eu pendant longtemps des reprises des douleurs de la nuque, accompagnées de poussées fébriles, puis au bout d'un an, une poussée de rhumatisme polyarticulaire ; c'est alors seulement qu'elle a eu une endocardite mitrale.

Voici maintenant une autre modalité de la maladie de Bouillaud.

Hubert est né le 17 janvier 1919. Il a eu de fréquentes bronchites entre un et trois ans. Il est tombé d'un deuxième étage à l'âge de deux ans et, depuis cette chute, il a assez fréquemment des crises épileptiques.

Le 3 juin 1924, il se plaint de douleurs abdominales ; sa température monte à 38°3 le soir.

Dès le lendemain, l'apyrexie s'installe.

L'enfant est amené à la salle Bouchut le 9 juin. Il est âgé de 5 ans et 4 mois.

Sa taille de 105 cm. 5 est moyenne, son poids de 18 kgr. 200 un peu fort. Sa température est de 37°-36°8. Il a de la bronchite.

La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H7), le Hecht sont négatifs.

L'enfant guérit rapidement et, le 19 juin, il sort de l'hôpital pour aller à la Roche-Guyon. Il revient à Paris, le 28 août.

Le soir du 30 août, il est pris brusquement de vives douleurs abdominales du côté gauche et d'une forte fièvre.

Le 31 août, la fièvre persiste et il a une épistaxis.

Il entre le 1er septembre, au deuxième jour de la maladie. Il est âgé de 5 ans et 8 mois.

Sa taille est de 108 cm., au lieu de 105 cm. 5, son poids de 18 kgr., au lieu de 16 kgr. 300.

Sa température est de 38°, puis, le 2, de 38°6-39°2, le 3, de 38°8-39°4.

Ce jour-là, l'enfant est couché en chien de fusil ; il est pâle ; ses yeux sont légèrement excavés. Son ventre est contracturé, météorisé, douloureux à la pression, surtout à gauche. Il a une selle dure.

Au niveau de l'hémithorax droit, dans sa partie supérieure, on constate de la submatité, une respiration soufflante, quelques râles sous-crépitants.

On pense à une pneumopathie.

Les urines, au taux de 500 c. c., ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine est négative.

Le 4 septembre, apparaissent de nombreuses macules roses sur la face, le tronc et les membres ; on pense à la rubéole. Le lendemain, 5 septembre, l'éruption est disparue, l'abdomen est normal, la température de 37°6 le matin, 38°4 le soir.

L'enfant se plaint de douleurs dans les membres inférieurs ; ses chevilles sont très douloureuses à la pression, et, à leur niveau, les téguments sont rouges, tuméfiés, chauds.

A l'auscultation du cœur, on entend un souffle systolique sur la pointe.

On prescrit 6 gr. de salicylate de soude par jour.

Le 6 septembre, la température est de 37°4-37°, les chevilles sont devenues normales, le souffle systolique est plus faible.

On continue le salicylate de soude à la dose de 4 gr. par jour jusqu'au 23 septembre, puis de 2 gr. jusqu'au 1er octobre.

L'apyrexie persiste ; le premier bruit mitral est sourd, le souffle systolique moins net.

Je vois l'enfant le 2 octobre. La température est de 37°3-37°. Le cœur est un peu gros, la pointe au niveau de la sixième côte ; le bord droit déborde le sternum de 3 cm. ; la distance de l'angle cardio-hépatique à l'angle gauche mesure 12 cm.

Sur l'orthodiagramme, le cœur paraît gros étalé.

D'G' = 10 cm. 5.
GG' = 5 cm. 7

Le rapport ventriculaire $\frac{D'G'}{GG'}$ est de 1,79.

La flèche du ventricule gauche mesure 0 cm. 7.

La dilatation porte surtout sur le ventricule droit.

Le premier bruit mitral est un peu sourd et soufflant ; le second bruit pulmonaire accentué.

Le foie est gros ; sur la verticale mamelonnaire, il mesure 15 cm., et dépasse de 2 cm. le rebord costal.

L'enfant sort de l'hôpital le 19 octobre. Il est âgé de 5 ans et 9 mois. Il mesure 108 cm. et pèse 19 kgr. 500.

Jacques a donc présenté un SYNDROME ABDOMINAL DOULOUREUX.

Vous trouverez la description de ce syndrome, dans ma leçon du 7 février 1931 sur *Les syndromes abdominaux douloureux de la maladie de Bouillaud chez les enfants*, reproduite dans le livre de *Clinique* que je viens de citer.

Il se rencontre chez les enfants et chez les adultes.

Parmi les observations que j'ai relatées, l'une d'elles concerne un garçon de 5 ans et demi. Elle a été publiée par MM. Fèvre, Folliasson et Garnier à la *Société de pédiatrie de Paris*, le 21 octobre 1930. Ce garçon était atteint d'un *rhumatisme articulaire aigu à début par syndrome péritonéal.*

Entre 3 et 6 ans, la maladie de Bouillaud peut donc revêtir les mêmes modalités cliniques que chez les enfants plus âgés.

La maladie est plus ou moins fébrile, les arthropathies sont généralement peu nombreuses et de courte durée.

En outre, il existe des CARDIOPATHIES.

Un seul de mes sept malades, Jacques n'en a pas présenté.

Les six autres ont eu des *endocardites* avec ou sans syndrome myocardique.

La fréquence de l'endocardite est donc grande chez les enfants atteints de rhumatisme entre 3 et 6 ans. Elle existait dans 85,7 % des cas.

Chez les enfants de tous les âges, l'endocardite apparaît, suivant les statistiques, dans 60, 80 et même 90 % des cas de maladie de Bouillaud.

Chez les adultes, elle survient dans 25 % des cas et sa fréquence diminue avec l'âge.

Avec M. Peyre, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le

8 décembre 1916, dans un mémoire *Endocardites et péricardites aiguës chez les soldats du front*, j'ai relaté que l'endocardite apparaît :

De 19 à 22 ans, dans 40 % des rhumatismes.
De 23 à 30 ans, dans 25 % —
De 31 à 42 ans, dans 13 % —

L'endocardite peut être constatée à des moments divers de l'évolution de la maladie. Nous l'avons constatée le quatrième et le sixième jours, chez deux malades, le dixième et le seizième jours, chez deux autres, au bout de deux ou trois semaines dans un cas. Chez Christiane, dont j'ai rapporté l'observation en 1926, l'endocardite s'est manifestée au cours d'une reprise, un an après la première atteinte.

L'endocardite n'entraîne, en général aucun symptôme subjectif ou fonctionnel.

Le cœur, chez nos enfants, a été peu augmenté de volume.

Nous n'avons constaté que l'endocardite mitrale. Elle se manifeste par un assourdissement du premier bruit et par un souffle systolique de la pointe. Chez une de nos malades, elle a réalisé le type de la maladie mitrale, avec un souffle systolique et un souffle diastolique et une dilatation précoce de l'oreillette gauche.

L'apparition du souffle peut-être précoce. Cadet de Gassicourt l'avait déjà remarqué chez un garçon de 5 ans : au troisième jour d'une première attaque de rhumatisme, il existait un souffle assez rude.

Avec l'endocardite, peut exister un *syndrome myocardique* bien caractérisé, comme chez le petit Bernard que vous venez de voir.

La *péricardite* est plus rare que l'endocardite. Un seul de nos malades, le petit Bernard, en a été atteint.

J'en ai rapporté déjà une observation dans mes leçons sur les *Cardiopathies de l'enfance*, en 1914.

Un garçon de 5 ans, Charles est amené à l'hôpital le matin du 6 mars 1910 ; il meurt le même jour à 21 heures.

A l'autopsie, nous trouvons une péricardite avec des adhérences récentes à la base et à la face postérieure du cœur. Le cœur est modérément gros. Il existe des végétations récentes sur l'endocarde mitral. Le foie est très gros et a les caractères de foie cardiaque. Les poumons sont denses, ne crépitent pas et ont l'aspect de la pneumonie épithéliale.

***

Nos observations montrent les problèmes de DIAGNOSTIC que posent la maladie de Bouillaud. Ces problèmes sont de même ordre à tous les âges.

Avant l'apparition des symptômes articulaires, on peut penser à toutes les infections, à une angine, à une grippe, etc., dans certains cas à une méningite ou à une affection abdominale.

Le diagnostic se précise lorsque apparaissent les arthropathies qui offrent les particularités que je viens de décrire. Il est confirmé par l'apparition d'une cardiopathie.

Il n'*est pas toujours facile d'affirmer qu'il s'agit de maladie de Bouillaud*, car les arthropathies peuvent être légères, les douleurs plus ou moins diffuses, les manifestations cardiaques faire défaut.

Voici un exemple de cette difficulté.

Charles est né le 5 janvier 1923. Il est toujours bien portant.

Au début de janvier 1926, il commence à se plaindre de douleurs dans les membres inférieurs, surtout dans les genoux ; les douleurs sont spontanées et provoquées par les mouvements ; il ne veut pas marcher. Il serait fiévreux, il a une épistaxis et tousse un peu.

Il entre le 1er février à l'hôpital.

Il a 3 ans et un mois.

Il est bien constitué ; sa taille est de 93 cm. au lieu de 89 cm.5, son poids de 13 kgr., moyen.

Il n'a pas de fièvre, pas de douleurs appréciables. L'aspect des chevilles et des genoux est normal. L'examen complet ne révèle rien.

La cutiréaction à la tuberculine est positive à deux reprises, les 1er et 9 février, le Bordet-Wassermann négatif.

L'enfant reçoit 4 gr. de salicylate de soude par jour.

Les jours suivants, il n'a pas de fièvre, son cœur reste sain.

Il quitte l'hôpital en bon état le 15 février.

Je ne saurais affirmer que, dans ce cas, il s'agissait de maladie de Bouillaud.

Par contre, quand l'enfant présente des articulations très enflammées, il faut se méfier d'*autres affections que le rhumatisme articulaire aigu.*

Parmi les infections qui réalisent des arthrites, il faut toujours penser à l'*infection gonococcique*, chez les filles surtout, à cause de la vulvo-vaginite si souvent causée par le gonocoque.

Tel est le cas de la petite Hélène.

Elle est née le 23 décembre 1920, à terme.

Le 27 juin 1925, on constate à la vulve un écoulement jaunâtre, empesant le linge. La température monte à 39° et 40°. Il y a de l'insomnie, de l'abattement, de l'anorexie.

Le 5 juillet, les mictions sont douloureuses et provoquent des pleurs.

Hélène entre à l'hôpital le 6 juillet. Elle a 4 ans et 6 mois.

Sa température est de 37°7. Son teint est pâle. Sa peau couverte de petites macules. Sa vulve est très rouge ; il existe un écoulement blanchâtre glaireux, dans lequel on constate de nombreux gonocoques, la plupart extra-cellulaires.

Elle se plaint de sa main gauche. Au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius, on constate une légère rougeur, sans tuméfaction ; la pression et la mobilisation sont douloureuses.

Le lendemain, la température monte le soir à 39°1. L'articulation est très douloureuse, la peau est rouge et chaude à son niveau.

De plus, à droite, le poignet et la face dorsale de la région métacarpienne sont douloureux, rouges, chauds, le coude droit est douloureux.

Les jours suivants, la fièvre persiste autour de 38°.

A partir du 10 juillet, une amélioration se produit et va en augmentant. A partir du 17 juillet, l'enfant est apyrétique et ne conserve qu'une légère limitation des mouvements du poignet droit.

Le cœur reste normal.

Hélène sort le 23 juillet.

Le traitement a consisté, d'une part, localement en des lavages au permanganate de potasse et des attouchements avec une solution de nitrate d'argent à 1 %, d'autre part, en cinq injections sous-cutanées, les 12, 13, 15, 17 et 20 juillet, de vaccin antigonococcique.

Pour Hélène, nous n'avions aucune difficulté à préciser le diagnostic, car nous connaissions la vulvo-vaginite à gonocoques.

Mais l'écoulement peut-être minime et passer inaperçu, même si on examine la vulve. Une erreur de diagnostic est alors facile.

***

Cette leçon comporte plusieurs enseignements.

1° La maladie de Bouillaud est relativement rare entre 3 et 6 ans, mais elle n'est pas exceptionnelle. J'en ai cité 7 cas, observés, 4 pendant la cinquième année, 3 pendant la sixième, 4 chez des garçons, 3 chez des filles.

2° A ces âges, elle revêt les mêmes modalités cliniques qu'aux autres âges. La fièvre et les phénomènes généraux sont plus ou moins intenses, les arthrites plus ou moins fortes ; on peut observer des manifestations diverses, notamment le torticolis et le syndrome abdominal douloureux.

Les localisations cardiaques sont très fréquentes : l'endocardite, avec ou sans syndrome myocardique, apparaît dans 85 % des cas ; la péricardite est plus rare ; elle n'est apparue que dans 14 % des cas.

A tous les âges, ce sont les cardiopathies qui font la gravité de la maladie de Bouillaud. Elles sont particulièrement redoutables pour les enfants atteints de rhumatisme entre 3 et 6 ans. Si la première atteinte est légère, il faut craindre, du fait du

◆◆◆

jeune âge, au cours des reprises de l'infection rhumatismale, un réveil de la cardiopathie. Or, ces reprises sont d'autant plus à redouter que l'enfant est atteint plus jeune ; la maladie de Bouillaud est, en effet, une maladie chronique, qui, le plus souvent, persiste pendant l'enfance, la jeunesse et le début de l'âge adulte.

3º Les deux enfants que vous venez de voir, ont présenté des modalités différentes de la maladie de Bouillaud.

Chez Adrienne, le début est fébrile, puis apparaissent de l'hydarthrose des genoux et une endocardite mitrale. Celle-ci reste discrète et paraît s'atténuer. Le pronostic actuel est donc favorable.

Bernard a peu de fièvre, des douleurs passagères dans plusieurs articulations. Mais il est atteint d'une pancardite et de manifestations pulmonaires ; son état général est très atteint. Sa pancardite est sévère et persiste. Le pronostic actuel est grave et il faut prévoir une issue fatale, sans qu'il soit permis de fixer l'échéance. Comme il est de règle en pareil cas, le salicylate de soude et les médicaments cardiaques n'ont aucune action.

CHRONIQUE

Une théorie pathogénique du cancer

J'ai déjà dit, ici, quel intérêt je trouve aux travaux de JACQUES SÉDILLOT fondés sur l'observation minutieuse de ses malades et sur les réflexions pensées et repensées à propos de ses malades. J'ai donc lu avec la plus grande attention le livre qu'il vient de consacrer au grand problème qu'est la pathogénie du cancer (1) et je suis heureux de résumer ici l'enchaînement « capricieux » des idées qui l'ont mené à ses conclusions fort suggestives.

***

De toute l'anatomie pathologique du cancer, SÉDILLOT retient une donnée, c'est que le cancer est une maladie de la basale des épithéliums.

***

Quelques faits d'observations sont ensuite retenus par SÉDILLOT : le cancer est plus fréquent chez l'homme que chez les animaux ; — il est fréquent dans les familles d'arthritiques ; — c'est une affection de la deuxième moitié de la vie ; — il augmente de fréquence ; — il semble héréditaire dans certaines familles.

La conclusion de ces faits est que, pour obtenir un cancer, il faut un terrain de prédilection acquis ou hérité.

***

Enfin, parmi les théories du cancer, il en est une que retient SÉDILLOT, c'est celle de l'irritation cellulaire chronique Les cancers épithéliaux les plus fréquents naissent avec prédilection aux dépens des muqueuses d'organes creux aux points où ces organes creux présentent des parties de moindre calibre.

Généralement, il y a eu une pathologie précancéreuse : de la gastrite avant le cancer de l'estomac, de la métrite avant le cancer du col. En somme, irritation locale aux points de plus grand travail.

***

SÉDILLOT, quittant alors le cancer, rappelle sa théorie de l'arthritisme : l'arthritisme se caractérise par des floculats de déchets azotés, qui sont phagocytés par de gros mononucléaires. Ceux-ci les détruisent ou, s'ils sont débordés, les entraînent vers les bronches (asthme dans les crachats duquel on retrouve les mononucléaires), vers la peau (eczéma) ou vers des zones où ils pourront les détruire en vase clos (goutte ou urticaire.)

C'est la théorie de la défense leucocytaire antifloculats et SÉDILLOT en affirme le triomphe imminent tout en reconnaissant que ses adversaires font contre elle (ou contre lui) la conspiration du silence. Le passage des leucocytes phagocyteurs et expulseurs des floculats à travers les muqueuses serait un fait très général. En un long chapitre, notre auteur explique par ce mécanisme l'ulcère gastrique, la périphlébite goutteuse, la maladie de Buerger, les hémorrhoïdes, l'accès de goutte, le lumbago aigu, l'appendicite, la fièvre de lait sec.

***

Or, dans celles des maladies énumérées plus haut où le siège de la lésion est un épithélium cavitaire, les leucocytes, par leurs ferments, franchissent la basale. D'où le syllogisme :

le cancer est une maladie de la basale ;
or l'arthritisme crée une maladie de la basale ;
donc l'arthritisme peut créer le cancer (1).

***

Il est d'autres causes de cancer. Toute cause capable de provoquer de fréquentes réparations d'un tissu sur un point localisé peut, à la longue, devenir un point d'appel du cancer : cancers professionnels, cancers des radiodermites, cancers de la thyroïde chez les goitreux, cancers des syphilitiques. Mais ces éventualités ne représentent que 10 % du nombre total des cancers.

***

La prophylaxie du cancer tient en un mot : prophylaxie de l'arthritisme (et, très accessoirement, sels de magnésium suivant la méthode préconisée par DUBAR).

Ceci est de la prophylaxie. Quant à la thérapeutique, elle ne saurait être médicale. Elle doit être chirurgicale : chirurgie précoce.

Henri VIGNES.

(1) *Qu'est-ce que le cancer ? Comment l'éviter ? Comment le guérir ?* Louis ARNETTE, éd., Paris, 1932.

(1) Enfin le surmenage de la défense leucocytaire peut encore se traduire par un état de fureur cellulaire des tissus producteurs des monocytes, c'est à savoir une autre variété de cancer, la maladie de HODGKIN, qui est une exaltation du tissu réticulo-endothélial.

« Etat constitutionnel ». — « Le terme « constitutionnel » attend encore une définition précise. C'est un vieux mot qu'il semble aujourd'hui malaisé de distinguer de celui de « tempérament » ou même de « diathèse ». Mais il apparaît qu'on s'entend d'autant mieux sur lui qu'on cherche moins à le définir. Lorsqu'on aura dit qu'une « constitution lymphatique » est une manière d'être spéciale de la nutrition (transmise des générateurs à l'enfant) dans laquelle prédominent le développement et l'activité du système lymphatique, on aura peu progressé. De même, lorsqu'on aura parlé de tempérament, ou de diathèse lymphatique.

Il s'agit là d'orientations « cliniques » vagues (comme pour l'arthritisme) qui attendent des précisions de recherches ultérieures et qui constituent seulement des expressions commodes ». (G. MOURIQUAND et M. BERNHEIM. — Hypertrophie du thymus et états thymo-lymphatiques. *La Pratique Médicale illustrée*, 1932. Doin, édit.)

Pneumothorax thérapeutique et sexe féminin. — « Nos résultats favorables sont plus nombreux chez les femmes que chez les hommes. La vie sociale de l'individu, le travail manuel pénible, la vie moins réglée de l'homme sont les seules raisons, croyons-nous, de cette différence de statistique ». (L. DE WECK. Effets éloignés du pneumothorax thérapeutique. 1 vol., Masson, édit.)

BIBLIOGRAPHIE

Considérations cliniques et thérapeutiques sur la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme, par le Docteur L. Boulanger, Tome II, 1932. Un vol. in-8° de 368 pages, avec figures : 40 francs. Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, (VI[e]).

Le deuxième et dernier volume de l'ouvrage du D[r] Boulanger vient de paraître à la librairie Legrand, boul. Saint-Germain, 93. L'auteur y étudie d'abord certaines affections urétrales post-gonococciques et particulièrement et de façon très détaillée les lésions de l'urètre postérieur, leurs traitements par les méthodes classiques et par celles plus récentes au moyen des urétroscopes modernes. Cette étude est pour l'auteur l'occasion de donner une description complète de l'anatomie de l'urètre postérieur et de son aspect vu avec plusieurs utéroscopes, de décrire les instrumentations employées, les techniques mises en usage et les résultats obtenus. Viennent ensuite des considérations sur le rétrécissement blennorrhagique en voie de formation que l'auteur appelle le *rétrécissement embryonnaire* dont il montre la curabilité et attire l'attention sur cette phase du rétrécissement blennorrhagique qui à ce moment, peut être guéri, tandis qu'à une époque plus avancée il est une infirmité qui ne peut plus être que palliée. Les chapitres suivants sont consacrés à cette question si importante de la blennorrhagie chez la femme. On y trouvera ce qui a trait aux conditions de réceptivité des organes génitaux de la femme, à cette forme particulière de la blennorrhagie féminine, la blennorrhagie *discrète*, à la blennorrhagie chez la femme enceinte, au traitement de la blennorrhagie récente par différentes méthodes, permanganate, argyrol, crayons à l'argyrol, par les vaccins sensibilisés de Besredka, par la diathermie et l'opération de la bartholinite ; enfin le problème de la prophylaxie de la blennorrhagie chez la femme. Le volume se termine par la description de plusieurs instruments urologiques et par des considérations sur la blennorrhagie envisagée au point de vue individuel, familial et social.

L'asthme bronchique, par Pasteur-Vallery-Radot et François Claude. La pratique médicale illustrée. Un vol. in-8° de 54 pages, avec figures dans le texte 16 francs Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6[e]).

Dans cette monographie, les auteurs tracent les grandes lignes de la symptomatologie de l'asthme, esquissent la pathogénie telle qu'on peut la concevoir actuellement, enfin passent en revue les principaux traitements qui ont fait leurs preuves.

Dans un premier chapitre, les auteurs étudient les caractéristiques de l'accès d'asthme, puis les types d'accès, enfin les équivalents respiratoires : coryza spasmodique, rhume des foins, toux spasmodique.

Dans un second chapitre ils montrent sur quelles notions s'étaye aujourd'hui la pathogénie de l'asthme. Ils font l'étude du terrain diathésique et du mécanisme de la crise. Les auteurs font preuve d'un grand éclectisme : c'est leur mérite d'avoir montré que l'asthme a des mécanismes extraordinairement variés. En cela se distingue ce livre de ceux qui l'ont précédé sur l'asthme. Les auteurs ne sont pas partisans d'*une* pathogénie, ils jugent en cliniciens qui ont examiné impartialement chaque cas soumis à leur examen.

Le traitement est longuement étudié : traitements agissant sur la crise ; traitements ayant pour but de modifier la constitution de l'asthmatique ; agents transformateur du système vago-sympathique ; méthodes humorales ; méthodes de désensibilisation spécifique, etc.

Ce livre est une excellente mise au point de la question. Il renferme les données essentielles de nos connaissances sur l'asthme. Il est écrit par des auteurs particulièrement compétents qui ont su étudier les faits en observateurs et en critiques. La lecture de cette monographie permettra à l'étudiant comme au médecin de se mettre rapidement et aisément au courant d'un des phénomènes les plus complexes de la pathogénie.

Précis de radio-diagnostic, par Paul Lamarque. Collection Testut. Un vol. in-8° de 750 pages, avec 374 radiographies hors texte et schémas explicatifs ; cartonné 125 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6[e].)

La grande importance de la radiologie dans les recherches diagnostiques ne saurait être contestée par personne aujourd'hui. Les nouvelles méthodes d'investigation par les rayons X s'étendent largement dans toutes les branches de la médecine. Elles intéressent au même titre le médecin, le chirurgien et le spécialiste.

Il existe de nombreux traités de radiologie, qui sont, pour la plupart, d'une documentation très riche et d'une valeur scientifique incontestable. Mais si cette richesse de détail devient un attrait pour le radiologiste ou le médecin déjà averti, elle reste une source de difficultés pour celui qui n'est pas préparé par une éducation spéciale ou par la pratique. Enfin, la plupart des ouvrages consacrés à l'étude de la radiologie ne traitent chacun qu'une question bien déterminée.

Dans le précis que nous présentons, l'auteur a passé en revue toutes les questions intéressant aujourd'hui le radiodiagnostic. Rien qu'ayant condensé le texte à l'extrême, il a parcouru tout le domaine courant, celui qu'un médecin n'est plus en droit d'ignorer. Laissant une grande place à la *séméiologie radiologique*, il a pu ainsi montrer et laisser entrevoir très largement les *méthodes d'exploration*.

Mais un ouvrage de radiologie, même très réduit, ne saurait se concevoir sans image. Une très *importante illustration* accompagne le texte. Presque toutes les reproductions radiographiques sont accompagnées d'un schéma qui en facilite la lecture.

Cet ouvrage paraît donc bien conçu et bien complet, de plus il vient à son heure. Le praticien spécialisé et l'étudiant seront heureux d'avoir en main sous un volume réduit et à un prix modique, les renseignements encore bien épars d'une science en pleine évolution.

Ajoutons que l'ouvrage est tiré sur papier couché et que tous les clichés radiographiques, choisis avec soin parmi les plus typiques, sont particulièrement bien réussis.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic

Le diagnostic de hernie étranglée est erroné dans les cas où coexistent une hernie devenue irréductible et un syndrome abdominal ; il est le plus souvent le résultat d'un interrogatoire insuffisant et incomplet et d'un examen superficiel et sommaire.

De telles erreurs sont moins rares qu'il ne le semble ; six cas sont rapportés dans lesquels le syndrome clinique était dû à une hernie de Littre, à un cancer sténosant du rectum, à un ulcère duodénal perforé, à un ulcère gastrique perforé, à une cholécystite, à un abcès appendiculaire.

(F.-O. Mayer. Falle bei der Diagnose des eingeklemmtes. Bruches. *Münchenermedizinische Wochenschrift*, 22 janvier 1932.)

Fièvres éruptives

La variole ne peut être prévenue que par une vaccination suffisante ; une seule inoculation ne donne qu'une immunité peu intense et de courte durée ; il ne faut pas compter obtenir le maximum d'immunité avec le minimum de réaction : le degré d'immunité est proportionnel à l'intensité de la réaction locale ; il faut donc procéder à deux scarifications au moins.

Trois observations montrent qu'il ne s'agit pas d'un danger illusoire.

Un petit garçon de sept ans a une variole trop légère pour être primitive et trop forte pour être une varioloïde ou une variole atténuée par la vaccination. Un examen attentif de la peau ne montre qu'une cicatrice superficielle de 3 millimètres de diamètre au bras gauche. L'inoculation unique a été insuffisante pour conférer une immunité durable et intense.

Les deux autres observations concernent deux petites sœurs. L'aînée, âgée de deux ans, est atteinte le 12 mai de variole confluente ; elle présente sur la peau une petite cicatrice d'inoculation ; la vaccination a été faite l'année précédente, la protection a duré un an. La cadette, âgée de quatre mois, a reçu une petite scarification le 27 mai, soit quinze jours après ; les papules varioleuses apparaissent le 29 mai et la pustule vaccinale le 1er juin ; les deux affections évoluent parallèlement et indépendamment ; la vaccination n'a ni empêché ni atténué l'intensité de la variole, la variole n'a point modifié la marche de la vaccination.

Cette étude originale prouve une fois de plus que les questions de la variole et de la vaccination réservent des découvertes aux esprits curieux et observateurs.

(Andres Martinez Vargas. Tres casos de viruela por vacunacion insuficiente. *Medicina Argentina*, décembre 1931.)

Voies respiratoires

La toux d'hiver a été étudiée chez treize sujets ; elle dure des années, augmente l'hiver et diminue l'été ; elle est en rapport avec les refroidissements, la grippe et l'infection des sinus : voici un exemple typique de ces formes si courantes :

A. M., 16 ans, vu pour la première fois le 6 janvier 1930; A 2 ans grippe et bronchopneumonie. A 8 ans nouvelle bronchopneumonie. Le 1er janvier 1929, grippe et troisième bronchopneumonie ; en octobre 1929 refroidissement et quatrième bronchopneumonie. Admission à l'hôpital en novembre 1929, inflammation des sinus et des bronches, confirmée par les rayons X. Sortie le 23 novembre 1929, guéri en apparence. Actuellement toux, expectoration muco-purulente et points de côté. Faiblesse générale, céphalées, température 37°2. Sécrétion muco-purulente du naso-pharynx et congestion du pharynx. Aux deux bases râles crépitants. Les rayons X montrent de la densité des deux antres, de nombreuses infiltrations de caractère pneumonique à la base droite. Traitement : pus de l'antre droit évacué par lavage le 24 janvier 1930. Lavages fréquents ; le 27 février 1931, le malade est vu pour la dernière fois ; il va beaucoup mieux. Antre négatif, toux disparue. Le 3 mars 1931 la radioscopie du thorax ne montre rien d'anormal.

(Joseph Harkavy. Recurrent winter cough. *American Review of Tuberculosis*, février 1932.)

Neuro-psychiatrie

Les réactions épileptiques de la race nègre sont d'ordre psychique ; la statistique suivante (160 cas) ne comprend pas de cas d'épilepsie symptomatique, c'est-à-dire due à des lésions cérébrales claires.

70 cas ont présenté des états confusionnels, 52 un affaiblissement mental progressif, 27 du déficit mental, 7 de laschizophrénie et 4 des lésions cérébrales associées.

Le sadisme s'observe principalement dans les groupes confusionnel et déficitaire. Les actes contre les personnes et les choses sont fréquemment colorés par des idées religieuses et quelquefois motivés par de telles idées. L'épileptique en état de confusion est libéré de toute discipline traditionnelle, morale et sociale ; il rejette toute contrainte et donne libre cours à ses impulsions sadiques. Sadisme et instinct de destruction se rencontrent dans 84 cas.

On a constaté dans 19 cas une religiosité extrême et des idées mystiques concernant l'activité et l'influence de Dieu et du diable, dans 25 cas des projections paranoïdes allant des plaintes modérées contre l'entourage aux systèmes organisés de persécution et dans 72 cas des hallucinations surtout auditives, visuelles et somatiques.

(Nolan D.-C. Lewis et L.-D. Hubbard. Epileptic reactions in the negro race. *American Journal of Psychiatry*, janvier 1932.)

Les formes de début de la paralysie générale sont d'autant plus difficiles à reconnaître qu'elles ne comportent ni expansivité, ni dysarthrie, ni signe d'Argyll-Robertson.

Cinq cas ont présenté des syndromes particulièrement curieux : schizophrénie, ataxie, mélancolie, crise confusionnelle classique, confusion mentale progressive.

Les résultats positifs, donnés par la ponction lombaire, ont permis le diagnostic de syphilis quaternaire.

(B. Rodriguez Arias, J. Pons Balmes et J. Juncosa. Formas atipicas de comienzo de la paralisis general. *Medicina Ibera*, 13 février 1932.)

Les résultats de la malariathérapie des paralytiques généraux faite à l'asile de Bel-Air (Genève) sont très inférieurs à ceux de certaines statistiques brillantes.

Le nombre des améliorations après la malariathérapie est supérieur de 13,73 % à celui des malades non impaludés. Il est important de souligner que 57 % de ces améliorations sont survenues chez des malades à un stade peu avancé de leur maladie, où les chances d'une amélioration spontanée sont encore considérables.

Comme les souches des plasmodiums étaient vérifiées, les accès en général bien supportés et facilement jugulés par la quinine, l'auteur ne voit pas d'autre cause de la médiocrité de ses résultats que la différence de l'ancienneté de l'affection et la différence de l'appréciation de l'état des malades et il se croit en droit de conclure :

1° Les résultats de la malariathérapie sont incertains ;

2° La malariathérapie ne donne jamais de guérisons complètes.

3° Le pronostic de la malariathérapie peut être influencé par le stade de la maladie, mais pas par la forme de la paralysie générale.

Faut-il en conclure, à notre tour, que les statistiques sincères sont rarement brillantes et que leur publication est toujours une preuve de courage ?

(Jules Sliosberg. La malariathérapie des paralytiques généraux. *Revue médicale de la Suisse normande*, 25 février 1932.)

Le traitement de la démence précoce (schizophrénie) par le vaccin typho-paratyphique est l'objet d'une note préliminaire de Joson.

Le vaccin contient un milliard de germes par centimètre cube : il est additionné d'acide phénique. Les injections sont pratiquées par voie intraveineuse à des intervalles variant de quatre à huit jours. La première dose est de 15 millions, les suivantes de 25 à 50 millions ; leur progression dépend de l'intensité des réactions. La cure est d'environ 10 injections. La réaction fébrile intense est combattue par la diète liquide et la vessie de glace sur la tête ; elle dure généralement de quatre à douze heures.

Sur 27 sujets traités quatre retrouvèrent l'intégrité mentale apparente, un eut une forte amélioration et neuf une amélioration légère, treize restèrent dans le même état.

(Joson. Preliminary report on typhoid vaccine treatment of dementia praecox (Schizophrenia). *Journal of the Philippine Islands Medical Association*, octobre 1931.)

L'aliéné délinquant n'est pas en tout semblable à l'autre aliéné.

12 % des internés de l'asile spécial des délinquants anormaux de Reckheim sont épileptiques : ils s'habituent rapidement à l'internement, se conduisent bien et donnent le bon exemple, quelle que soit l'horreur des faits qui ont amené leur internement.

10 % sont des alcooliques chroniques, égoïstes et cyniques, dont il n'y a rien à attendre de bon.

Les paranoïaques, interprétateurs pathologiques ne renoncent qu'en apparence à leurs idées morbides, souvent partagées par leur entourage ; ils ne s'améliorent pas, ne travaillent pas et répandent un mauvais esprit dans l'asile.

Les déprimés sont rares.

Beaucoup d'internés déclarent avoir simulé la folie ; l'examen de chaque cas montre qu'il y a eu parfois exagération, jamais simulation vraie.

La défense de la société exige que l'aliéné délinquant soit maintenu hors du milieu social.

(Oliviers. Les aliénés délinquants tels qu'ils se présentent à l'asile spécial. *Scalpel*, 27 février 1932).

Dermatologie.

Les dermites professionnelles des horlogers peuvent se répartir en trois groupes :

1° Les dermites des *ouvriers sur dorage et installations similaires* sont les plus nombreuses (80 %). Le pétrole, la soude, la potasse paraissent jouer un rôle important. Les doigts, les mains, souvent les poignets et les avant-bras sont le siège de lésions d'eczéma suintant. Ces dermites bénéficient de n'importe quelle thérapeutique et sont le plus souvent favorablement influencées par la cessation du travail.

2° Les dermites dues aux *sels d'or* (or métallique ou bains d'or) sont caractérisées par l'eczématisation de l'extrémité des doigts.

3° Les dermites, dues au *nickel* et au *laiton*, ne présentent pas de symptomatologie spéciale.

(G. Franck. Au sujet de certaines dermites professionnelles, plus particulièrement de celles des horlogers. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 février 1932.)

Chirurgie.

Le traitement ambulatoire des fractures du col du fémur est indiqué.

1° Chez les malades âgés, pour lesquels le séjour au lit doit être évité d'une façon absolue, quel que soit le type de la fracture ;

2° Chez les accidentés dont la fracture est largement engrenée dans une position qui n'entraîne pas la déviation du membre.

3° Chez les sujets, même jeunes, dont le col est placé en valgus, le trait de fracture étant horizontal.

La technique est la suivante : grand plâtre de marche de Boehler pendant trois mois, puis caleçon plâtré pendant deux ou trois mois.

Dès que le premier plâtre est sec le blessé se lève et marche d'abord avec l'aide d'une chaise, puis avec des béquilles, enfin avec des cannes.

La correction sera moins anatomique, moins précise que celle des autres méthodes ; mais les résultats fonctionnels et généraux seront de beaucoup supérieurs.

(Coryn. Traitement ambulatoire des fractures du col du fémur. *Scalpel*, 6 février 1932.)

Les anomalies vertébrales apparaissent surtout aux régions frontières ; les haut situées déterminent souvent des scolioses fort graves avec gibbosité costale acccentuée, qui facilitent le diagnostic ; dans deux observations de l'auteur la scoliose était discrète ; il s'agissait de déviation légère, para-médiane, les malades souffraient et ce tableau était bien de nature à rendre le diagnostic plus subtil.

On se demandera pourquoi, à un moment donné, ces malades se mettent à souffrir ? Il y a deux grandes raisons et il en existe sans doute d'autres.

La première, *troubles de l'ossification*, ne doit pas être la plus fréquente, mais elle est capitale parce qu'elle permet de concevoir que des changements anatomiques épiphysaires peuvent intervenir.

La deuxième raison, la plus fréquente, c'est le *déséquilibre du rachis*, qui s'exagère au cours d'une poussée de croissance. Le rythme de croissance de la taille atteint son maximum de 14 à 16 ans ; à ce moment s'établit la puberté et c'est au bénéfice du tissu musculaire que se réalise l'hypertrophie pubertaire ; nouvelle charge pour *le mât vertébral désaxé* ; nouveau risque provenant des tractions musculaires inégales qui peuvent jouer pour leur propre compte.

(Edouard Delcroix. Nouveaux cas d'anomalies vertébrales avec syndromes douloureux. *Scalpel*, 20 février 1932.)

Radiologie.

Une bonne radiographie pulmonaire doit réunir les conditions fondamentales suivantes :

1° *Netteté* des contours du cœur, des diaphragmes et de la plus grande partie du dessin pulmonaire à une fraction de millimètre près.

2° *Répartition* égale du faisceau des rayons X à tous les niveaux (notion propre aux auteurs.)

3° *Richesse*, représentée par l'abondance des éléments pulmonaires visibles par unité carrée de surface de film.

4° *Pénétration*, permettant de deviner le dessin pulmonaire au travers du cœur, du foie et de l'estomac.

5° *Contrastes* modérés.

6° *Conservation approximative des dimensions.*

Les exigences d'un bon cliché pulmonaire concourent à nous amener à la technique suivante : *brièveté du temps de pose, rayons durs, grande distance foyer-film*. Si la grande distance et la brièveté du temps de pose sont incompatibles dans une certaine mesure, les rayons durs s'accordent fort bien avec chacune des deux séparément.

Une nouvelle ampoule, la L. G. W. D°, permet de remplir les conditions précédentes. L indique le tube spécial long, G le foyer linéaire de Gœtze, W le refroidissement par eau, D° le double foyer.

Les données sont actuellement les suivantes :

Pose (adulte normal) 4/100. Tension 150 Kv. Intensité 150 à 160 milliampères. Distance foyer-film : deux mètres. Interposition de l'anti-diffuseur rotatif. Films rapides. Développement vertical 5 minutes à 18°. Cassette à fond de bois contre-plaqué.

En somme un progrès sensible dans la technique de la radiographie pulmonaire.

(Jacques Stéphani et René Jonin. Présentation d'une nouvelle ampoule radiologique permettant de satisfaire aux exigences actuelles de la technique pour les radiographies pulmonaires. *Montana Médical*, premier trimestre 1932).

Aphorismes.

Nous ne possédons jusqu'à maintenant aucune démonstration rigoureusement scientifique de la curabilité de la syphilis. (V. Sedlak, de Bratislava).

Si la tuberculose pulmonaire est diagnostiquée tôt, elle est curable ; si elle est diagnostiquée tard, le malade a toutes les chances contre lui. (Frederick G. Chandler.)

J. Lafont.

« Il ne faut pas craindre de le répéter, c'est autant par la connaissance des complications qu'entraîne leur infection que par l'examen objectif ou le toucher que sera fait le diagnostic des végétations adénoïdes. Agir différemment serait se lancer dans des opérations inutiles et même nuisibles, qui n'aboutiraient en fin de compte qu'à la destruction des éléments de défense de l'organisme. » (Boisserie-Lacroix et N. Moreau. Naso-pharynx et inspection médicale scolaire, *Journal médical français*, avril 1932.)

« Dans la tuberculose fibro-caséeuse excavée banale, la durée minima de sécurité du pneumothorax est de quatre ans à partir de la disparition définitive des bacilles de l'expectoration. La durée maxima est à peu près de six ans. Au delà de ce terme, l'entretien du collapsus est pour le moins inutile. Ces délais représentent des moyennes entre lesquelles il est sage d'évoluer, ils peuvent être modifiés. » (Paul Véran. La cessation du pneumothorax. Ses indications. L'avenir des malades. *Thèse de Paris*, Doin, édit.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mai 1932

Traitement du cancer du col de l'utérus. — *M. J.-L. Faure.* — Dans la dernière séance, M. Regaud, répondant à la communication de M. J.-L. Faure, est venu soutenir la supériorité de la curiethérapie sur l'opération, dans le cancer du col utérin, non seulement dans les cas mauvais et dans les cas médiocres, ce que M. Faure ne conteste nullement, mais encore dans les « *bons cas* » où M. J.-L. Faure enregistre 90 % de guérisons définitives.

M. J.-L. Faure montre que, dans la classification chirurgicale, qu'il emploie depuis 15 ou 20 ans, les « *bons cas* », c'est-à-dire les cas bien mobiles, correspondent exactement aux degrés 1 et 2 de la Commission de Genève, adoptée par M. Regaud.

Or, dans la thèse du docteur Fermoselle, à laquelle le docteur Regaud s'est tout naturellement reporté pour sa discussion, il y a une cause d'erreur qui est à l'origine de la divergence de vues qui sépare M. Regaud de M. J.-L. Faure et qu'il est nécessaire de rectifier. Le docteur Fermoselle a introduit dans sa thèse une série de « *cas moyens* », acceptable au point de vue anatomo pathologique, mais inadmissible au point de vue chirurgical. En chirurgie, il n'y a pas de « *cas moyens* » : il y a les « *bons cas* » bien mobiles — dès que la mobilité devient douteuse, — le cas devient médiocre.

Or M. le professeur Regaud a cru devoir introduire dans sa discussion cette série de « cas moyens » que M. J.-L. Faure avait laissée de côté.

M. J.-L. Faure s'est reporté aux observations elles-mêmes, et il a constaté que dans cette série de « cas moyens », il y avait en réalité à peu près une moitié de « *cas bons* » et l'autre moitié de cas médiocres qui, au point de vue chirurgical, doivent être complètement séparés.

Et dans ces deux moitiés, la première a donné 87,5 % de guérisons durables, alors que la seconde n'a fourni que des récidives.

M. Regaud ayant incorporé dans la discussion ces « *cas moyens* » qui, par la large part qu'ils contiennent de cas médiocres, faussent toute la statistique des « *bons cas* » en avait conclu tout naturellement à la supériorité de la curiethérapie.

Or il n'en est rien, car si l'on ajoute à la série des « *bons cas* », sur laquelle portait exclusivement l'argumentation de M. Faure dans sa dernière communication, les bons cas de cette série de cas dits moyens, les guérisons définitives par l'opération s'élèvent toujours à un peu plus de 90 %.

Or le pourcentage de guérisons de l'Institut du radium s'établit ainsi :

Degré 1 : 79 %, ce qui est déjà très beau ;
Degré 2 : 41 % ;
Degrés 1 et 2 réunis 150 cas : 73 guérisons, 48,66 %.

En réalité, gardons-nous du fétichisme des chiffres. Dans les cas médiocres et mauvais, la curiethérapie est très supérieure à la chirurgie. Dans les « *bons cas* », chirurgie et curiethérapie donnent l'une et l'autre des résultats magnifiques, avec cependant une supériorité pour la chirurgie. Elles doivent s'associer au lieu de se combattre et M. J.-L. Faure demande au professeur Regaud de marcher avec lui la main dans la main. Ce qui, encore une fois, domine tout, c'est la précocité du traitement. Faisons donc l'éducation du public.

Le rhumatisme, maladie sociale. — *M. Desgrez*, au nom de *M. Molinéry*, lit une communication sur le rhumatisme, maladie sociale, et son traitement crénothérapique. L'auteur, après avoir donné les statistiques publiées par un très grand nombre de pays, n'a pas de peine à démontrer combien sont lourdes les charges sociales que crée le rhumatisme par rapport aux assurances et par rapport au gain familial. Le traitement hydrominéral est celui qui est préconisé par tous les groupements sociaux, c'est donc une application du thermalisme social qu'il faudra instaurer dans nos diverses stations et le plus tôt possible.

Dans un second mémoire, M. Desgrez précise comment M. Molinéry prévoit le rôle des assurances sociales dans le développement de l'utilisation de nos stations climatiques et thermales. L'Allemagne, l'Italie, la Tchécoslovaquie, l'U. R. S. S. sont entrées résolument dans cette voie.

Dans une note additionnelle, M. Molinéry publie un essai bibliographique consacré à la si intéressante question des camps thermaux et des colonies thermales et climatiques.

La double sonde duodénale. — *MM. le professeur H. Surmont* et *René Buttiaux* (Lille) exposent les résultats obtenus par *l'emploi de la double sonde duodénale dans l'étude étiologique et la thérapeutique des cholécystites.* Cet appareil du volume approximatif d'une sonde d'Einhorn, stérilisable comme elle, a été imaginé par MM. Buttiaux, Piette et Chavy, du service des maladies de l'appareil digestif de l'hôpital Saint-Sauveur. Il est constitué par deux sondes emboîtées l'une dans l'autre. La sonde intérieure dite *de prélèvement* n'est débouchée que lorsque l'on s'est assuré par la sonde extérieure ou *de regard* que l'olive est bien dans le duodénum et baignée du liquide que l'on désire étudier : Bile A, bile B ou bile C par exemple.

Ce qui prouve que cette méthode *donne bien une bile aseptique et pure,* c'est que, chez *le sujet sain,* le prélèvement s'est montré stérile 8 fois sur 9 tubages, que chez le *sujet pathologique,* la bile a été trouvée stérile 14 fois sur 32 ; que dans les *cas pathologiques,* la sonde intérieure ne donne habituellement qu'une seule espèce microbienne, la sonde extérieure plusieurs, où dominent les levures et les saprophytes, et où on ne retrouve pas toujours les agents recueillis par la sonde de prélèvement.

« *Résultats bactériologiques.* — Dans les 18 ensemencements positifs, les auteurs ont trouvé : « Streptocoques : 4 ; B. dysentériques : 3 ; staphylocoques dores : 2 ; pneumo-bacilles : 2 ; colibacilles : 2 ; enterocoques : 2 ; tétragène : 1 ; salmonellas : 1 ; streptothrix : 1. Nous voyons dans ce tableau la fréquence plus particulière des streptocoques et des B. dysentériques. Les premiers ont été incriminés, par Rosenco, comme agents très fréquents des cholécystites. La présence des B. dysentériques (Flexner) dans les biles a été signalée il y a longtemps, par Vincent et Marbaix. Le colibacille ne nous a pas paru se retrouver avec la fréquence signalée par de nombreux auteurs. Son rôle, déjà contesté, nous apparaît secondaire.

Les *auto-vaccins* préparés à la suite de nos prélèvements et administrés le plus souvent par la bouche ont été utilisés dans 12 cas avec 9 succès et 3 insuccès dont deux dans des cholécystites à streptocoques. Il y a donc là des résultats très encourageants dans les cas où il n'y a pas d'indication urgente d'un traitement chirurgical. »

Entérite algide spirochétienne. — *MM. Delamarre* et *Gatti.*

Chordome cervical chez un chien. — *MM. Ball* et *Auger.*

Cécité morphologique. — *M. G. Milian.*

Séance du 24 mai 1932

Nouvelle étude sur la vaccination associée (antityphoïdique et antidiphtérique) dans l'armée. — *M. Dopter.* Les heureux résultats obtenus dans l'armée dans le courant de 1930 et signalés l'an dernier, ont incité l'auteur à étendre l'application de la méthode à 29 nouveaux régiments où régnait l'endémie diphtérique. La vaccination associée a été effectuée dès l'arrivée des jeunes soldats, suivant la technique antérieurement utilisée, et uniquement chez les sujets réceptifs (Schick positif).

Il résulte des nouveaux faits observés que, sauf quelques très rares exceptions, la diphtérie disparut chez les vaccinés, alors qu'elle persista à des degrés divers chez les non-vaccinés. Aussi pour en avoir raison dans ces derniers cas, fut-il décidé de vacciner sucessivement les contingents d'un même régiment au fur et à mesure de leur incorporation ; de cette façon, les unités ainsi traitées ne devaient plus comporter que des sujets immunisés, les uns artificiellement, les autres naturellement. (Schick négatif). Résultat : l'endémie diphtérique qui persistait avec ténacité dans leurs rangs a fini par s'éteindre ; seules quelques rares atteintes ont été constatées chez des hommes qui, pour des motifs divers, avaient échappé à la vaccination.

Au total, sur 5.923 vaccinés régulièrement, douze seulement ont contracté la diphtérie ; sur ce dernier chiffre, sept doivent être défalqués, qui ont été atteints de douze à quinze jours après la troisième injection, alors que l'immunité n'était pas encore installée ; il en reste cinq chez lesquels la diphtérie a fait son éclosion de un à plusieurs mois après la vaccination, soit : 0,84 p. 1.000. Or, à la même période et dans les mêmes régiments, 214 cas se déclarèrent chez les non vaccinés, soit 10,7 p. 1.000. Ces proportions comparatives sont éloquentes.

Ces nouveaux essais montrent le bénéfice impressionnant que l'armée peut retirer de la pratique de la vaccination associée ; il se confirme donc nettement que celle-ci constitue une arme puissante, capable de s'opposer à l'endémie diphtérique et au développement des épidémies déjà en cours d'évolution. Elle mérite d'être largement mise en œuvre dans toutes les circonstances où elle est jugée nécessaire. Son application sera d'ailleurs largement facilitée par la loi du 21 décembre 1931 qui l'a rendue obligatoire dans l'armée ; les heureux résultats qui doivent en découler sont indiscutables, tant au point de vue sanitaire (morbidité et mortalité) qu'aux points de vue militaire et budgétaire.

Des nodules vocaux. — *M. E.-J. Moure* (Bordeaux). — Les nodules vocaux sont formés de deux saillies acuminées occupant le tiers antérieur des cordes vocales, point nodal, qui, pendant l'émission de la voix, supporte le maximum de fatigue et d'irritation.

Le nodule, qui n'est pas un polype, est le corollaire du trouble musculaire qui le précède. C'est, sur la muqueuse, l'aboutissant du malmenage vocal plus ou moins prolongé. De telle sorte que la saillie nodulaire n'est pas une affection isolée, mais bien l'accompagnement d'un déficit du muscle sous-jacent (thyro-aryténoïdien, fibres internes surtout).

Il résulte de cette conception que le traitement chirurgical ne saurait suffire pour rendre la voix normale, en particulier chez les chanteurs.

C'est avec l'âge, chez l'enfant, au moment de la mue, et par le repos prolongé avec changement de tessiture vocale que l'on obtient le résultat cherché. Ce qu'il faut surtout et avant tout, c'est apprendre à l'artiste ou au professionnel de la voie parlée (orateur, avocat, instituteur, etc.) à ne pas se servir du registre grave («poitrinage») qui oblige les cordes vocales à supporter le maximum de fatigue.

A propos de l'état sanitaire du Maroc et de son prétendu caractère infectieux. — *M. Colombani*. — Une récente communication de M. Remlinger amène M. Léon Bernard à la tribune. Il apporte une note de M. Colombani qui réfute énergiquement les informations de M. Remlinger.

Certes, dit M. Colombani, comme tous les pays, le Maroc possède sa pathologie propre et les échanges entre nations, si développés à notre époque, sont susceptibles de transporter des germes en France comme ailleurs ; mais, en réalité, cette pathologie est très peu développée et encore moins émigrée. En effet, la variole est infiniment moins répandue au Maroc qu'en Angleterre ou aux Etats-Unis ; par contre, les vaccinations y sont bien plus pratiquées puisque, pour les deux premiers mois de 1932, près d'un million de vaccinations ont été effectuées.

Les autres malades pestilentielles sont en régression très marquée et victorieusement combattues ; la typhoïde est moins fréquente au Maroc que dans la Métropole ; quant au paludisme et à l'amibiase, ces deux maladies, encore endémiques au Maroc, n'ont aucune aptitude à l'expansion hors du pays. Par ailleurs, les mesures sanitaires très complètes prises dans ce pays, non seulement apportent la plus grande sécurité à la population européenne résidante ou passagère, mais encore ont amélioré, de manière considérable, la situation de la population indigène,

M. Léon Bernard tient à revenir sur l'exposé qu'il a communiqué précédemment, où il montrait l'organisation remarquable de l'hygiène publique, qui a été réalisée au Maroc sous l'impulsion du maréchal Lyautey, organisation à laquelle concourt, avec un dévouement inégalable, le corps médical de ce pays, organisation qui, sur plus d'un point, mériterait de servir de modèle à celle de la Métropole. Il importe donc de rendre justice à ceux qui l'ont instituée et qui la dirigent en même temps que d'écarter des alarmes qui seraient tout à fait injustifiées.

Les intoxications par l'ammanite phalloïde. — *MM. Henri Limousin* et *Germain Petit*, de Clermont-Ferrand, publient deux séries d'observations dans lesquelles ils ont traité avec succès des malades gravement intoxiqués par des champignons mortels.

Leur méthode est basée sur le fait que le lapin est naturellement immunisé contre ces poisons. L'estomac frais du lapin neutralise une hépato-toxine et la cervelle de ce même animal neutralise une toxine à électivité nerveuse.

C'est par absorption du mélange extemporané de 7 cervelles et 3 estomacs de lapin frais et broyés qu'ils ont obtenu une amélioration rapide suivie de guérison chez tous les sujets traités,

Ces résultats favorables se sont manifestés malgré l'intervention tardive (3 jours après le repas toxique).

Sur un nouvel organe du ligament large de la femme. — *M. Bernard Cunéo.* — « Cette communication a pour but de faire connaître un petit organe appendu au ligament large de la femme, qui ne me paraît pas avoir été jusqu'à présent individualisé tant au point de vue morphologique que fonctionnel.

Son existence me paraît constante. Mais il n'est guère possible de le caractériser que sur des pièces fraîches, c'est-à-dire opératoires, qui seules permettent un contrôle histologique. Or, pour la découvrir, il faut des pièces sur lesquelles les annexes soient à peu près saines, ce qui se présente assez rarement.

On peut le considérer comme formé de deux portions : un pédicule et un corps. Le pédicule, dont la longueur varie de 2 à 5 et même 6 centimètres, est très grêle. Il est tapissé à sa surface par l'endothélium péritonéal et contient une artériole et plusieurs veines et des troncs lymphatiques. Il s'implante toujours au même point sur la face antérieure du mésosalpinx et à peu de distance du bord externe de celui-ci et ne présente aucune connexion avec l'organe de Rosenmüller. Le corps est caractérisé par ce fait qu'il est tapissé extérieurement par un épithélium cylindrique qui possède un plateau comparable à celui de l'intestin grêle et qui, sur certaines pièces, m'a paru être muni de cils vibratiles. Le corpuscule ne contient aucune cavité possédant un revêtement analogue. Macroscopiquement, il se présente sous deux aspects différents. Tantôt, il apparaît comme formé par un bouquet de villosités. En réalité, cet aspect villeux me paraît surtout dû au plissement de la surface extérieure. Tantôt, en effet, le corps est augmenté de volume et sa surface paraît à peu près régulière bien que présentant encore des sillons. Il se rencontre d'ailleurs beaucoup plus rarement sous ce deuxième aspect, et dans ce cas, j'ai constaté que l'ovaire du même côté présentait un follicule de Graaf, contenant encore un caillot, témoignage de sa rupture récente. L'épithélium de la surface est alors en pleine activité. Les cellules sont augmentées de volume. Les vaisseaux sont très congestionnés, et les lymphatiques sont distendus par une masse d'aspect légèrement granuleux, se colorant en rose par l'éosine. Cette coïncidence constante de cet aspect du corps et de la rupture folliculaire m'a conduit à cette conclusion que la formation de l'organe en question était la résorption massive du contenu du follicule au moment de la rupture de celui-ci.

Certains auteurs et notamment Rossa ont signalé l'existence de prolongements qu'ils qualifient d'infundibuliformes, ce qui est d'ailleurs une erreur. Il s'agit probablement du corpuscule vu à l'état de repos. Ce même aspect l'a fait considérer par d'autres auteurs comme un pavillon tubaire accessoire comme en témoignent deux figures de l'article de Rieffel. Sous sa forme arrondie, il répond peut-être à certains cas décrits comme ovaires surnuméraires à cause de son épithélium de revêtement et malgré l'absence de follicule de Graaf. Mais, malgré les recherches que j'ai faites, je n'ai trouvé jusqu'à présent aucune description montrant qu'en dépit de ces deux aspects, il s'agissait d'un même organe, possédant la fonction dont j'ai parlé. Il m'a semblé qu'en ce moment où la question des hormones génitales était à l'ordre du jour, la description de ce petit organe pouvait présenter quelques intérêt »,

La stroboscopie du larynx par le stroborama. — *M. Jean Tarneaud*. — L'analyse des vibrations des cordes vocales est rendue possible par la méthode Stroboscopique qui permet d'observer ces cordes à l'apparence de l'immobilité ou du mouvement ralenti.

Le stroborama a rendu réellement précise et pratique l'application de cette méthode.

Les débits de boissons non alcooliques. — *M. Legrain.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 mai 1932

Cirrhose pigmentaire avec adénome. Sidérose avec hémosidérine et hémofuscine. — *MM. de Massary, Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, Serge Doubrow* et *Roger Even* présentent une observation anatomo-clinique qui est de nature à faire comprendre les réactions pathologiques communes des cellules adénomateuses et des cellules hépatiques normales. A l'autopsie d'un malade atteint de cirrhose pigmentaire, ils ont trouvé des granulations ferrugineuses (hémofuscine et hémosidérine) aussi bien dans les cellules hépatiques que dans celles de l'adénome.

Ils comparent leur observation à celles déjà publiées par Achard et Milian dans lesquelles les cellules adénomateuses étaient indemnes de surcharge pigmentaire.

Cette observation intéressante du point de vue de la pathogénie de la cirrhose pigmentaire apporte également une contribution à la question de l'origine de l'adénome aux dépens de la travée hépatique et du système biliaire.

Cirrhose pigmentaire. Sidérose avec hémosidérine et hémofuscine. — MM. ***Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, Serge Doubrow*** et ***Roger Even*** à propos d'un cas clinique avec autopsie, reviennent sur les rapports qui lient l'hémosidérine à l'hémofuscine. Sur les coupes du foie étudié, les deux sortes de pigments sont extrêmement abondants et se prêtent ainsi à une étude histo-chimique délicate.

La nature ferrugineuse des deux pigments est incontestable, comme le révèle la micro-incinération suivant la technique de Policard. Une série d'expériences, poursuivies en utilisant divers oxydants et en étudiant les réactions de Perls et de Turnbull, avant et après leur emploi, montre que les deux pigments ferrugineux diffèrent surtout par leur degré d'oxydation. On ne passe donc pas de l'hémofuscine à l'hémosidérine seulement par une réaction d'hydrolyse, mais par une réaction d'oxydants.

Cirrhose pigmentaire sans sidérose. — MM. ***Maurice Villaret, L. Justin Besançon, Serge Doubrow*** et ***Roger Even*** critiquent d'abord l'opinion admise couramment dans ces dernières années que la sidérose constitue en quelque sorte par définition le substratum anatomique fondamental dans les cirrhoses pigmentaires.

A la vérité, l'épithète de « pigmentaire » s'applique essentiellement à la coloration des pigments : le nom de « diabète bronzé » (dans les cas avec glycosurie) en constitue l'heureuse synonymie.

Dans la plupart des cas de cirrhose pigmentaire, la peau ne renferme que quelques granulations ferrugineuses qui ne sauraient être rendues responsables de la coloration brune des téguments. Dans l'observation rapportée par les auteurs, les granulations ferrugineuses faisaient défaut non seulement dans la peau, mais dans le foie. On ne pouvait mettre en évidence que quelques très rares granulations ferrugineuses nullement plus nombreuses que celles trouvées dans les cirrhoses les plus banales.

La thiémie dans les cirrhoses, en particulier dans les cirrhoses pigmentaires. — MM. ***Maurice Villaret, L. Justin Besançon, Roger Even*** et ***Marcel Drilhon*** rappellent que, dans les affections du foie, il y a une triple modification du métabolisme du soufre portant sur l'oxydation de ce métalloïde (Robin), sur sa fixation pour la glande hépatique (Loeper et Léon Binet), enfin pour certains auteurs sur son taux total dans le sang.

Les auteurs ont donc repris l'étude de la thiémie dans quelques états pathologiques, et en particulier dans les cirrhoses pigmentaires. Dans leur note, ils insistent longuement sur la difficulté technique d'un dosage correct du soufre dans le sang.

Ces questions de pure technique chimique ont une importance capitale dans l'étude de la thiémie. Leurs recherches confirment les remarques de Loeper en ce qui concerne l'abaissement du rapport sulfatémique dans les cirrhoses. L'imperfection dans l'oxydation du soufre ne leur paraît pas en rapport avec l'existence de la mélanodermie.

Enfin, d'une façon générale, ils ne trouvent pas d'élévation du soufre total dans le sang des malades atteints de cirrhose pigmentaire.

L'hémolyse dans les cirrhoses pigmentaires. — MM. ***Maurice Villaret, L. Justin-Besançon*** et ***Roger Even*** apportent les résultats de douze déterminations de résistance globulaire par le procédé des hématies déplasmatisées dans douze cas différents de cirrhose pigmentaire. Ils ont obtenu deux fois une résistance globulaire normale, cinq fois celle-ci fut légèrement augmentée, quatre fois très légèrement diminuée, et une fois seulement nettement diminuée.

Les auteurs remarquent que, certes, la mesure de la résistance globulaire ne montre qu'un des aspects du processus très complexe de l'hémolyse *in vivo*, mais l'hypothèse simpliste d'une diminution de la résistance globulaire pour expliquer les dépôts ferrugineux observés dans la cirrhose pigmentaire ne peut décidément pas être soutenue.

Les auteurs rappellent leurs études expérimentales montrant que chez le lapin, du moins, on peut réaliser la cirrhose et une diminution de la résistance globulaire, sans cependant déterminer de cirrhose avec sidérose.

Etude critique sur les cirrhoses pigmentaires. — MM. ***Maurice Villaret, L. Justin-Besançon*** et ***Roger Even*** présentent dans cette note quelques remarques critiques d'ordre général et physiologique sur les cirrhoses pigmentaires.

Il semble nécessaire aux auteurs d'apporter au débat sur cette vaste question des faits précis en nombre valable avant d'aborder des théories générales. Ils insistent sur l'imprécision et l'insuffisance des données physiologiques qui constituent la base même du problème pathogénique. Ils remarquent que les symptômes les plus particuliers aux cirrhoses pigmentaires (diabète, mélanodermie, sidérose) impliquent chacun l'atteinte d'une fonction physiologique très complexe et différente pour chacun d'eux.

Il convient donc d'être prudent dès qu'il s'agit d'expliquer leur association dans le syndrome anatomo-clinique décrit par Hanot et Chauffard.

Toutes les associations possibles de la sidérose, de la mélanodermie, du diabète et de la cirrhose ont été observées cliniquement ou réalisées expérimentalement, et il est peut-être dangereux de considérer une cirrhose associée soit au diabète, soit à la mélanodermie, soit à la sidérose comme une « forme incomplète du diabète bronzé ».

Du point de vue physiologique, les auteurs montrent que la combinaison expérimentale d'un abaissement de la résistance globulaire et de la sclérose du foie ne conduit pas forcément à une cirrhose pigmentaire Ils insistent, d'autre part, sur de toutes récentes expériences des physiologistes anglais qui, par l'ablation du pancréas, ont pu réaliser chez le chat un diabète s'accompagnant d'une sidérose massive généralisée avec d'importantes lésions du tractus génital.

Les auteurs rapprochent ces dernières données expérimentales des observations cliniques récentes dans lesquelles la lésion hépatique fut trouvée associée à l'atrophie testiculaire ou à l'insuffisance ovarienne.

Du point de vue clinique, enfin, ils insistent sur le fait que l'atrophie hépatique s'observe dans un quart des cas de cirrhoses pigmentaires ce qui rapproche les cirrhoses bronzées des autres cirrhoses.

En conclusion, si du point de vue clinique et nosographique la synthèse édifiée par Hanot et Chauffard gardera sans doute toujours sa valeur, du point de vue physiologique, par contre, de longues études sont encore nécessaires afin d'édifier la pathologie des diabètes bronzés sur des assises un peu plus solides.

Mais surtout les auteurs soulignent l'intérêt qu'il y aurait de dissocier l'étude de la cirrhose, du diabète, de la sidérose et de la mélanodermie dans les hépatites chroniques.

Pneumokoniose et tuberculose fibreuse. — MM. ***Rist*** et ***Doubrow*** rapportent le cas d'un ancien mineur, suivi pendant sept ans pour des lésions pulmonaires radiologiquement progressivement extensives. Jamais on ne put mettre en évidence de bacilles de Koch dans les crachats, et deux inoculations au cobaye restèrent négatives. Au cours de l'évolution d'un abcès pulmonaire intercurrent, l'expectoration devint noire et fétide. La mort fut rapide. A l'autopsie, on constata des lésions tuberculeuses très étendues avec bacilles de Koch dans les nodules pneumokoniosiques ; l'autonomie nosologique de la silicose pulmonaire paraît dès lors n'être qu'hypothétique.

A propos d'un cas d'ictère infectieux avec atrophie sub-chronique du foie. — MM. ***Etienne Chabrol*** et ***Jean Cottet*** ont observé dans ces tout derniers mois, trois cas d'ictère grave avec atrophie du foie. Le premier, publié en collaboration avec A. Busson, était remarquable par la brièveté de son évolution et le degré de la nécrose cellulaire. Les auteurs lui réservent l'étiquette de *subictère d'allure suraiguë*. Les deux autres ont affecté l'allure d'un ictère catarrhal et d'un ictère infectieux suivant les descriptions de Herxheimer et de Bergstrand ; ils peuvent être rapprochés sous le nom d'*ictère catarrhal aggravé*.

Ces différents syndromes sont loin d'avoir le même substratum anatomique. Chez l'un de ces ictériques on observait un remaniement complet du parenchyme hépatique par de larges coulées de nécrose cellulaire sur lesquelles étaient venus se greffer de nombreux éléments inflammatoires jeunes. Dans l'intervalle, les lobules glandulaires étaient en hyperplasie ; on notait la surabondance des néo-canalicules.

Devant cette cirrhose maligne de type exceptionnel, on peut

se demander si certains virus infectieux ictérigènes ne sont pas en même temps des virus cirrhogènes.

Le traitement de la rétention d'urine par l'injection sous-cutanée de pilocarpine. — *MM. Cain et Oury.* — Comme les auteurs l'ont déjà montré en 1923, dans les rétentions d'origine réflexe et qui ne dépendent pas d'une cause mécanique, l'injection sous-cutanée d'un centigr. de chlorhydrate ou de sous-nitrate de pilocarpine provoque, au bout de quelques minutes, une miction rapide ou progressive. Les injections peuvent être répétées plusieurs jours de suite, sans inconvénient, et permettent ainsi d'éviter le cathétérisme uréthral, notamment au cours des rétentions qui suivent les interventions abdominales et les rachi-anesthésies.

Lymphogranulomatose et tuberculose. — *M. André Jousset* relate, à l'occasion du procès-verbal, et pour répondre au désir de statistique de M. Laederich, un cas de lymphogranulomatose typique chez un sujet vigoureux, où les tests classiques de la tuberculose (inoculation, cuti-réaction, floculation de Vernes) furent tous négatifs. Cette observation qui est à joindre à beaucoup d'autres ne plaide guère en faveur de l'assimilation des deux maladies

Nodosités para-articulaires au cours d'un rhumatisme déformant. — *MM. Crouzon et Maurice Gaucher* présentent une femme de 52 ans, atteinte de rhumatisme déformant depuis l'âge de 37 ans, sans qu'aucune cause puisse être raisonnablement invoquée.

Ces auteurs insistent sur l'existence de nodosités para-articulaires, l'étendue des lésions d'ostéite, l'hyperleucocytose (19.000 globules blancs), la légère hypercalcémie (0 gr. 13) qu'ils ont pu constater chez leur malade, indemne de syphilis : pas d'antécédents, pas de stigmates, réactions sérologiques négatives.

L'origine de ces déformations reste obscure.

Eventration diaphragmatique avec dextrocardie chez un enfant de 11 ans. Origine congénitale probable. — *MM. G. Marchal, E. Fatou et R. Heim de Balsac.* — Un garçon de 11 ans présente depuis l'enfance des troubles digestifs surtout marqués après la septième année (douleurs et lourdeurs épigastriques, nausées, vomissements alimentaires parfois provoqués), des rhumes à répétition quelques palpitations rétrosternales et une croissance toujours marquée par un déficit pondéral.

Un examen radiologique fortuit fait découvrir une surélévation diaphragmatique avec dextrocardie et déplacement gastrique. L'estomac étant renversé la grande courbure en haut.

Les auteurs, après avoir souligné l'existence des signes cliniques et radiologiques habituels au cours de l'éventration diaphragmatique, discutent sa pathogénie.

Ils estiment que dans ce cas il s'agit d'éventration diaphragmatique congénitale mais ne revendiquent pas cette étiologie pour tous les cas d'éventration. Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 6 mai 1932

Sur un cas d'épiploïte aiguë avec sigmoïdite par corps étranger. — *M. Mayet* fait un rapport sur une observation de *M. Canonne* (de Rueil) où une épiploïte s'était développée autour d'un corps étranger qui paraissait être un fragment osseux fixé dans la paroi de l'anse sigmoïde.

A propos du raccourcissement opératoire du membre inférieur sain, dans la grande boiterie due à l'inégalité de longueur des deux membres. — *M. Lamy* fait un rapport sur un travail du Professeur *Ugo Camera* (de Turin) qui concerne vingt-deux raccourcissement, se décomposant comme suit : douze pour luxation unilatérale irréductible, sept consécutifs à la paralysie infantile et trois séquelles de coxalgie. L'auteur étudie successivement les indications, les techniques, les suites opératoires et les résultats éloignés. Il reprend une à une toutes les critiques et conclut que cette méthode, appliquée judicieusement, rend les plus grands services aux malheureux infirmes et ne présente aucun aléa sérieux.

M. Raphaël Massart présente sur ce sujet une observation de *M. Lucien Michel* (de Lyon) où le raccourcissement du membre sain a permis à l'auteur de rétablir la statistique correcte d'une jeune fille dont la boiterie avait déterminé une scoliose importante. Des radiographies et des photographies montrent que le résultat obtenu a été excellent.

Luxation divergente columno-spatulaire du métatarse. — *M. André Trèves* fait un rapport sur une observation de *M. Bellanger* (de Paris). Les radiographies montrent qu'il existait une luxation en dedans et en haut du premier métatarsien avec le grand cunéiforme fracturé longitudinalement, un gros diastasis entre les deux premiers métatarsiens, les quatre derniers étant luxés en haut et un peu en dehors, un écrasement du troisième cunéiforme et du cuboïde subluxé en dehors et en bas, une fracture du tubercule du scaphoïde et un hiatus astragalo-scaphoïdien et calcanéo-cuboïdien. Malgré l'absence de tout traitement, le malade a guéri et marche sans douleur avec 20 % d'invalidité.

M. A. Trèves partage l'opinion de *M. Bellanger* sur l'inutilité de toute intervention sanglante en pareil cas. Il aurait cependant tenté la réduction sous anesthésie à l'écran radioscopique, après quelques jours de massages pour diminuer le gros œdème, cette réduction même incomplète pouvant améliorer le résultat final.

Sur le traitement des paralysies infantiles. *M.* le Professeur *Putti* (de Bologne), peu partisan de la méthode de Bordier, considère comme primordial le traitement prophylactique des déformations et s'abstient de toute intervention stabilisante avant huit à quinze ans réservant la prothèse aux cas échappant à la chirurgie, ou comme complément des interventions. Pas d'intervention ankylosant les grandes articulations ; il faut leur préférer l'arthrorise, sauf pour les articulations du pied autres que la tibio-tarsienne, et en y joignant les transplantations tendineuses. *Putti* expose ensuite ses méthodes de traitement dans les paralysies de l'épaule, du coude, de la main, du tronc, des fessiers, dans les rétractions graves de la hanche et du genou, dans les paralysies du pied. Il défend la ténodèse et les transplantations tendineuses, très usitées en Italie, transplantations sur les os et non de tendon à tendon. Ces transplantations devront être combinées au pied, dans certains cas, avec les arthrodèses para-astragaliennes et l'arthrorise. Le traitement opératoire qu'il expose ensuite présente une importance capitale. Dans les paralysies complètes d'un membre inférieur on peut obtenir une bonne utilisation fonctionnelle par l'hyperextension de la hanche et du genou avec arthrorise antérieure de l'astragale.

Lipome intra-fasciculaire du biceps brachial. — *M. Muller* (de Belfort). — Les lipomes des muscles sont rares. Un homme de 56 ans présente depuis deux ou trois ans une tumeur non gênante, dure grosse, comme une noix, fixée tout au bas du biceps. Anesthésie locale. Ablation, Hémostase. Suture de l'aponévrose brachiale et de la peau. La tumeur ne comprend que des fibres musculaires, striées, dissociées par d'abondantes cellules adipeuses.

Résultats éloignés d'opérations ostéoplastiques de la hanche (arthrodèses, ostéotomies, bifurcations, butées). — *M. Raphaël Massart* présente une série de résultats éloignés des interventions qu'il pratique depuis 1926. A ce propos, il précise certains points de technique utiles à connaître et il pose les indications des interventions qui conservent à la hanche sa mobilité en supprimant les douleurs de la marche et de l'appui. Il pense que les indications de l'arthrodèse qui supprime le mouvement doivent être limitées. Les diverses opérations qu'on est appelé à pratiquer doivent tenir compte des différences qui existent entre l'os de l'enfant et celui de l'adulte, entre l'os sain et l'os pathologique, celui des syphilitiques, des obèses, des sujets âgés. Tous ces malades doivent d'ailleurs n'être opérés qu'après un examen médical fait avec soin et une préparation par un traitement approprié. C'est en n'intervenant qu'à bon escient qu'on obtiendra de ces interventions sur la hanche tous les résultats fonctionnels qu'on est en droit d'attendre.

Présentation de radiographie. — *M. Judet* présente les résultats éloignés de la réduction d'une luxation congénitale de la hanche.

« Si on examine systématiquement au microscope la totalité des salpingites opérées ou qui paraissent suspectes, on trouve d'après Douay et Champy, une proportion de 12 % de lésions tuberculeuses ». (C. DANIEL. — La tuberculose génitale de la femme. Doin édit.).

De toutes les leucémies c'est la leucémie aiguë qui semble être de beaucoup la plus fréquente chez l'enfant. (TRAN VAN DOC. La leucémie aiguë chez l'enfant. *Th. de Paris*, 1931.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La légende du savant modeste, indifférent à la fortune. — *Passage détaché de la leçon inaugurale de M. Charles Nicolle, leçon publiée par la* Presse Médicale *(7 mai 1932)* :

« ... Le public admet que la presse s'occupe des savants, un peu moins que des vedettes des spectacles et des sports dont il comprend mieux les mérites ; mais il souffrirait de ne pas être informé sur tout. Les savants n'ont rien gagné à cette nouvelle attitude. Bâclés par des ignorants, les articles de journal déforment leurs travaux et outragent leurs idées.

Pour qu'une plante se développe, pour qu'elle donne ses fleurs, son parfum, ses fruits, il lui faut un terrain propice. S'il s'agit de plantes cultivées, des soins sont nécessaires. Autrefois, les apprentis savants trouvaient ce milieu favorable ; ils rencontraient ces soins dès le jeune âge. La vocation de se distinguer, d'être utile, ils la puisaient dans l'exemple de leurs aînés et des anciens. Il est facile de se gausser des bonshommes de Plutarque, d'estimer méprisables les vieilles méthodes d'émulation, les bons points et les couronnes de papier doré. Une telle parade paraît justement ridicule aux hommes posés. Il faut convenir que ces naïfs moyens furent fertiles. Nos grands hommes ont cru dévotement à ces fétiches : il en est qui y croient encore.

Battons aussi notre coulpe. Les hommes de science ne sont point parfaitement innocents de la désertion qu'ils déplorent. Il est temps de reconnaître leur part dans la catastrophe. Ils ont péché contre l'avenir en laissant se créer, se développer la légende du savant modeste, indifférent à la fortune, à la rumeur

publique, soucieux seulement de sa passion. Sans leur complicité, le personnage qu'on nous prête n'aurait pas connu la scène. Il fallait des acteurs pour ce rôle. Les hommes de science ont été ces acteurs. Je soupçonne que certains ont collaboré au livret.

En tout cas, ils ont si bien endossé la casaque, que le personnage est classique. Il affiche pourtant une âme que nous n'avons pas. Modeste, le savant ? Il n'est pas d'homme, conscient de sa valeur, qui puisse ravaler sa science devant la médiocrité, mettre son désintéressement, celui de ses pairs aux pieds d'une ploutocratie injurieuse. Quels que soient leurs mérites, les savants sont orgueilleux. A défaut des espèces que la société leur chicane, ils se paient en vanité. Et, comme si ce n'était pas assez de cette fumée et du mirage des gloires posthumes, une bonne part acceptent et consacrent la fausse monnaie des rubans et des titres. C'est notre indifférence aux biens réels, notre dilection pour des hochets que la jeunesse nous reproche. Elle s'étonne avec sévérité de ce que du butin que nous apportons aux autres, nous ne gardions que les plumes. Elle ne viendra pas à nous pour des trophées. Et comme elle a raison !

Allons plus loin dans l'aveu. Notre vie régulière, notre désintéressement nous ont-ils vraiment privés ? Je crois qu'à notre manière, nous fûmes de vertueux égoïstes. Cette vie casanière avait de quoi tenter, dans notre siècle. Dès l'adolescence, l'apprenti savant n'en jalousait pas d'autre. Une union, appropriée à ces maigres désirs matériels, l'assurait de la dot d'une fille unique. Née , élevée dans le même milieu, la tranquille compagne chérissait notre carrière. Son économie assurait la solidité de l'entreprise. Elle portait une part des plumes. Un enfant, unique lui aussi, constituait la seule débauche du ménage.

C'est ainsi que, par l'exercice de ces vertus prudentes, mesurées, les générations qui nous ont précédé et la nôtre ont pu subsister et produire. Aveugles qui ne voyaient pas que le succès était lié aux circonstances et que les conditions de la société se modifiaient autour de nous !... »

Ramon y Cajal. — *De M. le Professeur E. Forgue* (REGARDS SUR LA MÉDECINE ESPAGNOLE : SON HISTOIRE ET SON ÉVOLUTION) :

« ... Et je termine, en très respectueux hommage, par la figure, populaire, entre toutes, du maître dont le nom est très connu des étudiants du monde entier : Ramon y Cajal. Si j'avais à proposer à un jeune travailleur l'exemple d'une vie de savant, je lui conseillerais la lecture de la biographie personnelle que Cajal a écrite. Ah ! Quelle noble existence, vouée à la recherche scientifique désintéressée, astreinte à la discipline d'une technique impeccable, attachée au culte de la vérité ! Et quelles leçons on en retire de persévérance, de simplicité modeste, d'optimisme, presque d'ingénuité ! J'ai revu, à Saragosse, avec émotion, la série des aquarelles anatomiques qu'il a composées pendant les trois ans, où, jeune aide d'anatomie, il a disséqué sans relâche, dans ce pauvre amphithéâtre de l'hôpital de Santa Engracia, ayant pour guides nos livres français de Cruveilher et de Sappey ! Et, le jour où j'ai été présenté, dans son laboratoire de Madrid, au maître de la neuro-histologie mondiale, arrivé au sommet de son autorité scientifique, j'ai évoqué le souvenir de ses difficiles commencements, quand, nommé professeur auxiliaire à Saragosse, et commençant son initiation aux études micrographiques, il ne trouve, comme seul outil de travail, dans toute la faculté, qu'un microscope, à peu près utilisable, un vieux modèle français de Nachet, avec lequel il contemple pour la première fois, « le spectacle surprenant de la circulation sanguine ». Humbles débuts ; carrière souveraine !

Ce qu'il y a d'admirable en Cajal, c'est cette qualité que Pasteur recommandait aux jeunes gens, comme vertu essentielle : l'enthousiasme. Victor Hugo est son idole littéraire ; Jules Verne le passionne et, à l'instar de l'auteur prophétique des aventures extraordinaires, le voici qui compose un roman, où il imagine les dramatiques péripéties d'un voyageur arrivant dans la planète Jupiter et y faisant la rencontre d'animaux monstrueux, dix mille fois plus grands que l'homme, mais de structure identique ; en comparaison de ces colosses de la vie humaine, notre explorateur a la taille d'un microbe ; muni d'appareils scientifiques, l'intrépide observateur pénètre par une glande cutanée, arrive dans le sang, y navigue sur un globule rouge, et assiste aux luttes épiques entre leucocytes et parasites ; des dessins en couleur, inspirés des livres histologiques de l'époque, illustraient ce texte fantaisiste. Avec quelle charmante simplicité il nous raconte sa « manie gymnastique », son culte du biceps, sa crise sportive ; sa passion platonique pour labelle senorita que les étudiants appellent « La Vénus de Milo » ; son enthousiaste départ pour Cuba, comme médecin du corps expéditionnaire, sa déception devant la réalité des fameuses forêts vierges, sa tristesse patriotique devant la faiblesse militaire de son pays, son retour désillusionné ! Et combien il est touchant de le voir, avec ses pauvres économies de Cuba et ses modestes émoluments, à Saragosse, faire les frais de son équipement de laboratoire,

acquérir un microtome de Ranvier et apprendre les éléments de cette science où il devait passer maître, dans les traités français d'histologie ou dans les versions françaises des livres étrangers !

L'œuvre scientifique de Ramon y Cajal : je n'ai point à la décrire ; le prix Nobel en a consacré la valeur et la portée. La hauteur de sa pensée : elle apparaît dans son livre sur les règles de l'investigation scientifique, que je place à côté de l'œuvre maîtresse de Claude Bernard sur l'introduction à la médecine expérimentale. Ce que je veux souligner, en terminant, ce sont les liens puissants par lesquels la vie intellectuelle de Cajal est unie à la science française : en fin de carrière, le voici comblé de tous les honneurs que notre pays peut décerner, associé étranger de l'Académie de médecine, correspondant de l'Institut de France, Commandeur de la Légion d'honneur ; mais plus que par ces distinctions, il est rattaché à nous par sa formation première, par le premier microscope qui lui a révélé l'infiniment petit, par les premiers livres qui l'ont formé, par sa résolution, depuis 1924, de publier ses travaux en français, afin de faciliter le travail scientifique en réduisant le nombre des langues de culture..... »

Antonio Gimbernat. — *De M. le Professeur Forgue in* Regards sur la médecine espagnole : son histoire et son évolution :

« ..... C'est en 1758 qu'à ce collège royal de Cadix fut admis comme interne Antonio Gimbernat. Tous nos étudiants connaissent son nom : le ligament de Gimbernat, c'est une colle d'examen ; c'est, surtout, un détail anatomique de premier plan. Nos techniques les plus modernes ont confirmé l'importance du débridement de ce ligament dans la cure de la hernie crurale : nous en faisons, avec Duval, Guibé et Proust, le temps opératoire fondamental. J'ai là, sous les yeux, le mémoire inaugural que Gimbernat communiqua le 9 octobre 1788 au collège royal de chirurgie et qu'il dédie au roi, son seigneur, don Carlos IV (que Dios guarde !) : quelle netteté de vue, quelle précision de manœuvre s'y révèlent ! Un demi-siècle après, en l'an de grâce 1932, nous suivons le même principe : notre incision s'est simplement élargie, opérant à ciel ouvert, au lieu de débrider en profondeur sur la sonde. Et l'on se représente la scène impressionnante qui se produisit, lors de la rencontre, à Londres, de Hunter et de Gimbernat : le grand maître anglais, alors à l'apogée de sa gloire, autorité dominante en anatomie chirurgicale et en physiologie, faisait une leçon sur la hernie crurale ; Gimbernat s'avance vers lui, expose son procédé, en se servant de la même pièce sèche qui venait d'être utilisée pour la leçon ; Hunter écouta attentivement l'anatomiste catalan et conclut en lui disant : « Vous avez raison, Monsieur ». « You are right, Sir ». Cet épisode décida de la réputation universelle de Gimbernat : sans le patronage du chirurgien anglais, de haut prestige, les travaux du modeste Espagnol fussent probablement restés inconnus. Le nom de Gimbernat reste éternellement attaché à cette région crurale ; et c'est justice, car il donne l'exemple du feu sacré qui doit animer tout anatomiste : « mon auteur favori, répétait-il, c'est le cadavre humain », « Mi autor mas favorito es el cadever humano ».

Vesale, Daza Chacon et la plaie du crâne de don Carlos. — *De M. le Professeur Forgue in* Regards sur la médecine espagnole : son histoire et son évolution.

« ... Dans cette pléiade, émerge Daza Chacon, originaire de Valladolid, qui fut médecin de l'enfant de don Carlos, qui opéra, dit-on, Cervantès, blessé à Lépante, qui publia, dans son grand traité de chirurgie théorique et pratique, paru en 1580, un des plus curieux documents cihrurgicaux que l'on puisse verser au dossier de cette époque, document dont nous devons à Guardia l'intégrale traduction, accompagnée de judicieux commentaires. Il s'agit de la plaie du crâne qui mit en grand péril, la vie de don Carlos, et dont les historiens ont rapporté à Vesale le succès du traitement. Or, ce fut, heureusement, l'avis de Vesale, qui ne fut pas suivi : il voulait trépaner, pour des complications que Daza Chacon jugeait superficielles et qui répondaient à un érysipèle phlegmoneux de l'épicrâne ; le crâne ne fut pas trépané, mais simplement rugîné ; la trépanation eut porté jusqu'aux méninges l'infection de surface. « Vesale, dit Chacon, était admirable dans les dissections anatomiques ; mais il était lourd dans les opérations chirurgicales ».

Ce fut un vrai drame que cette blessure et dont les premiers rôles furent tenus par les plus formidables personnages de l'époque. Au chevet de ce prince blessé, que le roman et la légende historique se disputent, se tiennent : le très haut et

puissant seigneur Philippe II qui intervint alors avec une sollicitude faisant contraste avec l'opinion, indémontrée, qui plus tard, devait l'accuser de la mort violente de son fils ; le terrible et hautain duc d'Albe, bravant la fatigue, veillant toutes les nuits tout habillé sur une chaise ; neuf médecins et chirurgiens, qui tinrent plus de cinquante consultations et ne se disputèrent point. Quatorze de ces consultations eurent lieu devant Sa Majesté : quelles scènes et quel cérémonial ! Sa Majesté prenait place sur une chaise, ayant derrière elle les grands et les gentilshommes, à ses côtés, le duc d'Albe et don Garcia de Tolède ; devant elle, les médecins formant un demi-cercle, et parlant chacun à son tour, sans brièveté, puisque ces consultations duraient de deux à quatre heures ! Quel épisode de superstition religieuse, d'horrible contact que cette histoire du corps d'un bienheureux franciscain, mort en odeur de sainteté depuis cent ans, apporté sur ordre de Philippe II et qui selon Liorente auraient été appliqué sur le corps de don Carlos et couché dans son lit ou simplement, comme dit Daza Chacon, aurait été rapproché du prince, en plein délire. Le miracle ne se produisit point, mais le bienheureux moine Diégo fut canonisé par la suite..... »

Le vaccin B. C. G. — *Dans la* Revue des Deux mondes (15 *mai* 1932) *un article de M. Pasteur Vallery-Radot, intitulé* : LE VACCIN B. C. G. ET LE PROCÈS DE LUBECK.

En France même, écrit M. Pasteur Vallery-Radot, jusqu'au 1er mars 1932, d'après les statistiques que je tiens de M. Calmette, 423.240 vaccinations ont été pratiquées. Le vaccin B. C. G. est donc désormais appliqué sur une vaste échelle. Depuis 1924, le nombre des vaccinations en France augmente progressivement : en 1925, 4.328 enfants furent vaccinés ; en 1926, 14.654 ; en 1927, 37.529 ; en 1928, 69.644 ; en 1929, 80.888 ; en 1930, 95.869 ; en 1931, 101.646.

Les bases de cette vaccination reposent sur un fait de hasard, comme on en trouve à l'origine de la plupart des découvertes scientifiques. Mais le hasard, selon le mot de Pasteur, ne favorise que les esprits préparés. Le mérite du savant, dit Charles Nicolle, est de « savoir capter le hasard » ; c'est ce que fit Calmette.

En 1901, MM. Calmette et Guérin, pratiquant des expériences sur l'absorption intestinale des bacilles tuberculeux, faisaient ingérer à des jeunes bovins des bacilles qui avaient été ensemencés sur des pommes de terre cuites dans de la bile de bœuf : ce milieu de culture rendait les bacilles facilement émulsionnables et capables d'infecter aisément les animaux. Après une trentaine de réensemencements successifs sur ces pommes de terre biliées, MM. Calmette et Guérin constatèrent, non sans surprise, que leur culture, d'origine bovine, très virulente, ne tuait plus le cobaye, animal éminemment réceptif. Après soixante réensemencements, elle pouvait être injectée impunément au cobaye, au singe ou au veau : elle était dépourvue de toute virulence.

MM. Calmette et Guérin, ayant entrepris de vastes expériences démontrèrent que les jeunes veaux inoculés avec ce bacille bilié acquéraient une résistance manifeste aux infections tuberculeuses naturelles ou expérimentales. Ainsi, non seulement ce bacille bilié, que l'on désigne aujourd'hui par les initiales B. C. G. (Bacille Calmette-Guérin), n'était plus virulent, mais il se montrait préventif vis-à-vis du bacille tuberculeux non modifié : il agissait à la manière d'un vaccin.

230 cultures successives de ce bacille furent pratiquées sur le même milieu bilié : les caractères du bacille ne se modifièrent pas. « Il semblait bien, écrit M. Calmette, que nous avions obtenu un véritable vaccin à caractères d'atténuation héréditairement fixée, comme ceux que présentent les vaccins charbonneux de Pasteur, car tous nos efforts pour lui faire récupérer sa virulence originelle par des passages successifs d'animal à animal, ou par des inoculations faites en mélange avec de la tuberculine, ou avec diverses substances irritantes, échouaient. »

....

Voici dans quelles circonstances le Professeur Calmette fut amené à faire la première vaccination humaine par le B. C. G. :

Le 1er juillet 1921, le docteur Weill-Hallé, alors médecin de la crèche de l'hôpital de la Charité, vint entretenir M. Calmette d'un fait particulièrement troublant. Il s'agissait d'un enfant né d'une mère tuberculeuse qui venait de mourir de phtisie. L'enfant devait être élevé par une grand'mère, elle aussi tuberculeuse. Calmette estima qu'il était de son devoir d'essayer pour cet enfant la vaccination qui s'était montrée jusqu'alors inoffensive pour le veau, le singe, le cobaye et qui avait préservé ces animaux contre les infections tuberculeuses les plus virulentes. On fit donc absorber à l'enfant, en trois doses, 6 milligrammes de B. C. G. par voie buccale. Aucun incident ne se produisit. Cet enfant, depuis plus de dix ans, est resté en parfaite santé, bien qu'il soit demeuré pendant plus de deux ans en contact permanent avec une personne tuberculeuse.

A la suite de cette première vaccination, d'autres en grand nombre furent effectuées par les docteurs Weill-Hallé et Turpin. Les enfants vaccinés provenaient les uns de parents indemnes, les autres de père ou de mère atteint de tuberculose et étaient laissés dans le foyer contagieux où ils étaient nés. Les heureux résultats obtenus par les docteurs Weill-Hallé et Turpin engagèrent le professeur Calmette à étendre la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. Après dix années d'application méthodique, on peut aujourd'hui se faire une opinion sur la valeur de cette vaccination..... »

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C.

FONDÉ EN 1873. — N° 24 LE NUMÉRO : 50 Centimes 11 JUIN 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 31 mai. — M. Pierre HÉBERT. L'échinococcose secondaire bronchogène de F. Dévé en pathologie humaine. — M. BOTERO LONDONO. Du prolapsus génital après hystérectomie subtotale et le traitement préventif par la cervico-ligamento-pexie. — Mme KOMAROVSKY. Elie Metchnikoff et ses travaux sur la vieillesse. — M. L. ARANJO ECARRE. De la mort subite.

2 juin. — Mme SCHŒLLER GLEISES. Contribution nouvelle à l'étude du givre d'urée.

1er juin. — Thèse vétérinaire. — M. DUPONT. Arthrites suppurées du pied chez les bovidés. Leur traitement chirurgical.

Service de santé militaire. — Un concours sera ouvert le mercredi 23 novembre 1932, à neuf heures, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris, pour l'admission à cinq emplois de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

Ministère de la Santé publique. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium public de Seyssuel (Isère). Les demandes devront être adressées avant le 30 juin 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau, 7, rue de Tilsitt, à Paris).

Asiles publics d'aliénés. — Le Docteur Tarbouriech est nommé médecin-chef de service de l'asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés du Bon-Sauveur de Picauville (Manche), en remplacement du Docteur Viel, décédé.

— Le Docteur Menger est nommé médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés du Bon Sauveur de Bégard (Côtes-du-Nord), en remplacement du Docteur Daussy appelé à un autre poste.

Bordeaux. — M. le Docteur Magendie a été nommé, après concours, chirurgien adjoint des hôpitaux et affecté à l'hôpital Saint-André.

Marseille. — A l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales de Marseille, les chaires de : 1° Clinique thérapeutique et de spécialités chirurgicales, 2° Médecine opératoire, appareillage, orthopédie, obstétrique, sont déclarées vacantes, pour compter du 1er janvier 1933.

Orléans. — Un concours pour une place d'interne titulaire et une place d'interne provisoire aura lieu aux dits établissements, le mardi 19 juillet 1932, à 10 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur.

Rennes. — Un concours pour un emploi de chef de travaux d'histologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le lundi 7 novembre 1932 au siège de ladite école. Clôture du registre des inscriptions un mois avant l'ouverture du concours.

Médaille du Docteur Charles Buizard. — La médaille offerte au Docteur Charles Buizard par ses collègues et ses amis lui sera remise le dimanche 19 juin, à 10 h. 30, 44, rue de Rennes (place Saint-Germain-des-Prés).

La cérémonie sera présidée par M. le Professeur Gosset.

IVe Croisière de l'Association Guillaume Budé. — L'Association Guillaume Budé, dont le récent Congrès de Nîmes a affirmé la vitalité et magnifié l'œuvre féconde en vue de la défense et du maintien de la culture classique, organise une quatrième Croisière aux prochaines vacances.

Cette croisière qui durera du 11 août au 2 septembre aura lieu dans le bassin occidental de la Méditerranée à bord du paquebot de luxe *Patris II*, avec le concours de la *Neptos. S. A.*

Tous les amateurs de beaux voyages, tous ceux qui veulent connaître les premières étapes de la civilisation européenne, tous les passionnés d'histoire, tous les amis des lettres et des arts voudront participer à cette croisière dont l'itinéraire a été ainsi fixé : Marseille, Naples, Pompéi, Paestum, Palerme, Ségeste, Sélinonte, Agrigente, Syracuse, Taormina, Tunis, Carthage, Dougga, Malte, Spalato, Raguse, Cattaro, TCettigne, Durazzo, Tirana, Appollonie, Corfoucu, Ithaq Marseille.

Dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé, cette croisière en Méditerranée sera accompagnée, à titre de conférenciers, par M. Eugène Albertini, professeur au Collège de France et André Boulanger, professeur à l'Université de Strasbourg.

Les inscriptions sont reçues au siège de l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (6e). Téléphone : Littré 25-57.

Association générale des étudiants. — Docteurs et étudiants en médecine fin de scolarité, n'oubliez pas que la Section de médecine de l'Association générale des étudiants, 15, rue de la Bûcherie, Paris, est à votre disposition pour vous procurer remplaçants et remplacements. Bureau ouvert de 14 h. 30 à 18 h. 30. Téléphone, Odéon 65-74.

Hôpital et dispensaire français de Londres. — On demande un médecin-résident, remplissant les fonctions d'interne, disposé à venir pendant la période des vacances de juillet et août. Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Pierret (La Bourboule, Puy-de-Dôme) ou au secrétaire de l'hôpital et dispensaire français (172, Shaftesbury Avenue, Londres W. C. 2).

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — *Cours de vacances de* 1932. — I. Premier cours (5-17 septembre 1932) : Maladies de la nutrition, du foie, du pancréas et de la rate.

Lundi 5 septembre, 10 h. 30, Dr Henri BÉNARD : Métabolisme des sucres. Syndromes d'hyper et d'hypoglycémie. — 2 h. 30, Dr LAMBLING : Formes cliniques du diabète.

Mardi 6 septembre, 10 h. 30, Dr Henri BÉNARD : Acidose iabétique. — 2 h. 30, Dr FROMENT : Infection et gangrène chez les diabétiques.

Mercredi 7 septembre, 10 h. 30, Dr RACHET : Conduite du traitement chez les diabétiques. — 2 h. 30, Dr Henri BÉNARD : Métabolisme des graisses. Les obésités glandulaires.

Jeudi 8 septembre, 10 h. 30, Dr Henri BÉNARD : Métabolisme du calcium. Tétanie. Ostéite fibreuse. — 2 h. 30, Dr RUDOLF : Métabolisme des protides : diathèses urique, oxalique. Pathogénie de la goutte.

Vendredi 9 septembre, 0 h. 30, Dr THIROLOIX : Rhumatisme chronique. — 2 h. 30, Dr LIBERT : Exploration fonctionnelle du foie.

Samedi 10 septembre, 10 h. 30, M. CACHERA : Les ictères infectieux, spirochétosiques. — 2 h. 30, M. Paul : Les ictères du nouveau-né. Ictères congénitaux.

Lundi 12 septembre, 10 h. 30, M. PAUL : Les ictères néopla-

siques. — 2 h. 30, Dr LIBERT : Le tubage duodénal en pathologie hépato-biliaire.

Mardi 13 septembre, 10 h. 30, Dr THIROLOIX : Hépatites dysentériques. — 2 h. 30, Dr COURY : Hépatites syphilitiques. Ictères arséno-benzoliques.

Mercredi 14 septembre, 10 h. 30, M. CACHERA : Hépatites alcooliques et tuberculeuses. — 2 h. 30, Dr CAROLI : Les angiocholécystites.

Jeudi 15 septembre, 10 h. 30, Dr DELAFONTAINE : Lithiase vésiculaire. — 2 h. 30, Dr CAROLI, : Lithiase du cholédoque.

Vendredi 16 septembre, 10 h. 30, Dr DELAFONTAINE : Pathogénie et traitement de la lithiase biliaire. — 2 h. 30, Dr RACHET : Les splénomégalies primitives. Maladie de Banti.

II. Congrès de la lithiase biliaire à Vichy, sous la présidence du Professeur Carnot.

Une semaine d'intervalle entre les deux cours est laissée aux auditeurs pour se rendre, s'ils le désirent, au Congrès international de la lithiase biliaire à Vichy.

Les auditeurs qui désirent y assister se feront inscrire directement auprès du secrétaire général du Congrès, le Dr AIMARD, 24, boulevard des Capucines, pour profiter des avantages réservés aux congressistes (chemins de fer et hôtels).

III. Cours de septembre et d'octobre (26 septembre-8 octobre) : Gastro-entérologie.

Lundi 26 septembre, 10 h. 30, M. DEVAL : Etude de la sécrétion gastrique. L'épreuve de l'histamine. Le tubage duodénal en pathologie digestive. — 2 h. 30, Dr Marguerite TISSIER : Cytologie gastrique. Recherches des parasites intestinaux.

Mardi 27 septembre, 10 h. 30, M. BUSSON : Hémorragies gastro-intestinales. — 2 h. 30, Dr BOUTTIER : Atonie et ptose gastriques.

Mercredi 28 septembre, 10 h. 30, Dr CAROLI : Syndromes dyspeptiques de la lithiase biliaire. — 2 h. 30, Dr PÉRON : Crises digestives du tabes.

Jeudi 29 septembre, 10 h. 30, Dr RACHET : Ulcère de la petite courbure. Sténoses médio-gastriques. — 2 h. 30, Dr DELALANDE : Ulcères pyloro-duodénaux.

Vendredi 30 septembre, 10 h. 30, Dr COURY : Manifestations digestives de l'aortite abdominale. — 2 h. 30, Dr BARIÉTY : Périviscérites d'origine digestive.

Samedi 1er octobre, 10 h. 30, Dr LAMBLING : Entéro-colite muco-membraneuse. — 2 h. 30, Dr LIBERT : Stase intestinale chronique. Mégacôlon.

Lundi 3 octobre, 10 h. 30, Dr LENORMAND : Séméiologie et traitement des diarrhées chroniques. — 2 h. 30, Dr JACQUET : Formes cliniques de l'appendicite.

Mardi 4 octobre, 10 h. 30, Dr THIROLOIX : Formes cliniques du cancer de l'estomac. — 2 h. 30, Dr Henri BÉNARD : Amibiase intestinale et autres colites parasitaires.

Mercredi 5 octobre, 10 h. 30, M. CACHERA : Tuberculose intestinale. — 2 h. 30, Dr CHABROL : Cancer des côlons.

Jeudi 6 octobre, 10 h. 30, Dr AUGIER : Tumeurs recto-sigmoïdiennes. Polypose intestinale. — 2 h. 30, Dr FRIEDEL : Rectoscopie. Traitement des hémorroïdes.

Vendredi 7 octobre, 10 h. 30, Dr LAGARENNE : Diagnostic radiologique des ulcères gastro-duodénaux. — 2 h. 30, Dr DIOCLÈS : Diagnostic radiologique des lésions du côlon.

Samedi 8 octobre, 9 h. 30, Dr DUFOURMENTEL : Œsophagoscopie. Spasmes et diverticules. — 10 h. 30, Prof. CARNOT : Cancers de l'œsophage.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs pour un cours et de 450 francs pour les deux cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Deuxième Congrès de la Société internationale de Chirurgie orthopédique (Londres, 19-22 juillet 1933.) — Bureau du Congrès : président : M. le Prof. Nové-Josserand, de Lyon ; vice-présidents : M. le Prof. Murk-Jansen, de Leyde, M. le Prof. Goent, de Berlin, M. le Prof. Putti, de Bologne ; secrétaire général : M. le Docteur Delchef, de Bruxelles ; secrétaire : M. le Docteur Platt, de Manchester ; trésorier : M. le Prof. Maffei, de Bruxelles.

Programme provisoire. — Les séances auront lieu dans les locaux de la Société royale de médecine.

Mercredi 19 juillet, 14 heures : Réunion du Comité international. — 16 h. 30 : Assemblée générale. — 20 h. 30 : Réception par le président.

Jeudi 20 juillet, 9 h. 45 : Discours du président. — 10 h. 30 : Etude de la première question à l'ordre du jour : Le mécanisme des mouvements articulaires en général. Rapporteurs : MM. von Bayer (Allemagne), Delitala (Italie), Scherb (Suisse). — 14 h. 30 à 17 h. 30 : Séances opératoires dans les hôpitaux. — 20 h. 30 : Réception par le Collège royal des chirurgiens.

Vendredi 21 juillet, 9 heures : Etude de la deuxième question à l'ordre du jour : Le traitement des coxites tuberculeuses. Rapporteurs : MM. Erlacher (Autriche), Maffei (Belgique), Henderson (Etats-Unis d'Amérique), Sorrel (France). — 14 h. 30 à 17 h. 30 : Séances opératoires dans les hôpitaux. — 19 h. 45 : Banquet par souscription.

Samedi 22 juillet, 9 heures : Communications particulières. — 14 heures : Visite de l'hôpital orthopédique d'Alton.

Pendant la durée du Congrès, un comité de dames anglaises organisera la visite de Londres pour les femmes des congressistes.

A l'issue du Congrès, un voyage d'une durée de quatre ou de huit jours au choix des congressistes aura lieu en Grande-Bretagne.

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus au secrétariat général de la Société, 34, rue Montoyer, à Bruxelles.

Consultation d'endocrinologie et d'opothérapie. — Elle sera transférée, à partir du jeudi 2 juin, de l'hôpital Cochin à l'Institut prophylactique, 38, rue d'Assas, de 10 heures à midi et demi, tous les jeudis matins.

La Nomade, société médicale et universitaire de tourisme, effectuera les excursions suivantes, par petits groupes :

Pays-Bas en auto-car du 2 au 11 août.

Engadine Dolomites Tyrol (dix jours d'auto) du 22 août au 7 septembre.

Lacs italiens en auto-car du 6 au 11 septembre.

Engadine, Dolomites, Tyrol et Lacs italiens du 22 août au 11 septembre.

Morvan et alentours en auto-car du 14 au 21 septembre.

Ces voyages confortables seront conduits par notre confrère le Docteur Cayro, 15, rue Jules-Ferry, à Paris, XIII[e], lequel envoi sur demande (joindre timbre) le dernier *Bulletin* de la Société contenant le détail de tous ces voyages.

Nécrologie. — Docteur Emile Bitot, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux, 11, rue Duffour-Dubergier. — Docteur Jacqueline Fontaine, de Paris, 13, avenue Suffren (VII[e]). — Docteur René Frison, de Rouillé (Vienne). — Docteur Paul Meynal, de Chavannes-sur-Suran (Ain), décédé à l'âge de 37 ans. — Jean Rostand, interne à l'hôpital de Cannes, mort victime du devoir professionnel. — Docteur Jean Baczkiewicz, doyen des pédiatres polonais, décédé à l'âge de 70 ans. — Professeur L.-W. Blumenau, professeur de neuropathologie à l'Institut pour le perfectionnement des médecins à Leningrad.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la greffe végétale et animale

Par Éd. RETTERER

Quel est le sort d'un organe ou d'un tissu vivant lorsqu'il est transplanté dans une autre région du même organisme ou dans un autre être vivant ? Quelles sont les conditions qui assurent sa survie ? Quand le tissu n'est composé que de cellules celles-ci continuent-elles à se nourrir et à rester vivantes ? Lorsque le tissu se compose de cellules et de substance fondamentale ou intercellulaire, cette dernière persiste-t-elle ou bien se résorbe-t-elle ?

A ces divers points de vue, il me semble intéressant de passer en revue les phénomènes consécutifs à la greffe tant chez les végétaux que chez les animaux et de les comparer entre eux.

A. Greffe végétale

De bonne heure l'homme a vu sur le hêtre, le charme, le chêne, le lierre, etc., que les branches et même les troncs de ces végétaux placés à une petite distance se rapprocher et se toucher à force de s'accroître. Au point de contact, l'écorce des deux branches est comprimée, se dessèche et disparaît, tandis que les couches de cellules sous-jacentes (zones génératrices) des deux branches, se soudent, continuent à vivre et ne forment plus qu'une masse (branche ou tronc) commune et dont la face interne produit du bois (aubier) et la face externe de l'écorce (liège). Pour faciliter cette soudure des deux branches, l'homme a commencé par les rapprocher, puis il a coupé la branche qu'il voulait greffer, l'a taillée en coin ou sifflet, et l'a introduite dans une entaille, ou fente verticale, pratiquée sur la branche du porte-greffe ou sujet que l'on veut greffer. En faisant correspondre les zones génératrices, le greffon survit et s'accroît.

La réussite de la greffe dépend de l'analogie d'organisation des végétaux : le poirier ne prend pas sur le pommier et *vice versa* ; bien que le cognassier ait quelques caractères, qui le rapprochent des pommiers, il faut le ranger parmi les poiriers, car la greffe des poiriers réussit presque toujours sur le cognassier.

Deux faits importants sont à retenir : sujet et greffon gardent leurs qualités premières, mais l'un est modifié par l'autre. Si le greffon survit, c'est qu'il reçoit du sujet les matériaux nutritifs propres à la continuation de ses échanges ; mais ses éléments (cellules et vaisseaux) conservent leur organisation originelle de telle sorte que des arbres qui ne donnent que des fruits revêches sont susceptibles, grâce à la greffe, de rapporter les fruits les meilleurs. Bien plus, on en relève et perfectionne le coloris et la grosseur ; on crée, pour ainsi dire, d'autres espèces de fruits. Bien qu'il y ait soudure de tissus entre le sujet ou porte-greffe et le greffon, les tissus de l'un et de l'autre gardent leurs propriétés originelles, leur individualité. Cependant la ligne de soudure ou bourrelet permet des échanges.

Les vaisseaux du jeune bois ou aubier du sujet amènent au greffon la *sève ascendante* ou *brute*. Si l'eau du sujet passe en moindre quantité à travers le bourrelet, le greffon (1) se développe moins vigoureusement, reste plus petit, fleurit et fructifie plus vite. Lorsque l'eau du sujet pénètre plus abondamment dans le greffon, les poussées du greffon sont plus vigoureuses et les fleurs plus rares comme dans tout arbre qui s'emporte par un excès de nourriture.

C'est le bourrelet de la greffe qui jouerait le rôle capital en ce qui concerne les phénomènes d'influence réciproque du sujet et du greffon.

Si les vaisseaux sont plus développés, la sève brute passe en plus grande abondance, d'où formation de poussées plus vigoureuses et de fleurs plus rares.

Si la soudure du sujet et du greffon conserve des portions de liège intercalées entre les tissus du premier et du second, les tissus de ce dernier sont moins riches en vaisseaux et le parenchyme y prédomine. Alors la sève brute passe moins vite dans le greffon et l'on observe alors de l'amidon dans le parenchyme de ce dernier.

Mais le greffon exerce également une influence sur l'évolution du sujet. En 1884, Strasburger, cité par Daniel, a constaté que dans la greffe d'*Atropa* sur pomme de terre, l'atropine du greffon a pénétré dans les tubercules du sujet. L'*atropa* et la pomme de terre ne sont en somme que deux variétés d'une même espèce.

En greffant le Chou de Milan sur chou-rave, Daniel a vu que le greffon accumulait des réserves dans sa tige ; mais il se formait en même temps des tubercules dans la racine du sujet. Il y a donc un passage (à travers la ligne de soudure du greffon et du sujet, c'est-à-dire à travers le bourrelet cicatriciel) des substances qui se forment dans le greffon. Le plus souvent, on voit la racine du sujet ne plus se renfler quand le greffon ne forme pas ordinairement des réserves. D'où il faut conclure que la racine du sujet ou porte-greffe sert exclusivement au transport de la sève brute ; elle ne s'accroît plus.

B. Greffes animales

1° *Greffes cutanées épidermiques.* — En 1869, Jacques Reverdin fit des petites greffes épidermiques. Il déposait sur les bourgeons charnus de petits lambeaux épidermiques d'une étendue de 3 à 4 millimètres. Pour obtenir ces derniers, J. S. Davis (1) soulève la peau avec une aiguille montée et coupe la peau à sa base avec un couteau à amputation. Les lambeaux qu'on obtient ainsi ont les dimensions de 5 à 6 millimètres et leur partie profonde contient, outre les prolongements épidermiques, le sommet des papilles cutanées. Ces greffons sont appliqués sur le tissu granuleux à une distance de 2 à 3 mm. les uns des autres. Les intervalles restent dénudés ainsi que la distance entre les bords de la plaie et les greffons. Les surfaces dénudées sont vite recouvertes par les cellules épithéliales partant de l'épiderme environnant et de celui des bords des greffons.

Les classiques sont peu explicites sur la façon dont ce lambeau épidermique ou cutané répare la perte de substance. Ils semblent admettre que cette réparation se fait d'après le même processus que celui qui, à leur avis, préside à la formation de la peau : les cellules épithéliales referaient, en proliférant, l'épiderme, tandis que le tissu granuleux sous-jacent se multiplierait et élaborerait des fibres conjonctives. Enfin les deux jeunes tissus se souderaient comme ont fait l'ectoderme et le mésoderme pour constituer la peau. A mon avis, les choses se passent différemment : comme dans les conditions physiologiques, les cellules épithéliales profondes se modifient et se transforment en jeune tissu conjonctif qui se superpose et se soude à celui du derme.

2° *Greffes de glandes ouvertes.*

A. *Testicule.*

Les études microscopiques que j'ai faites sur les greffons testiculaires des mammifères et de l'homme (2) m'ont donné les résultats suivants : les tissus testiculaires transplantés dans la vaginale survivent au moins dans leur portion externe ou superficielle et l'épithélium continue à fournir au sujet ou hôte les produits de sécrétion interne. Mais par suite d'une moindre nutrition, l'épithélium des tubes séminaux se transforme en tissu conjonctif, et, à la fin de cette transformation, le nodule fibreux cesse de sécréter toute hormone testiculaire (2).

---

(1) Voir L. Daniel. — Recherches morphologiques et biologiques sur la greffe (*Revue générale de botanique*, t. V, 1894.

(1) Voir Henry Chrétien. — *Contribution à l'étude des greffes cutanées* (greffes de J. S. Davis). Thèse de Strasbourg, 1922.

(2) Voir Retterer. — *Evolution du testicule et du pancréas* (1928) et *Journal d'urologie*, t. 29, p. 337, 1930.

Dernièrement, j'ai (1) eu l'occasion d'étudier deux greffons de testicules de chimpanzé à l'homme ayant survécu six ans. Pendant tout ce laps de temps, ils avaient exercé leurs effets bienfaisants physiques et psychiques ; ils avaient conservé leurs dimensions primitives ; mais enlevés, après six ans sur la demande du sujet qui, ne ressentait plus leur action bienfaisante, ils se montrèrent bien modifiés dans leur structure : leur portion périphérique ou écorce, qui est en contact avec la vaginale, s'est transformée en tissu conjonctif, ce qui me paraît s'expliquer par l'apport abondant de plasma nutritif fourni par les tissus de l'hôte. La présence d'un revêtement épithélial ou de tissu conjonctif jeune réticulé, dans la portion superficielle ou externe des cordons testiculaires sous jacents à l'écorce fibreuse, corrobore cette interprétation en ses points, l'épithélium a pu se nourrir, s'est conservé et a évolué en tissu conjonctif dense. En d'autres termes, l'épithélium des tubes ou cordons séminaux, qui se trouvait sur un terrain bien nourri, a non seulement survécu, mais il a subi une évolution *progressive* : il s'est transformé en un tissu conjonctif dense enveloppant tout le greffon.

Dans les parties moyenne et centrale du greffon, le cytoplasma et les noyaux moins, bien nourris surtout après le développement de la coque conjonctive dense, ont régressé. Le cytoplasma est devenu une masse finement granuleuse semée de nombreuses vésicules graisseuses ; quant aux noyaux de la zone périphérique des cordons, un certain nombre d'entre eux se colorent encore par l'hématoxylène, c'est-à-dire qu'ils possèdent encore des grains de chromatine ; mais la plupart ne se teignent plus que par le Soudan III ; ils sont donc en voie de métamorphose graisseuse. Le reste de la masse épithéliale des cordons est semé de granulations avides de Soudan III. Autrement dit, les cordons séminaux, mal nourris, subissent une évolution *régressive*, aboutissant à la dégénérescence graisseuse de tout le contenu des tubes séminaux.

En ce qui concerne la clinique et la physiologie, Belmino Valverde (2) a pleinement confirmé les résultats obtenus par S. Voronoff.

Dans dix observations, la greffe de testicules de singe à l'homme a produit l'amélioration de l'état général, le relèvement des facultés intellectuelles et surtout de la mémoire ; ainsi que le rétablissement des fonctions génitales.

Ce sont des testicules de cynocéphale qui ont été greffés dans deux de ces observations : quelle espèce de cynocéphales ? et les *autres* greffons ont-ils été empruntés également aux testicules de cynocéphales ? D'autre part, combien de temps le greffon a-t-il exercé ses effets bienfaisants et comment ont évolué les tissus greffés ? L'auteur est muet sur ces points.

Quant aux autres glandes ouvertes, on n'en a pas fait une étude suivie.

Hédon (3) a réussi à prolonger la vie des chiens auxquels il avait extirpé le pancréas. A cet effet, il leur greffe des fragments de pancréas dans la rate. Je n'ai pu trouver de renseignements sur l'évolution des fragments de pancréas transplantés dans la rate.

Il est important de signaler le fait évolutif qu'on observe dans les greffons, faits avec les glandes ouvertes : la sécrétion externe cesse et l'épithélium des tubes glandulaires ne tarde pas à régresser ou à se transformer en tissu conjonctif.

3° *Glandes closes.*

Si l'on greffe à un rat un fragment de glande thyroïde dans la rate comme l'ont montré Cristiani, Payr et d'autres et qu'on extirpe tout le reste du corps thyroïde, le greffon survit, ce qui n'a pas lieu quand on conserve le corps thyroïde ; l'an mal non seulement se porte bien, mais ne présente aucun trouble fonctionnel. L'extirpation de la rate entraîne chez quelques animaux ainsi opérés la cachexie thyréoprive avec perte des poils et un amaigrissement notable. La *glande pituitaire* ou *hypophyse* greffée dans la rate, les muscles ou le cerveau, ne survit qu'une dizaine de jours, puis dégénère et se nécrose (1).

Pour ce qui est de la *glande thyroïde*, ses fragments greffés commencent par présenter des phénomènes dégénératifs qui sont beaucoup plus accusés vers le centre du greffon. Mais des vaisseaux sanguins ne tarderaient pas à pénétrer dans les parties périphériques du greffon : les follicules périphériques émettraient des bourgeons épithéliaux qui régénèreraient les parties nécrosées. C'est ainsi que le greffon acquierrait de nouveau la structure de la glande thyroïde normale.

En ce qui concerne les expériences de V. Haberer et Störk, elles ne constituent pas de greffes véritables, mais de simples déplacements. Ces auteurs transplantèrent la capsule surrénale dans le rein en conservant le pédicule vésiculaire du greffon. La survie de ce dernier dura des années en même temps qu'il fonctionnait normalement. L'examen histologique a montré que la substance corticale comme la médullaire non seulement survivent mais s'hypertrophient.

Ces expériences comportent un enseignement des plus instructifs : la conservation des vaisseaux sanguins, c'est-à-dire la nutrition est l'un des facteurs essentiels qui assure la survie des éléments déplacés ou greffés.

Sauf dans l'observation de la greffe ayant survécu six ans, je n'ai pas porté une attention suffisante sur la vascularité des greffons testiculaires

4° *Greffes des tissus de soutien* (cartilage, os, tissu conjonctif). Le *cartilage* greffé régresse et disparaît.

Quant à l'os, il fait de même, mais si l'on conserve le périoste et le tissu conjonctif avoisinant, les phénomènes qui se produisent sont différents. Aux siècles passés on avait déjà observé le développement du tissu osseux au voisinage de l'os irrité ou cassé ; mais avant l'avènement de la théorie cellulaire, on se demandait encore si c'est le périoste qui s'ossifie ou si c'est le fait de la lymphe coagulable qu'il contient. Pour Malgaigne (2) par exemple, la lymphe coagulable suffit à elle seule à la régénération osseuse ; mais le périoste infiltré de lymphe coagulable s'ossifie.

Ollier (3), l'un des premiers, a fait dès 1859, des expériences de greffes périostiques et obtenu un tissu osseux nouveau.

Les éléments qui donnent naissance à l'os nouveau sont les cellules jeunes et riches en protoplasma de cette membrane. Si l'on enlève par le raclage cette couche interne du périoste, il n'y a pas de formation d'os après la greffe. Bien plus, il suffit de transplanter cette couche interne du périoste pour déterminer la production d'un tissu osseux jeune.

De nombreux auteurs ont répété les expériences d'Ollier avec des succès divers. Wjereszinski (4), transplantant des lamelles osseuses de lapin dans les muscles d'un autre lapin, ou cultivant le périoste *in vitro*, me semble avoir éclairci la question.

Les fragments osseux, pourvus de leur périoste et transplantés dans le muscle exercent une excitation et même une véritable irritation sur le tissu conjonctif environnant qui prolifère et forme un tissu conjonctif jeune (tissu de granulation) lequel produit par métaplasie du tissu osseux. Si le fragment osseux reste revêtu de périoste, le développement du tissu osseux est bien plus considérable.

Le périoste reste vivant et ses cellules se multiplient par voie mitosique, mais les éléments conjonctifs qui se développent ainsi ne sont pas la source principale des cellules formatives du nouveau tissu, car celui-ci provient essentiellement de la prolifération du tissu conjonctif avoisinant (tissu de granulation) qui se transforme en cellules et en tissu osseux. Sur la face externe convexe du greffon osseux, le tissu de granulation forme des ostéoblastes qui édifient des lamelles osseuses compactes ; sur la face interne concave il ne se développe que de l'os spongieux. Cultivé *in vitro*, le périoste ne produit pas de tissu osseux, il ne donne naissance qu'à des fibroblastes ou cellules conjonctives.

(1) *Annales d'anatomie pathologique* etc. t. IX, p. 233, 1932.
(2) Voir Dartigues. — *Bulletin et mémoires de la Soc. de médecine* n° 15, 26 déc. 1931.
(3) Voir l'index bibliographique *in* Biedl *Innere Sekretion*, 2e édit.

(1) Voir les expériences des auteurs *in* Biedl *Innere Sekretion*, 2 partie, p. 127.
(2) *Traité d'anatomie chirurg.*, t. I, p. 117, 1838.
(3) Voir le *Traité expérimental et clinique* d'Ollier *de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux*, Paris, 1867.
(4) *Virchow's Archiv.*, t. 251, p. 278, 1924. Wjereszinski donne la bibliographie complète de cette question.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

Le tissu ou endoste qui revêt la face interne des cavités médullaires est une mince lamelle de tissu conjonctif qui ne semble pas concourir à la formation du tissu osseux.

En un mot le périoste transplanté continue à faire *pendant quelque temps* de l'os ; mais dès que l'excitation fonctionnelle fait défaut, il cessera d'élaborer du tissu osseux. L'introduction d'une lamelle osseuse dant le muscle irrite le tissu conjonctif qui prolifère, et le jeune tissu conjonctif formé dans ces conditions évolue également en tissu osseux.

Ce n'est pas tout : les cellules jeunes ont des propriétés *latentes* qui se manifestent au cours de l'évolution par des changements de structure, de sorte que tel tissu dont nous faisons une espèce distincte se transforme peu à peu en une autre espèce.

Les expériences de Honor B. Fell démontrent le fait. Cet expérimentateur (1), étudiant sur le poulet l'ostéogenèse, isola sur les segments cartilagineux d'embryons de poulets âgés de 6 jours le périoste rudimentaire et le cultiva *in vitro*. Ce périoste ou périchondre est capable de s'ossifier *in vitro*, bien que dans ces conditions expérimentales il ne soit pas associé avec du cartilage, qu'il soit privé de sang et de nerfs. La matière vivante a des qualités héréditaires qui se manifestent au cours de l'évolution.

C. Résultats et critique

Pour transplanter un organe ou un tissu dans un autre milieu, il est nécessaire de le séparer mécaniquement des parties auxquelles il est uni. Formé de matière vivante, il réagit à cette irritation : ses cellules se nourrissent davantage, augmentent de volume, puis se divisent et se multiplient.

Toute transplantation *ou greffe* est suivie de cette réaction, que je cite la greffe végétale, la greffe du testicule de l'épiderme dont les cellules prolifèrent. Les phénomènes ultérieurs varieront selon le degré de nutrition ou l'activité fonctionnelle. Si les matériaux nutritifs arrivent en quantité suffisante et que le tissu fonctionne, le greffon vit et poursuit son évolution progressive.

Comme dans la conception et le développement d'un jeune organisme, la greffe exige deux conditions : 1° parenté protoplasmique de l'ovule et du spermatozoïde ; 2° appropriation du terrain nutritif.

La matière vivante se comporte différemment des corps bruts : irritée par les agents extérieurs, elle réagit par l'accroissement et la multiplication ; mais si les éléments nutritifs font défaut, elle dégénère ou se nécrose.

D'autres facteurs interviennent dans la réussite de la greffe : les testicules jeunes sont plus propices que ceux de l'adulte : ceux du chimpanzé (2) que S. Voronoff a transplantés, ainsi que ceux du bouc et du bélier, n'avaient pas encore de lumière dans les futurs tubes séminipares qui représentaient des cordons de 50 à 60 μ. Le revêtement épithélial était constitué par un syncytium réticulé. La membrane propre de ces cordons arrivait au contact de celle des cordons voisins, sauf aux angles rentrants ménagés entre eux et remplis d'un tissu conjonctif abondant parcouru par les vaisseaux sanguins. Absence de toute cellule interstitielle. Les boucs et les béliers qui ont donné les greffons se trouvaient à un âge correspondant, c'est-à-dire de pré-spermatogène (3).

L'âge du donneur exerce une influence considérable sur l'évolution des cellules épithéliales du testicule. En 1919 j'ai montré aux membres de l'*Association française pour l'étude du cancer* des préparations de greffons de jeune bouc prépubère qui, après un an de greffe, présentaient des spermatides et des têtes de spermatozoïdes dans les assises internes du revêtement épithélial des tubes séminipares. Le testicule du jeune bouc avait la structure que j'ai représentée plus tard (figure I, p. 3, in *Evolution du testicule et du pancréas*, 1928). En greffant des testicules au stade de pré-spermatogenèse, S. Voronoff a prévenu l'objection que les spermatides et les spermatozoïdes existaient déjà dans le greffon lors de sa transplantation.

Dans toutes mes recherches j'ai tenu grand compte des résultats histogénétiques que j'avais obtenus par l'étude d'autres tissus et organes qui m'avaient appris que l'épithélium est la souche de tous les autres tissus, qu'il est l'élément vital par excellence. A ce point de vue il existe une subordination des éléments : plus les substances fondamentales ou intercellulaires deviennent abondantes, moins le tissu est viable et par suite apte à survivre quand il est transplanté dans un autre milieu.

D'autre part on continue, comme aux siècles passés à regarder le tissu conjonctif comme possédant seul des propriétés vitales et régénératrices. On méconnaît la filiation des cellules et des tissus. L'épithélium ne serait qu'un revêtement à peine viable et régresserait à la moindre insulte opératoire pour être remplacé par les cellules embryonnaires soit du tissu interstitiel soit du tissu conjonctif de l'hôte ou récepteur. En ligaturant ou excisant le canal déférent on réussirait à mortifier le revêtement épithélial des tubes séminipares et à provoquer l'hyperplasie et l'hypertrophie des cellules interstitielles. Malheureusement le mode de multiplication des cellules interstitielles est resté un mystère.

Au lieu de tenir compte du fait capital de l'origine épithéliale de tous les tissus, on se complaît à attribuer aux *globules blancs* ou *leucocytes* des vertus imaginaires. Comme ces éléments libres se déforment, se renflent en certains points et semblent émettre des prolongements ou pseudopodes, on attribue à ces cellules (dites migratrices), le rôle essentiel dans la régénération ou la greffe. D'autre part, ces cellules migratrices s'emparaient des particules qu'elles rencontrent et surtout des microbes ou bactéries et les incorporeraient pour les digérer ; aussi ont-elles reçu le nom de *phagocytes*. Ce seraient donc des cellules providentielles, qui nous sauvent du danger de devenir la proie des microbes.

D'où viennent les globules blancs ? His ne leur attribuait pas la même origine qu'aux autres tissus ; lorsque l'ovule se détache de l'ovaire, un globule blanc de la mère vient s'accoler à l'ovule fécondé et c'est ce globule blanc qui est la souche de tous les globules blancs du jeune être. D'autres pensent que les globules blancs ou lymphocytes accumulés dans les ganglions lymphatiques, par exemple, et qui ne se composent que d'un noyau et d'un mince liséré cellulaire, sont capables de grossir et d'acquérir un volumineux corps *cellulaire* pour devenir des leucocytes ou des phagocytes. L'observation démontre que le globule blanc n'est qu'une cellule qui, par fonte de son protoplasma périphérique ou cortical s'est détaché du complexus cellulaire ou tissulaire dont elle faisait partie. Le globule blanc est donc une cellule tronquée, vieillie. Jamais on n'a réussi à faire un tissu nouveau ou jeune en cultivant des globules blancs. Dans la lymphe ou le sang, le globule blanc continue à perdre son protoplasma qui, subissant la fonte sur certains points, prend la figure d'un élément à prolongements séparés par des creux ou vides. Tant que le germe embryonnaire n'est constitué que par un amas de cellules épithéliales, il ne possède pas de cellules migratrices ou leucocytes ; ceux-ci apparaissent à la suite de la fonte de l'écorce de certaines cellules du complexus épithélial.

Tels sont les faits qui démontrent que le globule blanc n'est qu'une cellule en voie de dégénérescence. Quant à son rôle phagocytaire, E. Charron (1) conclut de ses études expérimentales que la phagocytose mononucléaire ne tue pas le germe tuberculeux.

Que penser alors du rôle *régénérateur* des globules blancs et des phagocytes ? Selon Nageotte (2) les cellules migratrices seraient les seuls agents de la régénération des greffes. Les substances intercellulaires ou fondamentales seraient dépourvues de toute vitalité ; ne vivant pas, elles ne font que manifester leurs propriétés physiques, tant que leur organisation n'est pas détruite (*loc. cit.*, p. 495).

Les tissus perméables aux cellules migratrices revivent

(1) *Journal of anatomy*, janv. 1932, t. 66, p. 157.
(2) *Journal d'Urologie*, t. XV, p. 418, 1923.
(3) Voir les dessins in *Evolution du testicule et du pancréas*, 1928, p. 86 et *Journal d'Urologie*, t. XXIX p. 338, 1930.

(1) *Science et Thérapeutique*, p. 22, 1er avril 1932.
(2) *L'organisation de la matière*, 1922.

(après avoir été greffés vivants entièrement ; lorsqu'ils sont greffés *morts* (après un séjour prolongé dans l'alcool, le formol, etc.) ils redeviennent ce qu'ils étaient avant l'opération (*loc. cit.*, p. 481).

Dans une observation de greffe morte de carotide de mouton sur un chien, continue Nageotte (p. 489), les phagocytes viennent du sang circulant. Ils pénètrent par la face nterne de l'artère ; ce sont des mononucléaires (macrophages). Ils détruisent les cellules mortes case par case en allant régulièrement de l'intérieur vers l'extérieur. Les lamelles élastiques paraissent les arrêter quelque temps. Les phagocytes agissent surtout par leurs sécrétions externes et non point par leur activité digestive ou sécrétion interne. En un mot, la vie résiderait dans les seuls globules blancs ou cellules migratrices qui, après la transplantation ou greffe, seraient seuls les agents de la résurrection des tissus et des organes.

En ce qui concerne les substances fondamentales nous sommes plus avancés que pour l'origine du premier protoplasma ou substance organique. Depuis Aristote on attribue la formation de la substance organique ou vivante tantôt à une cause souveraine tantôt aux forces physico-chimiques qui l'auraient produite comme les cristaux se produisent dans une solution. Buffon avait déjà soutenu cette dernière théorie : « Le vivant et l'animé au lieu d'être un degré métaphysique des êtres est une propriété physique de la matière ».

Si notre ignorance reste profonde quant à l'origine du premier être organique ou vivant, nous sommes aujourd'hui mieux renseignés sur l'origine et la nature des substances fondamentales ou intercellulaires qui sont vivantes, à un moindre degré, il est vrai, que les éléments munis d'un noyau. Les substances intercellulaires n'apparaissent que dans un être vivant et sont toujours précédées de cellules vivantes. D'autre part, elles partagent la propriété essentielle de la matière organique ou vivante qui consiste à varier de structure selon la nutrition ou l'activité des cellules qui les ont élaborées. Qu'il me suffise d'un exemple pour prouver la chose. Amputant à un jeune cobaye la patte antérieure gauche au milieu du bras et laissant vivre l'animal pendant trois ans, j'ai vu ce dernier grandir et s'accroître comme un cobaye ordinaire avec la différence que la partie antérieure n'était plus supportée que par la patte droite. Celle-ci fournissait donc pendant trois ans un travail double, c'est-à-dire qu'elle était soumise à une pression et à des tractions doubles, tandis que le moignon de l'humérus gauche demeurait dans une inactivité à peu près complète. Après trois ans, l'os *inactif* est pauvre en sels calcaires, d'où sa grande fragilité, tandis que l'os *suractif* est devenu plus dur et plus résistant que le même os d'un cobaye ordinaire. J'ai représenté, dans la figure 156, p. 215, de mon *Anatomie et Physiologie animales*, 1909, ainsi que dans mes *éléments d'histologie* p. 67, les changements de structure qui se sont produits : dans l'os tenu au repos, les cellules sont entourées d'une capsule d'où partent de larges traînées granuleuses d'où partent des branches également granuleuses se ramifiant abondamment, en broussailles et formant un réseau à fils larges et serrés. Les mailles du réseau sont étroites et contiennent une substance amorphe raréfiée et pauvre en sels calcaires.

Dans l'os suractif, au contraire, les trabécules et leurs ramuscules granuleux restent minces, et déliés par rapport à la substance amorphe, qui prend un grand développement.

En un mot, la substance fondamentale ou intercellulaire de l'os est bien vivante, puisqu'elle change de structure et de composition selon l'intensité et la répétition des excitations mécaniques.

L'anatomie comparée confirme ces résultats. Les dents (2) par exemple, ont une dentine et un émail d'épaisseur, de consistance et de résistance différentes selon le régime alimentaire de l'animal. Les cellules de la pulpe dentaire ou odontoblastes édifient une dentine et un émail de propriétés tout autres, quand les aliments exigent peu ou point d'efforts de trituration.

Si l'on greffe les dents, celles-ci peuvent persister quelque temps comme les dents artificielles qu'on implante dans les alvéoles ; mais elles sont et restent mortes, car les odontoblastes et leurs prolongements se nécrosent, comme Scheff l'a démontré il y a beau temps.

Les substances intercellulaires ou fondamentales sont dues aux transformations que subit la portion périphérique ou corticale des cellules ; elles sont vivantes puisque leur composition et leur structure changent selon les facteurs qui agissent sur elles. Il est vrai que leurs propriétés vitales sont bien inférieures au protoplasma et aux noyaux des cellules dont elles dépendent.

Transplanté ou greffé, un tissu ou un organe survit d'autant mieux qu'il est plus riche en cellules et plus pauvre en substance intercellulaire ou fondamentale. En dépit de ces résultats si nets qu'on obtient par l'expérimentation portée sur divers organes, H. Velu (2) explique tous les phénomènes réactionnels qui se produisent dans le greffon par l'arrivée de phagocytes et l'irritation consécutive.

Il ne suffit pas d'expérimenter, comme une bête, selon le mot de Magendie, il est nécessaire de trouver l'explication rationnelle des phénomènes que l'on observe. Tous les exploits que l'on attribue aux leucocytes frisent le miracle, car leur protoplasma se comporte tout autrement que celui des autres cellules ; c'est la violation des lois naturelles comme la métaphysique et la métapsychique sont celle de la physique et de la psychique ou psychologie,.

Pour comprendre les phénomènes qui se produisent dans un tissu greffé, il ne faut pas oublier que le processus physico-chimique des substances vivantes n'échappe à aucune des lois qui régissent la matière inorganique ou inanimée ; mais les organismes vivants sont doués de propriétés qui manquent aux corps bruts. Nous pouvons comparer les êtres vivants à des machines, mais ceux-là se comportent autrement que celles-ci sous l'influence des agents mécaniques, physiques ou chimiques. La machine s'use et ne se répare point elle-même ; la matière vivante non seulement modifie sa forme et sa constitution en fonctionnant, mais elle répare ses pertes tout en se transformant.

Un greffon qui est fixé sur un terrain dont la composition est voisine de la sienne et qui en peut tirer des éléments nutritifs continue à assimiler, à désassimiler et à produire des substances capables d'influencer l'énergie vitale du sujet ou hôte.

Qu'il me suffise de rappeler l'exemple du poirier dont la greffe réussit sur le poirier, mais échoue sur le pommier ; l'exemple de la belladone qui communique, après sa greffe sur la pomme de terre, l'atropine à cette dernière.

D'autre part, la nature des matières nutritives et leur plus ou moins grande abondance exercent une influence capitale sur la survie des tissus greffés ; qu'on compare les images fournies par le tissu testiculaire après la ligature ou l'excision du canal déférent à celles des greffons testiculaires, on sera frappé des différences structurales : dans le premier cas, le testicule a continué à être irrigué par les vaisseaux sanguins, dans le second cas, le greffon n'a reçu que des principes nutritifs peu abondants fournis par le tissu conjonctif ou la vaginale de l'hôte.

C'est ainsi que s'expliquent l'évolution *progressive* des couches superficielles du greffon, et l'évolution *régressive* de sa masse *centrale* dont les cellules se nourrissent de moins en moins à mesure que la coque fibreuse s'épaissit : le protoplasma des parties centrales dégénère en une masse granuleuse, puis se décompose en lipoïdes et en vésicules graisseuses ; la chromatine des noyaux se condense en grains qui finissent également par présenter les réactions de la graisse.

L'évolution du testicule greffé dépend de *l'âge* du donneur et du *milieu* dans lequel il est placé. Les parties périphériques du greffon, mieux nourries, ont une évolution *progressive* : l'épithélium se multiplie et se transforme en tissu conjonctif dense, tandis que la masse centrale met six ans à dégénérer en graisse, et, pendant tout ce laps de temps le greffon exerce une action bienfaisante sur le récepteur ou hôte. Il y en a qui mettent ces effets sur le compte de la suggestion ou de la neu-

(1) *C. R. de l'Association des anatomistes*, 10e session, 1908, p. 36.
(2) Retterer. — *Des dents*, 1927.

(1) Voir Retterer. — Le *Progrès médical*, 30 juin 1932.

rotomie. Comment se fait-il alors qu'après six ans le récepteur ait cessé d'en sentir l'influence et qu'il ait demandé à être regreffé ? Le régénérateur de ces éléments n'est qu'un produit de l'imagination destiné à tranquilliser ceux qui craignent que les microbes ne réussissent un jour à dévorer végétaux et animaux. Ce qui démontre que les leucocytes sont des vieilles cellules, c'est que jamais expérimentateur n'a trouvé le moyen de fabriquer un organisme ou un tissu à l'aide des seuls gloqules blancs.

En résumé, dès la plus haute antiquité, l'observation des eunuques apprit que le testicule exerçait une influence sur les autres organes (voix, barbe, muscles et cerveau). On attribua cette action aux esprits animaux, ou au fluide séminal jusqu'à l'époque où les histologistes découvrirent entre les tubes séminaux qui président à la formation du sperme des traînées cellulaires à aspect glandulaire. Chez les cryptorchides, ou bien après l'extirpation et la ligature du canal déférent, ces traînées prennent un grand développement tandis que le revêtement épithélial des tubes séminaux régresse et cesse en général d'élaborer des spermatozoïdes. De plus, les désirs sexuels semblent non seulement persister, même s'exalter. Aussi admit-on dans le testicule l'existence de deux *glandes,* l'une séminale, à sécrétion externe, produisant le sperme, et l'autre à sécrétion interne, c'est-à-dire élaborant et versant dans le sang des principes excitateurs, agissant sur les autres organes.

Il n'y a qu'une conclusion à tirer de cette observation : tant que l'épithélium des tubes séminaux persiste et qu'il ne s'est transformé ni en tissu conjonctif ni en graisse, il agit, par les principes qu'il verse dans les tissus de l'hôte et accroît l'énergie physique et psychique de l'organisme.

Pour voir un greffon dont les tissus ne régressent pas, mais évoluent en tissu conjonctif dense, il faudrait greffer des lambeaux de testicule taillés en lanière et épais seulement de 2 à 3 mm. Dans ces conditions, les sucs nutritifs du récepteur parviendraient à toutes parties, de sorte que l'épithélium se transformerait en éléments conjonctifs. Mais, au point de vue de la sécrétion interne, ils resteront inertes comme la masse centrale devenue graisseuse dans les greffons épais.

Les tissus du donneur et du récepteur ne se pénètrent point et ne se substituent point l'un à l'autre. La greffe du testicule du chimpanzé à l'homme n'est que l'inclusion d'un tissu vivant dans un autre également vivant : l'un constitue un terrain nutritif, et l'autre verse dans les tissus du récepteur les produits qu'il continue à élaborer. Cet échange est temporaire et limité, car le greffon évolue ; ses cellules épithéliales se transforment, les mieux nourries en tissu conjonctif, tandis que les autres régressent et dégénèrent en une masse graisseuse.

D. Conditions biologiques et évolutives

Comment expliquer l'action que la matière vivante, mise au contact d'une autre matière vivante exerce sur cette dernière ? Si elles sont d'origine et de composition éloignées, elles se comportent comme des masses inertes ; que, par contre, elles dérivent d'organismes semblables ou voisins, elles exercent une action l'une sur l'autre et continuent à vivre. Il est vrai que cette action varie et est si compliquée que pour la caractériser on a recours à des dénominations diverses, telles que *greffe, inoculation, fixation, transplantation, inclusion,* etc.

Prenons l'exemple physiologique de la fixation de l'œuf fécondé et en voie de segmentation. Arrivé dans l'utérus, il adhère en un point et se développe.

Mais les relations de l'œuf et de la muqueuse utérine diffèrent selon le groupe animal.

Chez les Suidés, les végétations de l'œuf s'appliquent sur l'épithélium de la muqueuse utérine et les deux épithéliums (maternel et fœtal) persistent sans qu'il y ait perte de substance.

Chez les *Carnivores,* les végétations de l'œuf ou villosités pénètrent dans les glandes utérines et même dans le tissu conjonctif du chorion de la muqueuse. Aux points où se fait cet enchevêtrement des tissus maternels et fœtaux, les vaisseaux sanguins de l'utérus se dilatent énormément et forment un gâteau vasculaire.

Chez la plupart des autres mammifères (insectivores rongeurs, cheiroptères, lémuriens, singes et homme), les ramifications des villosités de l'œuf, plongent dans les espaces sanguins, dilatés de la muqueuse et baignent directement dans le sang maternel. Les uns admettent que les villosités de l'œuf sont en contact direct avec le sang maternel après perte de l'épithélium utérin, tandis que, pour les autres, les vaisseaux sanguins maternels continuent à revêtir l'épithélium des villosités de l'œuf.

En se nourrissant, et en s'hypertrophiant, les villosités de l'œuf constituent le placenta dit fœtal. Mais en s'accolant à la muqueuse utérine ou en y pénétrant, celle-ci augmente de volume et se vascularise pour former la partie dite maternelle du placenta. En un mot, les tissus fœtaux et maternels exercent les uns sur les autres une action réciproque, mais celle-ci ne dure qu'un temps déterminé.

Il y a dans l'œuf une double circulation : la maternelle qui amène au fœtus les matériaux de nutrition, et, la fœtale qui transporte à la mère les éléments de sécrétion et d'excrétions du fœtus. Ces produits de sécrétion exercent une influence considérable sur l'organisme maternel dont le physique et le psychique se modifient au cours de la grossesse. On voit les analogies étroites qui existent entre les greffes d'organes et la fixation ou nidation de l'œuf. Dans ce dernier cas, les capillaires maternels et les vaisseaux fœtaux s'enchevêtrent, tandis que, dans les greffes tissulaires que l'homme de l'art pratique, les éléments greffés n'ont pas d'appareil circulatoire propre ; ils puisent directement leur nouirrture dans la circulation maternelle et y versent les principes qu'ils sécrètent.

Comparons les phénomènes évolutifs que nous venons de décrire à ceux qu'on observe dans les greffes. Comme nous l'avons montré dans le *Progrès médical* du 30 janvier 1932, les glandes parathyroïdiennes greffées dans la rate ou les muscles conservent leur structure épithéliale pendant des mois sans que l'animal ait des accès tétaniques ; mais au bout d'un temps variable, les greffons formés de cellules épithéliales, présentent des modifications régressives qui en amènent la résorption, suivie de tétanie.

Dans les *greffes cutanées,* les classiques admettent que l'épithélium se borne à combler la défectuosité épithéliale, tandis que le derme refait ou répare la perte conjonctive.

Les choses se passent autrement ; les cellules épithéliales des couches profondes de l'épiderme, après avoir recouvert la surface dénudée de la plaie, se transforment en éléments conjonctifs.

Dans la *greffe testiculaire,* l'épithélium des tubes séminipares survit, surtout si le greffon est emprunté à un animal jeune et d'une espèce ou famille voisine du porte-greffe. Cet épithélium continue à transmettre à ce dernier les principes propres qu'il élabore. D'après mes observations, les vaisseaux sanguins du porte-greffe se développent énormément au point inoculé, mais ils ne végètent point jusqu'à pénétrer entre les éléments du greffon et constituer un réseau vasculaire continu avec celui du porte-greffe. Les cellules épithéliales du greffon survivent plusieurs mois, un an, deux ans, mais placées dans des conditions de nutrition moins favorables, elles ne tardent pas à évoluer en tissu conjonctif ou adipeux.

Tous ces faits concordent avec ceux qu'on a observés dans les greffes successives de tumeurs. Apolant (1) réussit ainsi à transformer un adénome en un sarcome. Jusqu'à la 10e génération, les greffes furent des adénomes, puis elles devinrent épithéliales et conjonctives (mixtes) et elles finirent à la 14e génération, par être conjonctives (sarcomes). Apolant explique ces transformations par l'apparition dans la charpente de l'adénome de cellules conjonctives jeunes. A mon avis, il s'agit en réalité d'une transformation des cellules épithéliales en cellules conjonctives d'après le même processus qui se déroule dans l'évolution normale ou physiologique des tissus embryonnaires.

(1) *Arbeiten aus dem Kön. Institut f. exper. therapie,* Frankfurt-an-Mein, 1906.

Conclusion générale

Si l'on cesse de prêter aux éléments vivants des propriétés imaginaires, qu'on s'efforce de voir les choses telles qu'elles se passent et telles qu'elles sont, voici comment il faut sérier les phénomènes qu'on observe dans la greffe. Le tissu transplanté ne continue à vivre qu'à la condition qu'il soit implanté sur un terrain dont l'organisation est voisine de celle du donneur. La greffe végétale semble durer indéfiniment ; il paraît en être de même des greffes épithéliales chez les animaux. Quant à la greffe d'organes et de tissus composés d'épithélium, d'éléments conjonctifs et vasculaires ils ne survivent que temporairement : leurs cellules épithéliales continuent à élaborer les principes propres de l'organe et à les transmettre à l'hôte. Mais après un temps variable et probablement à la suite d'une excitation insuffisante ou de conditions défavorables de nutrition, la vitalité du greffon faiblit : les cellules propres ou spécifiques régressent et cessent d'élaborer leurs produits de sécrétion pour finir par se transformer en tissu conjonctif ou graisseux. A partir de ce moment, le greffon n'est plus qu'une masse inerte au point de vue de la sécrétion interne.

En ce qui concerne la greffe des tissus de soutien à substance fondamentale (conjonctif, fibreux, cartilagineux ou osseux), ils ne tardent pas à présenter une série de phénomènes régressifs qui aboutissent à leur résorption, sans que les globules blancs ou phagocytes soient capables de les revivifier ou de régénérer le tissu.

La présence d'hormones sexuelles dans les sérums de taureau et de génisse

Par **H. BUSQUET**

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris

Il semble évident *a priori* que les produits de la sécrétion interne des glandes doivent être présents dans le sérum comme ils le sont, par définition, dans le sang circulant. Toutefois, on pourrait objecter qu'au cours de la coagulation, les hormones se fixent sur le caillot ou qu'elles sont détruites peu de temps après l'extravasation du sang, de sorte que le sérum n'en contiendrait pas.

A vrai dire, on trouve déjà dans la science un fait qui établit la possibilité du passage et de la persistance d'un produit endocrinien dans le sérum : il concerne l'hormone antidiabétique du pancréas qui a été décelée dans le sérum obtenu avec le sang veineux de cet organe (1). Mais le problème envisagé dans le présent article est un peu différent de celui qui a été résolu par rapport au sérum du sang veineux pancréatique. En effet, il consiste à savoir si le sang de la circulation *générale*, contenant les hormones à plus grande dilution que le sang efférent des organes endocrines, peut fournir, néanmoins, un sérum doué de propriétés hormoniques appréciables.

Quelques données de la physiologie permettent de supposer qu'il en est bien ainsi. Enriquez et L. Hallion (2) n'ont-ils pas démontré la présence efficace de la sécrétine dans le sang carotidien ? Cette dernière notion légitime l'hypothèse d'après laquelle les hormones génitales existeraient aussi, dans le sang général et dans le sérum fourni par ce sang, en proportion suffisante pour produire sur un autre animal que le donneur de sang leur spécificité d'action physiologique. C'est à l'examen de ce problème que sera consacré le présent article.

(1) Cf. E. et L. Hédon. — *In Traité de Physiologie normale et pathologique*, Masson, t. IV, 1928, p. 57.
(2) Enriquez et Hallion. — *C. R. Soc. Biol.*, LV, 1903, p. 233.

Technique

Pour étudier le pouvoir hormonique d'un sérum, il est nécessaire d'avoir à sa disposition une grande quantité de ce liquide. Aussi ai-je eu recours, comme donneurs, à de grands animaux. L'étalon de cheval, le bélier et surtout le taureau m'ont fourni le sérum mâle, la génisse le sérum femelle. Chez les bovidés, le prélèvement sanguin, pratiqué par ponction de la veine jugulaire externe, peut être de six litres, ce qui fournit environ trois litres de sérum. Toutes les opérations du prélèvement étaient faites d'une manière aseptique. Le sang était transporté dans une chambre froide pendant 24 heures. Le sérum recueilli au bout de ce temps était distribué dans des ampoules de 20 c. c. et soumis à une simple tyndalisation à 56°.

Les animaux sur lesquels j'ai essayé le sérum des bovidés sont des coqs et des poules castrés. Les chapons et chaponnes présentent cet avantage précieux de réagir aux hormones sexuelles par des manifestations extérieures multiples, faciles à interpréter, et permettant des conclusions sûres. Le sérum a été administré à ces animaux *ab ore*, le matin à jeun, une demi-heure avant toute prise d'aliments ; de cette manière, le sérum arrive dans un tube digestif dépourvu de ferments et le risque de destruction des principes actifs par les diastases est minime.

Après quelques semaines de traitement, les animaux étaient soumis à une autopsie soigneuse, de façon à savoir si la castration avait été totale ou partielle. Dans les premières expériences (1), je me bornais à examiner à l'œil nu la région où siègent habituellement les testicules et les ovaires, dans le but de voir si la glande ne s'était pas partiellement régénérée. La vérification a été ultérieurement plus minutieuse encore ; j'ai fait les autopsies dans le laboratoire du Professeur Champy qui a bien voulu examiner au microscope tous les nodules douteux, c'est-à-dire susceptibles de contenir des gonades, et même les capsules surrénales qui renferment parfois des inclusions testiculaires (2). Dès que cette manière de faire a été adoptée, j'ai pu me rendre compte que beaucoup de chapons dépourvus de caractères sexuels secondaires, considérés comme complets, étaient en réalité des chapons partiels. Cette notion, on le verra plus loin, impose quelques réserves sur le mécanisme des résultats observés chez ces animaux.

Enfin, d'autres expériences ont été faites sur des coqs de 5 à 7 ans, présentant des signes de décrépitude (flétrissement de la crête, indifférence sexuelle) et qu'on pouvait considérer comme en état de déficit testiculaire. Ici également, les résultats devront être envisagés en ne perdant pas de vue que les glandes génitales de ces animaux pouvaient être en fonctionnement amoindri, mais non complètement supprimé comme chez les chapons totaux.

I. Démonstration du pouvoir hormonique du sérum de taureau

Le testicule conditionne, chez le coq, le développement et le rougissement de la crête, le chant et l'ardeur sexuelle. Contrairement à une opinion communément répandue, le plumage du mâle (avec les faucilles, les lancettes, le camail) et les ergots sont des caractères de *neutralité*. Ils persistent après extirpation des testicules et apparaissent chez la poule après l'ovariotomie. Chez cette dernière, le plumage du coq et les ergots n'existent pas, parce qu'ils sont inhibés par une chalone ovarienne. Pour prouver la présence d'hormones mâles dans le sérum de taureau, il faudra donc montrer que le liquide est capable de rendre au chapon le complexus sexuel perdu, c'est-à-dire la crête, le chant et l'ardeur sexuelle.

(1) H. Busquet. — *C. R. Soc. Biol.*, t. XCVII, 1927, p. 1463 ; *id.*, t. XCIX, 1928 p. 1855 ; *id.*, t. CIII, 1930, p. 1238.
(2) Ch. Champy. — *C. R. Soc. Biol.*, t. CVI, 1931, p. 447.

A. — Action sur la crête

Dans mes premiers essais (1), j'ai décrit des effets, à vrai dire légers, du sérum de taureau sur la crête. J'ai signalé la possibilité d'une croissance partielle et d'un certain rougissement. Les autopsies des chapons avec vérification histologique des nodules suspects m'ont amené à faire une distinction au point de vue des effets sur la crête, entre les chapons *totaux* et les chapons *partiels*.

Chez les chapons totaux, dépourvus de tout reliquat ou régénerat testiculaire, la crête, malgré le traitement par le sérum, reste pâle, atrophiée et farineuse.

Chez ces mêmes animaux, la crête a été également examinée au point de vue de la présence possible de *tissu muco-élastique*. On sait, depuis les travaux de Chr. Champy et Mme Kritch (2), que la croissance de la crête provoquée par l'hormone testiculaire est due à l'apparition, dans cet organe, d'un tissu spécial, le tissu muco-élastique. Celui-ci existe même chez le poussin et il disparaît si on pratique la castration (3) ; il constitue donc un excellent critérium pour juger de l'activité du testicule. Or, chez les chapons complets, malgré le traitement par le sérum de taureau, le tissu muco-élastique fait défaut dans la crête ; le résultat est donc conforme à l'absence de développement de cette formation chez ces animaux.

Chez les chapons partiels, porteurs de masses testiculaires inefficaces, des effets positifs peuvent parfois être obtenus. J'ai eu souvent l'occasion d'observer des animaux qui, depuis un ou deux ans, avaient la crête atrophiée et farineuse, qui étaient dépourvus de chant et d'ardeur sexuelle et qui, au bout d'un temps variant de quinze jours à deux mois, ont présenté un développement partiel et un rougissement de la crête. Je m'empresse de dire que ce développement était toujours très incomplet, comme ceux qu'a obtenus Chr. Champy (4) avec des injections d'extrait testiculaire. Quant au tissu mucoïde, il n'apparaissait que très imparfaitement, sous forme de quelques îlots clairsemés.

Chez des coqs âgés, présentant une certaine décrépitude avec décoloration plus ou moins marquée de la crête, j'ai également obtenu, dans certains cas, un rougissement indéniable. Ici, il ne saurait être question de croissance, car la crête ne diminue pas sensiblement de volume, même chez les coqs très âgés.

Ces résultats, observés chez les chapons partiels et chez les coqs séniles, sont-ils démonstratifs au point de vue de la présence, dans le sérum de taureau, d'une hormone agissant sur la crête ? On peut prétendre, assurément, qu'un apport hormonique réalisé par le sérum a permis de porter au seuil efficace la sécrétion interne du nodule ou du testicule, primitivement insuffisante. Mais on peut formuler aussi d'autres hypothèses, par exemple que le sérum excite l'activité endocrine de ces formations ou encore qu'il agit par des lipides non spécifiques qui, comme ceux du jaune d'œuf, peuvent influencer légèrement la crête.

En résumé, si l'on considère l'effet du sérum de taureau sur la crête, on constate qu'aux doses énoncées ci-dessus, il est nul ou incomplet et, dans ce dernier cas, de spécificité discutable.

B. — Action sur le chant et l'ardeur sexuelle

Contrairement à ce qui se passe pour la crête, l'action du sérum de taureau sur le chant et l'ardeur génitale est des plus nettes (5).

Chez les chapons *complets*, le traitement par le sérum fait apparaître, au bout de six à dix semaines, le chant et l'ardeur sexuelle. Au début de leur masculinisation, les castrats chantent seulement le matin, puis à la fois le matin et dans le courant de la journée. Néanmoins, la fréquence du chant est moindre que chez les coqs ordinaires ; le timbre est également différent chez le chapon masculinisé et chez l'animal normal.

L'existence du chant se traduit par des particularités objectives au niveau du larynx. Calvet (1) a montré que les cordes vocales sont atrophiées chez le chapon ordinaire. Au contraire, chez les chapons masculinisés par le sérum de taureau, le larynx présente un aspect normal ou voisin de la normale.

Par conséquent, le sérum de taureau, dont l'action sur la crête est nulle chez les chapons complets, influence, au contraire, puisamment chez ces mêmes animaux le comportement psycho-sexuel. On peut donc affirmer qu'il possède un pouvoir hormonique moins complet que celui du testicule, mais rappelant à divers points de vue celui de cette glande.

C. Arguments apportés par ces résultats à la théorie de la dualité des hormones testiculaires

Les travaux de Chr. Champy (2) ont montré que le testicule sécrète deux sortes d'hormones : l'une qu'il a appelée hormone *ambo-sexuelle*, existe chez le coq et chez la poule, et peut provoquer le développement de la crête et des oreillons, aussi bien chez le mâle que chez la femelle ; l'autre est l'hormone *uni-sexuelle*, tout à fait caractéristique du mâle, et préside à l'apparition du chant et de l'ardeur génitale.

Dans les expériences de greffe glandulaire, on fait apparaître au complet les caractères sexuels secondaires et il est malaisé de dissocier les effets des deux hormones testiculaires ; au contraire, la masculinisation par le sérum de taureau objective uniquement l'action de l'hormone mâle proprement dite. Assurément, les unicistes pourraient prétendre qu'il n'existe qu'une seule hormone et qu'elle agit à plus faible dose sur le chant que sur la crête ; mais cette objection disparaît devant le fait que, dans les expériences de greffe ou d'injection d'extraits testiculaires, c'est toujours le développement de la crête qui se manifeste le premier. Si, dans une masculinisation de chapon, on observe l'apparition du chant et de l'ardeur sexuelle indépendamment de tout effet sur la crête, c'est que l'agent de masculinisation employé contient de l'hormone mâle et est dépourvu d'hormone ambo-sexuelle. En résumé, les résultats observés avec le sérum de taureau constituent un argument décisif en faveur de la dualité des hormones testiculaires (3).

II. Le pouvoir hormonique du sérum de génisse

Les poules complètement privées d'ovaires présentent, comme il a été dit plus haut, des ergots, un camail, des lancettes et des faucilles. Ces caractères, expression de la neutralité sexuelle, sont inhibés, chez l'animal pourvu d'ovaires, par une chalone sécrétée par cet organe. Cette chalone existe-t-elle dans le sérum de génisse ? En d'autres termes, le sérum de génisse empêche-t-il, chez la chaponne l'apparition des attributs de la neutralité ?

Chez plusieurs poules castrées, j'ai administré pendant deux ans, du sérum de génisse, à raison de 5 c. c. chaque jour. Alors que les témoins ont présenté les phanères du mâle, les chaponnes traitées par le sérum de génisse, sont restées dépourvues d'ergots et le plumage s'est maintenu tel qu'il est chez la poule ordinaire (4). Une autopsie minutieuse a montré que la castration avait été totale et que le résultat observé ne pouvait pas être attribué à des reliquats ovariens.

Il convient d'ajouter ici que ces chaponnes ont subi deux mues successives sans perdre leur plumage femelle. Cette remarque a son importance, car on sait qu'avant la mue, les

(1) *Loc. cit.*
(2) Ch. Champy et Kritch. — *C. R. Soc. Biol.*, t. 92, 1925, p. 683.
(3) Ch. Champy. — *Archiv. d'anat. microsc.*, t. XXII, 1931, p. 321.
(4) Ch. Champy. — *C. R. Soc. Biol.*, t. CVIII, 1931, p. 367.
(5) H. Busquet. — *C. R. Soc. Biol.*, CIX, 1932, 627.

(1) J. Calvet. — *C. R. Soc Biol.*, CIX, 1932, 627.
(2) Ch. Champy. — *Arch. d'Anat. mi rosc.*, 1931, t. XXVII, p. 330.
(3) Cf H. Busquet. — *C. R. Soc. Biol.*, CIX, 1932, p. 628.
(4) H. Busquet. — *C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, p. 633.

phanères restent telles que les a fixées un état endocrinien antérieur, ce qui revient à dire qu'une poule castrée en mars, garde le plumage femelle jusqu'à l'automne suivant, de sorte que l'aspect de ses phanères n'est pas en rapport avec son état endocrinien actuel ; c'est seulement après la mue que les attributs de la neutralité se manifestent. Chez les animaux traités par le sérum de génisse, on n'aurait donc pas pu affirmer l'intervention d'une chalone fournie par le sérum, si l'observation n'avait pas été prolongée au delà de l'époque de la mue annuelle.

Je me suis demandé si la chalone ovarienne pourrait également inhiber le plumage de la neutralité et les ergots chez le chapon. Ici, les essais ont été infructueux. La réceptivité du chapon n'est pas la même que celle de la chaponne, vis-à-vis de la chalone ovarienne. Ce résultat nous conduit au problème de l'équipotentialité du soma neutralisé, sur lequel quelques travaux importants ont déjà été publiés (1). J'aurai plus tard l'occasion de fournir un certain nombre d'arguments tendant à prouver que l'hypotentialité du soma neutralisé n'est pas parfaite et qu'il est plus facilement influencé par les hormones du sexe homologue que par celles du sexe hétérologue.

III. L'application thérapeutique de ces sérums

La connaissance du pouvoir hormonique du sérum de taureau et du sérum de génisse suggérait l'idée de les employer en thérapeutique humaine. Mais, contre cette utilisation, se dressait une croyance assez répandue d'après laquelle le sérum des bovidés serait doué d'une forte toxicité.

Cette prévention a ses origines dans la légende. Thémistocle, d'après Diodore de Sicile, Aeson, d'après Apollodore, et Psamménit, d'après Hérodote, seraient morts en buvant du sang de taureau. Au début du siècle dernier, de nombreux auteurs, tels que Keidekamp (2), mentionnent encore cette toxicité. Plus tard, la question entre dans une phase scientifique avec Rummo et Bordoni (3), Weiss (4), A. Chauveau (5), Nicolle et Cesari (6) et il ressort de ces recherches que le sérum de bovidés est un peu plus toxique que celui des autres animaux.

Personnellement, j'ai repris la question (7) et examiné les sérums de bœuf, taureau, vache, génisse, veau, dans les conditions où ils peuvent être utilisés chez l'homme, c'est-à-dire quelques semaines après l'extravasion du sang et après tyndalisation à 56° dans des ampoules de verre. Les diverses opérations pour la présentation pharmaceutique du sérum exigent un certain temps, et ce vieillissement diminue considérablement la toxicité du sérum de bovidé, comme, d'ailleurs, celle de tous les sérums. Dans les conditions énoncées ci-dessus, les sérums de bovidés sont parfaitement inoffensifs. On peut les administrer à doses très élevées aux oiseaux, lapins, cobayes, chiens, sans provoquer le moindre trouble, même par voie intra-veineuse. En ce qui concerne l'homme, j'ai observé un sujet qui a ingéré pendant un mois 100 cc. de sérum de taureau par jour, sans être incommodé. On peut donc conclure que le sérum de bovidé est tout aussi inoffensif que celui des autres animaux.

Un autre avantage pour l'utilisation thérapeutique de ces sérums semble ressortir de leur activité expérimentale par voie buccale. L'administration *ab ore*, qui l'emporte sur tous les autres modes d'administration par sa commodité et son innocuité, apparaît comme possible et tend à se répandre pour des préparations qui, autrefois, semblaient exiger l'injection sous-cutanée. Je rappelle ici en passant, les travaux de Hinglais (1) relatifs à l'efficacité de la folliculine, chez l'animal et chez la femme, par voie buccale et ceux de Santenoise et ses collaborateurs sur l'activité de la vagotomie administrée par voie entérale (2).

Quant aux effets thérapeutiques proprement dits des sérums de taureau et de génisse, ils relèvent d'un domaine où la rigueur de l'expérimentation physiologique n'est plus possible et leur description sort du cadre de ce travail. Je me contente de rappeler que Ch. Levassort (3) et le Professeur Economos (4) considèrent le sérum de taureau comme exerçant une action dynamogénique et créant un état d'euphorie chez les sujets déprimés et chez les vieillards. Avec le sérum de génisse, Ch. Levassort (5) et Antébi (6) ont réalisé une hormonothérapie de suppléance contre les troubles de la ménopause physiologique chirurgicale ou radiologique. Enfin, R. Sicard et J. Louvel (7) ont employé avec succès le sérum de taureau contre certaines poussées aiguës du rhumatisme chronique.

Mais la thérapeutique doit tirer des connaissances exposées dans ce travail un bénéfice qui dépasse considérablement l'application des hormones sexuelles aux déchéances et aux états morbides de l'homme et de la femme. Les faits relatés ci-dessus permettent de supposer que le sérum sanguin est un réservoir de produits endocriniens très variés, et qu'il peut prendre place à côté des extraits d'organes pour suppléer à diverses insuffisances des sécrétions internes. Assurément le succès de cette sérothérapie nouvelle n'est possible que si l'hormone nécessaire se trouve en concentration convenable dans le sérum utilisé. Mais cette considération ne condamne pas la méthode et il sera toujours possible de concentrer suffisamment une préparation pour la rendre active sous un petit volume et l'adapter ainsi aux exigences d'une thérapeutique efficace.

(1) Cf. ZAWADOWSKY. — Endokrinologie, Verlag Von Johann Ambrosius Barth, Leipsig, Bd. V, 1929, p. 365.
(2) HEIDEKAMP. — *Arch. f. Philol. u. Padagog.*, Helmstedt, 1824, II, p. 376
(3) RUMMO et BORDONI. — *Centrab. f. Klin. Med.*, 1890, XI, p. 508.
(4) WEISS. — *Pflüger's Arch.*, 1896, LXV, p. 1215.
(5) CHAUVEAU. — *Traité de pathologie générale de Bouchard*, 2e éd., t. II, p. 241 et 245.
(6) NICOLLE et CESARI. — *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1914, p. 680.
(7) H. BUSQUET. — *C.R. Soc. Biol.*, CII, 1929, n° 579.

(1) HINGLAIS. — *C.R. Ac. Méd.*, Paris, 27 janvier 1931.
(2) D. SANTENOISE, G. FUCHS, L. MERKLEN et M. VIDACOVITCH. — *C.R. Soc. Biol.*, CIX, 1932, p. 1201
(3) Ch. LEVASSORT. — *Bull. et Mém. Soc. de Médecine de Paris*, n° 1 et 2, 13 et 28 janvier 1928.
(4) E. ECONOMOS. — *O Practicos Ia'ros*, n° 4, avril 1928.
(5) Ch. LEVASSORT — *Bull. et Mém. Soc. de Médecine de Paris*, 29 novembre 1928.
(6) M. ANTEBI. — *Thèse de doct. en médecine*, Paris, 1930 (Travail de la clinique du Prof. J.-L. Faure).
(7) R. SICARD et J. LOUVEL. — *Progrès médical*, n° 20, 17 mai 1930.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les prétendus méfaits de la Science et le Corps médical

A l'heure actuelle, en raison d'une crise effroyable sans précédent, la science est considérée par beaucoup comme une espèce de bouc émissaire. Les magnifiques progrès de la technique moderne sont devenus l'objet de vitupérations violentes et les sauveteurs de toute sorte ne manquent point pour prêcher une « sainte croisade » contre les merveilleuses inventions, la source prétendue de tous nos maux. Certains esprits qui s'affirment partisans d'une solution rapide et radicale proposent d'enchaîner, sinon pour toujours, tout au moins pour une très longue période, les génies inventifs et par conséquent malfaisants.

Il serait hautement instructif de passer en revue tous les griefs imputés, à tort ou à raison, aux diverses branches de la science. Cependant, sans s'astreindre à cette tâche qui demanderait une grosse documentation et une


FORTOSSAN
IRRADIÉ
CIBA
LE FORTOSSAN IRRADIÉ totalise l'action de l'ergostérol irradié (Vitamine D) et du phosphore végétal assimilable
LE FORTOSSAN IRRADIÉ est soumis à un contrôle chimique et biologique lui assurant une activité maxima constante

BIBLIOGRAPHIE

Les troubles du sommeil. *Hypersomnies, insomnies, parasomnies*, par Henri ROGER. Un volume de 206 pages. *Collection médecine et chirurgie pratiques*, 20 fr. Masson et Cie, édit., 120, Bd Saint-Germain, Paris.

Ce petit livre a pour but de faire connaître au médecin à un point de vue pratique les différents troubles du sommeil et le traitement applicable à chacun d'eux.

Un important chapitre préliminaire, nécessaire pour la compréhension des syndromes pathologiques, est réservé au SOMMEIL NORMAL, à son étude physiologique, à son mécanisme.

Parmi les troubles du sommeil, les plus fréquents sont les *hyposomnies*, plus communément appelées INSOMNIES. Leur étude comporte un important chapitre thérapeutique, comprenant en particulier les données les plus récentes sur les *hypnotiques*.

L'auteur divise les HYPERSOMNIES en deux groupes : *hypersomnies* du type *continu*, durant souvent plusieurs jours ou plusieurs semaines, et *hyperomnies paroxystiques*, ne dépassant pas quelques minutes ou quelques heures et réalisant le tableau connu sous le nom de *narcolepsie*.

Après avoir décrit ces deux variétés opposées, hypo et hypersomnies, il réserve une place, moins importante, mais nécessaire, à une série de petits troubles de la fonction hypnique, assez fréquents, mais trop négligés par les auteurs, viciations du sommeil, différentes de l'hyper et de l'insomnie, auxquelles il donne le nom de PARASOMNIES, rêves et cauchemars, somnambulismes, rythmies du sommeil, etc.

Une des principales idées directrices de ce travail est la distinction dans le sommeil de trois éléments susceptibles d'être séparés, en physiologie comme en pathologie, quoique s'intriquant souvent les uns les autres : *sommeil végétatif, sommeil cérébro-spinal, sommeil psychique*. Chacun de ces sommeils peut être moins perturbé et de façon parfois différente dans les divers syndromes insomniques, hypersomniques ou parasomniques.

Barème des accidents du travail, par le Docteur Lucien MAYET. Quatrième édition revisée et complétée en collaboration avec le Docteur Etienne REY. Un volume de 252 pages, avec de nombreux schémas et figures dans le texte. Prix : 18 fr. A. Poinat, édit., 21, rue Cassette, Paris.

Grâce à la collaboration confraternelle intervenue pour cette quatrième édition, les auteurs se sont efforcés de donner, au moins pour les infirmités définies (type : les amputations), le taux que la jurisprudence a établi et pour toutes, le taux moyen le plus généralement accordé dans les décisions de justice acquises depuis les trente années d'application de la loi.

Un tel ouvrage, condensé au maximum, est un outil de travail indispensable à tous ceux qui peu ou beaucoup ont à se préoccuper des accidents du travail. Il sera pour eux un précieux mémento, d'une constante utilisation.

Grandeur et servitude médicales, par Gil ROBIN. Un volume in-8. Flammarion, éditeur, 1932.

Depuis la publication de *Hôpital, Le voyage à Genève, La femme et la lune, La prison de soie, Etudes de nu*, et, enfin, de *Noël Mathias*, qui valut à Gil Robin le prix littéraire du *Siècle Médical*, on se réjouit de lire les ouvrages littéraires ou scientifiques que publie ce jeune maître de la psychothérapie moderne. Avec plaisir on goûte son style clair, imagé et cependant toujours précis. On sent que l'auteur est un profond penseur en même temps qu'un sociologue averti ; et nous autres médecins nous avons le droit d'affirmer qu'un ouvrage écrit par un médecin habitué aux analyses des cas pathologiques est par cela même plus apte que quiconque à décrire les sentiments d'un praticien attaché à sa tâche quotidienne. Comment ne pas admirer cette introduction, ce morceau de premier ordre où un médecin philosophe retrouve sans effort l'accent des grands philosophes par lesquels a été illustré son art. On y trouve, sobres de factures, condensés, des tableaux de la vie médicale dont le moindre, sous une plume moins discrète, eût atteint aux proportions d'un roman.

Tableaux, « contes médicaux »... s'il est vrai qu'un médecin ne peut plus voir les êtres sans démêter, sous l'imprévu sans cesse renouvelé de leur évolution psychologique, la loi organique impérieuse qui leur dicte leur façon de vivre. Contes médicaux puisque, aussi bien le Docteur Vincent Bernard est là, présent, figure attachante et complexe, au centre de chacun de ces curieux, de ces hallucinants récits.

Je souhaiterais pour ma part que les jeunes étudiants, au moment de se lancer dans la carrière, méditassent ces pages où ils apprendraient comment exercer leur art et éviter ces défaillances trop nombreuses à notre époque d'arrivisme.

Félicitons donc doublement Gil Robin de son talent et de cette leçon de dignité médicale !

G. PAUL-BONCOUR.

L'évolution psychiatrique. Seconde série, numéro 3. Chez Maloine, 1932.

Ces cahiers de psychologie clinique et de psychopathologie, qui paraissent chaque année avec régularité, sont toujours attendus avec impatience

par tous ceux qui s'intéressent aux questions les plus modernes de la science psychiatrique. On est assuré d'y trouver un travail d'actualité et écrit par une personne compétente.

Dans ce volume figure d'abord une étude du Docteur Henri Ey sur la notion d'automatisme en psychiatrie. Constatant l'ambiguïté de cette notion il démontre qu'il y a deux définitions extrêmes de l'activité automatique : l'une liée à la notion de pression affective non disciplinée, l'autre dépendant de centres d'association de mécanismes montés et toujours prêts à se détendre. Et sur ces données sont étudiés l'automatisme de l'habitude, l'automatisme affectif pris du point de vue de la psychiatrie, les automatismes de la démence précoce. Des paragraphes traitent de la notion d'automatisme suivant les degrés de l'activité mentale, de l'automatisme et de l'activité hypnoïde. En résumé le travail du Docteur Ey éclaire cette notion souvent vague d'automatisme.

Le Docteur Mâlo s'efforce d'expliquer la genèse des troubles du caractère chez l'enfant et distingue les troubles indifférenciés directement insérés sur une base organique et les troubles différenciés aux deux termes : organique et psychologique. Les types afférents sont décrits et les influencee familiales et scolaires sont mises en valeur de même que les influences héréditaires. C'est là un article qui nous donne des précisions sur une origine encore bien vague.

Le Docteur Minkowski dont on connaît les analyses pénétrantes des états mentaux se base sur une observation pour élucider le problème des hallucinations et le problème de l'espace. Ce travail ne peut être résumé car il faut lire l'observation qui en est la base : mais il faut reconnaître qu'il y a dans ses déductions des faits de nature à modifier des opinions généralement admises sur ces phénomènes psychopathologiques.

Le Docteur Parcheminey fournit des considérations des plus intéressantes sur la nature de l'hypnose : grâce à une analyse méticuleuse des faits, il exclut que l'hypnose est un retour à une partie primitive de la personnalité globale : la thérapeutique doit donc s'en préoccuper.

Le Docteur Gilbert Robin s'efforce de tracer les frontières de la schizophrénie et de la démence précoce avec le sens clinique impeccable qui est une de ses caractéristiques. A la fin de son article figure une étude remarquable sur la psychologie de l'adolescent, qu'il oppose à celle de l'enfant en montrant comment la personnalité du premier se dégage de celle du second, comment l'adolescent prend conscience des réalités.

En terminant il convient de féliciter le groupement qui, sous la direction compétente et active du Docteur Codet tient les praticiens au courant des notions les plus modernes de la psychopathologie. G. PAUL BONCOUR.

Manuel pratique de Dermatologie, par MM. A. DESAUX et A. BOUTELIER, avec la collaboration de M. Pierre BROCQ. Un volume grand in-8 de 1232 pages, avec 640 figures. Masson, éditeur, 1932. Relié toile, 250 fr

Rien n'est plus difficile que d'apprendre la dermatologie.

Il y a tout d'abord, à la base, l'étude de la séméiologie, qui est l'art d'analyser les lésions élémentaires et de reconnaître les affections cutanées qu'elles constituent. C'est à l'hôpital, dans les policliniques des services spécialisés, que cet enseignement se donne, et rien ne peut remplacer cette leçon de choses.

Il y a ensuite la recherche des causes et de la pathogénie, qui se fait par l'exploration clinique complète du malade, par les examens de laboratoire, grâce à la connaissance des lois de la pathologie générale.

L'éducation dermatologique est donc complexe et l'on ne saurait trop apprécier les efforts réalisés pour la rendre plus aisée. Voici un très beau volume qui sera certainement bien accueilli des étudiants et des praticiens.

Cet ouvrage est dû à deux élèves du grand dermatologiste français Louis Brocq. Les auteurs, dont l'esprit est heureusement resté fidèle à l'enseignement de leur maître, ont attaqué la dermatologie par toutes ses faces, ce qui est le meilleur moyen d'en faciliter l'accès au lecteur novice.

La première partie traite du diagnostic. Après un bon exposé de la séméiologie, les dermatoses sont classées d'abord selon leurs lésions, puis suivant les régions où on les observe de préférence. Un chapitre est consacré au nouveau-né.

La deuxième partie est consacrée à la pathologie générale et aux principes de la thérapeutique. Cette étude est au courant des données modernes sur la sensibilisation et l'allergie et des méthodes de traitement qui en découlent. Un chapitre intéressant sur la chirurgie en dermatologie a été écrit par Pierre Brocq.

La troisième partie enfin contient la description des affections cutanées. Elle constitue un véritable précis clinique et thérapeutique.

Ce n'est pas seulement le texte de l'ouvrage, clair et très fouillé cependant, qu'il faut louer, mais encore le partie iconographique, qui est particulièrement soignée. L'ouvrage ne compte pas moins de 640 figures, toutes judicieusement choisies. Là où la nécessité s'en fait sentir, les auteurs n'ont pas hésité à retoucher les photographies, de façon à les schématiser, et à donner au besoin des dessins explicatifs. Ils fixent ainsi dans la mémoire du lecteur les aspects et les faits les plus importants à retenir.

MM. Masson et Cie ont édité ce livre avec tout l'art qu'ils savent mettre dans leurs publications. A tous points de vue, la littérature médicale française vient de s'enrichir d'un ouvrage remarquable. A. SÉZARY.

compétence hors pair, on a le droit de se prononcer contre une condamnation en bloc, contre des mesures de restriction générale. En effet, qui, par exemple, voudra mettre un frein à la technique moderne au service de la science médicale qui, hélas ! est loin d'avoir dit son dernier mot.

On se voit obligé de procéder prudemment avec les cris d'anathème non seulement en face de découvertes qui intéressent directement le corps médical, mais aussi en relation avec le fait, par trop connu, à savoir que, souvent, rien ne permet de prévoir le domaine d'application d'une nouvelle invention. Ainsi, la protection de la santé et l'art de guérir peuvent, à un moment donné, tirer un grand profit de procédés mis au point par des techniciens qui ne sont pas des médecins et qui ne s'intéressent même pas à leur activité. Nous n'avons qu'à nous rappeler des rayons X qui ont fait naître des idées fécondes dans l'esprit des spécialistes. Et pourtant ces rayons qui rendent des services énormes n'ont pas été envisagés dès le début, comme appartenant au corps médical.

***

Nous ne voulons pas multiplier les exemples et nous renonçons à un voyage instructif à travers les diverses branches scientifiques dans le but de montrer l'utilité de la science moderne, à l'origine extra — ou si l'on veut mieux — supramédicale. Il paraît préférable d'examiner les accusations directes s'adressant au machinisme qui augmente dans des proportions prodigieuses la production d'une main-d'œuvre, limitée de plus en plus, et jette ainsi sur le pavé des milliers d'ouvriers.

En somme, sans entrer en détails, l'on peut dire que, pour accomplir une tâche donnée, tout perfectionnement économise l'effort et demande de la part de l'organisme une fatigue moindre, une dépense d'énergie moindre, pour aboutir néanmoins à un rendement de beaucoup plus grand. Sans doute, dans ces conditions, en fin de compte, l'usure du travailleur devrait être moins prononcée et son bien-être accru puisque, grâce au concours de la machine, il arrive à s'acquitter de sa tâche mieux qu'avant avec une perte de temps et de forces aussi réduite que possible.

Logiquement, le médecin, dont le but est de prévenir la déchéance précoce, doit saluer chaque invention qui permet, à la force productrice de chacun, de multiplier ses conquêtes, non seulement sans mobiliser les réserves, mais en les augmentant. Moins fatigué et ayant droit à des loisirs plus importants, à la suite du bénéfice accru d'une entreprise qui se développe dans des conditions de rendement meilleur, l'ouvrier devrait pouvoir jouir d'une existence plus assurée et éviter les maladies qui s'emparent particulièrement d'une victime surmenée.

En réalité les choses ne se passent point de la façon qui paraît logique. Ainsi, par exemple, aux Etats-Unis où la technique a fait des « miracles », d'après les estimations de la Fédération américaine du travail (Informations sociales, t. 42, n° 4, 1932, p. 145-150) le nombre des chômeurs complets reste supérieur à 8 millions. Et si l'on fait entrer en ligne de compte les familles des chômeurs et toutes les personnes travaillant à horaire partiel et pour de bas salaires, la Fédération estime que « plus de 40 (quarante) millions de citoyens américains ont maintenant un niveau de vie inférieur au niveau minimum indispensable à la santé ». Sur les trois millions de familles, c'est-à-dire douze millions de personnes environ, qui se trouvent dans une situation nécessitant un secours immédiat, moins de la moitié sont secourues par l'Assistance publique ou privée et le montant des secours accordés n'atteint en moyenne que 4 à 5 dollars par semaine pour une famille de 5 personnes, somme insuffisante même pour pourvoir aux besoins alimentaires.

Les conséquences de cette situation ont été exposées dernièrement au Sénat au cours d'un débat sur le chômage qui a notamment révélé les faits suivants :

« Dans certains Etats, la population scolaire est sous-alimentée, un grand nombre des malades hospitalisés restent sans soins parce qu'ils ne peuvent pas payer de médecin. En Pensylvanie, les cas de tuberculose et de maladies contagieuses s'accroissent, ainsi que le nombre des maladies mentales ; les admissions ont quadruplé dans les établissements de New-Jersey qui soignent ces maladies. On assiste à la dissolution de la famille en raison de l'augmentation du nombre des enfants placés dans les institutions de bienfaisance, etc., etc. »

***

Ce qui est vrai pour les Etats-Unis trouve sa confirmation également dans les autres pays, mais nulle part ailleurs il n'a été possible de voir, d'une façon aussi frappante, les deux côtés de la médaille. L'on connaît les innombrables articles et volumes sur la fameuse prospérité américaine qui a fait place, en fin de compte, à une misère sans nom.

Il est possible aux Etats-Unis comme partout, de constater que la machine ne sert pas l'homme de la manière qui paraît logique, rationnelle et avant tout juste. Pour des raisons qui ne sont pas de la compétence d'un journal médical, la machine qui augmente la richesse en donnant aux forces de production un essor inouï, devient pour la multitude des hommes qui peinent à leur tâche une source de malheurs dont le chômage présente la forme la plus terrible.

Suivant ses conceptions politiques et économiques, chacun cherchera une solution pour organiser l'économie nationale et internationale pour éviter les inconvénients de la surproduction et pour remédier à la crise actuelle, mais les médecins qui se penchent sur la souffrance humaine, qui connaissent les facteurs sociaux de la pathologie et surtout la plus cruelle des injustices, l'inégalité devant la maladie et la mort, ne voudront pas réclamer le retour en arrière du machinisme qui multiplie merveilleusement notre puissance de production qui réduit admirablement nos dépenses d'énergie, qui doit être et qui deviendra, on a le droit de l'espérer, la source du confort et du bonheur pour le monde du travail.

G. Ichok.

« On a pu comparer l'inspection médicale scolaire « à un tamis dont les mailles doivent être suffisamment serrées pour dépister les états pathologiques avant que les dégâts qu'ils provoquent soient développés au point d'être transmissibles. » (E. Piéchaud et B. Chantegril. Démonstration de la tuberculose pulmonaire latente de l'enfant à l'âge scolaire, *Journal médical français*, avril 1932.)

« C'est du 15 juillet à la fin de septembre que se voit l'immense majorité des poliomyélites ; quand les chaleurs se prolongent on peut en observer jusqu'à fin octobre. Cette apparition de la maladie pendant la saison chaude seulement serait un argument en faveur de l'inoculation par les piqûres de moustiques ». (Dr Paul Duhem. — La Poliomyélite. Un vol. 1931. Gauthier-Villars et Cie, édit.)

CHRONIQUE

A propos du bactérium tumefaciens

On sait que les plantes peuvent présenter des tumeurs, que ces tumeurs se comportent, parfois, comme des tumeurs malignes et que l'origine de ces néoformations est souvent le *bactérium tumefaciens* ; celui-ci a été isolé par Erwin Smith et en France, il a fait l'objet de belles études entreprises par Joseph Magrou.

Magrou a eu récemment l'idée de rechercher si le *bacterium tumefaciens* n'était pas susceptible de provoquer le phénomène de l'induction mitogénétique (1).

Voici en quoi consiste ce phénomène. Gurwitsch a montré que certains tissus vivants ou broyés pouvaient agir, à distance et malgré l'interposition d'un écran de quartz, sur le méristème d'une racine d'oignon ou sur une culture de levures en y faisant apparaître des divisions cellulaires en excès. C'est le phénomène désigné par Gurwitsch sous le nom d' « induction mitogénétique ».

Pour vérifier si le *bacterium tumefaciens* était capable d'agir de même, Magrou s'est inspiré du dispositif expérimental de Gurwitsch et il a trouvé, en moyenne, pour onze expériences, un excès de mitoses de trente pour cent du côté de la plante qui était exposé (à quatre millimètres de distance) aux rayons (?) émanés d'une culture de *bacterium tumefaciens*.

Ces expériences révélaient chez le *bacterium tumefaciens* le pouvoir d'agir à distance sur les cellules méristématiques d'une racine. Magrou a été amené à essayer de mettre cette propriété en évidence au moyen d'un détecteur différent, et il a, pour cela, substitué l'œuf d'oursin à la racine d'oignon.

Des suspensions stables de *bacterium tumefaciens* et aussi, de diverses levures (saccharomyces et debaryomyces) préparées dans les conditions qui ont été précisées dans le mémoire exercent sur les œufs d'oursin dont les sépare une glace de quartz non pas une action excitante, mais une action qui se traduit par le développement d'une forte proportion de larves anormales.

La même action à distance peut être exercée par des tubes où se produisent certaines réactions d'oxydation : oxydation du glucose par l'eau oxygénée, par le permanganate, le bichromate ou le ferricyanure de potassium ; réoxydation spontanée (en présence de l'air), de la phénos-afranine ou du bleu de méthylène réduits.

Le phénomène se manifeste aussi bien à l'obscurité qu'à la lumière. Il ne se produit qu'aux températures supérieures à 20°, la température optima (22°-23°) étant d'ailleurs compatible avec un développement normal des lots témoins.

L'insuffisance des substances actives (suspensions microbiennes ou mélanges chimiques) n'est en rien entravée si ces substances sont enfermées dans des récipients à paroi de quartz hermétiquement clos, scellés à la picéine et tenant le vide.

Les œufs fécondés avec un sperme préalablement exposé à travers quartz pendant vingt à vingt-cinq minutes, aux suspensions microbiennes ou aux mélanges chimiques énumérés plus haut donnent en forte proportion des larves anormales. Le même résultat est obtenu si l'on féconde, avec un sperme non traité, des œufs exposés pendant deux heures à deux heures et demie aux mêmes réactifs.

Si toutes les autres conditions expérimentales restant les mêmes on substitue, aux suspensions microbiennes ou aux mélanges chimiques actifs une solution concentrée de nitrate d'uranium, on obtient les mêmes anomalies larvaires que précédemment. Les spermatozoïdes d'oursin se sont montrés plus sensibles que la plaque photographique à l'action de l'uranium.

Les formes aberrantes obtenues dans les lots exposés présentent tous les intermédiaires entre les pluteus à bras dorsaux absents, rudimentaires, ou déviés de leur position normale, et les larves ovoïdes ou globuleuses en passant par les larves plutéiformes dépourvues de bras. Toutes ces larves ont un tube digestif divisé en trois segments mais l'orifice buccal fait souvent défaut chez les formes globuleuses. La déformation s'accompagne d'anomalies squelettiques et d'une production de mésenchyme plus abondante qu'à l'état normal.

Tels sont les faits intéressants qu'a observés Joseph Magrou. Est-il besoin de dire que ce grand et modeste savant se borne à les exposer en réservant son interprétation jusqu'au jour où de nouvelles expériences permettront d'analyser de façon plus précise les mécanismes mis en œuvre. »

Mais il n'est pas interdit de peser en soi les possibilités que comportent les enseignements de ces expériences.

H. V.

(1) Joseph et Madeleine Magrou. — Action à distance de facteurs biologiques et chimiques sur le développement de l'œuf d'oursin. *Annales des sciences naturelles* (botanique et géologie), 10e série, tome XIV, 1931.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Thérapeutique

La cymarine est le principe actif de l'apocynum cannabinum, plante de la famille des apocynées qui croît dans l'Amérique du Nord, dans les champs et en bordure des forêts. Les anciens médecins employaient l'apocynum en infusion, en teinture, en extrait fluide, etc., mais l'apocynum total seulement et non le principe actif, c'est-à-dire la cymarine, qu'ils ne connaissaient pas. Les propriétés diurétiques très particulières de l'apocynum chez les cardiaques ne leur avaient pas échappé.

Un élève de Huchard, Cromont, consacra sa thèse à l'apocynum en 1895. Mais c'est en 1909 seulement que Finnemore réussit à extraire de l'apocynum le principe actif ; la cymarine, à laquelle Jacob attribua la formule : $C^{20}H^{44}O^{9}$ et que Kauffmann employa le premier chez l homme, en 1925. R. Cahen, qui a étudié récemment dans sa thèse l'action pharmacologique de la cymarine comparativement à celle de la digitale, de l'ouabaïne et des scillarènes, la place entre la digitale et l'ouabaïne au point de vue de sa solubilité et de sa toxicité. La cymarine est modérément soluble dans l'eau, sa toxicité est supérieure à celle de la digitale, inférieure à celle de l'ouabaïne.

MM. Vaquez, Mouquin, Balapcéanu, recherchant quelle était la valeur de la cymarine comme médicament cardiaque, l'ont expérimentée chez 13 malades en état d'insuffisance cardiaque. Le médicament a été injecté par voie intraveineuse, la voie sous-cutanée ou intramusculaire étant douloureuse, l'ingestion inefficace. D'après ces auteurs, la dose utile de 1/2 milligr., dose qui paraît suffisante et efficace dans la plupart des cas, l'injection pouvant être renouvelée pendagt 5 ou 6 jours de suite. La cymarine agit surtout sur la diurèse et les œdèmes. Elle ne s'accumule pas dans l'organisme. Il ne paraît pas y avoir de contre-indication à son emploi. En résumé, « la cymarine doit prendre place entre la digitale et l'ouabaïne. Son action diurétique est surtout marquée lorsque existent de gros œdèmes. Elle agit aussi rapidement que l'ouabaïne, et plus rapidement que la digitaline. Ses résultats sont éphémères, ils cessent en vingt-quatre ou quarante-huit heures après la cessation du traitement. On peut, avec avantage, s'adresser à elle dans les insuffisances du cœur droit avec gros œdèmes et oligurie, surtout dans les cas où la digitale a perdu son activité thérapeutique. On aura d'ailleurs intérêt, l'effet ayant été obtenu, à revenir à ce dernier médicament, ou à la théobromine, pour prolonger l'action de la cymarine.

Elle est spécialement indiquée dans ces mêmes insuffisances quand le pouls a conservé sa régularité.

Dans les insuffisances du cœur gauche, c'est à l'ouabaïne qu'il faut s'adresser lorsque les accidents ont une marche

aiguë ; quand l'évolution affecte une tendance à la chronicité, la cymarine est peut-être préférable, étant donné qu'on peut en continuer l'emploi pendant longtemps (sept à huit jours) et sans crainte d'accidents, à la dose de 1/2 milligr. par jour.

Le recours simultané à la théobromine est très recommandable ; il semble que la cymarine en exalte l'efficacité. »

(Vaquez, M. Mouquin et Balapcéanu. La cymarine. *La Presse Médicale*, 18 mai 1932.)

La convallatoxine, glucoside isolé du muguet par W. Karrer, en 1929, a été employé par MM. Aubertin, Robert-Lévy et Wester, en injections intraveineuses, chez 30 malades atteints d'insuffisance cardiaque accentuée. Ces auteurs ont fait des séries de cinq à dix injections quotidiennes, tantôt d'une, tantôt de deux ampoules à la fois, les ampoules étant dosées à 0 mgr. 143, soit un septième de milligramme. Depuis peu ils utilisent des ampoules dosées à 0 mgr. 25 (un quart de milligramme) qui leur paraissent appelées à remplacer les premières. Les différentes variétés d'insuffisance cardiaque chronique semblent pouvoir être heureusement influencées par la convallatoxine ; cependant l'impression a été plus favorable pour les faits d'insuffisance cardiaque à type d'asystolie classique que pour ceux d'insuffisance ventriculaire gauche proprement dite. Au total, 250 injections environ, ont été pratiquées par voie veineuse, sans que l'on observe d'accident immédiat du type de ceux que l'on a rapportés après l'emploi de la strophantine ou de l'adonidine. Quelques particularités de l'action de la convallatoxine sont à signaler.

Elle entraîne un ralentissement du pouls plus accentué que les autres médicaments cardiaques.

On n'a pas observé sous son influence d'augmentation de l'excitabilité cardiaque. Elle paraît diminuer la conductibilité cardiaque.

La question de la toxicité de ce médicament à l'égard du foie est à étudier, l'apparition ou simplement l'exagération d'un subictère préexistant ayant été notées chez quatre malades.

« En résumé, disent les auteurs, la convallatoxine employée à la dose d'un septième de milligramme en injection intraveineuse, à raison de une à deux doses par jour, pendant cinq à dix jours, donne dans un certain nombre de cas d'insuffisance cardiaque, des résultats favorables qui, dans une certaine mesure peuvent être comparés à ceux de l'ouabaïne et plus peut-être à ceux de la digitaline. De nouvelles observations permettront sans doute de préciser davantage les indications et la posologie de ce nouveau médicament cardiaque, lequel, malgré son activité incontestable, ne paraît pas appelé d'une manière évidente à remplacer avantageusement la digitaline, ni l'ouabaïne. »

(C. Aubertin, Robert Lévy et Wester. Les injections intraveineuses de convallatoxine dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. *Paris médical*, 7 mai 1932.)

Maladies infectieuses

L'isolement de 40 jours assigné aux scarlatineux par les règlements d'hygiène publique est-il justifié ?

1° Pour la prophylaxie de la maladie.

2° Dans l'intérêt du malade lui-même pour éviter les complications tardives.

M. G. Schreiber a posé la question à douze médecins français et à onze médecins étrangers. Les conclusions pratiques suivantes se dégagent de cette enquête :

Pour la prophylaxie de la maladie, l'isolement de 40 jours peut être maintenu par précaution, si l'on veut éviter tout risque de propagation aux tiers. Il doit rester la règle pour les scarlatineux convalescents appelés à retourner dans un milieu d'enfants, et par conséquent la quarantaine fixée par les règlements pour l'éviction scolaire ne doit pas subir de modifications.

Cette quarantaine est insuffisante pour les scarlatines compliquées de rhino-pharyngite, d'otite, d'adénites suppurées persistantes, de néphrite ou de rhumatisme scarlatin.

A n'envisager que l'intérêt du malade lui-même, l'isolement classique de 40 jours paraît excessif dans la grande majorité des cas, sauf en cas de complications. Passé le 25e jour, l'absence d'albuminurie permet d'affirmer que le patient est à l'abri de la néphrite scarlatineuse. Un isolement de 40 jours et davantage n'est nécessaire que si le sujet présente une forme compliquée.

(Georges Schreiber. La durée d'isolement des scarlatineux. *La Clinique*, avril 1932 B.)

Tuberculose

Le pneumothorax artificiel, institué dans un but thérapeutique chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire, provoque dans la majorité des cas (76 %) une chute de la tension artérielle, portant plus sur la maxima que sur la minima et, dans plus de la moitié des cas (65 %), un ralentissement du pouls. Ces constatations ont été faites chez 76 malades par Klukowski qui a procédé à 108 mesures. La chute de la tension artérielle après le pneumothorax concernant plutôt la maxima que le minima est probablement due à ce que, par suite du rétrécissement du champ de la circulation pulmonaire, la quantité de sang qui passe dans le cœur gauche, et ensuite dans la grande circulation est diminuée. Le ralentissement du pouls après le pneumothorax est dû probablement à l'excitation du pneumogastrique.

(J. Klukowski. L'influence du pneumothorax artificiel sur la tension artérielle. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mai 1932.)

Cancer

Le cancer du sein est un mauvais cancer, tant au point de vue chirurgical qu'au point de vue radiothérapique. Pour MM. J. Pierquin et G. Richard, dans l'état actuel de nos connaissances, c'est la chirurgie associée à la radiothérapie pré et post opératoire qui donne le plus de satisfaction. Cependant « quelle que soit la technique suivie, les résultats éloignés sont loin d'être brillants, ainsi que le montre le temps moyen écoulé entre les premiers symptômes et la mort :

Si aucun traitement n'est fait, survie moyenne : trente et un mois.

Si la chirurgie est seule mise en œuvre, survie moyenne : trente-neuf mois.

Si la chirurgie est associée à l'irradiation des récidives et des métastases, survie moyenne : quarante-six mois.

Si la chirurgie est associée à la radiothérapie post-opératoire, survie moyenne : quarante-neuf mois.

Si, à la chirurgie, on combine l'irradiation pré et post-opératoire, survie moyenne : soixante et un mois.

Si l'on associe la chirurgie diathermique avec les rayons pré et post-opératoires, survie moyenne : soixante-neuf mois.

Parmi tous les cancers justiciables des radiations, celui du sein est un de ceux qui soulèvent les problèmes les plus complexes. Son étude devrait être reprise sur une base large, avec une collaboration étroite entre médecins, chirurgiens, histologistes et radiothérapeutes. Cette étude devrait être poursuivie avec persévérance pendant de longues années, une statistique (pour ce cancer) n'étant vraiment valable qu'au bout de dix années écoulées. »

(J. Perquien et G. Richard. L'association de la chirurgie et des radiations dans le traitement du cancer du sein. *Paris médical*, 19 mars 1932.)

Maladies du rectum

Le problème étiologique des rétrécissements inflammatoires du rectum « s'il semble être dorénavant moins confus, n'est pas encore résolu. La localisation rectale de la maladie de Nicolas-Favre paraît en mesure d'expliquer un nombre important de cas, et la vraisemblance de cette nouvelle entité morbide s'appuie sur des constatations biologiques (réaction de Frei) et expérimentales très solides. En outre, il semble bien qu'on puisse également la rendre responsable de certaines anorectites simples, sans sténose, et peut-être de certaines fistules isolées attribuées jusqu'ici à la tuberculose.

« A côté d'elle, l'infection chancrelleuse est susceptible de donner l'explication d'un nombre plus limité de faits. La syphilis, la gonococcie, la tuberculose et peut-être d'autres infections encore inconnues méritent toujours d'être retenues comme facteur étiologique possible, mais leur rôle apparaît comme beaucoup moins important qu'on ne l'admettait autrefois. »

Le traitement tant médical que chirurgical des sténoses inflammatoires du rectum est décevant. Il est cependant permis d'espérer que tout progrès dans la thérapeutique de la lymphogranulomatose inguinale sera également acquis pour le traitement du rétrécissement rectal. On ne se contentera pas du traitement local (dilatation, diathermie, antisepsie).

Il y a avantage à recourir à une médication général anti infectieuse de préférence par voie veineuse. L'émétine, le lugol, les sels de cuivre, d'antimoine, etc., médicaments essayés dans la maladie de Nicolas-Favre, pourront être utilisés, ainsi que les

corps auxquels le virus lympho-granulomateux s'est montré particulièrement sensibles *in vitro*. A ce titre l'urotropine est à retenir.

C'est la solution de Lugol (1 p. 100), combinée à l'hyposulfite de soude (solution à 20 p. 100) suivant la méthode de Ravaut qui donnerait les résultats les plus favorables.

Localement elle agirait mieux que les lavements antiseptiques.

La gonacrine donnerait aussi des améliorations très nettes, mais les essais sont encore trop récents pour conclure.

La radiothérapie, dans les quelques cas où elle a été essayée, a paru réaliser un « décapage » des formes végétantes de sténose.

La dilatation simple ou mieux diathermique est le complément indispensable du traitement médicamenteux.

(R. Bensaude et A. Lambling. Maladie de Nicolas-Favre et lésions ano-rectales. Sténose, ano-rectites simples, fistules isolées. *Paris médical*, 30 avril 1932.)

Obstétrique

La question des rapports sexuels au cours de la grossesse est considerée à tort comme d'ordre secondaire. Le médecin l'abordera dès le premier examen, s'adressera au mari à part, quitte à faire ensuite devant sa femme une allusion discrète aux conseils donnés. Pinard avait autrefois fait afficher dans la salle de consultation de la clinique Baudelocque, la formule suivante :

« *Toute femme enceinte doit refuser le rapprochement sexuel pendant toute la durée de la grossesse* ».

Il s'agit là d'un aphorisme trop absolu, d'une sévérité excessive et difficile à faire accepter. On est toutefois bien obligé de reconnaire que les rapports sexuels au cours de la grossesse font courir certains risques et expliquent en partie la fréquence des avortements chez les jeunes mariées.

Passé le troisième mois, dans les cas normaux, les risques que fait courir le traumatisme génital sont relativement rares, mais peuvent réapparaître à la fin de la grossesse quoique moins importants.

Quel conseil donner ? Un conseil de prudence qui évite les risques, une règle de sagesse qui puisse être suivie. C'est pendant la période qui correspond aux époques des règles, période mensuelle de la fragilité qu'il faut recommander l'abstention. D'où le conseil suivant :

« *Pas de rapport pendant une période d'une dizaine de jours par mois, cette période commençant un ou deux jours avant la date d'apparition des règles, calculées comme si la femme n'était pas enceinte pour se terminer un ou deux jours après la fin de celles-ci.* »

Le calcul est moins facile à établir chez les femmes dont les périodes sont anarchiques, ou chez qui une période ou plus manque parfois. Chez ces dernières l'hypofonctionnement ovarien diminue les risques.

(L. Cleitz. La question des rapports sexuels au cours de la grossesse. *Le Bulletin médical*, 12 mars 1932.)

Pédiatrie

La fièvre éphémère chez le nouveau-né, en dehors des états infectieux localisés ou généralisés, reconnaît pour causes :

1° *Le traumatisme obstétrical*. C'est de beaucoup la cause la plus fréquente. Apparaissant le deuxième jour ou quelques jours plus tard, elle peut durer quelques heures ou plusieurs jours, ne pas dépasser 38° dans les cas légers, atteindre 39°, 40° et même davantage dans certains cas. Elle est conditionnée par une hémorragie méningée obstétricale. Le diagnostic est affirmé par la ponction lombaire qui donne issue à un liquide ambré, jaune ou rouge.

2° *Le coup de chaleur*. C'est une cause plus rare. Nouveau-né présentant subitement sans raison apparente de l'agitation suivie d'abattement, une polypnée intense. Pas de troubles digestifs ou lorsqu'ils existent, ils sont peu accusés. Température s'élevant à 40°, 41°. Exceptionnellement, en dehors de la sensation chaude, on peut observer le coup de chaleur chez les nouveau-nés trop couverts, placés dans une pièce ou une couveuse surchauffée ;

3° *La déshydratation*. C'est une cause de fièvre à laquelle il faut songer en présence d'une fièvre qu'on ne peut expliquer ni par une infection, ni par une hémorragie, ni par un coup de chaleur. Elle est encore appelée *fièvre aseptique, fièvre de soif*. M. Schreiber en rapporte une observation typique. On la fait disparaître en augmentant les quantités de lait et en faisant prendre un peu d'eau sucrée dans l'intervalle des tétées. Les injections sous-cutanées de petites doses de sérum physiologique, préconisées par certains auteurs, paraissent superflues.

(Georges Schreiber. La « fièvre éphémère » chez le nouveau-né. *Le Bulletin médical*, 12 mars 1932.)

Varia

L'expérience a montré — ce qui est d'ailleurs précieux pour les malades appelés à voyager — que la médication mercurielle par ingestion, longtemps poursuivie suivant les principes généraux que nous venons de rappeler et malgré les lenteurs relatives de son action, est une arme puissante et sûre.

(Dr Arthur Vernes. Les trois époques du traitement de la syphilis. *La Clinique* (B), mars 1932.)

***

L'étiologie très complexe de l'épilepsie s'éclaire considérablement si l'on admet dans la région diencéphalique l'existence d'un centre végétatif très sensible aux modifications quantitatives et qualitatives de la sécrétion céphalo-rachidienne, aux stimuli toxiques, réflexes, émotifs, endocrines et aux hypnotiques. Ces centres diencéphaliques végétatifs constituent, pour M. Albert Salmon, la mèche qui détermine l'explosion de l'accès convulsif ayant tous les caractères d'une brusque crise végétative cérébrale.

(Albert Salmon. Un centre végétatif épileptogène existe-t-il dans la région diencéphalique ? *La Presse médicale*, 6 janvier 1932.)

***

Les concrétions calcaires sont une complication assez fréquente des sclérodermies dont Mme Basch a pu réunir 45 observations antérieures et un cas personnel ; on les rencontre dans tous les types de sclérodermies, mais l'apparition des calcifications est toujours consécutive à celle de la sclérose conjonctive. Leur developpement se fait toujours au sein du tissu scléreux (Paisseau. Concrétions calcaires des sclérodermies. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, mars 1932.)

***

Si l'on en jugeait par la modestie des articles qui leur sont consacrés dans nos livres, on serait tenté de croire que les furoncles et les anthrax ne sont que des accidents sans grande importance et indignes de retenir longtemps l'attention des pathologistes.

(M. Renaud. Le sphacèle des anthrax. *Revue crit. de path. et de thér.*, mars 1932.)

***

Sur trois malades offrant l'aspect clinique de la crampe des écrivains avec quelques particularités permettant de prévoir cette évolution, deux, jusqu'à présent ont évolué dans le sens de la maladie de Parkinson.

(J. Levy-Valensi. La crampe des écrivains, première manifestation du syndrome de Parkinson. *La Médecine*, février 1932.)

***

Parmi les causes qui contribuent à multiplier les syphilomanes et, en général les nosomanes, il faut compter la vulgarisation de la science médicale. Je m'en excuse auprès des distingués confrères dont le public lit avec avidité les articles dans les quotidiens, les livres et dictionnaires où la médecine veut se mettre à la portée de tous, mais je crains fort que, dans le but louable, au demeurant, de donner au public des notions d'hygiène, ils négligent complètement l'hygiène mentale. Au risque de passer pour un retardataire, pour le prêtre exclusif d'un culte médical, j'estime que la médecine ne doit pas être vulgarisée et voudrais voir admise par nous tous une devise à la Monroë : « La Médecine aux médecins ! »

(J. Lévy-Valensi. Les troubles mentaux des syphilitiques. *Le Bulletin médical*, 30 janvier 1932).

Spasme du mamelon. — Rodecourt (*Zentr. f. Gyn.*, 31 oct. 1931, p. 3184) rapporte cinq cas de cette pénible affection. Un certain nombre de ces cas et des cas publiés étaient dus au froid, mais pas tous. Souvent les patientes avaient des règles pauvres. La belladone localement, la quinine et l'atropine *per os* ont donné de bons résultats. H. V.


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM
CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou 1/2 cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex, PARIS (IV

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mai 1932

Réactivation des foyers tuberculeux latents et bacilles de Koch « de sortie ». — *M. Emile Sergent*. La récente communication de MM. Troisier et de Sanctis Monaldi a posé devant l'Académie une question d'actualité : celle de la bacillémie tuberculeuse et de sa signification clinique. Les recherches de Lœwenstein ont étendu le champ de la bacillémie. Il semble que le moment est venu de rappeler les droits de l'observation clinique dans une discussion si troublante.

Le fait de mettre en évidence, dans le sang circulant, le bacille de Koch n'implique pas nécessairement que la maladie en cours soit due à ce bacille, même si l'inoculation au cobaye en démontre la virulence. M. Sergent appuie fortement les réflexions de MM. Troisier et de Sanctis Monaldi. La notion des décharges bacillémiques est de date ancienne ; elle s'ajoute à celle de la réactivation des foyers tuberculeux latents pour indiquer que la bacillémie atteste l'existence d'une tuberculose en activité, qui peut être cliniquement latente. Mais les bacilles, mis en liberté à l'occasion d'une circonstance quelconque (maladie intercurrente — infectieuse ou non — surmenage, traumatisme...) et véhiculés par la canalisation vasculaire sanguine, peuvent être éliminés par les émonctoires naturels sans déterminer aucune manifestation pathologique nouvelle ; ils méritent alors vraiment la dénomination de « bacilles de sortie ». Ou bien ils quittent la canalisation vasculaire sanguine et colonisent en un point quelconque de l'organisme où ils déterminent l'apparition d'accidents pathologiques immédiats ou tardifs.

La clinique fournit de nombreuses observations qui illustrent le bien-fondé de cette conception. M. Sergent en cite des exemples.

Essais d'application dans l'armée de la méthode simplifiée de vaccination antidiphtérique. — *M. Dopter*. L'expérience montre que la méthode utilisée couramment pour la vaccination antidiphtérique simple (trois injections d'anatoxine titrant 10 unités, soit 30 unités anatoxiques au total) permet de conférer l'immunité à 94 à 95 % des sujets réceptifs. Par conséquents, 5 à 6 % des vaccinés restent susceptibles de contracter la diphtérie.

L'auteur rappelle les essais pratiqués par Ramon, Debré, M. et G. Mozer, à Berck, à l'aide de trois injections d'une nouvelle anatoxine de titre plus élevé (16 unités, soit au total 64 unités) ; l'immunité recherchée par la réaction de Schick et la mesure du taux antitoxique de sérum a été obtenue dans 100 % des cas. Avec deux injections (30 unités anatoxiques), la proportion des immunisés s'est élevée à 98,6 % (Ramon et Nélis).

Ces faits étaient de nature à faire envisager la possibilité d'appliquer à l'armée cette simplification de la méthode. L'occasion s'est présentée de tenter des essais en ce sens, d'une part avec l'anatoxine seule, d'autre part en utilisant le procédé de la vaccination associée.

A Colmar, une épidémie assez dense éclata en décembre, qui motiva la vaccination immédiate de tout l'effectif d'un même régiment : deux injections d'anatoxine (30 unités au total) furent pratiquées à trois semaines d'intervalle ; sept cas apparurent encore après la vaccination, dont six survenus chez des sujets non vaccinés ou n'ayant pu recevoir qu'une injection ; une seule atteinte se déclara après vaccination complète, mais dix jours seulement après la dernière injection, alors que l'immunité ne pouvait être encore complètement acquise. L'épidémie a donc été jugulée par deux injections de la nouvelle anatoxine, qui ont ainsi présenté la même efficacité prophylactique que trois injections de l'ancienne.

A Vincennes, l'endémie qui régnait a été vaincue par deux injections de vaccin associé (T A B et anatoxine) appliquées au moment de l'incorporation des jeunes soldats : six cas de diphtérie se sont produits après la vaccination, dont quatre chez des non-vaccinés, un chez un vacciné incomplètement (une injection) et un seul après deux injections, un peu moins d'un mois après la dernière injection.

De plus, pour être renseigné exactement sur l'accroissement de l'immunité dû à l'adjonction de T A B, on pratiqua le dosage de l'antitoxine contenue dans le sérum de 51 sujets de vaccinés complètement :

Chez tous (100 %), la teneur en antitoxine s'est montrée supérieure à 1/30e d'unité antitoxique, taux répondant à une réaction de Schick négative ; chez 35 % elle était comprise entre 1/10e et 1 unité ; chez 60 % elle était supérieure à l'unité atteignant même parfois 20, 30 et 40 unités.

A nombre égal d'unités anatoxiques, la vaccination associée à deux injections de nouvelle anatoxine s'est donc montrée supérieure dans ses effets à la vaccination par l'ancienne anatoxine et même la nouvelle, employées seules.

Le milieu militaire où, en raison des nécessités de l'instruction, il y a avantage à réduire le nombre des injections, ne peut que bénéficier de l'efficacité de l'anatoxine à teneur élevée ; qu'on utilise cette dernière seule quand le vaccin T A B aura déjà été appliquée, ou qu'on l'emploie en l'associant au T A B, l'immunité antidiphtérique pourra être assurée avec deux injections avec un succès au moins égal à celui que l'on obtient à la faveur de la méthode classique.

La mise en évidence et l'isolement de la vagotonine. — *M. D. Santenoise* (note présentée par M. Desgrez). Actuellement parvenu à isoler et à préparer la vagotonine en quantité suffisamment importante pour permettre son étude et son emploi en clinique, cet auteur résume les diverses étapes des longues recherches qui l'ont amené à ce résultat.

Une première série de travaux a permis d'établir et de démontrer que le pancréas déverse en quantité physiologiquement active une hormone vagotonisante.

Une seconde série a permis de conclure que ce pouvoir vagotonisant déversé par le pancréas n'était pas dû à l'insuline.

Une troisième série a permis de séparer de l'insuline et des substances choquantes cette nouvelle hormone pancréatique à laquelle fut donné le nom de vagotonine.

L'alcoolisme expérimental ne s'oppose pas à l'établissement de l'immunité antirabique. — ***MM. Remlinger et Bailly.***

Sur deux cas de fièvre ondulante d'origine bovine observés dans le Gard et dans la Haute-Garonne. — ***MM. Dubois et Sollier.***

Un cas de polynévrite consécutive à l'ingestion d'apiol. — *M. Roger*.

Séance du 7 juin 1932

Les aliénés en liberté. — *M. Claude*. — Le nombre toujours croissant des drames de la folie attire une fois de plus l'attention sur la quantité plus considérable qu'on ne pense d'aliénés vivant depuis longtemps en liberté ou remis dans la vie au dehors après une période plus ou moins longue de traitement dans des établissements spéciaux. On verrait diminuer le nombre de ces drames si le public acceptait plus facilement et plus rapidement le traitement des troubles mentaux en cure libre ou en placement volontaire et si la coopération des médecins et des services administratifs était réalisée dans l'esprit même de la loi de 1838 et notamment de l'article 18 qui permet aux préfets « sans invoquer le danger imminent » (art. 19) de prendre toutes mesures utiles lorsque l'état mental d'un individu est signalé par le médecin comme de nature à troubler l'ordre public et la sûreté des personnes.

L'infirmerie spéciale de la Préfecture de police à Paris est bien l'organisme créé pour statuer sur l'opportunité de l'internement conseillé dans les cas de troubles mentaux avérés et dangereux. Mais cet établissement est d'un caractère plutôt policier qu'hospitalier et n'est guère adapté qu'aux cas se présentant avec la notion d'une véritable urgence.

Il serait nécessaire, pour rendre plus acceptable aux familles et au public en général, le dépistage des maladies mentales à réactions dangereuses, et le traitement préventif, de rechercher par quelle réforme des conditions actuelles ou par la mise en œuvre de quelle règlementation nouvelle il serait possible de protéger la société et les malades eux-mêmes, afin d'éviter l'extension de plus en plus grande des attentats dus à l'aliénation mentale. C'est surtout dans les cas concernant ces sujets qui rentrent dans la condition de la folie dite lucide que des mesures de règlementation nouvelle permettraient à l'intervention médicale de s'exercer sans qu'on ait à agiter constamment le spectre de la séquestration arbitraire, dont la presse et le public s'effraient injustement.

L'administration préfectorale, par la bouche du Préfet de police exprimait le désir que fussent inscrites au programme du prochain Congrès de Médecine légale « de nouvelles études

qui inclineront le législateur aux mesures indispensables, si onéreuses soient-elles, puisque la paix et l'ordre de nos cités, sinon de la nation, à tout instant, en dépendent».

Il faut donc rechercher quelles sont les améliorations à apporter dans les dispositions légales et administratives actuelles afin de prévenir des attentats de toutes sortes dont la lecture des journaux apporte tous les jours de nouveaux exemples. Il convient surtout de s'attacher à la création d'un organisme plus souple et plus approprié à l'examen des cas discutables qui n'en sont pas moins susceptibles de donner lieu à des réactions dangereuses et soudaines.

M. Claude propose à l'Académie d'étudier certaines dispositions comme par exemple la création d'une commission médico-judiciaire qui interviendrait d'office dans les cas signalés par des médecins ou par les officiers de police dans lesquels on hésite en raison des responsabilités ou de la résistance des familles à prendre les déterminations d'ordre thérapeutique. L'intervention de cet organisme donnerait des garanties à l'opinion publique et permettrait soit la mise en œuvre immédiate de ces moyens thérapeutiques, soit de faire intervenir une certaine surveillance administrative à l'égard d'individus dont les réactions peuvent n'avoir qu'un caractère anormal passager. D'autre part, une surveillance plus étendue et mieux organisée des aliénés sortis en liberté donnerait une sécurité plus grande qui permettrait de prolonger moins longtemps le temps d'hospitalisation. Cette action gagnerait à s'exercer parallèlement à celle des services de prophylaxie mentale qui ont eu déjà une action efficace dans le dépistage des troubles mentaux, laquelle mériterait d'être généralisée dans toute la France, et non limitée à un seul service à Paris.

Etude morphologique du virus rabique. — ***MM. C. Levaditi, Mlle R. Schoen et M. J.-G. Mezger*** précisent l'aspect que revêt le virus rabique dans les cellules nerveuses cérébrales des souris inoculées de rages des rues. Le germe de la rage, de nature très probablement microsporidienne, apparaît sous forme de spores presque ultramicroscopiques, et par conséquent filtrables (comme l'est, d'ailleurs, le virus rabique lui-même), vers le troisième jour de l'incubation. Par la suite, il se multiplie et accomplit tout un cycle évolutif, se terminant par l'envahissement total des neurones encéphalitiques contaminés. Les auteurs décrivent les diverses phases de ce cycle évolutif du parasite rabique (*Glugea lyssae*), et relatent des expériences démontrant l'existence d'un rapport direct entre la présence de certaines phases évolutives et le degré de la virulence du système nerveux.

Recherches sur les fixateurs du calcium uviosensibilité et uviorésistance. — ***MM. G. Mouriquand, A. Leulier, Bernheim et Mlle Weill.*** — La clinique montre que certains rachitismes sont très sensibles à l'action de l'ultra-violet ou de ses dérivés (ergostérine irradiée, huile de foie de morue). Ce sont le plus souvent des rachitiques florides, mais on observe aussi l'uviosensibilité de certains rachitiques hypotrophiques.

Par contre certains rachitiques appartenant tous ou presque tous à la catégorie des rachitiques hypotrophiques sont uviorésistants.

L'expérimentation reproduit facilement le rachitisme uviosensible, rachitisme qui par un régime spécial, n'est obtenu que grâce à la croissance du sujet.

Nos recherches viennent de nous permettre de réaliser le rachitisme hypotrophique (sans croissance du sujet). Ce rachitisme peut être dans certaines circonstances uviosensible (rachitisme hypotrophique du calcium) et dans d'autres, uviorésistant (rachitisme du strontium).

L'expérimentation permet donc de reproduire actuellement les deux types cliniques de rachitisme, l'un sensible à l'action des rayons ultra-violets et de leurs dérivés, l'autre résistant à leur action.

De l'utilisation du violet de gentiane dans les infections sanguines. — ***MM. Carrière et Martin*** estiment que le violet de gentiane est un agent thérapeutique digne d'intérêt, qui mérite d'être retenu dans le traitement des infections sanguines, et ils conseillent fortement de l'utiliser dans tous les cas graves rebelles aux autres médications.

Sur une méthode capable d'augmenter la tolérance du tuberculeux pulmonaire à l'égard des sels d'or. — ***M. Dumarest.***

Pathogénie des épanchements séreux articulaires. — ***MM. Delbet et Pierre Cartier.***

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. P. Duval président, annonce le décès de ***M. Baldo Rossi*** (de Milan).

A propos du tétanos post-opératoire. — ***M. J. Quénu*** rapporte une observation de tétanos survenu douze jours après une intervention pour contusion de l'abdomen (perforation intestinale traitée par suture). Il insiste à ce sujet sur le danger des gros catguts dans la suture des parois.

A propos des sympathectomies. — ***M. Desplas*** a observé des cas où la sympathectomie chirurgicale est difficile et où la sympathectomie chimique est plus aisée. Celle-ci est d'ailleurs plus complète dans ses résultats.

La luxation congénitale du radius. — ***M. Sorrel*** rappelle les divers travaux publiés à ce sujet et indique que cette lésion est réalisée par un arrêt de développement du cubitus.

Il pense qu'il faut entièrement séparer cette lésion de celles observées au cours de l'évolution des exostoses ostéogéniques.

Péritonite encapsulante. — ***M. Lenormant*** rapporte une observation de ***M. Soupault.*** Il rappelle l'aspect caractéristique de cette affection et sur la possibilité de pratiquer l'ablation isolée de la capsule qui enveloppe les anses intestinales grâce à l'existence d'un plan de clivage. Il est en pratique difficile de faire le diagnostic clinique de cette affection. Dans l'observation de M. Soupault, il existait des lésions indiscutables de péritonite tuberculeuse, et l'encapsulement n'était pas complet.

M. L. Bazy a observé une observation analogue et insiste sur l'intégrite du péritoine pariétal qui contraste avec la grosse capsule enveloppant les anses grêles. Une inoculation au cobaye fut négative.

Une deuxième malade fut aussi opérée par lui ; il n'a pas pu dans les deux cas enlever la membrane encapsulante.

M. Grégoire ne croit pas que la guérison soit toujours complète. Un malade revint en effet six mois après l'extirpation de la capsule pour des accidents d'occlusion qui nécessitèrent une fistulisation temporaire du grêle.

M. Madier a opéré un malade qui présentait des accidents occlusifs intermittents. Il n'y avait pas de péritoine pariétal isolable de la capsule. Une deuxième gaîne enveloppait isolément chaque anse intestinale.

Des accidents secondaires obligèrent à une nouvelle intervention. Puis le malade finit par mourir.

M. Brocq a trouvé un voile recouvrant les anses intestinales dans un cas de salpingite kystique double. Il n'a pas songé à enlever ce voile.

Hémorragies gastriques par ulcère. — ***M. Cunéo*** montre combien difficile est l'indication opératoire dans les hémorragies profuses.

Le genre de l'intervention à pratiquer est aussi délicat. Dans les cas faciles, l'excision doit être feiat. Dans les autres cas, on fait d'habitude une gastro-entérostomie et M. Cunéo y a ajouté souvent des ligatures des artères.

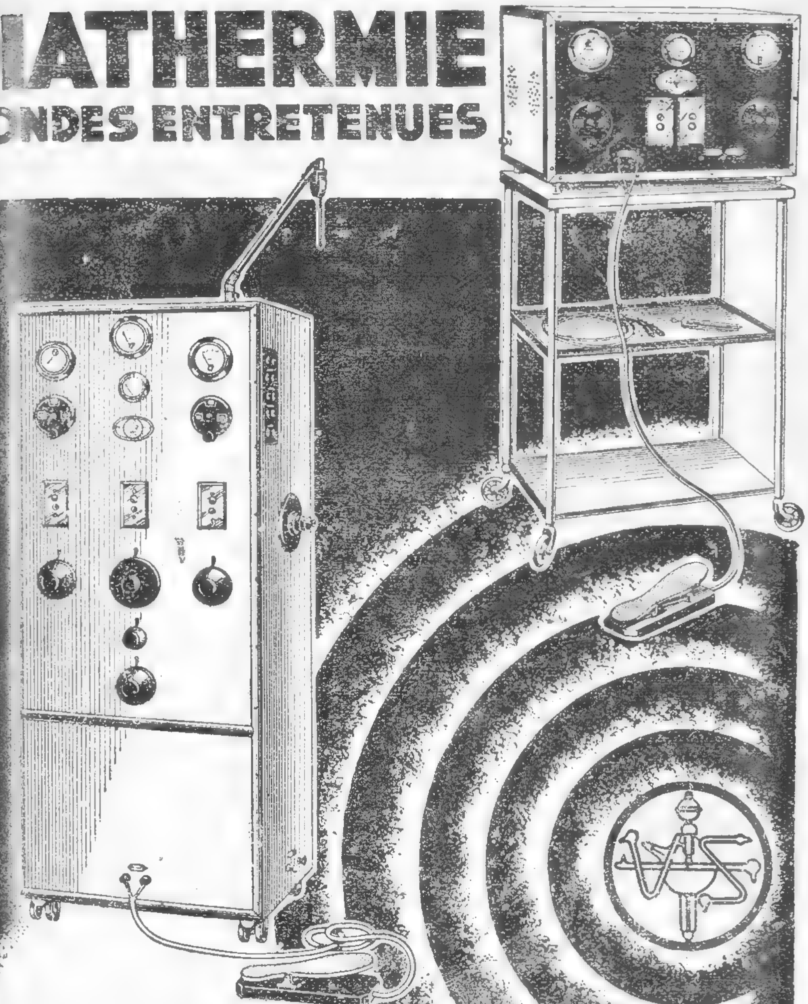
M. Robineau apporte une observation personnelle où une hémorragie très grave céda à plusieurs transfusions massives.

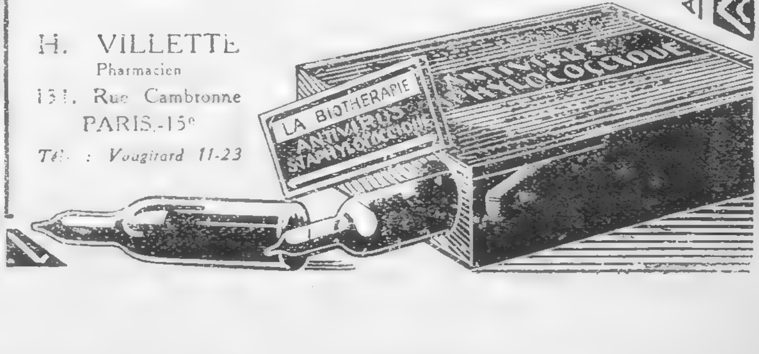
M. Hartmann dit d'abord que, en se tenant aux statistiques, on ne devrait pas opérer. En réalité, il faut discuter d'une manière précise les indications. M. Hartmann est d'avis qu'il faut s'abstenir dans les ulcères à évolution aiguë. Au contraire, s'il s'agit d'un ulcère calleux, il croit qu'il est bon d'intervenir.

Fracture de la cavité cotyloïde. — ***M. Fredet.***

Perte totale de l'urèthre. Réfection d'un urèthre continent. — ***M. Marion.***

G. Menegaux.




LA BIOTHÉRAPIE
ANTIVIRUS

Echos et Glanures

« Je m'en vois escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire mais pour les transporter en cettuy-ci , ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

L'inventeur de la vaccine. — Il est de tradition d'attribuer au médecin anglais Jenner la première tentative de vaccination et l'hospice de Gênes a une statue de Monteverde représentant Jenner expérimentant le vaccin sur son fils, au mois de mai 1776.

Or l'on vient de découvrir, dans le cimetière de Worth Matravers près de Swanage dans le Dorset, la pierre tombale d'un certain Benjamin Jesty qui porte l'inscription suivante : « Benjamin Jesty première personne connue pour avoir inoculé le cow-pox et fait cette expérience sur sa femme et ses deux fils en l'an 1774 ».

Donc deux ans avant Jenner. (*Le Temps*).

Liberté, indépendance de la médecine, grands mots ! — *Passage détaché de la leçon inaugurale de M. le Professeur Leuret, de Bordeaux* :

Il y a un an, à pareil jour, vous entendiez ici mon ami le Professeur Mauriac, aussi délicat artiste que médecin éminent, pousser un cri d'alarme contre l'envahissement de l'interventionnisme d'Etat et chanter un hymne magnifique à la liberté et à l'indépendance médicale.

Il vous suppliait, et en quels termes ! d'être, dans une démocratie fonctionnarisée jusqu'aux moelles, les derniers tenants de la libre disposition du moi, de la seule dépendance devant votre conscience, ne comptant plus que sur le corps médical pour opposer une dernière digue au flot envahissant du *perfectionnement social* !

Il vous traçait un tableau idyllique, édénique, de l'humanité libre et saine, où tomberaient ces burlesques réglementations qui ligotent la vie du citoyen et font de l'homme du XXe siècle *l'entrave* perpétuelle, dont la vie devient progressivement insupportable. Il vous montrait le médecin longtemps respecté, pris peu à peu dans ces lacets universels, lois et règlements de perfectionnement social se faisant un piédestal du désintéressement de notre profession, peu à peu devenant le fonctionnaire d'une administration tracassière et perdant sa vraie grandeur; ne pouvant, au seul nom de sa charité, rester le consolateur, le confident des misères des malheureux et risquant d'être écrasé lui aussi sous le joug de ces nouveaux despotes modernes : le rouage administratif et l'intérêt.

La leçon avait duré : soixante-dix minutes d'horloge ! mais nul ne pensait à se plaindre tant le charme de la forme, allié à la séduction de la pensée, avait tenu l'auditoire en haleine.

Mais la vie moderne ne laisse plus une minute de liberté (c'est bien le cas de le rappeler) et un rendez-vous prévu pour 18 h. 1/4 se trouvait compromis. Force était de rattraper le retard.

Et, remontant dans ma voiture, encore sous le charme et prêt à mordre moi aussi à pleines dents au fruit énivrant de l'indépendance, le pied sur l'accélérateur, les yeux perdus dans les nuages, je partis en vitesse.

Un vigoureux coup de sifflet me ramena vivement à la sombre réalité. L'agent préposé à la circulation s'avançait vers moi courroucé : j'avais failli doubler à gauche notre vieille porte d'Aquitaine et bousculer une femme et son enfant, qui, *confiante dans la protection des règlements*, traversait à ce moment le terre-plein de la place.

Mon tort était évident et je dus m'excuser, expliquer à l'agent de l'ordre public que j'étais distrait, que je sortais d'une leçon inaugurale qui m'avait à la fois séduit et grisé.

En apprenant que j'étais médecin l'agent devint paterne et se borna à une cordiale remontrance : « Bon, bon, ça va ! me dit-il, pour cette fois, mais si ça vous fait tourner la tête ces leçons inaugurales, n'y revenez plus ! »

Et pourtant, à une année de distance, m'y voici revenu... par force. Cette petite leçon m'a rendu songeur, et l'hymne à l'indépendance m'a paru depuis lors un peu anachronique.

Il se rapportait sûrement à une époque où n'instrumentaient pas les agents de la circulation !

Et, n'en déplaise aux mânes de la La Boétie, c'est un nouveau discours sur la *Servitude volontaire* que je veux, après mûre réflexion, entreprendre ce soir devant vous, non pour m'en étonner et l'accabler de mes sarcasmes, comme le fit l'illustre maître de Montaigne, mais pour vous en montrer et la grandeur et l'absolue nécessité dans nos civilisationsmodernes.

Sans elle, pas de médecine sociale légitime ni possible. Pas d'hygiène appliquée, d'où inanité de l'hygiène théorique et de son enseignement .

Car le professeur d'hygiène, c'est bien, n'est-il pas vrai, celui qui doit rechercher, contrôler, enseigner *les lois* qui découlent des sciences médicales, pour le bien-être et la santé de l'individu, *pour le perfectionnement social.*

Chanter la liberté de l'individu, son indépendance ou la seule dépendance de son jugement, de sa conscience individuelle, thème séduisant, Messieurs, mais regardons-y de près.

En entendant chanter l'hymne à la liberté, il me semble trouver quelques échos lointains des plaintes et des rêves éternels de l'humanité enchaînée :

« Si j'élevais mon Emile, je ne lui voudrais nulle entrave de la naissance jusqu'à la tombe ! Né bon et sans vices, ce sont vos lois qui ont engendré ses défauts. »

Trop tard, Messieurs ! Votre « Emile » ou celui de Jean-Jacques doit être élevé dans les nuages, mais pas en France, en 1932. Qu'il obéisse à sa conscience, soit ! mais il devra rendre compte aussi de son activité, car désormais nous dépendons les uns des autres : « Rien n'existe à part. La chaîne se perpétue », comme l'écrivait en 1730 Alexandre Pope.

Vous auriez voulu vivre libres, indépendants, *nus peut-être,* n'avoir qu'à venir au monde, évoluer à votre guise, sans être gênés par quiconque, mourir sans avoir connu de chaînes, individus indépendants dans une corporation sans entraves, dans un monde libre de lois et règlements, il fallait naître plus tôt, très tôt..... au Paradis terrestre..... avant la chute !..... car, depuis lors, si j'interroge l'histoire, l'homme se vêtit, se mit à travailler, connut la vie et ses misères, la concurrence , les lois et leurs multiples entraves, les règlements inexorables, et il se débat « entravé » avide d'une liberté qu'il poursuit sans arrêt, assoiffé ne chimères qui lui échappent sans cesse.

D'ailleurs, je serais bien curieux de savoir, de ceux justement qui ont la nostalgie du passé, et de sa supériorité, sur quel millénaire ils ont arrêté leur préférence et quand ils eurent voulu vivre ?

De mon temps, oui vraiment, tout était mieux qu'à présent.

Je crois bien ce refrain, que nous fredonnaient nos grand' mères, vieux comme l'humanité.

Quelle est donc cette époque bénie que l'humanité a connue — ou qu'elle espère — où elle aurait voulu s'immobiliser pour toujours ?

Cherchons-le bien le temps où tout individu libre et sans entrave pouvait « cueillir dans son jardin une botte d'asperges », où il ne connaissait ni les déclarations d'impôts ni les lois réglementant la circulation automobile, où il n'avait pas à acquitter au guichet des postes son abonnement téléphonique, où il n'était soumis ni à l'obligation de se faire vacciner ni à la législation sanitaire.

Selon la tendance de chacun et l'exemple de multiples abus, aussi facile à puiser dans toutes les imparfaites organisations humaines, on trouvera toujours moyen de dénigrer une époque au bénéfice des autres.

Les maux d'autrui, voyez-vous, les imperfections d'antan, sont plus facilement supportés (c'est trop humain !) que les misères ou les incommodités qui nous frappent quotidiennement, et les maux du passé, *que nous n'avons pas endurés,* auront toujours l'avantage sur ceux qui nous atteignent chaque jour,uniquement *parce que, ceux-là, nous les sentons.* Excusez, Messieurs, ce long préambule, mais comprenez-moi bien : si nous courons après une chimère, si le perfectionnement social est un recul, si les temps que désolaient la peste, le choléra, la variole, valaient mieux que les temps que nous vivons ou que nous voulons préparer, parce qu'en échange de ces maux ils ont possédé les deux seuls vrais biens de l'humanité : la liberté et l'indépendance, le professeur d'hygiène a dès à présent son rôle terminé, car sa vocation est de poursuivre le rêve perpétuel de mieux-être etde perfectionnement social qu'est la vie.

Je plains de tout cœur l'apôtre qui annoncerait un évangile auquel il ne croit pas !

Messieurs, si je vous prêche l'hygiène, c'est que j'en crois les progrès nécessaires et bienfaisants. Mais puisque, aussi bien, l'opinion se répand trop, à mon avis, dans le public, que notre


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
Adopté par :
L'Assistance-Publique
Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
LABORATOIRES
AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS _ 8e
TÉL. LABORDE : 15-26

marche en avant est un recul, l'inauguration d'une nouvelle barbarie, pire que l'ancienne, la thèse valait peut-être d'être reprise et j'ai résolu de l'examiner devant vous dans cette leçon inaugurale..... »

« Le docteur » de la T. S. F. — *De M. Pierre Wolf dans* Paris-Soir (22 *mai* 1932) :

Le médecin, écrivait Courteline, exerce sur moi une double action dont je ne suis pas maître : il m'effraie et ne me rassure pas. S'il me dit : « Vous avez telle maladie » je le crois ; s'il me dit « Je vous guérirai », je ne le crois plus. Le petit médecin, ajoutait-il, est préférable au grand, en ce sens qu'il est moins à craindre. Hors d'état d'avoir des idées, il n'a pas la tentation de les faire triompher coûte que coûte, tandis que l'autre, tranquillement, expérimentera les siennes jusqu'au moment où un amoncellement de ratages et de catastrophes lui ouvrira enfin les yeux sur l'immensité d'une erreur qu'il prenait pour une vérité. »

Et j'ai pensé à Courteline en écoutant hier le docteur X. (son nom m'écnappe) présenté par le speaker de la T. S. F. Le speaker, après avoir vanté, en termes choisis, les meubles anciens et modernes de la maison Dubois, après nous avoir affirmé que les pastilles de la Grande Pharmacie étaient les meilleures pour lutter contre la constipation, nous pria de suivre les conseils du docteur X. Le docteur parla. Une musique savante, assez triste d'ailleurs, meublait le silence du docteur. J'ai pris note de cette consultation gratuite. La voici :

« Mesdames, Messieurs,

« Etendez-vous. Laissez-vous aller et, avec le plus de conviction possible, dites :

« Je suis calme, très calme ; je me sens bien, très bien..... »

Musique.

« Ma détente est parfaite, ma respiration régulière, profonde. »

Musique.

« J'ai accumulé, en moi-même, des forces nouvelles, mes gestes seront harmonieux... »

Musique.

« Je me sens maître de moi, je serai toujours sobre, ma mémoire sera fidèle, tous mes désirs seront comblés, mes actions seront utiles, je croirai à la tendresse, à la bonté, à l'amitié... »

Musique.

« Je me sens rénové, je me sens vraiment très bien. »

Musique.

« Et maintenant respirez, respirez longuement, plus longuement encore. Ouvrez les yeux et revenez à la lumière, à la vie. »

« Mesdames, Messieurs, la consultation du docteur X. est terminée. »

Courteline eût été ravi.

Jadis, j'ai connu un médecin célèbre. Il se nommait Gruby.

....

Le docteur Gruby ne soignait pas le corps mais l'esprit.

« Le docteur » de la T. S. F. marche sur ses traces.

Les travaux de peinture au pistolet exposent-ils les peintres à des dangers d'intoxication ? — MM. F. Heim de Balsac et A. Feil (*S. de méd. publique et de génie sanitaire,*

16 mars 1932) ont fait une enquête dans une grande usine de la banlieue nord-est de Paris, n'employant qu'un type de vernis cellulosique, dont le solvant ne contient ni benzol, ni composé chloré. Dans cette usine, travaillent au pistolet vingt-quatre ouvriers, âgés de 19 à 45 ans. La plupart sont peintres au pistolet, depuis au moins deux ans.

« Si l'on s'en rapporte aux résultats de l'enquête, disent MM. Heim de Balsac et A. Feil, il faut reconnaître que la peinture au pistolet semble peu dangereuse, lorsqu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions d'hygiène, dans des cabines munies d'un aspirateur efficace. Les seules manifestations constatées sont des troubles gastriques, de vertiges, des maux de tête ; ces symptômes sont habituellement légers ; ils disparaissent rapidement, lorsque l'ouvrier respire au grand air. La plupart des travailleurs visités ont un bon état général, ils sont robustes, bien portants, beaucoup ont tendance à engraisser ; il ne paraît pas qu'il y ait chez eux une atteinte profonde des organes.

Il est cependant nécessaire de faire deux réserves :

D'une part, la peinture au pistolet ne date que de quelques années ; on ne trouve guère d'ouvriers admis au métier depuis plus de cinq ans. Il est donc prématuré de tirer des conclusions formelles sur la bénignité relative de cette profession, et la non persistance des symptômes chez les ouvriers qui s'y adonnent.

D'autre part, les vernis cellulosiques ont une composition différente, suivant l'usine qui les prépare. Si nous n'avons pas trouvé de manifestations alarmantes chez les peintres pistoleurs d'une usine de la région nord-est de Paris, fabriquant une des marques les plus connues de vernis cellulosiques, nous n'avons pas le droit de conclure qu'il en est de même pour les usines, qui fabriquent un produit de composition différente. C'est ainsi que le risque apparaît grand, *a priori*, si certains corps chlorés ou le benzol, se trouvaient mêlés aux solvants.

C'est en multipliant les enquêtes dans cette industrie, en comparant la composition du produit pulvérisé et les symptômes que l'on observe, qu'il sera possible de fixer avec exactitude les dangers qui pourraient menacer les travailleurs, pratiquant les divers genres de peinture au pistolet. » (*Le Mouvement sanitaire.*)

Autour de l'assassinat du duc de Berry. — La *Revue de Paris* (15 mai 1932) vient de publier la déposition faite par Dupuytren le 25 mars 1820, sur la mort du duc de Berry, frappé (13 février 1820) par le poignard de Louvel qui voulait éteindre en lui la race des Bourbons. Dupuytren, appelé auprès du prince l'assista jusqu'à ses derniers moments.

La Revue de Paris fait suivre la déposition de Dupuytren d'un article du Dr de Martel, intitulé : « Sauverait-on le prince ? » Autrement dit, si le duc de Berry était frappé aujourd'hui dans les mêmes conditions pourrait-on le sauver ? Le Dr de Martel place cette intervention idéale en ... 1945, dans une cité où la chirurgie d'urgence serait organisée.

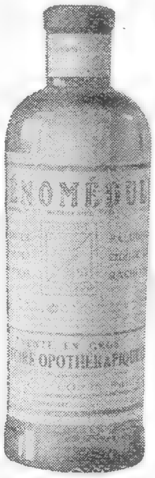
«... Dupuytren, réveillé en sursaut par la nouvelle de l'assassinat du duc de Berry, dut sortir de son lit sans hâte et sans entrain. Il n'était pas soutenu par la claire espérance qui anime le chirurgien du XXe siècle lorsque, en pleine nuit, le téléphone lui annonce une urgence.

Si, depuis 1820, la science a évolué, le caractère humain n'a pas changé et je pense que, parmi les préoccupations qui assaillirent Dupuytren, il en fut de bien personnelles, qui ressemblaient à s'y méprendre à celles qui envahissent encore aujourd'hui l'esprit du chirurgien appelé auprès d'un homme en vue, très mal en point.

Il devait penser : « Si je ne tente rien, on dira que j'ai laissé mourir une altesse royale, et, si je fais quelque chose, Lisfranc, qui me traite déjà de « brigand de l'Hôtel-Dieu », dira que j'ai assassiné mon opéré. Que n'ai-je été loin de chez moi cette nuit ! Quel ennui pour le chirurgien d'être chaque jour obligé de choisir entre son malade et sa réputation ! Et il est un fait, c'est que souvent on ne peut soigner l'un et l'autre à la fois. » C'est ainsi qu'il dut gagner l'Opéra plein d'une inquiétude que nul espoir ne tempérait. Et il avait raison. Le duc de Berry mourut, n'ayant pas reçu de soins ou plutôt ayant reçu des soins intempestifs et nuisibles.

Bien que personne n'eût pu mieux faire à cette époque, Dupuytren





fut vivement critiqué. Peut-être le fut-il oralement, par la coterie de Lisfranc, c'est à peu près certain. Alors, comme aujourd'hui, les grands chirurgiens avaient leurs partisans et surtout leurs partisanes qui chantaient les louanges du maître, mais surtout dénigraient ses concurrents. Je n'ai retrouvé aucune preuve de ces critiques, mais, par contre, j'ai eu entre les mains le mémoire acerbe et dénué de toute valeur qu'écrivit Valentin l'ami de Distel, premier chirurgien du roi.

Il détesta Dupuytren et ne manqua pas cette occasion de lui manifester son hostilité.

A l'heure actuelle, pourrait-on sauver le duc de Berry ? Je le crois, mais, à une condition, c'est que le chirurgien qui tenterait, cette entreprise fût aidé par une « organisation de la chirurgie d'urgence » qui n'existe pas encore. Cette organisation pourrait cependant être réalisée dans un Paris où le souci du blessé et du malade primerait tous les autres. C'est dans cette cité future, grâce à une fiction très acceptable à une époque où on met volontiers en doute l'existence du temps et de l'espace, que je fais assassiner une seconde fois le duc de Berry, dans des conditions identiques à celles qui ont présidé à son assassinat en 1820, et que je le fais opérer par Dupuytren, réincarné lui aussi, pour les besoins de ma cause. A partir de maintenant mon récit n'est plus qu'une fable, mais qui pourrait un jour devenir une réalité.

Déposition de M. Dupuytren qui opéra le duc de Berry assassiné sur les marches de l'Opéra, le ... 1945, dans des conditions identiques à celles qui avaient présidé à son assassinat en 1820.

. . . .

Je donnai aussitôt l'ordre de préparer rapidement la salle d'opération de chirurgie thoracique, c'est-à-dire de vérifier que l'appareil à anesthésie par insufflation trachéale suivant la méthode de Meltzer était prêt, et que la table d'opération, permettant d'opérer sous le contrôle des rayons X, l'était aussi.

Ces deux appareils nous rendent les plus grands services. La méthode de Meltzer, comme vous le savez tous, consiste à entretenir la respiration du blessé par un courant d'oxygène conduit par un tube de caoutchouc jusqu'à la bifurcation de la trachée.

Dans ces conditions, on peut ouvrir largement le thorax du blessé sans qu'il éprouve de suffocation, car, sous l'influence de la ventilation pulmonaire par le courant d'oxygène injecté, le malade cesse naturellement de respirer, n'en éprouvant plus le besoin. On opère ainsi sur un thorax immobile qu'on peut ouvrir largement. Dans le cas présent, cette méthode nous a rendu un très grand service puisqu'elle nous a permis de récliner le poumon et d'apercevoir nettement l'oreillette droite. L'anesthésie a été obtenue en mélangeant à l'oxygène insufflé des vapeurs de chloroforme ce vieil anesthésique étant encore celui qui nous donne les meilleurs résultats en chirurgie cardio-pulmonaire quand nous ne pouvons nous contenter de l'anesthésie locale.

La lame n'a pas été retirée tout de suite. L'emploi des rayons X a permis de repérer le trajet qu'elle avait suivi jusqu'à l'oreillette et de bien diriger l'incision thoracique. Celle-ci a vidé la cavité du sang qu'elle contenait. En même temps la transfusion du sang a été pratiquée.

Aussitôt le thorax ouvert, et sous l'influence de l'insufflation intra-pulmonaire d'oxygène et de la transfusion, l'aspect du blessé changea complètement. De cyanosé qu'il était, il reprit une couleur normale et j'eus l'impression que je pouvais exécuter l'opération avec soin et sans hâte.

Je plaçai à l'aiguille courbe portée par un long porte-aiguille un fil de lin sur la commissure antérieure de la plaie. Je ne pus en faire autant pour la commissure postérieure qui m'était masquée par la lame, mais je plaçai sur la lèvre supérieure de la blessure trois fils. Je mis ensuite, en me laissant guider par la face inférieure de la lame, trois pinces sur la lèvre inférieure de la plaie. C'est à ce moment seulement et après avoir placé de la ouate mouillée sur le diaphragme et avoir appliqué sur cette ouate la bouche du grand aspirateur électrique, que je retirai la lame. Le sang qui sortait rapidement de la blessure et qui aurait inondé la région était aspiré si parfaitement que j'opérais sur une région presque sèche.

Je passai dans la lèvre inférieure, repérée par les pinces, les 3 fils déjà passés dans la lèvre supérieure et les nouai très rapidement.

J'arrêtai l'aspirateur, pour pouvoir apprécier ce qu'était devenu l'hémorragie. Elle était presque arrêtée. Je passai encore dans les lèvres de la plaie cardiaque deux fils supplémentaires, et, afin de la rendre parfaitement étanche, j'appliquai sur la suture une mince lame de muscle de pigeon prélevée à l'instant même sur un oiseau vivant et anesthésié.

Les suites opératoires furent très simples et le blessé est aujourd'hui complètement guéri. » conclut le rapport.

« Le sport des « plus de quarante ans » est un médicament ».
(Dr Albert Liacre. — L'abus du sport. *La Revue universelle*, 1er décembre 1931.)

FONDÉ EN 1873. — N° 25 LE NUMÉRO : 50 Centimes 18 JUIN 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.	
Etudiants	30 fr.	
Belgique	45 fr.	
Etranger	1re zone	70 fr.
	2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux Originaux

Notes Cliniques

Sociétés Savantes

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 13 juin. — M. DE BERG. Etude du traitement de la syphilis au cours de la gestation. — M. SOLEIL. Etude des troubles nerveux dans les colites.

14 juin. — M. PYT. Etude sur les symptômes pleuro-pulmonaires au cours de la hernie diaphragmatique congénitale. — M. COTET. La coquille de l'œil de poule. Considérations pratiques. — M. SCHMID. Etude pharmacodynamique du novarsénobenzol. — M. BRON. A propos de la gastrectomie.

15 juin. M. BOCQUET. La cessation et les résultats éloignés du pneumothorax artificiel. — M. ALIBERT. La tuberculose pulmonaire de l'adolescent. — M. ASSELIN. Les résultats éloignés de l'urétéro-cysto-néostomie.

16 juin. — M. DELAPORTE. Etude de la colibacillose biliaire. — M. CABILLE. Le dépistage de la syphilis héréditaire dans les consultations prénatales à Reims. — M. MATTIASSEVICH. Notions actuelles sur l'eczéma du nourrisson et son traitement.

18 juin. — M. CUKIERMAN. Diagnostic précoce du typhus exanthématique. — M. POCHON. Le centre d'adaptation à l'allaitement artificiel des enfants assistés de la Seine. — Mlle SOURDILLON. Sur les premières manifestations cliniques ou radiologiques de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — M. DUPONT. Le traitement des adénopathies tuberculeuses par les seuls d'or. — Mme PICHON-DELPUECH. Etude de la sédimentation gestulaire. La réaction de sédimentation dans les affections médicales de l'enfance.

Facultés de médecine de Paris. — M. Marion, ancien agrégé des facultés de médecine, est nommé, à compter du 1er octobre 1932, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire de la chaire : M. Lenormant).

Légion d'honneur. — Sont inscrits au tableau de concours pour 1932 :

Pour officier (Réserve.) — MM. Faure, Demilly, Carrive, André, Flaca, Gayet, Thévenot, Zeller, Gaussel, Brenta, Lemaistre, Dide, Lacapère, Piollet, Lemierre, Lemaître, Dupont, Anderodias, Vincent (Clovis), Vincent (Lucien), Duvoir, Monod, Bouvier, Raulot-Lapointe, Saint-Pierre, Fabre de Parrel, Speder, Berger, Gatellier.

(Troupes coloniales). MM. Gibert, Philippe, Pin, Pujol, Violle, Briand, Bourrague.

Pour chevalier (Réserve) :

MM. Azoulay, Martin, Prudhomme, Lebhar, Tessier, Brissart, Bidel, Chapelle, Bassal, Garin, Delmas, Lagleize, Dupinet, Pince Vaissade, Riff, Laplace, Delfosse, Desjardin, Kraut, Galup, Wintrebert, Lajoux, Cornillon, Triau, Aujaleu, Hautefeuille, Charrier, Mignard, Jouen, Marrel, Lesage, Favier, Chambrette, Coste, Minon, Lafond, Leblanc, Esparbes, Hure, Couffon, Durand, Job, Onillon, Huriez, Druhen, François, Piéri, Lecaplain, Reynaud, Combes, Biétrix, Costes, Gorisse, de Chabert-Ostland, Neboux, Bourgoin, Mourniac, Chazarain, Marchal, Deverre, Jegourel, Leothaud, Pezet, Brossard, Railliet, Chavoix, Gravost, Ferran, Maréchal, Constant, Solirène, Sigwalt, Verhaeghe, Faurie, Vilbonnet, Vleeschouwer, Renault, Roy, Doin, Peyrache, Juif, Beltrami, Gèzes, Castay, Elicagaray Canel, Surjus, Simacourbe, Zellmeyer, Fanjoux, Capdequi-Peyranère, Haas, Moreau, Loubert, Rollin, Vincent, Delmas, Coulet, Boutet, Lascazas de Saint-Martin, Poisson, du Castel, Gerest, Pillet, Lagarrigue, Miginiac, Robert, Fort, Bettinger, Lathoud, Thomas de la Pintière, Duguyot, Dupont, Bréhier, Botte, Soderlindh, Boda, Jacquemart, Daubert, Pastour, Delotte, Pavillard, Baufle, Loizemant, Vallerant, Paquet, Bousquet, Vacher, Rousselot, Roussel, Beaurepaire, Savidan, Mège, Secousse, Sirieix, Denave, Grosgeorge, Eloy, Lambert, Mougenc de Saint-Avid, Larue, Hugot, Baudoin, Escudie, Vaudescal, Cartier, Lutel, Penel, Daubert, Trastour, Deyrieux, Felgeyrolles, de Saboulin, Gassiot, Caldier, Perrier, Granel de Solignac, Bernard, Detis, Clarte, Germain, Magne, Cabanne, Fuchs, Auboyer, Corone, Dellac, Bouvier, Périé, Pasquet, Bonnet, Roux, Gaehlinger, Aubriot, Quercy, Bonhomme, Monnot, Sarthou, Dupré, Quilichini, Follenfant, Verdure, Barthas, Bertrand, Delplace, Gremeaux, Derieux, Villain, Pelloux, Mauguière, Bérard, Dupas, Vallois, Jarrige, Ségala, Vignolles, Poncet, Hecquet, Alliot, Reignard, Gustin, Cadet, Lebar, Cuisset, Bergier, Pegaz-Toquet, Terrisse, Drapier, Barbier, Ribet, Tramini, Fauche, Schaechter, Delphin, Braine, Visquis, Garnier, Varin, de Gennes, Jouffrey, Delage, Dulout, Basch, Roux, Rime, Poumier, Dinge, Cornil, Blot, Carrère, Baillon, Bourguel, Letort, Vandermeersch Bouffier, Giraud, Larrieu, Laugère.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours en anglais et français (hors série) d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les Docteurs V. MORAX, ophtalmologiste honoraire, membre de l'Académie de médecine, MAGITOT, BOLLACK et E. HARTMANN, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le vendredi 1er juillet 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal. Droit d'inscription : 350 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e). Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

PROGRAMME DU COURS. — 1. Opérations sur les muscles oculaires. — 2. Opérations sur la conjonctive et la cornée. — 3. Opérations sur les paupières. Opération du ptosis. — 4. Opérations sur les voies lacrymales. — 5. Opérations antiglaucomateuses. — 6. Opérations palpébrales. Autoplasties. — 7. Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face. — 8. Opérations sur les paupières. Marginoplasties. — 9. Opérations sur le cristallin. — 10. Opérations sur l'orbite.

Chaire de pathologie médicale (Professeur : M. A. CLERC.) — *Cours complémentaire.* — M. A. CLERC, professeur et MM. AUBERTIN, BÉNARD, BRULÉ, CATHALA, CHABROL, CHEVALLIER, DONZELOT, GUY-LAROCHE, LIAN, MOREAU, PASTEUR VALLERY-RADOT, agrégés en exercice, médecins des hôpitaux, feront, du 16 au 29 juin prochain, une série de 12 leçons sur des sujets d'actualité concernant la pathologie médicale.

Ces leçons auront lieu, tous les jours, à 18 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté, selon le programme ci-dessous :

Le 16 juin, M. CLERC : Artérites pulmonaires chroniques — Le 17 juin, M. CHABROL : Les lithiases associées. — Le 18 juin, M. AUBERTIN : Angiomatose hémorragique familiale. — Le 20 juin, M. BRULÉ : Ostéopathies d'origine parathyroïdienne. — Le 21 juin, M. PASTEUR VALLERY-RADOT : La vaccination de Jenner à Ramon. — Le 22 juin, M. GUY-LAROCHE : Hormono-thérapie ovaro-hypophysaire. — Le 23 juin, M. LIAN : Angine de poitrine. Conception générale et traitement. — Le 24 juin, M. CATHALA : Théorie streptococcique de la scarlatine. — Le 25 juin, M. CHEVALLIER : Adénopathies inflammatoires. — Le 27 juin, M. MOREAU : Encéphalite vaccinale. — Le 28 juin, M. DONZELOT : La pression artérielle en clinique d'après les travaux récents. — Le 29 juin, M. BÉNARD : Le cancer expérimental.

Le cours est gratuit.

Ministère de la Santé publique. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Mostaganem. Le traitement alloué est fixé à 24.000 francs, plus les indemnités algériennes de 25 p. 100 et 8 p. 100, sans préjudice des émoluments attachés à la visite des écoles, soit 20.000 francs par an.

Il est interdit au directeur du bureau d'hygiène de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de trois mois, à compter de la présente publication, pour adresser au gouverneur général de l'Algérie leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références.

Service de Santé. — *Mutations*. — Les médecins-colonels : Epaulard, du Service de santé des troupes du Maroc, au Service de santé de la 5e région à Orléans ; Potet, désigné comme sous-directeur du Service de santé des troupes du Maroc.

Le médecin lieutenant-colonel Varatges, de l'hôpital militaire de Toul, aux troupes du Maroc.

Les médecins commandants : Poy, de la commission consultative médicale à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce ; Houssin, du 19e C. A., au 43e d'infanterie, à Lille ; Morand, de l'Ecole d'aviation d'Istres, au 153e d'infanterie, à Bitche.

Les médecins capitaines : Prévot, du 4e d'artillerie , à Mulhouse, au 4e d'artillerie, à Colmar ; Billiet, du 67e d'infanterie, à l'infirmerie-hôpital du camp de Sissonne ; Marican, du 21e d'aviation, au 33e d'aviation à Nancy ; Allègre, du 41e d'infanterie, au 110e d'infanterie, à Dunkerque ; Laplagne, du 110e d'infanterie, à la commission consultative médicale à Paris ; Broussole, de la 8e compagnie régionale du train, aux troupes du Maroc ; Rocquet, du 19e C. A., au 41e d'infanterie à Saint-Malo, ; Icart, des troupes du Maroc, au 14e d'infanterie à Toulouse ; Mauvais, du 32e d'infanterie, au 501e chars de combat, à Tours.

Les médecins lieutenants : Savy, du 28e d'artillerie, à l'Ecole d'aviation à Istres ; Camboulives, maintenu au 40e d'artillerie, à Châlons-sur-Marne ; Roux, du 16e chasseurs à pied, aux troupes du Maroc ; Proust, de l'hôpital militaire du camp de Mailly, aux troupes du Levant.

Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine. — Un concours est ouvert en vue de la nomination d'un médecin -directeur stagiaire des établissements de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine qui sera affecté au sanatorium de Bellignеux-Hauteville (Ain).

Pourront seuls prendre part à ce concours les candidats du *sexe masculin*, Français ou naturalisés Français, munis d'un diplôme de Docteur en médecine délivré par une Faculté française.

Ne pourront être inscrits que les candidats n'ayant pas atteint l'âge de 40 ans le 1er janvier 1932.

La limite d'âge sera prorogée d'une durée égale à celle du temps de service militaire obligatoire accompli dans l'armée active au titre de la loi sur le recrutement.

Les candidats ne pourront se faire inscrire qu'en produisant les pièces suivantes : 1° demande d'inscription ; 2° expédition de l'acte de naissance ; 3° certificat de nationalité française ou de naturalisation ; 4° diplôme de docteur en médecine, ou copie certifiée conforme, ou certificat en tenant lieu, et, le cas échéant, certificat d'internat ; 5° certificat de position militaire ; ; 6° note indiquant les situations occupées antérieurement, et, s'il y a lieu, les publications médicales.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 5 juillet 1932 inclusivement à l'Office public d'hygiène sociale, 9 place de l'Hôtel-de-Ville, Paris (4e), (dimanches et fêtes exceptés).

Les opérations du concours comprendront : 1° une épreuve sur titres (éliminatoire) : 2° une épreuve clinique consistant en l'examen de malades atteints d'une affection des voies respiratoires.

Les dates de ces différentes opérations seront fixées ultérieurement.

Avantages offerts : Traitement annuel, : 1re classe, 52.000 francs ; 2e classe, 48.750 francs ; 3e classe, 45.500 francs ; 4e classe, 42.250 francs ; 5e classe, 39.000 francs.

Ce traitement est soumis à retenue de 6 % pour la retraite (Caisse des retraites de la Préfecture de la Seine).

Indemnité de fonctions annuelle, 8.000 francs ; indemnité de résidence annuelle, 800 francs ; logement, chauffage, éclairage, à titre gratuit ; indemnités pour charges de famille le cas échéant.

***

Un deuxième concours est ouvert pour le recrutement de sept médecins-assistants stagiaires des établissements de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Les postes à pourvoir sont au sanatorium de Bellignеux-Hauteville (Ain), au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), au préventorium du Glandier, par Troche (Corrèze).

Conditions d'inscription : Les mêmes que pour le concours de Médecin-directeur au sanatorium de Bellignеux mais *les femmes* peuvent prendre part à ce concours.

Avantages offerts : Traitement annuel : 1re classe, 36.000 francs ; 2e classe, 32.500 francs ; 3e classe, 29.000 francs ; 4e classe, 25.750 francs ; 5e classe, 22.500 francs.

Ce traitement est soumis à retenue de 6 % pour la retraite (Caisse des retraites de la Préfecture de la Seine).

Indemnité de fonctions annuelle : sanatorium de Bellignеux et sanatorium de Franconville, 3.000 francs ; préventorium du Glandier, 2.000 francs.

Indemnité de résidence annuelle : sanatorium de Bellignеux et préventorium du Glandier, 800 francs ; santatorium de Franconville, 2.240 francs ; logement, chauffage, éclairage, à titre gratuit ; indemnités pour charges de famille le cas échéant.

Pour tous renseignements complémentaires concernant ces deux concours, s'adresser à l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, 9 place de l'Hôtel-de-Ville, Paris, (4e).

Lyon. — Le concours ouvert le lundi 6 juin pour la nomination d'un accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la désignation du Docteur Jules Gaucherand.

Nécrologie. — Dr Gaston Boucher, de Paris, 61, rue La Fontaine (XVIe). — Dr Fodiman, de Labastide-Rouairoux (Tarn), décédé dans sa 41e année. — Dr Michel Knittel, de Colmar, décédé à l'âge de 73 ans. — Dr Pierre Joseph-Lafosse, de Picauville (Manche). — Dr Camille Lebon, de Sarreguemines (Moselle). — Dr Lequint, de Harnes (Pas-de-Calais). — Jacques David, externe des hôpitaux de Lille, fils du Dr David, professeur à la Faculté catholique. — Jean Granon, d'Avignon, externe des hôpitaux de Lyon, décédé à l'âge de 22 ans. — Professeur Kourloff, directeur de la clinique thérapeutique de l'Université de Tomok et du Conseil médical supérieur de Sibérie, décédé à l'âge de 74 ans. — Dr Alexander Dougall Blackader, doyen des péditares canadiens anglais.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE
(PROFESSEUR M. LOEPER)

Les variations de la tension du liquide céphalo-rachidien sous l'influence de la saignée

Contribution à l'étude de la régulation de la pression rachidienne

Par **André LEMAIRE** et **Robert WORMS**

Au cours de recherches que l'un de nous a récemment consacrées aux effets des hémorragies sur le système nerveux (1) il nous a paru intéressant d'étudier l'influence qu'une perte sanguine exerce sur la tension du liquide céphalo-rachidien.

Cette question n'avait jusqu'ici été abordée qu'incidemment. Quelques explorations cliniques mentionnées, en passant, par Claude et Lamache (2), Tzanck et Renault (3), deux expériences de Sorel (4) sur le chien fournissaient des chiffres isolés de la tension rachidienne, comparativement avant et après la perte de sang. Mais il ne s'agissait nullement de mesures prolongées, à plus forte raison d'inscription graphique.

Nous consignerons ici quelques-uns des résultats que nous avons obtenus en utilisant la technique d'exploration de la tension rachidienne que l'un de nous a décrite avec MM. Loeper et Patel (5).

L'animal, dans chaque expérience, a été préparé pour l'inscription simultanée des pressions artérielle, veineuse et rachidienne. Par une canule introduite dans l'artère fémorale, on peut effectuer la saignée.

Les effets observés dépendent, avant tout, de la vitesse de l'émission sanguine.

Une saignée très lente (100 gr. en trois minutes pour un chien de 10 kgr.) ne modifie ni les tensions vasculaires, ni la tension rachidienne.

Si on laisse, au contraire, le sang s'écouler à plein jet, on observe une chute immédiate de la tension artérielle. De même, mais avec un très léger retard, la tension veineuse s'abaisse, ainsi que la tension rachidienne, suivant une courbe parallèle. La saignée terminée, tension veineuse et tension rachidienne remontent à leur valeur initiale ; la tension artérielle également, quoique un peu plus lentement.

Considérons, par exemple, la courbe 1 de la figure 3 :

100 gr. de sang sont retirés en 1'20" : abaissement lent des trois courbes. Puis 100 gr. en 15": la chute devient verticale. Sur les tracés des tensions veineuse et rachidienne, on voit en même temps s'inscrire les profondes inspirations de l'animal. 45" après la fin de la saignée, les tensions veineuse et rachidienne sont remontées à leur niveau initial.

Des injections intraveineuses de sérum amènent une légère surélévation, qui est persistante.

Dans toutes nos expériences, nous avons fait les mêmes constatations.

Toutefois, quand on compare entre eux un certain nombre de tracés, on voit que la chute et la remontée tensionnelles — qui s'observent toujours — affectent, pour des saignées d'abondance et de rapidité semblables, des formes un peu différentes d'un cas à l'autre. Parfois, la courbe de tension rachidienne a ses dénivellations étalées ; parfois, au contraire, elle s'inscrit suivant un V, dont la première branche répond à la saignée, la seconde à la réascension qui suit immédiatement la fin de l'émission sanguine.

Sous la dépendance de conditions individuelles, l'amplitude de la chute est également variable, de même que la netteté plus ou moins grande des oscillations respiratoires.

Mais, *dans tous les cas, pression veineuse et pression rachidienne s'inscrivent suivant des courbes parallèles.*

Ce synchronisme de leurs variations, l'un de nous avec MM. Loeper et Patel avait eu l'occasion de le vérifier dans de nombreuses expériences.

Ainsi les constatations qu'au cours de la saignée nous avons faites pour la première fois confirment une loi plus générale.

Dans le cas particulier, la pression rachidienne se montre avant tout soumise aux perturbations de la masse sanguine, sans que paraisse intervenir la sécrétion choroïdienne.

Une autre expérience va démontrer, en effet, qu'après la saignée, la pression rachidienne ne revient à son taux initial que si la masse sanguine se répare (fig. 1).

Expérience — 25 août — chien de 11 kgr. 500.

Sur l'animal préparé comme à l'habitude, une laparotomie a été pratiquée. Un fort fil est placé sur le pédicule de la rate et sera serré au moment opportun.

Le premier tracé montre l'effet de la saignée avant la ligature : chute de la pression rachidienne, suivie d'une remontée immédiate (courbe en V).

Le deuxième tracé rend compte de la même opération après que le pédicule a été lié :

Une saignée de valeur égale provoque une chute beaucoup plus accentuée de la pression artérielle.

Les différences sont moindres en ce qui concerne la P. V.

La P. C. R. ne baisse guère plus qu'elle n'avait baissé pour la saignée égale avant la ligature, mais au lieu de remonter spontanément elle reste basse, et seule, l'injection de sérum la ramène à son taux normal.

Au total, dans le second temps de l'expérience, le pédicule splénique ayant été lié, la tension rachidienne est demeurée basse après la saignée.

Or, quel est l'effet de l'oblitération du pédicule splénique ? Celui d'empêcher la rate de remplir son rôle d'organe réservoir. Dans ces conditions, après la saignée, la masse sanguine s'est réparée de façon imparfaite.

Il n'en a pas fallu davantage pour empêcher l'intervention du mécanisme régulateur rachidien.

Sa mise en œuvre apparaît donc, au premier chef, subordonnée à la réparation post-hémorragique de la masse de sang.

On peut aller plus loin dans l'analyse de ces phénomènes de la régulation.

Une expérience va mettre en évidence la complexité de ce mécanisme (fig. 2).

Créons artificiellement une hypertension du liquide céphalo-rachidien, par injection intra-rachidienne de 10 cm. c. de sérum physiologique. La pression s'élève aussitôt et reste élevée. Mais saignons l'animal. La baisse de la tension rachidienne est beaucoup plus considérable qu'elle ne l'était pour une saignée identique avant la surpression.

Il y a plus. L'injection intraveineuse de sérum fait remonter la pression rachidienne, mais d'un degré moindre que ne l'a été sa chute. Ainsi le liquide ne se trouvera pas ramené au niveau tensionnel élevé qu'on avait, artificiellement, déterminé.

(1) Robert WORMS. — Les accidents nerveux consécutifs aux pertes de sang. Un vol., Doin, 1931.

(2) CLAUDE et LAMACHE. — Relations entre la pression artérielle et la tension céphalo-rachidienne. Soc. de biol., 1927, t. 96, p. 1323.

(3) TZANCK et RENAULT. — Les hypertensions rachidiennes d'origine mécanique (liquide C.R. et masse sanguine). Soc. méd. des hôp., 28 octobre 1927.

(4) SOREL. — Recherches expérimentales et cliniques sur la tension du liquide céphalo-rachidien. Th. Toulouse, 1928.

(5) M. LOEPER, A. LEMAIRE et J. PATEL. — Inscription graphique des variations tensionnelles du liquide céphalo-rachidien. *Presse médicale*, 1930, p. 1761.

Les deux tracés, pris l'un avant la surpression rachidienne, l'autre, alors que celle-ci vient d'être réalisée, sont significatifs.

A la faveur de la perturbation circulatoire créée par la saignée, le mécanisme régulateur — qui n'avait pourtant pas joué au moment de la mise en surpression du liquide rachidien — intervient et ramène celui-ci à son chiffre tensionnel normal.

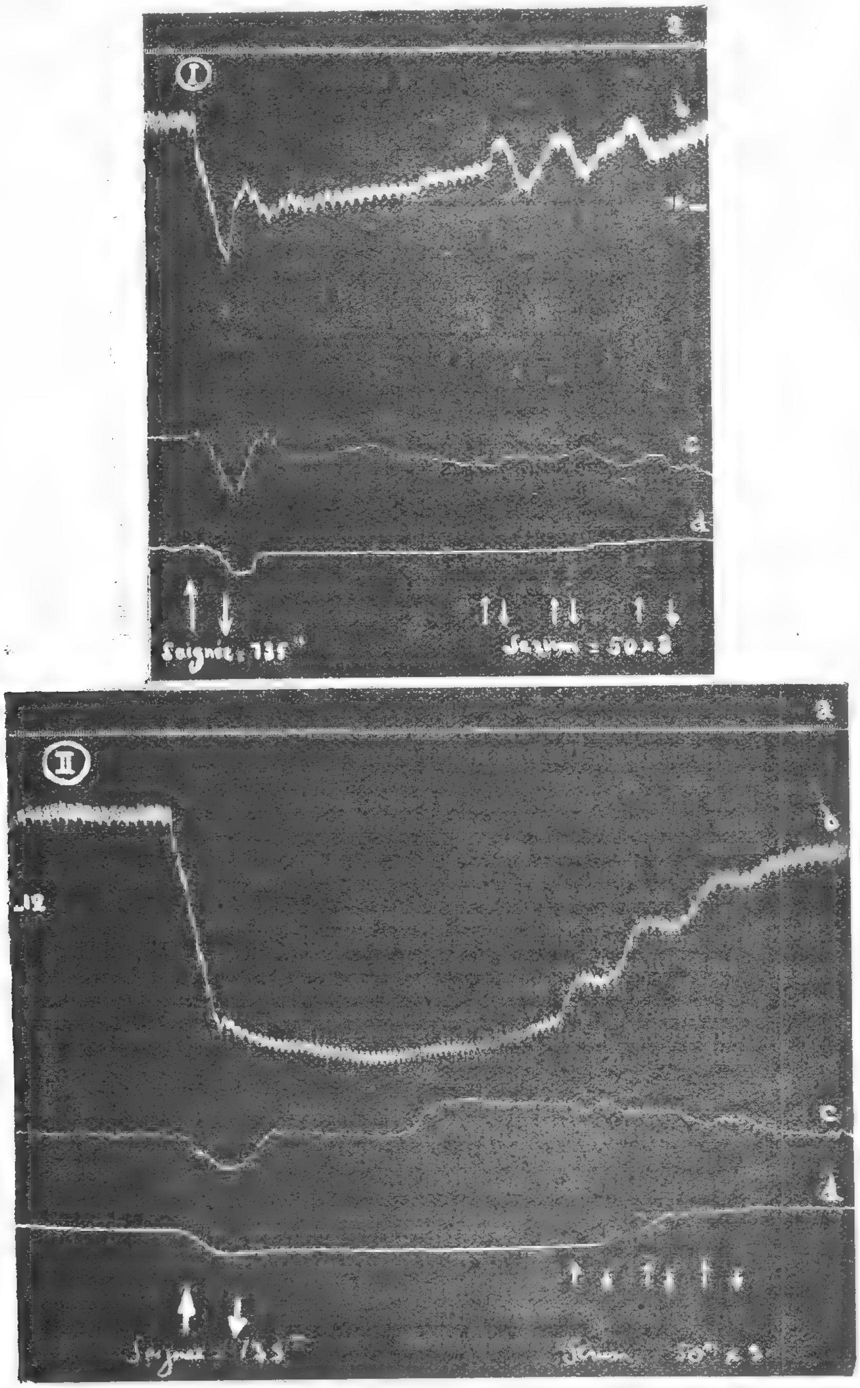


Fig. 1. — Chien mâle 13 kgr. 350. Anesthésie à la chloralose.

En a, temps en secondes ; en b, pression artérielle carotidienne ; en c, pression veineuse jugulaire externe : en d, pression rachidienne.

Courbe I. L'animal subit une saignée de 135 gr. puis 3 injections de 50 c.c. de sérum intraveineux.

Courbe II. Les mêmes opérations sont répétées, *le pédicule splénique ayant été préalablement lié.*

* * *

Dans une seconde série de recherches, nous avons tenté de déterminer la part du système nerveux dans la régulation de la tension rachidienne au cours de la saignée.

Les premières expériences ont été reprises en inhibant tantôt le vague, tantôt le sympathique.

Voici quelques-uns des résultats obtenus.

1° *Effet de la double vagotomie.*

24 juillet, chien 12 kgr.

Saignée 200 gr. en une minute ; la tension rachidienne baisse de 1 cm. 5 puis remonte en 40 secondes, à son taux initial ; deux injections de sérum sont pratiquées qui surélèvent légèrement la pression.

Double vagotomie.

Deuxième saignée de 220 gr. en une minute. La tension rachidienne, abaissée de 1 cm. 5 remonte en 50 secondes à son taux initial.

Cette deuxième courbe reproduit exactement la première et nous n'avons pas cru utile d'en apporter ici le tracé.

22 août, même expérience, avec des résultats analogues.

2° *Injection intraveineuse d'atropine.*

18 septembre. chien 13 kgr., saignée de 150 gr.

La tension s'abaisse de 2 cm. et remonte en 45 secondes à son taux initial.

Injection intraveineuse de 5 milligr. de sulfate d'atropine dans 10 cm. de sérum.

4 minutes après, saignée de 150 gr.

La tension s'abaisse de 2 cm. et remonte en 50 secondes.

Ainsi, double vagotomie ou injection d'atropine ne modifient nullement l'influence de la saignée sur la tension rachidienne. Nous avons été surpris de ces résultats, en particulier dans l'expérience de la vagotomie, où nous n'avons pas non plus trouvé sur nos tracés l'exagération de la chute de pression vasculaire, classiquement décrit (Pavlov) après la section des pneumogastriques. Nous devons enregistrer ces constatations.

L'action de la pilocarpine au contraire a donné des résultats d'un haut intérêt. Les figures ci-jointes en montrent les différentes phases (fig. 3).

Expérience du 25 août. Chien : 10 kgr.

I. Effets de la saignée d'abord lente, puis rapide, sur les tensions. La veineuse, la rachidienne remontent spontanément, sitôt l'émission terminée. Des injections de sérum déclenchent la remontée artérielle retardée et accentuent la hausse de P. V. et P. C. R.

II. Injection intraveineuse de 3 mmgr. de pilocarpine.
chute brutale de P. A.
moins marquée de P. V.
la pression rachidienne s'élève.

III. Cinq minutes plus tard, l'équilibre étant rétabli saignée lente de 100 gr.

Il faut comparer le trajet des courbes aux segments correspondants des courbes obtenues en (I) pendant la première partie de la saignée (saignée lente également de 100 gr.). On voit que pour une baisse de P. A. égale en (I) et en (III), la P. V. et la P. C. R. subissent en (III) une chute plus marquée et surtout que la chute continue après la fin de la saignée, puis les lignes deviennent horizontales sans remonter aux niveaux antérieurs.

IV. Injection intraveineuse de sérum. Alors que dans le tracé (I) les injections d'une quantité égale se traduisent sur P. V. et P. C. R. par une ligne progressivement ascendante, ici au contraire, remontée brusque en échelons. Après les deux premières injections de 50 cmc. (répondant à la quantité de sang enlevée) le niveau est presque atteint par P. C. R. ; les deux injections suivantes (qui sont en quelque sorte du superflu) déterminent une montée beaucoup plus lente.

En résumé, après action de la pilocarpine, la tension rachidienne, abaissée par une saignée, au lieu de remonter à son taux initial dès la saignée terminée (comme cela avait lieu dans l'expérience témoin du début), accentue sa chute. Fait-on des injections intraveineuses de sérum, elle s'élève

en échelons, et non plus de façon progressive comme à l'état normal.

La pilocarpine semble avoir relativement inhibé le mécanisme régulateur.

A regarder les courbes de près, on voit que les variations de la tension rachidienne sont exactement parallèles à celles de la tension veineuse. Sous l'influence de la pilocarpine, c'est l'appareil vasculaire tout entier qui se comporte comme un système aux parois inertes, lesquelles subissent au maximum, les variations de la masse qui y est contenue.

Est-ce à dire que *la régulation des tensions veineuse et rachidienne*, ou *de celle-ci en fonction de celle-là soit sous la dépendance du sympathique* ? Divers arguments cliniques tendaient à le faire croire. Une telle action de la pilocarpine plaide dans le même sens.

Cette inhibition du système régulateur réalisée, dans l'expérience que nous venons de rapporter, par la pilocarpine, nous l'avons observée avec beaucoup plus de netteté encore dans une autre expérience où nous cherchions à pratiquer une saignée globulaire en laissant intacte la *masse* de liquide circulant.

La technique que nous avons employée dans ce but nous a été enseignée par le Dr Tzanck qui a bien voulu l'exécuter devant nous sur le lapin.

On utilise l'appareil à transfusion de cet auteur. Une des aiguilles est introduite dans l'artère fémorale de l'animal ; l'autre sera, selon les besoins, mise en communication avec un récipient de sérum.

L'expérience consiste à répéter à la suite, le nombre de fois qu'on veut, la double opération que voici :

Soustraction de 10 cmc. de sang et réinjection immédiate de 10 c. c. de sérum. On obtient ainsi, plus ou moins rapidement, une dilution sanguine dont le degré se mesure par la numération globulaire.

Il semble bien, si l'opération est rapidement menée, que le sérum reste contenu dans le système vasculaire, où il dilue effectivement le sang puisque des degrés élevés d'anémie sont bientôt obtenus.

Le tracé que nous rapportons a été obtenu sur un chien où nous avons, les premiers, utilisé cette technique (fig. 4).

Chaque flèche représente une saignée de 40 c. c. en quatre coups de seringue, suivie de l'injection de quatre seringuées de 10 c. c. de sérum. Au fur et à mesure que la dilution sanguine s'accentue (à la fin de l'opération, on ne trouve plus qu'un milion d'hématies par mm. c.) on voit que la double intervention (saignée et réinjection) qui, au début, ne provoquait que des dénivellations minimes des deux courbes, détermine des variations considérables dont l'amplitude augmente régulièrement avec les progrès de l'anémie.

A la fin de l'opération l'animal meurt.

L'examen de cette courbe nous semble particulièrement intéressant.

Chez l'animal intact, la petite variation de masse sanguine, réalisée par la soustraction ou l'addition de 40 c. c. de liquide, ne provoque que d'insignifiantes ondulations de pression. Mais, au fur et à mesure que l'anémie s'accroît, des variations égales de la masse se traduisent par de grandes ondes tensionnelles, qui s'amplifient progressivement.

Il semble que le « contenant vasculaire » perde peu à peu sa tonicité. Le système régulateur du tonus des vaisseaux paraît inhibé par les progrès de l'anémie.

Nous continuons présentement les expériences sur ce sujet, en faisant varier la nature des liquides injectés (sérum gommé, plasma, globules en suspension dans du sérum) et modifiant artificiellement le tonus vago-sympathique de l'animal.

***

Ce mécanisme régulateur de la tension rachidienne au cours de la saignée, que les expériences précédentes ont mis en évidence, il était intéressant de rechercher s'il n'était pas déclenché par un réflexe parti du sinus carotidien.

Pour ce faire, nous avons créé, par simple compression de la carotide en amont de sa division, une hypotension dans la région sinusienne, afin de suivre au cours de cette compression les effets de la saignée et de l'injection de sérum (fig. 5).

Expérience, 28 juillet. Chien 11 kgr. 500.

Aux mesures habituelles, nous ajoutons un tracé de la pression dans le bout périphérique de la carotide primitive (tension

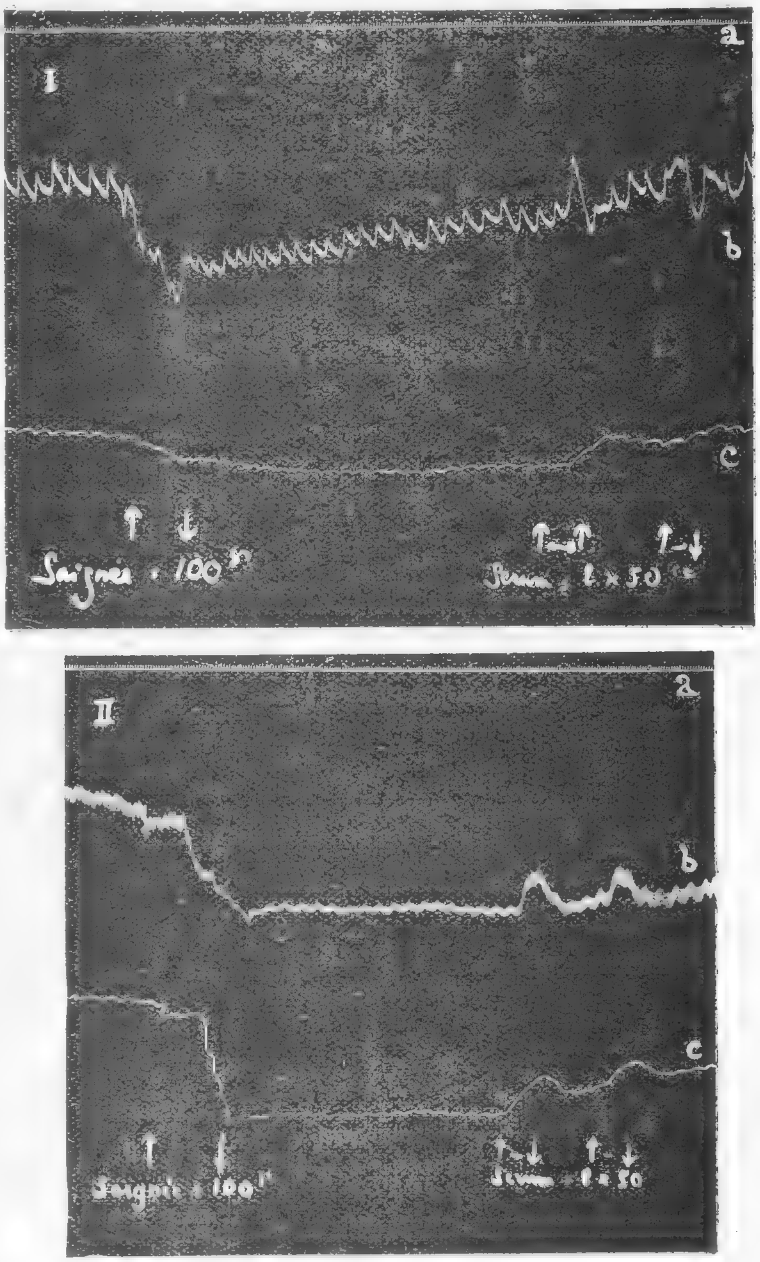


Fig. 2. — Chien mâle 10 kgr. Anesthésie à la chloralose.

En a, temps en secondes ; en b, pression artérielle carotidienne ; en c, pression rachidienne.

Courbe I. L'animal subit une saignée de 100 gr.

Courbe II. Le liquide céphalo-rachidien a été mis en *surpression* par injection intrarachidienne de sérum, puis on pratique une nouvelle saignée de 100 gr.

récurrente) après ligature de la carotide externe, cette mesure reflète en partie la pression artérielle cérébrale.

I. Saignée de l'animal intact.

II. Dans la première moitié du tracé on voit l'effet de l'injection de 50 c. c. de sérum.

Montée en A de toutes les tensions.

Dans la seconde moitié, compression de la carotide du côté gauche en amont du sinus (les tensions s'inscrivent, bien entendu dans la carotide du côté opposé).

On voit sous l'influence de l'hypotension sinusienne :

Une élévation de la pression artérielle ;
Une baisse de la tension carotidienne récurrente ;
Une chute de la pression veineuse ;
Une chute de la pression rachidienne.
Une injection de 50 cmc. de sérum est pratiquée.

Les réactions sont superposables à ce qu'elles étaient avant l'oblitération carotidienne.

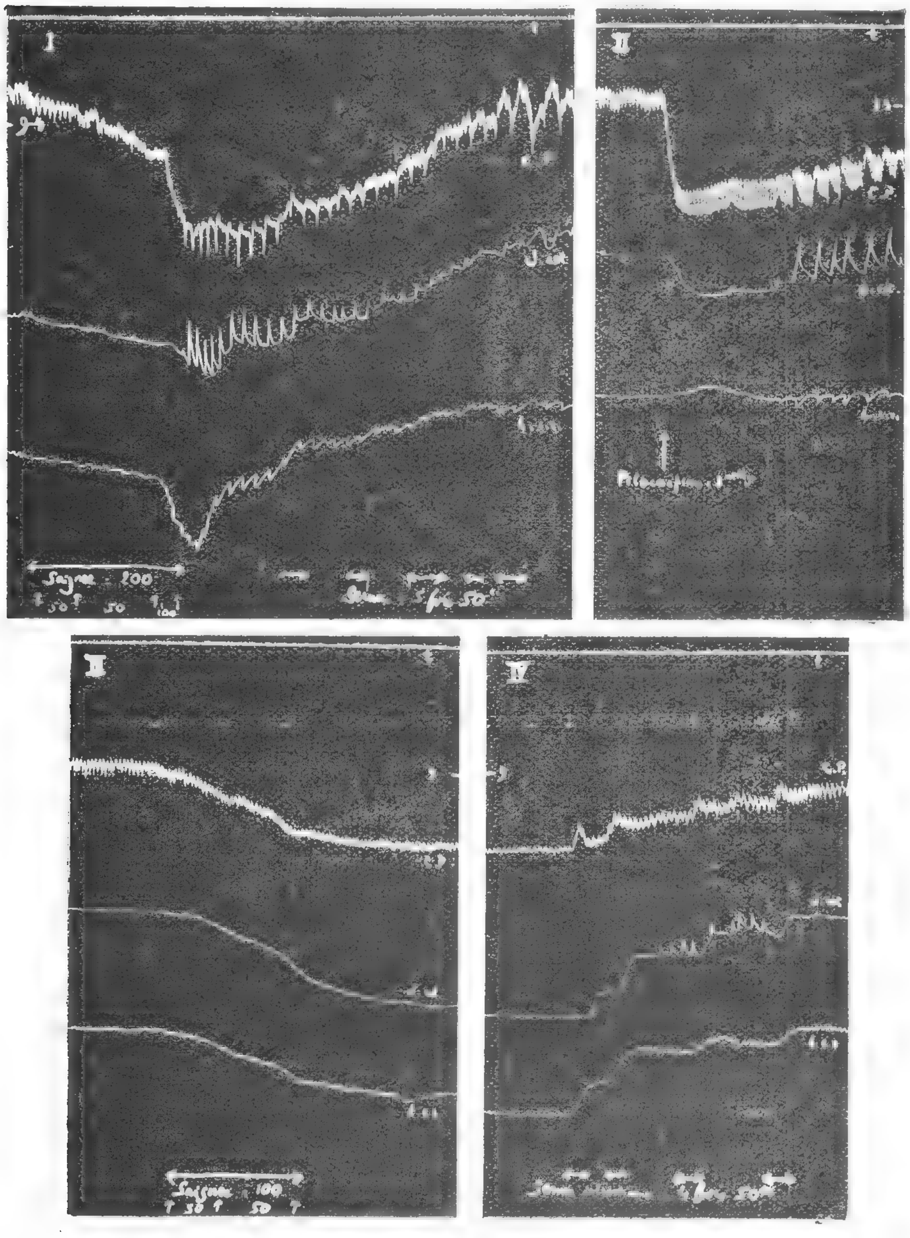


FIG. 3. — Chien mâle 10 kgr. Anesthésie à la chloralose. Vagues intacts. Respiration naturelle.

En t, temps en secondes ; en C. P., pression carotidienne ; en J. ext., pression veineuse jugulaire externe ; en L. c. r., pression rachidienne.

Courbe I. L'animal subit une saignée de 200 gr., puis 5 injections de 50 c.c. de sérum.

Courbes II, III, IV. L'animal ayant reçu préalablement une injection de pilocarpine (II), subit une saignée de 100 gr. (III), puis 4 injections de 50 c.c. de sérum.

III. Compression de la carotide, comme dans le temps précédent et saignée.

La saignée fait baisser la tension artérielle qui vient de s'élever. Elle fait baisser la tension veineuse et la tension céphalo-rachidienne qui sont déjà basses du fait de la compression carotidienne, mais dès la fin de la saignée, ces deux dernières courbes ébauchent une réascension bien que la compression carotidienne continue à s'exercer.

Au total. l'hypotension dans le sinus carotidien n'a altéré le mécanisme de régulation ni de la tension veineuse ni de la tension céphalo-rachidienne.

De nouvelles inscriptions que nous avons effectuées depuis cette première expérience, en réalisant, soit comme ici une hypotension du sinus, soit une hypertension (par compression de la carotide externe en aval) en ont entièrement confirmé les résultats. *Il ne semble pas que, pour mettre en œuvre la régulation de la tension rachidienne, le réflexe déclenché par la soustraction sanguine utilise un relais sinusien.*

***

En résumé :

1° Les variations de la masse sanguine déterminent des variations parallèles des pressions artérielle, veineuse et rachidienne.

Si la masse subit une spoliation brusque, elles s'abaissent brusquement toutes les trois ; le mécanisme régulateur est comme surpris par la soudaineté de la chute ; secondairement il intervient pour les ramener à leur taux primitif. Quand la saignée, au contraire, est lente, pour une quantité égale de sang retiré, la régulation entre précocement en jeu et limite l'intensité de la chute tensionnelle.

2° Pour une saignée d'abondance égale, la ligature préalable du pédicule splénique exagère l'amplitude de la chute tensionnelle, et la tension rachidienne demeure abaissée, sans remonter spontanément à son chiffre initial.

3° La double vagotomie, l'injection d'atropine ne modifient pas les effets de la saignée sur la tension rachidienne.

La pilocarpine, au contraire, inhibe partiellement le mécanisme régulateur. Ce mécanisme paraît donc sous la dépendance du système sympathique.

4° Pour mettre en œuvre cette régulation, le réflexe déclenché par la soustraction sanguine ne semble pas utiliser de relais sinusien.

De cette étude nous pouvons tirer à nouveau cette conclusion que des relations étroites unissent pression rachidienne et pressions vasculaires, soumettant avant tout celle-là — comme l'un de nous l'a montré, à diverses reprises, avec MM. Loeper et Patel — aux variations de la pression veineuse.

La part qui doit être attribuée à la sécrétion choroïdienne, tout au moins dans la *régulation* de l'équilibre rachidien, s'en trouve singulièrement réduite.

Mais la question que nous venons d'étudier appartient également au problème plus vaste de l'influence des déperditions sanguines sur le système nerveux.

« Les effets d'une perte de sang unique et non mortelle sur le système nerveux ont été très peu étudiés » , dit à l'article Hémorragie le dictionnaire de Charles Richet.

De fait, quand on se reporte — en quête d'indications sur ce sujet — aux traités spéciaux, français ou étrangers, on y trouve seulement relatée la mort de l'animal saigné, avec les discussions que soulève le mécanisme de cette mort.

Il ne faut pas s'attendre, en effet, à rencontrer, chez l'animal qui survit à une hémorragie, d'accidents nerveux transitoires ou durables que les expérimentateurs n'auraient pu passer sous silence.

C'est en utilisant les moyens les plus précis d'investigation et les techniques modernes, qu'il faut désormais, croyons-nous, rechercher les altérations nerveuses post-


GÉLOGASTRINE
LICARDY
PANSEMENT GASTRIQUE
GÉLOSE-GÉLATINE-KAOLIN
GRANULÉ
1 cuillerée à bouche
avant chaque repas
ou au moment des crises
TABLETTES
2 tablettes avant
chaque repas
ou au moment des crises
LABORATOIRES LICARDY _ 38, B^rd Bourdon. NEUILLY-PARIS


TOUTES NÉVRALGIES REBELLES
SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE
AMPOULE STÉRILISÉE
NAÏODINE
NaI STABILISÉ HYPERACTIF
Injections indolores
de 20cc à 30cc par jour
en ampoules de 10cc et 20cc
LABORATOIRES J. LOGEAIS.. Boulogne s/seine près PARIS

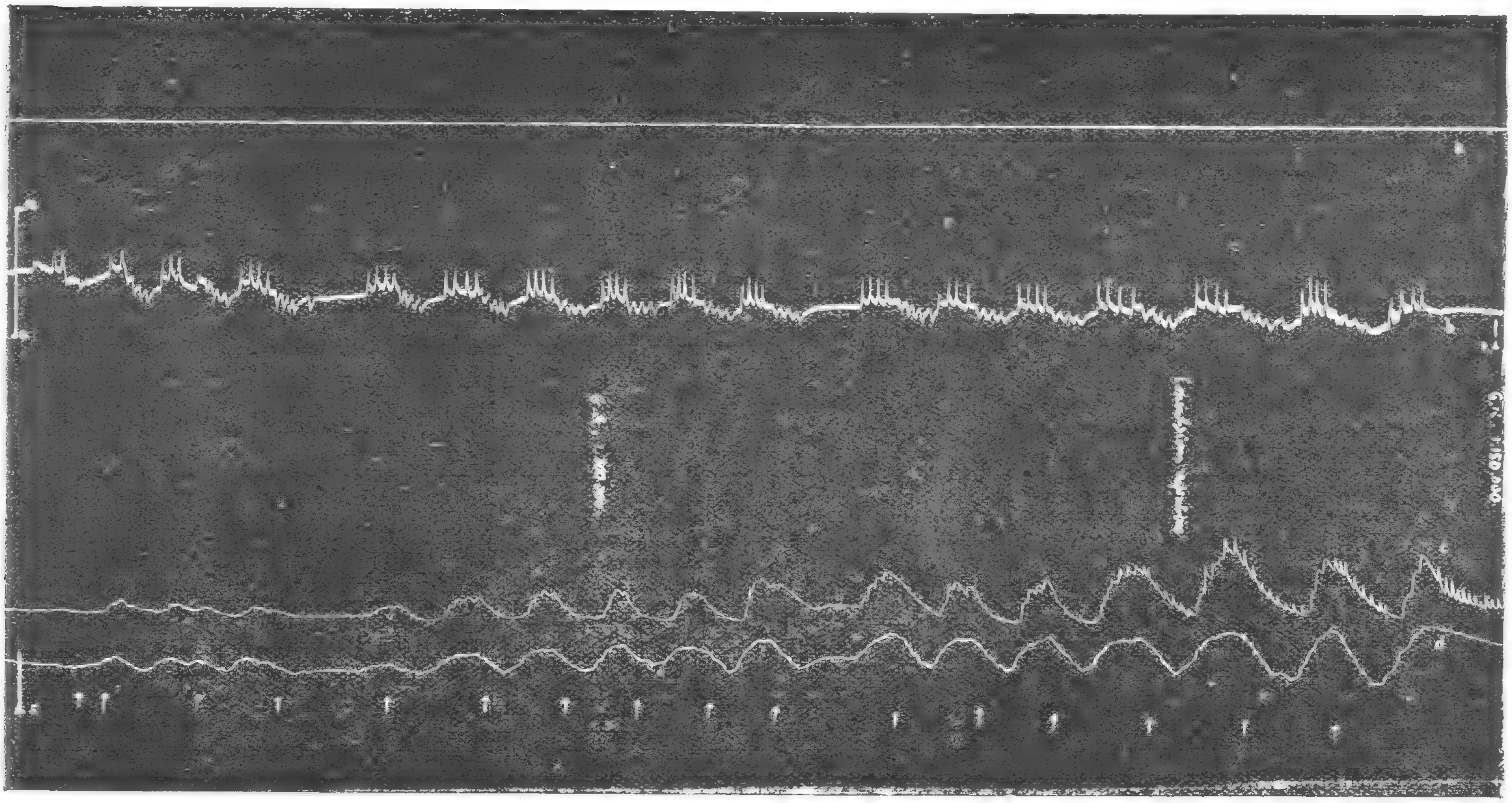


Fig. 4. — Chien mâle 13 kgr. 500. Anesthésie à la chloralose.
En a, temps en secondes ; en b. pression artérielle carotidienne ; en c, pression veineuse jugulaire externe ; en d, pression rachidienne.
Chaque ↑ représente une *saignée de 40 gr., suivie de l'injection immédiate d'une quantité égale de sérum,* dans la veine.

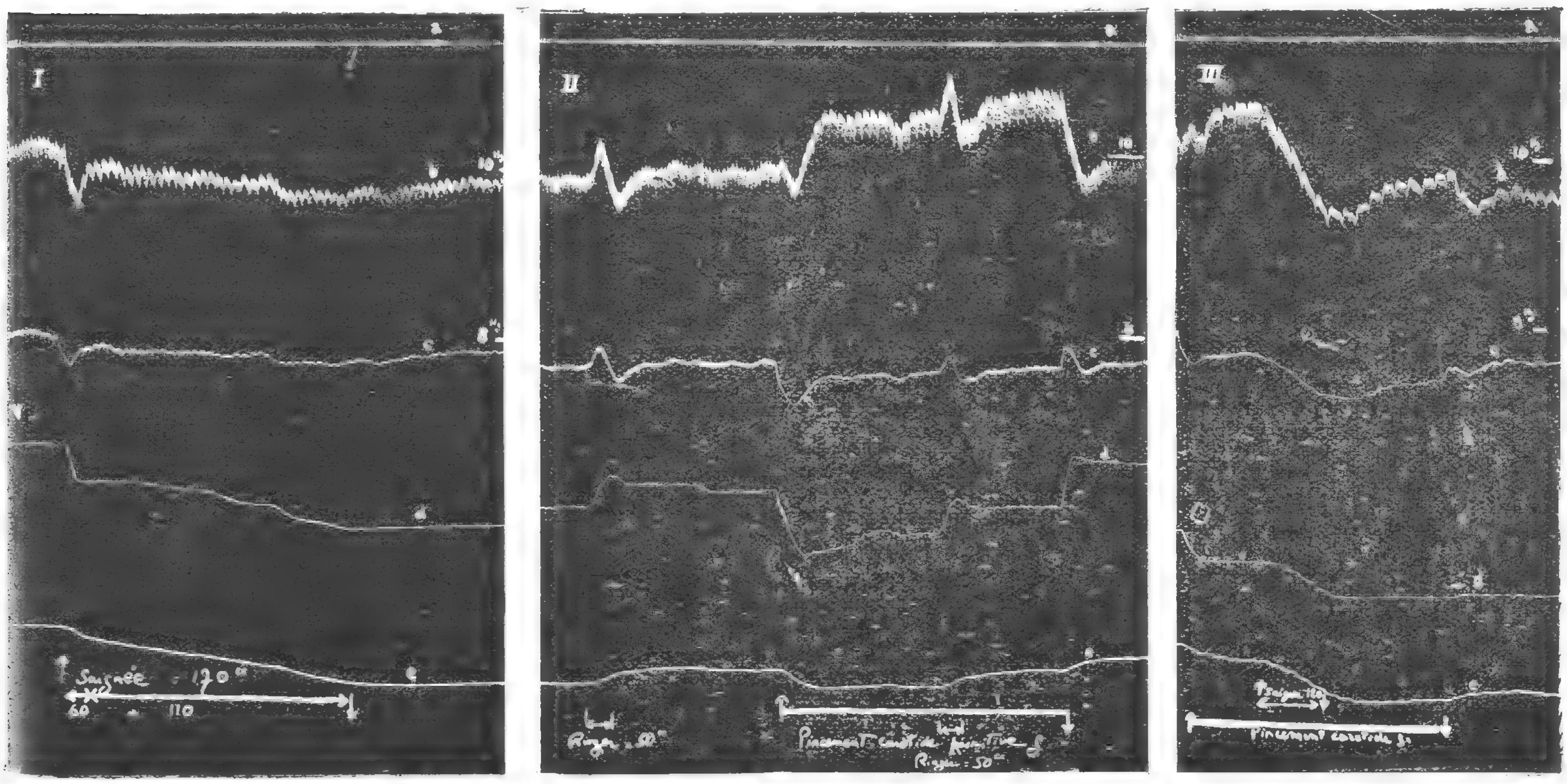


Fig. 5. — Chien mâle 11 kgr. 500. Anesthésie à la chloralose. Vagues intacts, respiration naturelle.
En a, temps en seconde ; en b, pression artérielle carotidienne directe ; en c, pression carotidienne recurrente (dans le bout périphérique de la carotide primitive, la carotide externe ayant été liée) ; en d, pression veineuse jugulaire externe ; en e, pression rachidienne.
Courbe I. Animal intact. Saignée de 170 gr.
Courbe II. Effets d'une injection de 50 c.c. de sérum, d'abord chez l'animal intact, puis au cours de la compression de la carotide primitive en amont de sa division (= hypotension dans le sinus carotidien).
Courbe III. Saignée de 120 gr. au cours de la compression carotidienne.

hémorragiques qui échappent à l'observation simple (1).
La mesure de la tension rachidienne au cours de la saignée représente un de ces procédés d'exploration auxquels il appartient de montrer combien le système nerveux — intact en apparence — subit les effets d'une déperdition sanguine.

NOTES CLINIQUES

Etude critique des diverses méthodes de réduction pondérale utilisées chez les obèses

Par M. Yves KERMORGANT
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin consultant à Brides-les-Bains (Savoie)

Nous avons indiqué dans un précédent article (2), sur le métabolisme basal et l'obésité, l'importance que nous attribuons à la thérapeutique étiologique dans le traitement de ce syndrome.

Nous entreprendrons aujourd'hui l'étude critique des diverses méthodes de thérapeutique symptomatique employées dans l'obésité. La réduction pondérale par ce que nous appellerons les « moyens directs » est en effet considérée par la plus grande majorité des obèses, encouragés d'ailleurs dans cette croyance par ceux qui en tirent profit, comme l'élément le plus important dans le traitement de leur maladie. Aussi nous a-t-il paru utile de remettre certaines choses au point.

Réduction par soustraction hydrique spontanée

Elle est obtenue de diverses façons :

A) *Exercices physiques pratiqués par le malade sans être dirigé par un moniteur.* — Plusieurs règles sont à observer :

Tout exercice que ce soit marche, tennis, golf, natation, doit, pour être utile, provoquer une exagération des combustions organiques sans déterminer de modifications importantes du rythme cardiaque et de la tension.

Il faut toujours comparer l'obèse avec un sujet sain, de poids égal, auquel on aurait infligé, pour exécuter l'exercice dont il est question, une surcharge en poids du même ordre que l'écart existant entre le poids actuel de l'obèse et ce qui devrait être le poids normal de ce dernier (3).

Il faut donc savoir graduer l'effort de l'obèse et l'adapter à ses possibilités organiques, pulmonaires (par l'étude de sa capacité thoracique et de ses échanges respiratoires), cardiaques par l'étude du pouls et de la tension.

Le rythme cardiaque ne doit pas présenter une accélération de plus de dix pulsations à la minute à la fin de l'exercice, pour revenir en quelques cinq à dix minutes à la normale, de même la tension artérielle maxima ne doit pas varier de plus de 1 à 2 cm. de Hg.

D'autre part un juste milieu est à observer, un exercice pratiqué mollement augmente le métabolisme général et les facultés d'assimilation du sujet : une anecdote précisera ce fait, une jeune femme de 28 ans était hantée de la nécessité de marcher pour maigrir : « mais elle ne savait pas faire l'exercice utile ». Pesée avant et après sa marche, sans qu'il y ait de cause d'erreur, elle avait augmentée de 600 grammes. Que l'on en donne l'explication que l'on voudra : le fait, maintes fois observé depuis, est là.

Enfin il faut proscrire tout exercice lorsque la surcharge en poids est trop importante, ou le cœur fatigué et insuffisant. En outre l'exercice est bien souvent contre-indiqué au début du traitement de l'obésité chez les sujets femmes en particulier, n'ayant jamais pratiqué de sports.

De tous les exercices, le meilleur est sans contredit la natation : jamais le malade ne va au delà de ce qu'il peut faire : bien instruit de ce qu'on attend de lui, le malade commencera dans la nage classique par améliorer sa respiration, et augmentera les distances parcourues sans repos. Bien entraîné on le fera passer aux nages modernes et terminer par le water-polo. En vérifiant l'état de son cœur et de sa tension à la piscine, on pourra lui indiquer son temps « utile » de natation.

B) *Exercices sous la surveillance d'un moniteur.* — Ce serait la méthode idéale, si les moniteurs d'exercices physiques n'avaient tous le même défaut : ce sont des hommes surentrainés, qui, quelles que soient les précautions prises, par une déviation de jugement professionnel fatal, demandent plus au sujet qu'il ne peut organiquement faire. Or, l'abus des exercices physiques a un résultat immédiat : il bloque les reins.

En conclusion : un exercice physique *bien* dirigé et entraînant une sudation légère (marche en terrain plat si les circonstances et lieux s'y prêtent, natation en piscine tiède) a son indication nette chez les obèses (habitués antérieurement aux sports) au cœur sain et aux réactions organiques voisines de la normale.

Réduction hydrique provoquée artificiellement

1) *Le massage.* — A part de rares exceptions, le massage est considéré par le grand public comme l'élément le plus indispensable dans tout traitement d'obésité. Rares sont les malades convaincus que lorsque nous leur disons que jamais le massage n'a fait « maigrir » personne.

Le massage joue deux rôles, l'un accessoire : il exagère très légèrement les combustions ; l'autre principal ; il permet de mobiliser les masses musculaires atrophiées et engainées dans la graisse, et il rétablit une circulation périphérique dans des territoires infiltrés de tissu adipeux où le milieu liquide organique circule mal. Le massage peut entraîner par sudation une très légère perte de poids, la plupart du temps « artificiellement » exagérée.

2) *Le massage combiné à la chaleur.* — C'est le massage sous l'eau, l'eau de la douche en pluie est chaude, le sujet transpire et perd un peu de poids, d'où la grande faveur de cette pratique chez les obèses : nous ne reconnaissons à vrai dire au massage qu'une indication qui fera sourire, certains sujets velus seront souvent incapables de supporter autre chose que le massage sous l'eau, le massage à sec étant très pénible pour certains d'entre eux. En revanche, une contre-indication formelle, l'hypertension même légère, car à notre avis le massage sous l'eau augmente la tension.

3) *La chaleur.* — Le prototype en est le « bain de lumière ». Donné suivant la pratique habituelle, le bain de lumière est dangereux et aucun bain ne devrait être administré sans prescription et sans surveillance médicale. Envisagé comme méthode habituelle de traitement de l'obésité, le bain de lumière est une erreur : hypertension, tachycardies, arythmies, voir même syncopes au cours des bains, sont les résultats fréquents de cette technique si elle est mal dosée. Le bain de lumière et la sudation consécutive, font indiscutablement perdre du poids au sujet, mais cette méthode est insuffisante à elle seule, comme thérapeutique de l'obésité car le sujet répare sa perte d'eau très rapidement dans le cours même de la journée : à moins qu'il ne suive un régime de réduction hydrique déplorable. Le bain de lumière peut, à notre avis, être utilisé dans l'obésité d'une façon très précise : le sujet doit entrer dans un appareil

(1) Robert WORMS. — *Loc. cit*, p. 99.
(2) Métabolisme et obésité. *Presse médicale* n° 69, 29 août 1931.
(3) Ceci n'est peut-être pas physiquement rigoureusement exact car il y a dans une certaine mesure adaptation de l'organisme aux conditions nouvelles créées par l'obésité : mais c'est cliniquement vrai.

BIBLIOGRAPHIE

Les Amants du Lac, par Albéric CAHUET. Illustrations de Pierre BRISSAUD. Un volume grand in 8° (25 × 17) d'environ 224 pages, imprimé par Ducros et Colas en Bodoni de corps 12, orné de 16 illustrations hors texte de Pierre BRISSAUD, reproduites au pochoir par le coloriste LECOURT. Justification du triage : 500 exemplaires sur vélin d'Arches à la forme, numérotés de 1 à 500, 395 francs. 50 exemplaires sur le même vélin, numérotés de I à L et réservés hors commerce.

Ce grand livre d'Abéric Cahuet : *Les Amants du Lac* est assurément l'un des plus magnifiques et des plus indiscutables succès de ces dernières années. Il a pris, dans les commémorations du centenaire du romantisme, une expression synthétique et symbolique. Aussi convenait-il de donner à cet ouvrage exceptionnel une présentation d'art qui lui assurera dans la bibliophilie la place éminente à laquelle il est dû.

L'éditeur a demandé à un grand artiste passionné du romantisme que son crayon et le pinceau imagent avec une vérité fervente, une sensibilité divinatrice, à Pierre Brissaud, d'illustrer *Les Amants du Lac*.

Par la magie d'une prose harmonieuse et de vivants tableaux, l'œuvre d'Albéric Cahuet est une résurrection du plus beau poème romantique sous la forme d'un beau livre français.

Le Boqueteau 125. *Chronique des combats de tranchées* (1918), par Ernst JUNGER. Traduit de l'allemand par Th. LACAZE. Un vol. in-8 de la *Collection de mémoires, études et documents pour servir à l'histoire de la guerre mondiale*, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il y a quelques temps, a paru en français l'ouvrage d'un combattant allemand, Ernst Jünger, intitulé *Orages d'acier*, qui a eu le plus grand retentissement dans la presse et dans le public. C'est de ce livre qu'André Thérive disait : « L'an dernier a vu pousser en France nombre de livres étrangers sur la guerre, dont le plus fameux est celui d'E. M. Remarque, mais dont le meilleur est *Orages d'acier*, d'Ernt Jünger. »

Le nouvel ouvrage de Jünger publié aujourd'hui *Le boqueteau* 125, est conçu d'après une formule différente bien que dans le même esprit.

« Après avoir, dit Jünger dans sa préface, pris la plume pour conter mes aventures de guerre personnelles, j'ai voulu, cette fois, ne parler que d'un tout petit secteur, afin de décrire sans aucun souci de la forme littéraire toutes les forces et toutes les réactions par lesquelles les hommes de notre temps s'affrontent au combat et qui ne cessent aucunement là où s'arrête la trajectoire des projectiles. J'ai choisi une période relativement calme pour ne pas donner trop de poids à l'action qui facilement s'épuise dans l'horreur ; j'ai préféré cette époque de la fin des hostilités, alors que la race des tranchées, une des plus dures et des plus valeureuses qui aient jamais existé, avait déjà pris cette forme intérieure et extérieure qui correspond aux temps nouveaux et à leurs moyens d'action nouveaux.

« C'est ainsi que je suis tombé sur le boqueteau 125, un de ces innombrables endroits du front devenus pendant quelques semaines le point névralgique et central de la vie et de le mort de quelques milliers d'hommes et cités une ou deux fois dans une phrase accessoire du communiqué de guerre, puis totalement oubliés. Ce boqueteau n'avait même pas de valeur stratégique et n'en fut pas moins, un certain temps, un point d'importance européenne, un symbole local de suprématie où se croisaient, nombreuses, les lignes du destin et contre lequel s'acharnaient des forces et des puissances d'hommes et de machines qui auraient suffi à défricher une province entière. C'est pourquoi je veux en faire le point de départ d'une méditation qui dépasse le cas particulier et tende vers le général. »

L'empereur Julien. *Collection des Universités de France* sous le patronage de l'Association Guillaume Budé. Tome I. 1re partie. Discours de Julien César. Texte établi et traduit par M. J. BIDEZ, professeur à l'Université de Gand, 40 francs. Exemplaire numéroté 80 francs.

Grâce aux travaux célèbres de M. Bidez, la personnalité énigmatique de cet empereur romain qui affectionnait Lutèce et qui écrivait en grec est aujourd'hui enfin connue.

La publication des *Discours* qui suit celle des *Lettres* et qui sera prochainement complétée par le *Misopogon* et autres discours renouvelle la connaissance d'un caractère étrange et d'une époque jusqu'ici mal comprise que M. Bidez a étudiés dans sa magistrale *Vie de l'Empereur Julien*.

Histoire de la guerre, par Jean GALTIER-BOISSIÈRE. La livraison 12 francs au Crapouillot, 3, place de la Sorbonne, Paris.

« Le Crapouillot », qui l'an dernier avait connu le grand succès avec les « Mystères de la guerre », commence la publication d'une « Histoire de la guerre » illustrée, rédigée par Jean GALTIER-BOISSIÈRE, l'auteur de « La fleur au fusil ». La première livraison qui vient de paraître, et a trait aux origines secrètes et au déclenchement du conflit mondial, est d'un intérêt passionnant.

froid : il faut arrêter le bain à première sudation, souvent obtenue autour de + 50° : sécher le patient et lui faire boire de suite de l'eau tiède légèrement minéralisée. Le bain que nous ordonnons ainsi n'a pas pour but de réduire le poids mais de *réveiller la fonction sudorale* qui est souvent ralentie ou même absente chez les obèses.

Le bain chaud (nous avons vu une hémiplégie provoquée par l'abus de bains chauds), les bains de vapeur sont passibles de mêmes critiques, perte artificielle d'eau.

La paraffinothérapie, le bain de mousse de paraffine sont une pratique des plus dangereuses à notre avis car elles obturent en plus momentanément les pores de la peau.

Ce que nous avons dit des divers moyens de traitement ayant pour but la réduction pondérale par perte d'eau s'appliquent aux méthodes d'ergothérapie, appareil de Bergonié ou appareil de Darricau (ergothérapie associée avec la chaleur, etc.). Le bénéfice de la mobilisation musculaire qu'en tire le sujet est loin de compenser les inconvénients de ces méthodes qui ont peut-être été judicieusement administrées par leurs inventeurs mais qui hélas, mal dirigées en général, peuvent devenir particulièrement dangereuses.

* * *

D'autres méthodes de diminution de poids ont pour base une réduction de la masse hydrique par :

a) *Diminution de la quantité de liquides ingérés* :

Maints régimes ont cette réduction pour base : c'est à notre avis une double erreur. Il ne faut pas croire guérir l'obésité en attaquant le poids et il n'y a aucun intérêt à diminuer la quantité d'urine émise, et à augmenter le taux de concentration dans l'urine de l'urée, des chlorures ou de l'acide urique.

b) *Réduction de poids par élimination d'eau provoquée par l'administration de purgatifs* :

C'est une des plus vieilles méthodes thérapeutiques et une des plus couramment employée : elle a pour but la fameuse « saignée séreuse ».

L'introduction dans le duodénum d'un sel purgatif (sulfate de soude ou de magnésie) a une action clinique variant avec le mode d'administration du médicament.

Donnés en petite quantité, ces sels sont laxatifs par excitation intestinale réflexe et augmentation de la sécrétion biliaire. (C'est ce que l'on observe lorsqu'on administre avec un dosage convenable la S. Hybord, eau sulfatée sodique de Brides-les-Bains).

Lorsque le sulfate de soude est administré avec une trop grande répétition (principalement avec de petites doses) on crée la constipation et on suspend la sécrétion biliaire. Ceci par un mécanisme de saturation minérale organique allant des cellules absorbantes de l'intestin jusqu'au milieu sérique. Il n'y a qu'un remède : suspendre la médication sulfatée et établir l'équilibre humorale rompu par l'administration d'eaux peu minéralisées qui « dessalent » le sujet. Il semble qu'on se trouve en présence d'un seuil « de minéralisation », variant avec chaque organisme et qu'il ne faut pas dépasser.

Lorsque les sulfates sont donnés à dose purgative les selles provoquées résultent de l'irritation colique de contact (réflexe muco-musculaire) déterminant la selle liquide et entraînant une soustraction importante d'eau.

L'utilisation à bon escient de laxatifs végétaux, ou chimiques peut donner aussi d'heureux résultats ; tout est une question de mesure et de choix de la médication.

On devra de préférence s'adresser aux éliminations d'eau provoquées par l'administration de substances médicamenteuses, si l'on croit utile de diminuer progressivement la masse humorale d'un obèse ou soulager son cœur, de pratiquer chez lui une réduction hydrique (toute question de perte de poids mise à part), comme adjuvant thérapeutique, à côté du traitement étiologique de l'obésité.

Certaines préparations officinales et surtout les eaux minérales prises au griffon, à condition toutefois de surveiller constamment l'élimination urinaire qualitativement et quantitativement, sont de toutes les méthodes de réduction de poids les moins dangereuses et les plus utiles aux malades en raison de leur action connexe sur les glandes digestives. Malheureusement les patients se laissent souvent séduire par les succès apparents des moyens mécaniques. Succès qui ne sont dus qu'à la mise en œuvre simultanée de nombreux moyens thérapeutiques. Mais il faudra encore beaucoup de temps pour faire pénétrer dans l'esprit des malades et aussi de certains médecins qu'il n'y a pas un traitement de l'obésité mais des moyens thérapeutiques que l'on emploie chez les obèses en les adaptant à chaque cas clinique particulier et ayant uniquement en vue *le traitement de la cause de l'obésité.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 Juin 1932

Importance de l'état glycémique préalable sur l'intensité du choc provoqué. Le glucose, agent protecteur contre le choc. — *M. Desgrez* présente un travail de *MM. A. Cade Ph. Barral*, réalisé avec la collaboration de MM. Huc d'Arrac et H. Seguin. Ces auteurs montrent que l'hyperglycémie protège les animaux contre le choc anaphylactique ou peptonique ; l'addition de solution glucosée à l'antigène ou à la peptone atténue ou abolit les manisfestations du choc. Par contre, lorsque ce choc est réalisé sur un animal préalablement hypoglycémié, il est toujours plus intense que chez les animaux témoins.

Ces recherches ont conduit leurs auteurs à une interprétation nouvelle de certains des accidents dits hypoglycémiques survenant au cours du traitement insulinien. Ces notions paraissent susceptibles d'être utilisées en thérapeutique humaine chaque fois qu'il y aura intérêt à protéger un sujet contre un choc anaphylactique, protéinique ou peut-être même médicamenteux.

Sur un cas de septicémie à streptocoques d'origine otitique, traitée et guérie par le serum antistreptococcique du Professeur H. Vincent. — *M. Didier* rapporte l'observation d'un malade qui, à la suite d'une bronchite grippale, a fait une otite double avec double mastoïdite opérée d'urgence. Trismus, rhino-pharyngite, micropolyadénite cervicale, bronchite, intermittences cardiaques, albuminurie. Faciès amaigri, infecté, terreux. Température élevée.

Malgré des injections de propidon, de septicémine, de pyoformine, etc., et bien que les plaies opératoires fussent en parfait état, des symptômes infectieux redoutables apparaissent en même temps que de violents frissons, une fièvre intense, et une hémorragie intestinale.

L'hémoculture pratiqué aussitôt révèle la présence du streptocoque dans le sang. En outre, les symptômes généraux sont tellement graves que le pronostic est fatal. On institue six jours après, le traitement sérothérapique par le sérum de Vincent (100 c. c., puis 80 c. c., 60 c. c.) injecté en partie dans les veines, en partie sous la peau ou dans les muscles.

La défervescence a commencé le lendemain de la première injection de sérum ; la température qui était de 40° la veille, est descendue en effet le lendemain matin à 37°,9 et 38°,4 le soir, puis progressivement est devenue entièrement normale quatre ou cinq jours après. En même temps l'état général s'amendait, le teint terreux disparaissait, l'appetit se réveillait. La guérison est survenue sans aucune réaction sérique, bien que le sérum ait été injecté à hautes doses et, en grande partie, dans la veine.

L'hygiène et les industries de soies artificielles. — *MM. P. Cazeneuve, A. Morel et de Leenw.* — L'industrie des soies artificielles qui, depuis trente ans environ, s'est créée suivant des procédés divers comporte l'emploi d'agents chimiques qui peuvent engendrer des maladies chez le travailleur de ces usines ou incommoder le voisinage.

Alcoolisme, éthérisme, actions irritantes par les corps acides ou alcalins, intoxications par l'ammoniaque, l'hydrogène, sul-

furé, et le sulfure de carbone, tel est le bilan des accidents constatés chez l'ouvrier, ou tel peut être le point de départ des incommodités dont peut souffrir le voisinage des usines.

Organiser dans les ateliers l'absorption des gaz et vapeurs toxiques ou irritants, ainsi que la ventilation a été la tâche des ingénieurs sur l'initiative des médecins de ces industries et des inspecteurs du travail ou des établissements classés.

Il faut reconnaître que, de plus en plus, dans cette industrie les soies artificielles très importantes soit en France, soit à l'étranger les maladies professionnelles, grâce à de rigoureux procédés techniques de protection tendent à devenir plus rares.

La stérilisation des eaux d'alimentation domestique par l'argent métallique. — ***M. André Kling***, présente une etude relative au mécanisme suivant lequel s'exerce l'action stérilisante de l'argent métallique sur les eaux contenant des bacilles typhiques ou des colibacilles. Il fait justice des nombreuses explications plus ou moins fantaisistes qui avaient été proposées pour expliquer cette action, et par suite d'expériences dont les résultats ne laissent aucun doute, il montre que c'est par une dissolution pure et simple du métal dans l'eau, que se produit la stérilisation.

Cette mise au point étayée par un certain nombre d'expériences, dont chacune précise un point du problème, met définitivement fin aux discussions qui se sont élevées récemment sur ce sujet.

Résultats thérapeutiques obtenus par la radiothérapie des régions surrénales dans 40 cas d'oblitérations artérielles des membres. — ***MM. L. Langeron et R. Desplats.*** — Sur 48 cas : 25 bons résultats ; 2 échecs complets ; 9 résultats partiels ; 4 cas dans lesquels la méthode ne pouvait rien donner.

Dans les oblitérations artérielles des membres cette méthode est indiquée toutes les fois *qu'il s'agit d'une cause générale*, chez les jeunes, chez les gens âgés et spécialement chez les diabétiques ; plus elle sera appliquée précocement, meilleurs seront les résultats ; même employée tardivement elle pourra rendre les plus grands services, soit en supprimant les douleurs, soit en limitant les dégâts d'une façon souvent inattendue, soit enfin en permettant de faire l'amputation nécessaire dans de meilleures conditions vasculaires, en permettant notamment la prompte et complète cicatrisation d'un moignon qui sans elle aurait risqué fort d'être mal nourri et de se sphacéler ultérieurement. Par contre *une cause locale*, embolie, compression, anévrisme, en contre indique l'emploi, elle ne peut rien donner et sa mise en usage risque de faire perdre un temps qui peut être mieux employé.

Elections de deux correspondants nationaux dans la première division.

En première ligne : M. SURMONT (de Lille) et NICOLAS (de Lyon) ; en deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. EUZIÈRE (de Montpellier), MASSON (de Strasbourg), MOURIQUAND, (de Lyon), PARISOT (de Nancy), PAIROT (de Lyon), SPILLMANN (de Nancy) ; Adjoint par l'Académie : M. HALIPRE (de Rouen),

Ont été élus : M. SURMONT (de Lille) et NICOLAS (de Lyon).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mai 1932

Fièvre typhoïde hémorragique grave guérie par l'immuno-transfusion. Les indications de l'immuno-transfusion dans la fièvre typhoïde. — ***MM. Fernand Trémolières*** et ***Arnault Tzanck*** reviennent sur le problème de l'immuno-transfusion au cours de la fièvre typhoïde. Ils rapportent une observation nouvelle remarquablement démonstrative.

Il s'agit d'une fièvre typhoïde hémorragique particulièrement grave, survenue en pleine période d'état de la maladie. Des transfusions massives de sang de sujets récemment guéris de fièvre typhoïde ont permis d'éviter la mort par hémorragie et, de plus, à partir de l'intervention, la maladie évolua presque apyrétique, alors que la courbe était au-dessus de 40° avant l'hémorragie.

Rappelant leurs travaux antérieurs, les auteurs réunissent les conclusions formulées par eux dans la thèse d'un de leurs élèves (1) :

1° Lors des graves hémorragies, il faut rendre à l'organisme le sang perdu. Il faut dans ces conditions faire des transfusions massives, proportionnelles à l'abondance de l'hémorragie ; la règle sera, comme dans la pratique de la respiration artificielle, de répéter les transfusions tant que persiste le moindre espoir de sauver le malade. Cette manière de faire a permis de sauver des malades dont l'état pouvait être considéré comme désespéré.

2° Indépendamment des hémorragies massives la transfusion sanguine pourra combattre la tendance hémorragipare si commune au cours de la fièvre typhoïde. Les doses même minimes de sang pourront être utiles dès le début de la maladie.

Ces deux premiers points sont admis par tous à l'heure actuelle. Pour ce qui est de l'immuno-transfusion, les auteurs considèrent cette méthode comme légitime dans une affection qui, comme la fièvre typhoïde, est capable d'entraîner à sa suite un état réfractaire.

L'observation rapportée semble fournir à ce sujet une démonstration quasi-expérimentale.

Hépato-néphrite grave après ingestion d'un abortif. — ***MM. Brulé*** et ***Lenègre.*** — Une robuste jeune femme a pris, pour se faire avorter, une drogue dont elle ignore la nature exacte. Le lendemain de l'avortement, sans infection utérine, apparaît un ictère qui va évoluer comme une hépato-néphrite grave. L'azotémie atteint, au quinzième jour, 5 grammes 50 pour 1000 et s'élèvera jusque 6 gr. 60, avec un syndrome urinaire réduit à une légère albuminurie, sans cylindrurie et sans œdème. On note, sur les membres, un érythème scarlatiniforme. Il n'existe pas de polynévrite.

L'ictère, d'ailleurs peu intense, rétrocédera en un mois ; mais la grande azotémie sera plus longue à disparaitre et il faudra près de trois mois, malgré une diurèse abondante, pour que le taux de l'urée sanguine redevienne normal. La guérison sera d'ailleurs complète.

L'ictère grave ainsi observé a été certainement d'origine toxique et lié à l'ingestion de l'abortif. La malade croit avoir entendu prononcer le nom d'armoise, mais ne peut l'affirmer.

La symptomatologie est, en tout cas, très voisine de celle de l'intoxication par l'apiol.

Cirrhose pigmentaire et infantilisme tardif. Aplasies et insuffisance cardiaque endocriniennes multiples. — ***MM. F. Bezançon, L. de Gennes, Delarue*** et ***Oumansky*** rapportent l'observation d'un jeune homme de 20 ans atteint d'insuffisance cardiaque primitive grave chez qui l'examen a révélé l'existence d'une cirrhose pigmentaire et d'un infantilisme avec aplasie quasi totale du système endocrinien.

Cette observation tire son intérêt moins de son caractère exceptionnel et de particularités anatomo-cliniques intéressantes que de l'étude des rapports qui semblent s'établir d'une part entre la cirrhose pigmentaire et l'infantilisme, d'autre part entre les aplasies endocrines et l'insuffisance cardiaque.

Ce dernier point soulève toute la question de l'origine endocrine de certaines insuffisance cardiaques primitives sans lésions endocardites péricardiques ni myocardiques analogues à celles de Laubry sous le nom de myocardies.

Polynévrite arsénobenzolique. — ***MM. C.-I. Urechia*** et ***L. Dragomir*** (Chij) relatent l'observation d'une femme de 49 ans qui ne tolérant pas le néosalvarsan, fit, à la suite d'injections de doses courantes de ce médicament, des névrites arsenicales des membres inférieurs, d'ailleurs inégalement réparties. L'amélioration est lente et le pronostic est réservé.

Le syndrome biologique de la lymphogranulomatose maligne. — ***M. Weismann Netter*** isole un syndrome biologique de la lymphogranulomatose, retrouvé avec une constance remarquable dans 22 cas : la cuti-réaction à la tuberculine est négative, tandis que l'intradermo-réaction à la tuberculine est presque toujours positive ; la réaction de Vernes résorcine est fréquemment positive.

Ce syndrome biologique est utilisable en clinique pour différencier en particulier les adénites granulomateuses des adénites tuberculeuses et des lymphomatoses aleucémiques.

M. Debré pense qu'il faut être moins absolu. Il a souvent constaté une cuti-réaction à la tuberculine fortement positive dans la lymphogranulomatose.

M. Weismann-Netter fait remarquer que l'on peut voir un retour de la réaction à la positivité après radiothérapie.

Pseudo-myopathie d'origine infectieuse spontanément curable. — ***M. H. Eschbach*** (Bourges) rapporte l'observation d'un homme de 36 ans, chez lequel, après un début d'allure infectieuse, avec fièvre et douleurs lombo-crurales, on vit apparaître une paralysie des muscles de la racine des membres

(1) Z. LEWKOWITZ. — Immuno-transfusion dans la fièvre typhoïde. Paris 1931.

supérieurs, de la nuque, du tronc, des membres inférieurs. L'aspect, la démarche, les gestes sont ceux des myopathiques. Après cinq mois, la guérison est complète. Dans cette polynévrite pseudo-myopathique, la maladie s'est présentée comme une infection aiguë à affinité neurotrope.

Variations comparées des albumines du sang et des œdèmes au cours d'un cas de néphrose lipoïdique. — ***MM. M. Labbé R. Boulin et G. Dreyfus.*** Les auteurs relatent un cas de néphrose lipoïdique remarqnable par : 1°) sa brève évolution, dont l'ensemble n'excéda pas cinq mois ; 2° par l'installation non pas simultanée mais successive des stigmates biologiques, l'hypercholesterinémie et la lipurie ayant devancé de deux mois l'apparition du déséquilibre protidique ; 3) l'efficacité remarquable de la déchloruration qui en 44 jours fit perdre au malade 15 kgr. ; 4°) l'absence complète de relation entre les œdèmes d'une part, l'hypoprotidémie et l'inversion du rapport: sérine / globuline d'autre part, celles-ci progressant alors que les œdèmes disparaissaient sous l'influence de la déchloruration ; 5°) la terminaison mortelle par péritonite aiguë et collapsus.

Étude d'un cas de leucémie aiguë. — ***MM. Labbé, R. Boulin et M. Petresco.*** Les auteurs relatent un cas de leucémie aiguë contrôlé à l'autopsie remarquable 1°) par le faible degré de la leucocytose (11.000) 2°) par la durée exceptionnellement lente de la maladie (sept mois) 3°) par l'action remarquable des transfusions qui à huit reprises transformèrent le tableau ; 4°) par l'intérêt de la splénocontraction adrénalinique qui multiplia dans l'hémogramme les cellules embryonnaires ; 5°) par la constatation de corps d'Auer dans les myéloblastes.

Hypotension artérielle aux membres supérieurs avec tension normale aux membres inférieurs, le rôle de l'aplasie artérielle localisée. ***M. Ed. Doumer*** (Lille).

Exophtalmie et goitre congénitaux sans hyperthyroïdie. — ***MM. Marcel Labbé, E. Azerad et L. Justin-Besançon*** présentent une malade de vingt-quatre ans qui, depuis sa naissance, présente un goitre et une exophtalmie. A aucun moment cette malade n'a présenté de troubles relevant de l'hyperthyroïdie : amaigrissement, tachycardie, etc. Son métabolisme basal mesuré cinq fois en un an reste normal. Cette observation est intéressante parce qu'elle montre à quel point peuvent être dissociés les éléments cliniques de la maladie de Basedow. Cette dissociation physio-pathologique n'a pas seulement un intérêt théorique : elle possède avant tout un intérêt pratique du fait des traitements différents applicables à l'hyperthyroïdie d'une part et, d'autre part, au dérèglement neurovégétatif.

Méningite tuberculeuse larvée simulant l'encéphalite épidémique avec cuti-réaction exceptionnelle. — ***MM. André Jousset, Ivan Bertrand et J. Veslot*** relatent l'observation d'une méningite tuberculeuse simulant en tous points l'encéphalite épidemique, avec somnolence, hoquet, et troubles pupillaires accentués conditionnés par des lésions de l'espace interpédonculaire.

Les auteurs montrent les difficultés que présente le diagnostic différentiel des deux affections, l'insuffisance de la ponction lombaire, en certains cas, et, au contraire, la grande valeur que peut acquérir la cuti-réaction à la tuberculine pour orienter le diagnostic.

Trois cas simultanés de rhumatisme articulaire aigu, dans une même famille. Discussion de la notion de contagion. — ***MM. Bezançon, Lesné, de Gennes et Wahl,*** rapportent les observations d'un homme de 40 ans et de deux de ses enfants, une fille de 8 ans et un garçon de 17 ans, sans antécédents rhumatismaux, qui présentèrent à quelques jours de distance une crise typique de rhumatisme articulaire aigu. Dans deux cas, il y eut atteinte cardiaque.

Dans les trois cas, on nota l'absence d'antécédents rhumatismaux, une symptomatologie semblable (début par angine, arthrites multiples, fièvre modérée, action rapide du salicylate de soude).

Dans deux d'entre eux, il y eut une endocardite mitrale. Ces trois sujets faisaient partie d'une famille de six personnes vivant dans la même chambre.

Ceci concorde avec la plupart des faits observés jusqu'ici, où existent des contacts étroits et répétés.

De tels cas, bien qu'encore peu nombreux, éveillent l'idée de la contagiosité de la maladie de Bouillaud.

Modifications oculo-pupillaires et Syphilis. — ***MM. Maurice Renaud et Miget.*** En démontrant que certains désordres oculo-pupillaires du type Argyll Robertson sont suceptibles d'être provoqués par des processus non syphilitiques, M. Guillain nous a mis en garde contre l'imprudence qu'on commet si souvent en concluant avec trop de hâte de la constatation d'une modification des réflexes pupillaires à l'existence d'une neuro-syphilis. Les faits que le travail de M. Guillain va nous aider à mieux étudier et à mieux classer ne sont pas exceptionnels.

En dépouillant les observations de 1872 malades suivis depuis dix ans à la consultation spéciale de Bichat, on relève que 80 d'entre eux ont présenté des troubles oculo-pupillaires, (inégalité et irrégularité, paresse ou abolition des deux réflexes, perte dissociée de l'un d'eux). On doit remarquer d'abord combien la proportion de 4 % de troubles oculo-pupillaires dans une population de syphilitiques est faible — trop faible — pour faire étroitement associer l'idée de troubles pupillaires à celle de syphilis. Ces troubles oculo-pupillaires étaient associés :

20 *fois à d'autres signes de la série tabétique.*
7 *fois à d'autres signes de P. G.*
31 *fois à des troubles divers.*

La syphilis était certaine chez 9 tabétiqnes, chez 4 P. G., et chez 22 malades de la troisième catégorie ; mais dans tous les autres cas son existence pouvait être soutenue en raison des constatations cliniques ou des réactions humorales.

Il reste ainsi, même en englobant tous ces faits dans le cadre de la syphilis conformément aux opinions couramment admises et bien que les auteurs ne les partagent pas, vingt-deux cas où la notion de syphilis ne peut absolument pas être retenue.

Dans trois cas les troubles oculaires faisaient partie d'un syndrome complexe et grave dont l'interprétation est restée obscure. Dans tous les autres, ou ils étaient isolés ou associés à d'autres légers désordres, et l'évolution, chez les malades longtemps suivis a confirmé la bénignité de l'atteinte et l'absence de tout processus syphilitique.

Presque tous ces cas avaient donné lieu à des erreurs d'interprétations singulièrement fâcheuses et regrettables — celui par exemple d'un employé de tramways qui fut mis à pied sur la constatation d'une inégalité pupillaire et d'un Wassermann qualifié de positif — celui d'un ajusteur étiqueté syphilitique à propos d'un accident de travail — d'une toute jeune femme de 17 ans décrétée syphilitique au moment de l'accouchement d'un mort-né parce qu'elle avait une mydriase, et qui ressemblait fort à la malade de M. Guillain etc..

Ces constatations s'ajoutent à celles dont M. Guillain a rappelé la liste déjà longue qui établissent péremptoirement que, les désordres de la motilité et de la réflectivite pupillaires peuvent relever des causes les plus diverses. Non seulement la syphilis n'en a pas l'apanage, mais son rôle va se restreignant, ainsi que Maurice Renaud le prévoyait il y a plus de dix ans, à mesure que se précisent nos connaissances sur les processus capables de léser électivement le névraxe.

Michelle Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 mai 1932

Remarques sur la mastication et l'action dynamogénique locale des aliments. — ***M. L. Pron*** expose les deux points suivants : 1° La mastication prolongée entraînant, de façon constante, une augmentation de la sécrétion gastrique, celle-ci doit être déconseillée aux hyperchlorhydriques qui doivent prendre une nourriture demi-solide, ne demandant qu'une mastication rapide et un travail mécanique réduit à l'estomac.

2° Les aliments, outre leur action sur la sécrétion et la sensibilité, exercent sur la musculeuse gastrique et surtout sur le plexus solaire, une action d'ordre physico-dynamique. Cette action stimulante est maxima avec la viande grillée, moyenne avec le poisson, légère avec les purées de légumes, nulle avec le lait.

Le travail des infirmes. — ***M. Carle Rœderer,*** rappelant les résultats du Congrès de la Haye, l'an dernier, montre l'avance prise sur ce point par les pays scandinaves, évoque les belles fondations pour les enfants sans bras à Berlin et à Milan, et signale les très heureux résultats donnés en France, par l'Asile Stéphanie et la Fondation Franco-Américaine de Berck pour les enfants infirmes. En Suisse, dans le Sanatorium-Manufacture de Rollier, à Leysin, le travail est considéré comme un appoint économique, une distraction, mais aussi

comme une thérapeutique. Il est à souhaiter que la France entre plus généreusement dans cette voie, et qu'aussi bien l'initiative individuelle soit renforcée par des mesures législatives.

Le lipiodo-diagnostic utérin en pratique gynécologique courante. — *MM. J. Martin* et *J. Surmont* présentent une série de clichés, et insistent sur l'utilité du lipiodo-diagnostic utérin, non seulement dans la stérilité féminine, mais encore dans l'étude de la cavité utérine : malformations congénitales ou acquises, métrorrhagies, dysménorrhées, tumeurs pelviennes.

Les spasmes artériels rétiniens en pathologie générale. — *M. Jean Gallois* expose que le spasme artériel brutal se traduit par une perte de vision subite et plus ou moins totale ; il appelle une thérapeutique d'extrême urgence dans les six premières heures. Le spasme atténué donne des éclipses visuelles discrètes, des sensations de brouillard passager : il a une très grande importance pronostique générale. L'un et l'autre traduisent toujours une maladie organique, telle que lésion artérielle locale, hypertension artérielle, glaucome au début.

Quelques observations de radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — *M. Guisez* ayant publié jusqu'ici des cas de survie prolongée par la radiumthérapie dans le cancer de l'œsophage, avec lésions peu étendues et encore à la phase du début, rapporte aujourd'hui des observations dans lesquelles la survie est déjà longue puisqu'elle dépasse deux ans dans la plupart d'entre elles. Dans tous ces cas, le mal était déjà très étendu et la sténose très serrée : aucun autre traitement n'a été institué que la pose du radium sous endoscopie pour irradier le cancer dans toute son étendue. Ce traitement n'est possible que lorsque la sténose admet encore la longue sonde porte-radium et il ne donne de résultats durables que lorsque les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'œsophage.

Comme signes favorables, on peut citer dans les premières séances de radiumthérapie la reprise de l'appétit et l'augmentation du poids. Il est facile de constater la disparition complète de la tumeur sous endoscopie, et chez plusieurs gastrostomisés, la bouche gastrique a pu être définitivement fermée.

Valeur thérapeutique d'une simple piqûre d'aiguille dans le traitement des arthrites traumatiques et rhumatismales. — *M. P. Ferreyrolles* rappelle que la peau n'est pas seulement un revêtement protecteur, une barrière entre le monde extérieur et les tissus, elle est bien plus que cela. Par une action simple et directe sur elle, on peut soulager la douleur et guérir. Exposant quelques-uns des résultats qu'il a obtenus par la thérapeutique millénaire chinoise de l'acupuncture, *M. Ferreyrolles* décrit une méthode de traitement des arthrites traumatiques et rhumatismales. Par une simple piqûre d'aiguille, en des points donnés pour une articulation donnée, il obtient la mobilisation instantanée et sans douleur de l'articulation malade, en même temps que la récupération fonctionnelle du membre, chaque fois qu'il n'existe pas d'anomalie radiologique apparente.

Phlébectasies nécessitant des techniques thérapeutiques spéciales. — *M. Filderman* présente un malade atteint d'un complexe toxémique et endocrinien s'étant manifesté par des hémorroïdes, des arthroses, des lésions unguéales de presque tous les doigts et orteils, des crises prurigineuses, de l'intertrigo digital et inguinal, des lésions psoriasiformes du gland. Les traitements classiques n'ayant pas réussi, un résultat fut obtenu par l'hémocrinothérapie cortico-surrénale.

Epithélioma métastatique du maxillaire inférieur d'origine rénale. — *M. Dechaume* rapporte l'observation d'un patient venu consulter pour une tuméfaction du maxillaire inférieur, dans le voisinage des apex de la première grosse molaire. La radiographie, puis l'extraction, confirmèrent que cette dent n'était pas en cause. Les examens de sang furent négatifs.

Le malade qui disait avoir, depuis trois semaines, un ganglion dans la région sus-claviculaire droite, vit apparaître successivement deux nodules : l'un dans la paroi thoracique, l'autre dans la paroi abdominale. La biopsie du nodule de la paroi thoracique montra qu'il s'agissait d'une métastase d'une tumeur rénale. L'examen clinique permit de localiser cette tumeur à gauche. Le malade mourut dans le mois qui suivit.

P. Prost.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 mai 1932

Sur la prostatectomie hypogastrique. — Pour *M. Le Fur*, la suture partielle de la muqueuse vésicale au pourtour de la loge prostatique, après énucléation de l'adénome, suivant le procédé de Lichtenstern (de Vienne) est en principe une amélioration notable dans la technique de la prostatectomie. Cependant, il reste fidèle au tamponnement de la loge prostatique, auquel il associe la médication calcique pour lutter contre l'hémorragie. L'important est de bien préparer le malade avant l'opération (désinfection soigneuse de la prostate, de la vessie et des reins), de rendre au rein son fonctionnement à peu près normal, et de n'opérer que lorsque les conditions sont devenues favorables. L'auteur est arrivé ainsi à obtenir une mortalité d'à peine 5 % pour l'ensemble de ses prostatectomies hypogastriques. Il ajoute que chez les prostatiques pris tout à fait au début, notamment chez les prostatiques jeunes, le traitement local, qu'il préconise depuis plus de trente ans, donne des résultats très satisfaisants, ainsi que le forage de la prostate, suivant la méthode de Luys, pour certains cas spéciaux (rétrécissement du col, lobe médian, petits adénomes prostatiques).

Diverticule de la troisième portion du duodénum. Résection du diverticule. Guérison. — *M. André Raiga* fait un rapport sur travail de *M. A. Lefort* (de Paris) concernant un diverticule gros comme un œuf de pigeon, implanté par une large base sur la troisième portion du duodénum. La malade en a souffert pendant trente-sept ans et a été guérie par la résection du diverticule avec une gastro-entérostomie complémentaire qui a été pratiquée à cause de la forme en V du duodénum et de la grosse dilatation du *genu infertus*. Le diagnostic précis en avait été posé radiologiquement.

Action de la ligature épididymo-testiculaire sur l'hypertrophie de la prostate. (Opération de Steinach n° 2). — *M. Georges Luys* a obtenu des améliorations notables par l'application de cette méthode dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate et cite plusieurs observations personnelles concluantes. Se basant sur les données connues d'anatomie pathologiques et le processus de développement de l'adénome prostatique, il expose ensuite le mécanisme par lequel agit cette intervention. Il considère que si la ligature de l'épididyme peut diminuer le volume de la prostate, en favorisant la décongestion de cet organe, par contre, son action est tout à fait inopérante sur les blocs fibreux qui constituent l'adénome prostatique. C'est ici que le forage de la prostate, chargé de détruire toutes les masses adénomateuses, permet d'obtenir des succès thérapeutiques constants. En conséquence l'association de ces deux opérations qui se complètent est tout à fait indiquée et permet de guérir l'immense majorité des hypertrophies prostatiques.

Péritonite par perforation en péritoine libre d'une tuberculose de l'intestin grêle. Guérison opératoire. — *M. Le Gac*. — Les péritonites généralisées par perforation en péritoine libre des tuberculoses intestinales sont une rareté. Dix-neuf cas, celui-ci compris, ont été publiés. Le traitement a consisté en un abouchement cutané du grêle au-dessus de la lésion, avec drainage large de la cavité péritonéale. Le malade était porteur de cinq lésions du grêle étagées depuis celle perforée jusqu'à l'iléon. L'auteur se propose de pratiquer ensuite une exclusion du grêle par l'iléo-transversotomie et de faire un traitement médical.

Un cas de carpe bossue. — *MM. Carles Rœderer* et *Valentin Charry* présentent un nouveau cas de cette malformation (signalée par M. Fiolle (de Marseille) avec un os de contexture normale et à contours nets.

Abcès du rein consécutif à un panaris de la gaine des fléchisseurs. — *M. Jack Mock* communique l'observation d'une femme qui fit une septicémie après un panaris de la gaine. Au cours de cette septicémie, elle fit un abcès du rein traité par la néphrotomie, abcès unique à pus anthracoïde. L'auteur insiste sur la rareté et la gravité de pareils cas. Il préfère, dans ces cas, la néphrotomie à la néphrectomie d'urgence, quitte à faire ultérieurement une néphrectomie secondaire.

Maladie kystique de la cavité utérine avec fibromatose pariétale, polypose cervicale et ovarite scléro-kystique.


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium
dissimulé et
stabilisé
25

— **M. Muller** (de Belfort) communique l'observation d'une femme, multipare, qui, au toucher vaginal, présente des polypes du col, un corps utérin gros, un ovaire gauche énorme. Hystérectomie subtotale. La cavité utérine, ouverte, est tapissée de petits kystes ; le myomètre est fibreux, épais ; l'ovaire gauche kystique. L'examen microscopique montre : 1° les vésicules kystiques de l'endomètre d'origine glandulaire ; 2° la fibromatose du muscle utérin ; 3° un des polypes est fibromateux, l'autre kystique ; 4° le kyste ovarien est d'origine utéinique.

Les hiatus sacro-iliaques. — ***M. Carle Rœderer*** et ***M. Gaucher*** (de Saint-Denis) montrent qu'il existe une coïncidence indiscutable entre les « hiatus sacro-iliaques » vus dans des radiographies et une certaine forme de lumbago tenace et à récidives. Tout se passe comme si la charnière sacro-iliaque n'était plus tenue que par une vis inférieure, les deux vis supérieures ayant lâché ; mais le sacrum, dans ce cas, n'a pas basculé. Les ailerons sacrés sont généralement élevés et la forme de la première sacrée doit tendre à l'extériorisation, à la lombalisation.

Il s'agit très probablement d'une anomalie congénitale prédisposant à un état d'élongation ligamentaire et d'arthrite qui se développe, même sans cause, un peu tard dans la vie.

« Sur 406 cas d'affections suppurées du poumon (bronchectasie, bronchite purulente chronique et abcès pulmonaire), envoyés à la clinique pour diagnostic bronchoscopique ou pour traitement par aspiration bronchique, dans 352 de ces cas, nous avons constaté l'évidence des sinusites maxillaires chroniques ». (Prof. CHEVALIER-JACKSON. Accidents pulmonaires dans les sinusites maxillaires chroniques. *L'oto-rhino-laryngologie internationale*, mars 1932.)

« Les vomissements au cours des tumeurs cérébrales peuvent se compliquer d'hématémèse ou de mélæna, au point que le diagnostic se trouve égaré par l'idée d'une maladie de l'estomac ou de l'intestin ». (J. HALLÉ et J. LEREBOULLET. L'hématémèse dans les tumeurs cérébrales. *Pédiatrie*, mai 1932.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire mais pour les transporter en cettuy-ci , ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Aspect général de l'écriture et premières interprétations graphologiques. — *Du Docteur Pierre Ménard* in l'ECRITURE ET LE SUBCONSCIENT. PSYCHANALYSE ET GRAPHOLOGIE (1).

En medecine, les études d'anatomie précèdent celles de la physiologie. Sans l'anatomie, il n'est pas possible de faire de la physiologie. Il en est de même en graphologie. Avant toutefois de décrire la physiologie graphique, étude du mouvement ou du geste qui permet seule de pénétrer dans l'intimité d'un caractère, il convient de dire un mot de la forme d'un écrit.

Le choix du papier, le format, la couleur de ce papier, le parfum, la présence d'armoiries, d'initiales, de devises, la couleur de l'encre fournissent sur la psychologie d'un homme quelques indications, telles que : économie, avarice, prodigalité, prétentions nobiliaires, goûts simples ou excentriques, indications qui ne sont pas à négliger et qu'il n'est pas nécessaire de développer.

Tous les scripteurs n'utilisent pas de la même manière le papier qu'ils ont à leur disposition. Les marges permettent de faire maintes observations intéressantes. L'absence de marges en haut, en bas, à droite et à gauche du papier indique l'économie ou l'avarice et le manque de goût. Les marges excessives sont la marque de la prodigalité et parfois aussi de l'orgueil et du désir de paraître. Les hommes de goût font une marge à gauche et parfois une toute petite marge à droite. Chez eux tout est harmonieux. Parfois la marge de gauche va en augmentant de dimension de haut en bas du papier. Il s'agit souvent d'é-

(1) Un volume in-16 avec autographes, figures et diagrammes, de 172 pages. Prix : 20 francs.



critures très rapides et précipitées. A propos des marges, nous attirerons l'attention sur un signe important et qui n'a pas encore été décrit. Dans quelques écritures on trouve, à la deuxième page d'une lettre, des mots qui empiètent sur la troisième feuille du papier. Le scripteur, au lieu de rejeter à la ligne suivante la fin d'un mot, le continue sur la même feuille. Pareille remarque s'applique également aux cartes postales qui ont sur l'adresse un emplacement réservé à la correspondance. Les mots dépassent plus ou moins cet emplacement et envahissent ainsi la place réservée à l'adresse. Ce signe graphique est assez rare. Il n'en a que plus de valeur. Il indique un esprit qui s'affranchit facilement des règles communes. Il donne par son association avec d'autres signes graphiques des résultantes diverses. Nous l'avons observé dans l'écriture de femmes qui ne jouissaient pas d'une bonne réputation. Il était associé à des signes de sensualité, d'indépendance et d'impulsivité. Nous l'avons noté chez des hommes d'affaires arrivés, dont la conduite n'était pas irréprochable et chez lesquels l'écriture indiquait de l'énergie et de la fausseté.

Un premier examen d'écritures permet de classer celles-ci assez facilement en plusieurs espèces dont voici les principales : écriture claire ou confuse, lisible ou illisible, propre et soignée ou sale et négligée , simple ou compliquée, harmonique et inharmonique. C'est à dessein que nous ne parlons pas des écritures belles et laides, ces appréciations présentant un caractère trop subjectif et étant très différentes selon le point de vue envisagé. L'interprétation de ces espèces d'écritures est aisée. Il s'agit là d'ailleurs d'une graphologie élémentaire, mais qui va toutefois acquérir une certaine valeur si l'on note l'intensité du signe et son association avec les autres signes. L'écriture *claire* est celle dont les mots et les lignes sont nettement espacés, dans laquelle les traits ne chevauchent pas les uns sur les autres, qui comporte des passages à la ligne pour chaque développement d'idées. L'écriture *confuse* a les caractéristiques inverses. Ceux qui écrivent en travers par-dessus un texte déjà écrit (écriture croisee), ont une écriture confuse. La clarté de l'écriture constitue une qualité et appartient aux hommes intelligents, mais à elle seule, elle ne permet pas d'affirmer l'intelligence. La clarté s'allie souvent à la simplicité et à l'harmonie, et cette association renforce la qualité constatée. La confusion, par contre, se rencontre dans des écritures qui sont souvent à la fois négligées, sales et grossières.

Les écritures peuvent être lisibles ou *illisibles*. Parmi les écritures illisibles, il faut mettre à part celles dont l'illisibilité provient d'un excès de vitesse, surtout si elles ne sont pas destinées à des tiers (notes personnelles, manuscrits et brouillons d'articles ou de livres). Elles indiquent l'activité de l'esprit et la vivacité de la pensée (écriture de Pascal). Lorsqu'il s'agit de lettres de correspondance, le scripteur fait alors preuve de sans-gêne et d'un certain dédain pour ses correspondants et l'illisibilité est souvent une marque d'orgueil (lettres de Napoléon). L'illisibilité peut provenir du fait que le scripteur ne forme pas les lettres entièrement ou ne termine pas la fin des mots. Dans ce cas, surtout avec un graphisme lent, on peut conclure à la dissimulation. Les écritures très lisibles avec des lettres bien formées sont généralement celles des hommes francs et loyaux.

Il n'est pas nécessaire d'expliquer le sens ni la signification psychologique des écritures : propre, soignée, sale, négligée, simple, sobre, compliquée.

C'est avec raison que Crépieux-Jamin a dégagé, parmi toutes les variétés d'écriture, dans une classe à part, les espèces d'écritures qu'il appelle : organisée et inorganisée, combinée et désorganisée et les espèces : harmonieuse et inharmonieuse.

L'écriture est *organisée* « lorsqu'elle est tracée couramment et correctement ».

L'écriture *inorganisée* « est celle qui n'enregistre pas la pensée dans des conditions d'automatisme suffisantes pour obtenir un tracé à la fois courant et correct. »

On peut traduire dans un langage plus simple ces deux mots et dire que les écritures organisées et désorganisées sont celles de ceux qui savent écrire (employés de bureau, intellectuels qui écrivent facilement) et de ceux qui ne savent pas écrire (enfants et adultes non cultivés, qui écrivent difficilement). Ces écritures présentent naturellement tous les degrés dans leur organisation et leur inorganisation. Pour Crépieux-Jamin, « une écriture est combinée lorsque ses formes, plus ou moins liées et simplifiées, s'agencent bien ». « Une écriture est désorganisée lorsque sa comparaison avec d'autres documents provenant de la même main fait apparaître une diminution considérable de ses qualités antérieures ». La vieillesse et les maladies sont des causes de désorganisation de l'écriture.

Les écritures *harmonieuse* et *inharmonieuse* avaient été appelées par Michon *harmonique* et *inharmonique*. L'écriture harmonieuse est celle des hommes de talent, mais non pas celle des

hommes de génie dont le graphisme montre généralement des signes de déséquilibre nerveux. Elle indique le bon équilibre, le jugement, les goûts artistiques. Elle est une résultante. « L'harmonie de l'écriture est faite de ses proportions heureuses, de sa clarté, de l'accord entre toutes ses parties. Les tracés simples, sobres et aisés précisent davantage sa valeur » (Crépieux-Jamin). L'inharmonie de l'écriture a les caractéristiques inverses.

Chirurgie esthétique et responsabilité médicale. — *Le docteur Charles Pleindoux* (1) *vient de consacrer sa thèse inaugurale à la question de la responsabilité médicale en chirurgie esthétique. Du quatrième chapitre de ce travail intitulé* : PRÉCAUTIONS A PRENDRE PAR CELUI QUI DÉSIRE PRATIQUER LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE, NOUS DÉTACHONS LE PASSAGE SUIVANT :

« En chirurgie esthétique, l'intervention étant toujours, dans une certaine mesure, une opération de luxe, il importe de prévenir la malade des risques auxquels elle s'expose. Evidemment, il sera impossible qu'elle soit renseignée exactement et qu'elle se prononce ainsi « *en toute connaissance de cause* », mais c'est un devoir pour le chirurgien de l'avertir, que toute intervention comporte des risques, que si dans l'immense majorité des cas, le résultat est celui que l'on espérait, il en est d'autres où il est critiquable ; en un mot, il doit lui faire part de toutes les objections que lui-même se fait en sa conscience. Or, comment faire la preuve que la malade a eu tous les renseignements désirables sur l'intervention qu'elle sollicite ? Un document écrit peut seul le fournir, au moins de façon relative.

Aussi, à la suite de la condamnation de Dujarier par la Cour d'appel de Paris, pour défaut de consentement de l'intéressée, M. Ribadeau-Dumas, avocat à la Cour d'appel de Paris, a conseillé aux chirurgiens de demander une autorisation par écrit à leurs clients. D'ailleurs, certains, tel Dartigues, la demandaient déjà. Mais pour qu'une telle autorisation ait quelque valeur, il ne faudrait pas se contenter de dire : « *Je soussigné X... autorise le docteur Y... à pratiquer telle intervention sur moi pour remédier à telle disgrâce dont je suis atteinte* », car l'autorisation pure et simple se tire, comme nous l'avons déjà dit, des circonstances de fait. Pour prouver que les risques furent signalés, il est nécessaire d'utiliser la formule du docteur Claoué, de Bordeaux, ou une formule sensiblement identique :

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous faire savoir que je suis décidée à l'opération que je suis venue vous demander et qui, pour moi, est de grande nécessité.

Dans l'entretien que vous m'avez accordé, vous m'avez bien prévenue, et cela pour mettre à couvert votre responsabilité, que des risques divers, opératoires et post-opératoires, quoique rares, sont toujours possibles comme dans toutes les opérations, même les plus légères, et qu'aussi les résultats esthétiques obtenus peuvent ne pas être toujours aussi satisfaisants qu'on l'eût désiré et qu'on ne peut rien garantir.

Je ne m'en remis pas moins et tout à fait sans réserve entre vos mains, acceptant d'avance les résultats tels qu'ils seront.

Je suis persuadée, d'ailleurs, sachant votre compétence et les soins dévoués que vous donnez à vos opérés, que j'ai les plus grandes chances d'avoir à me féliciter de la décision que j'ai prise.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Cette formule est excellente. Seulement, elle est si explicite qu'elle risque d'effrayer hors de raison les personnes auxquelles on la demande. Mais lorsqu'elle sera admise et signée par la cliente, il sera difficile à un tribunal de condamner le chirurgien en utilisant uniquement le principe formulé dans le dernier arrêt de la Cour de Cour de Paris. »

(1) Dr Charles PLEINDOUX. — Chirurgie esthétique et responsabilité médicale. *Thèse de Lyon*, 1932, 99 pages. Bosc et Riou, imprimeurs.

Une buvette d'eaux minérales à Paris. — *On lit dans* TRAVAIL (*Pierre Neveu*) :

Un pharmacien parisien, récemment installé à proximité de la Porte des Ternes, vient de créer une buvette fort originale, il s'agit d'un comptoir automatique de distribution d'eaux minérales, celles-ci coulant dans le verre du consommateur à la température même de la source d'origine.

Un rapide coup d'œil derrière le comptoir nous a permis de nous rendre compte du fonctionnement de l'installation :

Les eaux de Vichy arrivent directement de la source dans des bouteilles ; celles de Vittel, d'Evian et les autres sont, au contraire, puisées dans des bonbonnes d'origine.

Pour les premières, les bouteilles sont placées sur un plateau, et mises en communication, d'une part, avec une bouteille d'air comprimé et, d'autre part, avec un bac de verre hermétiquement clos, enfermé dans un récipient métallique, soumis à un chauffage électrique réglé avec précision. Le liquide va donc, de la bouteille au récipient de verre et de là, à la température voulue, directement dans le verre du client, lorsque le mécanisme est déclenché par la pièce de monnaie.

Pour les eaux servies froides, les bonbonnes sont reliées directement, d'une part, au système pneumatique, d'autre part au robinet qui alimente les verres, simplement, par deux tuyaux, le second passant en serpentin dans une glacière qui sera mise en fonctionnement les jours de chaleur.

Sérullas. — La Société de Pharmacie de Paris vient de célébrer le centenaire de la mort de Sérullas enlevé en 1832 par l'épidémie de choléra.

M. Meillère, président de l'Académie de médecine a insisté sur l'œuvre de Sérullas :

« Je rappellerai, a-t-il dit, la féconde moisson que lui a permise l'étude des halogènes et du cyanogène, la découverte de l'iodoforme en particulier. Je dirai aussi combien fut méritoire la témérité qu'il apporta en chimie minérale dans l'exploration de réactions particulièrement dangereuses, véritable œuvre de cape et d'épée, au cours de laquelle, il exposa maintes fois son existence.

Mais je retiendrai aussi deux directives originales de ses travaux qui devaient trouver un siècle plus tard des applications d'ordres très différents. C'est ainsi que Sérullas étudia le premier les gaz toxiques ou irritants qui ont acquis une si triste célébrité au cours du grand conflit mondial. Plus humaine dans ses conséquences fut la découverte d'un procédé d'obtention du sirop de sucre au moyen du suc de raisin qui rendit de réels services au moment où le blocus continental, privait l'Europe de sucre colonial. Dans une récente séance de l'Académie de Médecine ont été développées les considérations d'ordre hygiénique et économique qui mettent au premier plan l'utilisation du suc de raisin, non fermenté.

En des sens très différents mais d'une égale opportunité, nous voyons les chaînes traditionnelles se nouer entre les recherches techniques de Sérullas et deux des problèmes qui passionnent actuellement l'opinion publique. »

Puis M. Bruère, pharmacien principal de l'armée a retracé la vie du chimiste qui succomba au moment où il allait prendre au Muséum la succession de Vauquelin :

« Sérullas, né à Poncin, dans l'Ain le 2 novembre 1774, appartenait à une famille de la noblesse espagnole établie en Franche-Comté ; son père, né à Chambéry en 1717 après avoir reçu ses lettres de naturalisation, s'était fait recevoir avocat au parlement de Dijon. Il exerça pendant plus d'un demi-siècle à Poncin les fonctions de notaire.

Au collège de Nantua, le jeune Sérullas se lia avec Bichat et, dès l'âge de 17 ans, ses études classiques à peine terminées, il s'enrola, plein d'ardeur dans un des bataillons des volontaires de l'Ain. Remarqué par son intelligence, il fut affecté d'office aux ambulances et, par un heureux hasard, il fut placé sous les ordres immédiats de Laubert grand admirateur des travaux de Lavoisier.

Il reçut de cet éminent pharmacien militaire, qui fut professeur de sciences à Naples, de précieuses leçons de chimie, de physique et de botanique qui influèrent très favorablement sur sa carrière scientifique ;

En 1797, Sérullas est à Padoue où il se fait recevoir maître ès-arts de la célèbre Université ; il se disposait à prendre le grade de Docteur en philosophie, lorsqu'il reçut l'ordre de se rendre à Alexandrie où il faillit être enlevé par le typhus.

Pharmacien principal à la Grande armée, Sérullas sert sous les ordres du Maréchal Ney. Licencié après Waterloo, il reprend du service en 1816 comme pharmacien en chef et professeur à l'hôpital d'instruction de Metz où il enseigne la chimie avec beaucoup d'éclat.

Son activité le porte à suivre, en outre, les travaux de la

société de médecine, où il se lie avec Bégin, et de la Société des lettres, sciences et arts dont il préside les séances pendant l'exercice 1824-1825.

Dans un fascicule de juin 1824, qui donne le compte rendu des travaux de cette société, nous relevons sur la liste des membres titulaires et associés d'éminentes personnalités de l'époque : Poncelet, Lacretelle, Arago, Cuvier, baron Percy, de Tocqueville, etc.

Dès 1825, la notoriété de Sérullas le désigne pour la chaire de chimie du Val-de-Grâce. Successeur de Portal à l'Académie de Médecine, il remplace Vauquelin en 1829, à l'Académie des Sciences.

Il venait d'être nommé pour succéder à Laugier dans la chaire de chimie minérale du Muséum d'histoire naturelle lorsqu'il fut enlevé le 25 mai 1832 par la terrible épidémie de choléra qui sévissait en France depuis le début du printemps.

En considération de ses importants services militaires et de ses remarquables travaux qui avaient absorbé ses économies, il fut inhumé aux frais de l'Etat sur la proposition du Maréchal Soult, ministre de la guerre.

A ses funérailles des discours furent prononcés au nom de l'Institut de France par Geoffroy-Saint-Hilaire et Chevreul.

A diverses reprises, il a été signalé qu'il ne restait plus trace de la sépulture de Sérullas, inhumé entre Cuvier, décédé quelques jours auparavant et son compatriote Bichat, fort heureusement il n'en est rien et nous avons eu la satisfaction, récemment, d'identifier avec certitude cette tombe dans la 10e division, secteur de l'orangerie, assisté de M. Henry Sérullas, son petit-neveu (lequel avait déjà reconnu l'existence de cette tombe il y a une quinzaine d'années), et d'un agent du bureau des inhumations ; là, nous avons appris que Sérullas avait été exhumé le 30 juin 1832, ce qui explique pourquoi sa sépulture n'est plus auprès de celle de la famille Cuvier restée dans la 8e division.

Le mausolée a subi les injures du temps ; un revêtement de lierre — dont la verdure sied à la tombe de ce grand pharmacien — recouvre un piédestal peu élevé, surmonté d'un fronton carré bien conservé, aux lignes grecques et d'une ordonnance sobre et reposante.

Il y aurait lieu de faire disparaître deux petits arbres qui ont été sciés à un mètre à peine du sol et qui se dressent comme deux gardiens vigilants, pour retenir le motif central, du monument (qui paraît être en marbre) actuellement recouvert en grande partie par de la terre, mais sur lequel nous avons pu dégager le nom bien apparent de Sérullas.

La galerie en fer forgé qui entoure l'ensemble aurait besoin d'être réparée, en respectant le style de l'époque avec motifs funéraires.

Dès maintenant, nous faisons appel au corps pharmaceutique pour nous aider à sauvegarder cette sépulture et la remettre en état au même titre que celle de Parmentier qui nous est chère.

Deux bustes de Sérullas avaient été érigés l'année de sa mort l'un au Val-de-Grâce et l'autre à l'Ecole de pharmacie de la rue de l'Arbalète.

L'école d'application du service de santé militaire possède encore deux bustes de Sérullas situés le premier dans le cloître et le second dans le bureau du Professeur de chimie appliquée aux expertises dans l'armée ; c'est ce buste que nous honorons aujourd'hui et auprès duquel nous avons été heureux de pouvoir déposer l'épée d'Académicien, que la famille a bien voulu nous confier, ainsi que quelques souvenirs du temps, (gravures, éloges, travaux avec dédicaces, etc.).

La Faculté de médecine ne possède plus qu'un médaillon, situé sur la façade entre ceux de Thénard et de Laugier.

Issu d'une famille noble de la province d'Aragon, Zerulla devenu Serrullas avait conservé ses armoiries : d'azur, au chevron d'argent sommé d'un croissant de même. Plus tard, il lui fut accordé d'ajouter à son écusson un chef d'or à trois creusets de gueules et de substituer à la devise espagnole : Amor o guerra vale me Dioz ! (Amour ou guerre Dieu me protège). la devise : Travailler toujours et faire le plus de bien possible.

« Il fut toujours fidèle à cette devise nous dit son successeur le Docteur Brault, pharmacien en chef, Professeur provisoire au Val-de-Grâce, dans son esquisse sur la vie et les travaux de Sérullas, lue lorsque son buste fut inauguré à la distribution des prix le 8 novembre 1832 — « c'est un beau modèle à suivre, imitez-le, messieurs les élèves, vous vivrez en paix avec vous-mêmes et vous jouirez de l'estime et de la considération que l'on accorde toujours au mérite. »

Plusieurs éloges et notices ont paru sur ce savant ; citons par ordre chronologique : Chevreul, Geoffroy Saint-Hilaire, Brault et Virey (1832), Orfila (1832), Lodibert (1837), Bégin (1838), Leroy-Dupré (1849), Dufay (1874) et Balland (1924).

Rappelons également qu'outre ses titres de Professeur au Val-de Grâce et au Muséum d'histoire naturelle, de membre de l'Académie de médecine et de l'Institut, Sérullas était correspondant de l'Académie royale de Turin et membre de l'Académie d'Alexandrie.

Sa disparition fut douloureusement ressentie, ainsi qu'en témoigne un journal de l'époque *La France Nouvelle* qui s'étend longuement dès le 18 mai sur la maladie, avec symptômes cholériformes inquiétants, dont il est frappé.

Dès le 22 mai, M. de Blainville annonçait à l'Institut que l'état de l'illustre malade était désespéré.

Le faire-part des obsèques fixées au samedi 26 mai 1832 à une heure de l'après-midi inséré dans le même journal nous apprend que Sérullas habitait au n° 1 de la rue de l'Est.

***

II. L'œuvre scientifique de G.-S. Sérullas est remarquable par l'importance des découvertes de ce savant, l'originalité et la hardiesse de ses manipulations !

Chevreul qui fréquentait son laboratoire, a rappelé le jour des funérailles, son désintéressement qui le portait à consacrer, par

ses expériences, une grande partie de ses appointements, et son courage dans l'étude des composés du cymogène, du chlore, de l'iode et l'azote.

La liste chronologique des travaux de Sérullas figure en grande partie dans l'ouvrage de A. Balland « travaux scientifiques des pharmaciens militaires français — 1882 — elle comprend 38 mémoires principaux publiés de 1816 à 1832 dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, les *Annales de chimie physique* et les mémoires de l'Académie royale des sciences.

Dès 1820, Sérullas avait reconnu la présence du potassium dans l'antimoine fondu avec du tartre et dénoncé l'arsenic dans la plupart des préparations antimoniales excepté, toutefois l'émétique. De ce composé, il obtint par calcination en vase clos, avec du charbon, un pyrophore, fulminant par une seule goutte d'eau, ce qui lui permit d'enflammer de la poudre sous l'eau.

Ses travaux sur les hydriodures de carbone attirèrent l'attention de l'Institut.

En mai 1822, il avait signalé la découverte d'une substance jaune, cristallisée, d'odeur aromatique, obtenue par l'action du potassium sur l'alcool dénaturé, à laquelle on donna successivement le nom de carbide d'iode, iodure de carbone, iodure de méthyle biiodé puis celui d'iodoforme.

Le XI vol. du recueil de l'Académie des sciences publié en 1832, renferme dix mémoires lus par Sérullas de 1827 à 1832 sur le cyanure de chlore, le bromure de sélénium, le perchlorure de cyanogène, l'action de l'acide sulfurique sur l'alcool, l'acide iodique, etc.

La société de pharmacie, ayant mis au concours, au moment du blocus continental, une question sur « la matière sucrée des végétaux et les moyens de l'obtenir ». Sérullas obtint, en 1813, pour ses travaux sur le sirop de raisin, une médaille d'or et les éloges de Parmentier.

Mes chers collègues, la commémoration de ce centenaire, nous fait un devoir de rappeler que la Société de pharmacie de Paris, dans sa séance du 8 novembre 1876, avait nommé une commission, dont faisaient partie Lefort, Schaeuffèle et Vincent, en vue de faire aboutir une proposition de la famille Sérullas demandant que le nom de ce savant collègue fut donné à une rue avoisinant la nouvelle école.

A deux reprises différentes, le pharmacien principal Barillé, membre résidant de notre Société a rappelé cette proposition, une première fois, à la séance du 3 décembre 1890, puis à celle du 6 février 1907 (lorsque le nom d'Eugène Millon, pharmacien principal, ancien professeur au Val-de-Grâce, fut proposé pour une rue du quartier de Vaugirard. Ce vœu serait utilement repris aujourd'hui et transmis à l'occasion de cette cérémonie à M. le Préfet de police et à M. le Président du Conseil municipal de Paris en rappelant les décisions antérieures. Nous ne doutons pas qu'au moment où il est procédé à l'aménagement du plus grand Paris, satisfaction nous soit donnée. »

Le Docteur Labat apôtre du retour a la terre. — *De M. Joseph de Pesquidoux* in REVUE DES DEUX-MONDES (1e juin 1932) :

Le Docteur Labat vécut à La Plume, canton du Lot-et-Garonne..... Clinicien remarquable, interne des hôpitaux, sorti troisième de sa promotion, un moment professeur de gynécologie à la Faculté de Toulouse, lettré, artiste, d'une érudition vaste, nourri de philosophie et d'histoire autant que de science médicale, apte à tout connaître, le Docteur Labat faisait figure d'homme d'élite partout où il paraissait et s'exprimait. Dès le début, sa chaire fut entourée d'un frémissement de curiosité et d'attente que chaque leçon aiguisait. Mais ce savant aimait avant tout la terre : ses bêtes, ses choses, ses gens, ses aspects saisonniers, ses jours bruissants du travail nourricier, ses nuits

(1) Le livre de raison : Une Œuvre. Pour le retour à la Terre.

silencieuses peuplées d'astres seulement, ses horizons solitaires où méditer. Il en aimait les joies, les soucis, l'humble train domestique, les devoirs obscurs, la monotomie même et l'austérité.

Il a écrit : «On aime la terre comme la mer, l'armée, le sacerdoce, les livres et l'art ». Il ne tarda pas à céder à cette passion souveraine.

Il ne tarda pas à céder à cette passion souveraine. Parce que ses cours allaient le forcer à résider à Toulouse, en l'écartant de sa clientèle rurale et du pays, il quitta sa chaire et revint aux champs paternels. L'étonnement fut profond parmi ses pairs, le regret unanime parmi ses élèves. On s'éleva contre une décision qui brisait un tel avenir. Lui, sourit. Il savait, il sentait où l'attendait sa tâche propre, et par de là son délice. Il le trouva dans un dévouement quotidien « aux gens de son endroit », aux humbles surtout. Si, forçant sa modestie, sa renommée le faisait appeler en consultation dans le Sud-Ouest entier, son diagnostic rendu, il se hâtait de retourner à son labeur de médecin de campagne. Il ne soignait pas seulement la chair souffrante, il pansait les cœurs, il tonifiait et assainissait les esprits. Lorsque, les jours de pluie, son malade visité, il s'asseyait un moment au coin de l'âtre pour y faire sécher son manteau, trempé à venir longuement à pied par le sentier de la métairie, avant de l'endosser de nouveau, il causait avec ceux qui lui tenaient compagnie, s'informait de leurs désirs, de leurs besoins, et ne se retirait jamais sans un mot d'encouragement, sans un conseil, sans une de ces poignées de main ou le cœur se donne. Il ne se bornait pas à donner la poignée de main : sa charité ouvrait facilement sa bourse. Il se plaisait à s'entretenir avec tout le monde. Marchant volontiers à la belle saison, il s'arrêtait au hasard de la rencontre, et là, d'homme à homme, à l'écart, car le paysan n'aime pas à être écouté, il prodiguait ses meilleurs avis, comme inspiré par le souffle du lieu. ses prédilections allaient peut-être à l'enfance. Il estimait qu'il fallait tout de suite la façonner et l'aiguiller, gagnant quelque chevet, s'il rencontrait quelque petit homme parti pour l'école, il le faisait grimper dans sa voiture, un cabriolet au début, l'interrogeait sur ses leçons, et, tandis que le cheval trottait gaiement, il instruisait et amusait l'enfant d'histoires et de légendes locales, il donnait à son tour la becquée à cet oiseau de haie. Tout le pays l'environnait de respect et d'affection, d'une sorte de familière amitié que les rapports des champs autorisent et expliquent. Quand il mourut, ce fut un deuil public. Si, à son enterrement, où il n'avait voulu ni fleurs, ni couronnes, des voix autorisées se turent, les larmes de la foule s'élevèrent, parlant ce langage muet qui défie toute éloquence .... Labat voulut écrire, sur la *Vocation paysanne*. Ses notes la lui montraient naissant avec le petit rural, mais s'en détachant à mesure qu'il grandissait. Il le fit sous la forme d'étude, en clinicien penché sur le corps rustique comme sur un organisme de chair, avide d'apporter «la vaccination qui protège », orgueil de la science moderne. Ce furent l'*Abandon de la terre*, le *Devoir du paysan*, *Hier et Demain*, d'autres encore, surtout cette *Ame paysanne* qui est bien la moelle de ses écrits, où il touche à la philosophie de la terre et pressent son mysticisme....

.....Mme Labat a résolu d'incarner, de donner corps matériel à l'œuvre commencée par lui avec la plume, en créant une ferme-école modèle, où l'âme et le cœur seraient fortifiés et haussées en même temps que l'intelligence. Tout s'enchaîne, et m'ayant demandé de l'animer, Mme Labat offre un bien, un fief ou asseoir et épanouir cette fondation dans le sol, la pierre, l'instrument et l'animal, dans l'homme enfin......

Opothérapie en gynécologie. — H. VAN DER HOEVEN (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 10 oct. 1931, p. 5087) attribue les menstruations pauvres à l'hypothyroïdie, à l'hyperépinéphrie, à la production insuffisante de prolan B ou à l'ovaire.

Si les règles sont trop abondantes et que la thyroïde soit grosse, donner de l'adrénaline. Si l'adrénaline ne réussit pas, il y a un excès de folliculine et il faut administrer de la thyroïde.

Des règles avec caillots témoignent d'un excès de folliculine ou d'une insuffisance lutéinique et d'une hyposympathicotonie. Il faut donner de la thyroïde et de l'adrénaline. A. M.

LA CORSE A 24 HEURES DE PARIS

Le train 15 (1[re], 2[e] classes, lits salons, couchettes, wagons-lits de 1[re] et de 2[e] cl., wagon-restaurant), assure la liaison rapide et commode entre Paris et l'Ile de Corse.

Il part à 17 h. 40 de la gare de Paris P. L. M.

Il arrive le lendemain matin à 9 h. 50 à Nice.

Il faut prendre ce train, le lundi, le mercredi ou le vendredi pour embarquer dès le lendemain sur le paquebot de Corse qui part à midi.

Un autobus P. L. M. transporte de la gare au port les voyageurs et leurs bagages.

La traversée est courte et agréable.

On déjeune à bord.

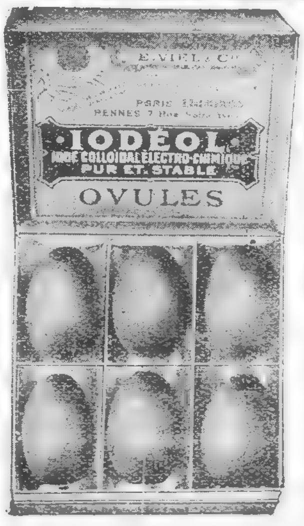
On débarque dans l'Ile à l'heure du dîner.

Le port de débarquement varie suivant les jours : les mardis et samedis on accoste à Calvi ; le jeudi c'est à l'Ile-Rousse que l'on descend.

(Un autre paquebot quitte Nice le vendredi, à 9 heures, pour arriver à 18 h. 25 à Ajaccio.)

La visite de l'Ile est assurée par les autocars P. L. M. au départ des villes d'Ile-Rousse, de Calvi, d'Ajaccio, de Bastia et de Corte. Ces villes sont pourvues d'excellents hôtels. On y trouve des bureaux d'autocars P. L. M.

Les principales gares P. L. M. délivrent des billets et enregistrent les bagages à destination des ports d'Ajaccio, Bastia, Calvi, Ile-Rousse et des gares de Corte, Ghisonaccia, et Vizzavona qui (ainsi que les bureaux P. L. M. d'Ajaccio et de Bastia) assurent les mêmes opérations pour le retour sur le continent


IODÉOL
IODE COLLOÏDAL ELECTRO-CHIMIQUE
PUR ET STABLE
OVULES

FONDÉ EN 1873. — N° 26 LE NUMÉRO : 50 Centimes 25 JUIN 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^{e})
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. —16 juin. — Thèse vétérinaire. — M. BARTHÉLEMY. Histoires médicales épizootiques et agricoles aux pays de Vosges, Lorraine, Alsace et frontière des Allemagnes depuis les temps préhistoriques jusque vers la fin du XIX[e] siècle.

17 juin. — Thèse vétérinaire. — M. PERIS. De la névrectomie du cubital et du médian chez le chien.

20 juin. — M. PANSIN. Etude des abcès métastasiques du cerveau, au cours des bronchectasies. — M. PELLETIER. Etude des accidents nerveux de l'endocardite maligne lente et en particulier de la forme psychique. — M. Elphège JOUIS. Traitement des hyperchlorhydries par l'extrait hydroalcoolethere de Jaborandi.

21 juin. — M. BONAMY. Les perforations intestinales au cours des parathyroïdes différentes. — M. GUIHÉNEUC. De l'exclusion haute de l'estomac. — M. LE CORRE. L'anesthésie régionale en chirurgie urinaire. — M. DAVID. Etude de la thrombophlébite primitive du golfe de la jugulaire et particulièrement son diagnostic. — M. FORESTIER. Les abcès de la cloison recto-vaginale. — M. KUPERCYN. A propos de quelques cas de grossesses extra-utérines doubles.

Médecins d'asiles d'aliénés. — M. le Docteur Ducoudray est nommé médecin chef de service du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen, en remplacement du Docteur Mouchette, appelé à un autre poste.

Corps de santé militaire des troupes coloniales. — M. le médecin général inspecteur Gaide a été placé, à compter du 13 juin 1932, dans la 2[e] section (réserve) du Corps de santé militaire des troupes coloniales.

Bordeaux. — M. le Docteur Vangermez est nommé électroradiologiste adjoint des hôpitaux de Bordeaux.

Institut d'hygiène de l'Université de Paris. — Liste des diplômés pour l'année 1932 :

MM. Altenbach, Ameur, Barakat, Benmilat, Berkovici, Bleiweiss, Bréhon, Briand, Bosquet, Boucher, Mme Buquet, Mlle de Cambiaire, M. Castanakis, Mme Catel-Beghin, MM. Chambin, Charmant, Cheikh, Copperie, Dangauthier, Delthil, Desmier, Diriart, Mlle Dumans, M. Farahal-Lévy, Mlle Fayot, MM. Feldein, Floresco, Fort, Gaujoux, Mlle Goldberg, M. Gossart, Mme Gravelvick, MM. Grange, Hardouin, Mmes Judes, Lacroix, Lecomte, M. Logothetis, Mlle Loir, Mme Lydaki, MM. Melnotte, Misset, Mlle Nanu, MM. Nicol, Petit, Pochon, Polack, Poruzol, Prades, Raymond, Rivera-Otero, Rolland, Rosenfeld, Salauze, Seuki, Simonin, Stuhl, Susini, Terrial, Thépenier, Théron, Thivet, Thomas (Emile-André), Tourneux, Valot, Voiriot, Zelonni, Zewos.

Institut de technique sanitaire et hygiène des industries. *L'Institut de technique sanitaire et hygiène des industries*, organisme d'Etat, rattaché au Conservatoire national des Arts et Métiers, et destiné à la formation de techniciens de l'assainissement, ouvrira sa prochaine session en novembre.

Les élèves régulièrement inscrits, et qui satisfont à l'examen de fin d'études, reçoivent un diplôme d'Etat : *Brevet de technicien sanitaire.*

Des auditeurs libres sont admis, sans être astreints à une scolarité régulière ; il peut leur être délivré un certificat d'assiduité.

L'enseignement est gratuit. Il comprend la technique sanitaire urbaine, celle des habitations, des usines, ateliers, etc. ; une série de conférences est consacrée à la technique sanitaire rurale : aspects spéciaux de la technique sanitaire dans les campagnes ; constructions rurales : habitations et bâtiments de ferme, écuries, étables ; alimentation en eau, puits et citernes ; fumiers et fosses à purins ; hygiène de la voie publique au village.

Conditions spéciales d'exécution, dans le milieu rural, des opérations courantes de la technique sanitaire.

La durée des cours est limitée à trois mois, de façon à permettre aux élèves de province de les suivre, sans séjourner trop longtemps à Paris. La plupart des cours et conférences ont lieu le soir de 20 à 22 heures. La scolarité peut être répartie sur deux années.

Les leçons pratiques à l'amphithéâtre sont complétées par des démonstrations pratiques, manipulations, visites d'installations sanitaires, examens de dispositifs d'assainissement et rédactions de projets.

Pour inscription et tous renseignements, écrire au directeur de l'Institut, au Conservatoire national des Arts et Métiers, 292 rue Saint-Martin, Paris (3[e]).

Voyage médical en autocar aux Villes d'eaux tchécoslovaques (Franzensbad, Marienbad, Carlsbad) avec visites de Prague, Vienne, Budapest et retour par les Alpes, les Dolomites, les Lacs italiens et la Suisse, du 21 août au 8 septembre. Prix : 3.800 francs.

Renseignements et inscriptions à l'Agence « Mon Voyage », 9, rue de la Michodière, Paris, (2[e]). (Tél. Louvre 08-90).

Premier Congrès international d'hygiène méditerranéenne. (Marseille, 20 à 25 septembre 1932.) — PROGRAMME. — Mardi 20 septembre. Matin 9 heures : Séance solennelle d'ouverture au Grand-Théâtre, en présence de M. le Président de la République. Premier rapport : La Spirochétose espagnole, par M. SADI DE BUEN. Discussion. — Communications : Spirochétoses. — Après-midi 2 heures : Communications : Démographie. Mouvements de la population. Emigration. Immigration.

Mercredi 21 septembre. Matin 9 heures : 2[e] rapport : La Fièvre ondulante, par M. BURNET. Discussion. Communications : Mélicoccies. — Après-midi 2 heures : Communications : Météorologie. Climatisme. Urbanisme. Génie sanitaire. Hygiène du rivage le long des mers sans marée. Questions connexes d'hydrologie et de géologie.

Jeudi 22 septembre. Matin 9 heures : 3[e] rapport : La Dengue,

par M. BLANC. Discussion. Communications : Fièvre à pappataci. Fièvre jaune. — Après-midi 2 heures : Communications : Leishmanioses. Paludisme. Bilharziose. Fièvre typhoïde. Variole.

Vendredi 23 septembre. Matin 9 heures : 4e rapport : Des Procédés modernes de dératisation des navires, par M. LUTRARIO. Discussion. Communications : Lutte contre les rongeurs. Rats. Puces. Peste. — Après-midi 2 heures : Communications : Trachome. Lèpre Tuberculose. Maladies vénériennes.

Après la séance, au cours de la visite des ports, il sera fait une démonstration pratique de dératisation d'un navire.

Samedi 24 septembre. Matin 9 heures : 5e rapport : La Fièvre exanthématique méditerranéenne, par M. OLMER. Discussion. Communications : Fièvres exanthématiques. Typhus exanthématique. — Après-midi 2 heures : Communications : Prophylaxie publique et privée des maladies infectieuses les plus communes dans le bassin méditerranéen. Ententes internationales.

Résolutions.

Un groupe important de médecins suisses voyageant en France visite Vichy. — Le 4 juin, est arrivé à Vichy, en automobiles, un groupe important de médecins suisses, excursionnant en France.

Ils ont été ainsi reçus au grand établissement thermal, dont ils ont parcouru les différents services d'hydrothérapie, de mécanothérapie et d'électrothérapie, pourvus des tout derniers perfectionnements. Ils ont eu également l'occasion de visiter les ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat, où, par suite d'un machinisme habilement conçu, toutes les garanties d'asepsie désirables sont obtenues. Les bouteilles arrivant des verreries, transportées par le système dit de la chaîne, passent aux différentes machines pour être lavées, remplies, capsulées, étiquetées, sans qu'aucune main les touche.

Le laboratoire de recherches hydrologiques, fonctionnant sous le haut patronage de l'Institut d'hydrologie du Collège de France a retenu d'autre part toute leur attention, ainsi que le magnifique domaine du Sporting-Club de Vichy, où a été réalisé un très bel ensemble d'installations sportives : golf, courts de tennis, stade, piscine, etc.

Pendant leur séjour, le Docteur Durand-Fardel, a fait à ses collègues suisses une très intéressante conférence sur les sources de Vichy, leur thérapeutique et l'historique de la station.

La Compagnie fermière de Vichy, de son côté, a tenu à recevoir les distingués visiteurs et leur a offert un banquet dans les salons du Casino.

Congrès international de la lithiase biliaire (Vichy, 19-22 septembre 1932). — Le Comité du prochain Congrès s'est arrêté à trois sujets particulièrement en vue : 1° Les séquelles de la cholécystectomie ; 2° Le traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la lithiase biliaire ; 3° Le foie lithiasique.

L'ensemble des rapports, des discussions, et des communications auxquels ces sujets donneront lieu, formera une large étude de tout le domaine de la lithiase biliaire et des multiples questions qui s'y rattachent.

La limite des inscriptions est fixée au 1er août et toutes les demandes de renseignements, adhésions et cotisations doivent être adressées à M. le Docteur Jean Aimard, secrétaire général du Congrès international de la lithiase biliaire, 24, boulevard des Capucines, Paris (9e).

Hôpital Cochin (27, faubourg Saint-Jacques. Service du Docteur Paul CHEVALLIER.) — *Manipulations d'hématologie* dirigées par Mme Z. ELY, MM. DEMANCHE, LEVY-BRUHL, J. BERNARD, SEVAUX.



Les manipulations d'hématologie ont lieu tous les trimestres, l'après-midi de 14 à 17 heures.

Elles ne sont précédées d'aucune conférence. Les explications nécessaires sont données au cours même des manipulations.

Le nombre des manipulations est fixé à dix par série. Les élèves sont exercés individuellement. S'inscrire, au pavillon Landouzy, auprès du chef de laboratoire ou de l'interne du service qui recevra le montant des droits. Les internes des hôpitaux de Paris sont admis gratuitement.

Semaine d'hématologie proprement dite (droit d'inscription : 150 francs.) — Prélèvements, étalements, fixation et colorations du sang ; numération des globules rouges, des globules blancs et des hématoblastes ; reconnaissance des différents éléments normaux et pathologiques. Résistance globulaire, sédimentation. Epreuves de saignement et coagulation.

Semaine biologique et bactériologique (droit d'inscription : 150 francs). — Hémocultures ; germes sanguicoles ; chimie sanguine élémentaire ; urée ; sucre ; cholestérine ; réactions de fixation du complément ; séro-diagnostic ; réactions de floculations ; inoculations expérimentales : voies et techniques.

Série de l'été 1932. — Hématologie du lundi 27 juin au samedi 2 juillet inclus. — Biologie du lundi 4 juillet au samedi 6 juillet inclus.

Au cas où le nombre des inscriptions dépasserait le maximum fixé, une série supplémentaire commencera le 18 juillet.

Union internationale contre la tuberculose. — La VIII[e] conférence de l'Union internationale contre la tuberculose se réunira à La Haye du 6 au 9 septembre 1932, sous le haut patronage de S. M. la Reine-Mère des Pays-Bas, et sous la présidence du Professeur Nolen, futur président de l'Union internationale contre la tuberculose. La séance de clôture aura lieu à Amsterdam. La discussion sera limitée à trois sujets principaux : Question biologique, « *Relations entre l'allergie et l'immunité* », rapporteur Prof. Jules Bordet (Bruxelles) ; — Question clinique. « *La chrysothérapie* », rapporteur Prof. Luis Sayé (Barcelone) ; — Question sociale, « *L'Assistance post-sanatoriale* », rapporteur Docteur B. H. Vos (Hollande). Dix co-rapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les quarante pays, membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Le Comité d'organisation de la Conférence a préparé un programme très attrayant de réceptions et d'excursions ; ces dernières dureront jusqu'au mercredi 14 septembre et feront connaître aux congressistes les principales institutions antituberculeuses de Hollande, ainsi que les sites les plus renommés de ce beau pays.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la Conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion, soit par l'intermédiaire de leur gouvernement ou Association nationale, soit directement au Comité d'organisation de la conférence à l'adresse suivante : International tuberculose, Congrès, 1932, Riouwstraat 7, La Haye (Pays-Bas).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire comme membres de la Conférence doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 15 florins hollandais, exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI[e]).

Les congressistes bénéficieront de réductions sur les prix des hôtels.

IV[e] Croisière de l'Association Guillaume Budé. — L'Association Guillaume Budé, dont le récent Congrès de Nîmes a affirmé la vitalité et magnifié l'œuvre féconde en vue de la défense et du maintien de la culture classique, organise une quatrième Croisière aux prochaines vacances.

Cette croisière qui durera du 11 août au 2 septembre aura lieu dans le bassin occidental de la Méditerranée à bord du paquebot de luxe *Patris II*, avec le concours de la *Neptos. S. A.*

Tous les amateurs de beaux voyages, tous ceux qui veulent connaître les premières étapes de la civilisation européenne, tous les passionnés d'histoire, tous les amis des lettres et des arts voudront participer à cette croisière dont l'itinéraire a été ainsi fixé : Marseille, Naples, Pompéi, Paestum, Palerme, Ségeste, Sélinonte, Agrigente, Syracuse, Taormina, Tunis, Carthage, Dougga, Malte, Spalato, Raguse, Cattaro, Cettigne, Durazzo, Tirana, Appollonie, Corfou, Ithaque, Marseille.

Dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé, cette croisière en Méditerranée sera accompagnée, à titre de conférenciers, par M. Eugène Albertini, professeur au Collège de France et André Boulanger, professeur à l'Université de Strasbourg.

Les inscriptions sont reçues au siège de l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (6e). Téléphone : Littré 25-57.

Hôpitaux d'Orléans. — Un concours pour une place de pharmacien, chef du laboratoire de chimie et de bactériologie aux hôpitaux d'Orléans, s'ouvrira aux *hôpitaux de Tours*, le jeudi 3 novembre 1932, à 8 heures du matin.

Les inscriptions seront reçues par M. le Directeur des hôpitaux d'Orléans, jusqu'au 20 octobre 1932.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Directeur des hôpitaux d'Orléans, 1, rue Porte-Madeleine.

La collaboration internationale dans le domaine des hôpitaux. — L'Association internationale des hôpitaux, fondée l'été dernier, a pris, malgré la crise mondiale, un développement très satisfaisant. Jusqu'à présent quinze sociétés nationales des hôpitaux s'y sont jointes. Cinq des onze Commissions d'études prévues ont poussé leur travaux préparatoires si loin que leurs programmes de travail ont pu être publiés dans le deuxième cahier de la troisième année de *Nosokomeion*, qui vient de paraître. Cette revue éditée par W. Kohlhammer, à Stuttgart, est l'organe officiel de l'Association.

Les programmes des commissions d'études montrent la multitude des domaines touchés par le service hospitalier moderne. Ils constituent un ensemble de matériaux scientifiquement et systématiquement réunis, destiné à rendre de grands services dans tous les domaines professionnels ainsi qu'aux autorités qui se consacrent au développement de l'hôpital comme centre sanitaire des villes et des districts. Il appartient aux personnes et aux services compétents d'utiliser ce matériel selon les exigences du service hospitalier des différents pays.

Nécrologie. — Docteur François Xavier Ducros, médecin commandant en retraite, décédé à l'âge de 77 ans. — Docteur Iscovesco, décédé à Paris. — Docteur Jambon, de Rennes, mort subitement au volant de son auto. — Docteur Jean Robolin, de Montrevel (Ain). — Maurice Miguet, docteur en pharmacie, administrateur-directeur général des établissements Jacquemaire de Villefranche. — Lily Abrahmsohn, étudiante en médecine de nationalité polonaise à l'Ecole de médecine de Reims. — Docteur Christy, explorateur, naturaliste mort au Congo belge. — Docteur Laumonier, de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire médical belge et du Grand Duché de Luxembourg. Prix : 40 francs. Lamertin M., éditeur, 58-60, rue Coudenberg, Bruxelles.

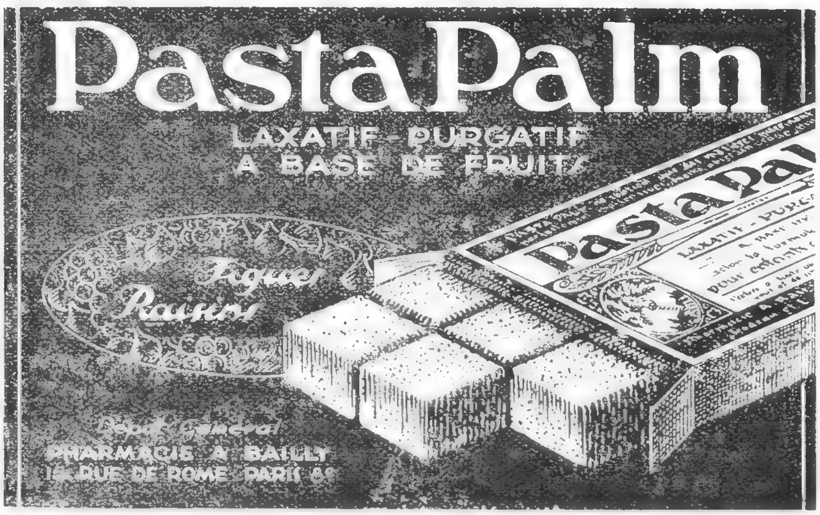
La 35e édition de l'Annuaire médical belge, vient de paraître sous la forme d'un beau volume in-8° de 460 pages, cartonné.

Cet Annuaire donne la liste des médecins, pharmaciens, dentistes, hôpitaux et cliniques de la Belgique et du Grand Duché de Luxembourg.

Ouvrage indispensable au service de publicité des laboratoires, fabricants d'instruments de chirurgie, etc...

« Nosokomeion » 1931. Deuxième numéro spécial : Comptes rendus du IIe Congrès international des hôpitaux à Vienne. 313 pages. Prix : 11,25 marks. Prix spécial pour les abonnés de « Nosokomeion » et les congressistes : 7,50 marks, plus les frais d'envoi.

Le premier numéro extraordinaire de Nosokomeion, consacré aux rap-




NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

ports du second Congrès international des hôpitaux, est complété aujourd'hui par un second numéro extraordinaire, qui reproduit les comptes rendus du Congrès.

L'introduction esquisse l'histoire des efforts entrepris pour réaliser une collaboration internationale dans le domaine des hôpitaux, et donne une vue d'ensemble sur le Congrès et sa portée.

Une note expose ensuite le travail d'organisation qui a été accompli : *la fondation de l'Association internationale des hôpitaux*, ses statuts et ses comités, parmi lesquels les Commissions permanentes d'étude ont déjà pris une extension considérable et assumé une importance fondamentale.

Les *comptes rendus* du Congrès débutent par les discours d'ouverture. Puis viennent pour chaque question, l'exposé du rapporteur et la discussion dont le caractère international rehausse l'intérêt, et qui a souvent permis d'approfondir et d'enrichir les problèmes traités.

L'évolution des espèces. Histoire des idées transformistes, par Jean Rostand. Un volume in-16 : broché, 12 francs. Librairie Hachette.

Jean Rostand, ajoute, à la série de ses importants ouvrages parus chez Hachette, un volume dont le seul titre, l'*Evolution des Espèces*, suffit à à dire le puissant intérêt documentaire et philosophique.

Il sera lu avec passion de tous ceux que préoccupe la question, sans cesse mouvante et plus que jamais controversée, du transformisme.

Jean Rostand, bien qu'il ne mette pas en doute la réalité de la transformation des espèces, conclut qu'aucune des théories proposées n'est pleinement satisfaisante.

Peut-être l'évolution est-elle révolue et faut-il conjecturer, dans la période juvénile de la vie, des transformations dont la science actuelle ne connaît aucun exemple.

Les troubles vaso-moteurs des extrémités, par le Dr Langeron. La pratique médicale illustrée. Un vol. in-8° de 70 pages, 18 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Les *troubles vaso-moteurs des extrémités* désignent l'ensemble des manifestations pathologiques dépendant d'une perturbation de la circulation artérielle et artériolo-capillaire de ces extrémités et possédant une autonomie clinique suffisante ; leur constatation est fréquente, leur importance pratique non négligeable.

L'auteur en fait une étude physio-pathologique et clinique ; il en analyse les symptômes et leur mode de production, puis en décrit les principaux groupements et formes cliniques, pour terminer par la thérapeutique qui doit leur être appliquée ; le tout en se plaçant sur un terrain avant tout pratique.

On trouvera donc dans cet exposé une mise au point d'une question assez complexe et touffue qui permettra au médecin de se reconnaître dans les diverses manifestations pour être à même de les diagnostiquer et de les traiter.

Introduction à la chirurgie nerveuse, par E.-E. Lauwers, Préface du Professeur G. Guillain. Un volume de 122 pages, 25 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tout chirurgien peut aborder sans appréhension la chirurgie nerveuse ; les exigences de l'anesthésie, de l'hémostase, du maniement des tissus sont les mêmes qu'en chirurgie générale et les différences sont plus apparentes que profondes. Mais un neuro-chirurgien ne devra pas être seulement un opérateur habile des lésions dites chirurgicales du système nerveux, il devra avoir aussi des connaissances précises sur la physiologie, l'anatomie pathologique et la clinique neurologique.

Le professeur Lauwers, de Gand, déjà connu par de nombreuses publications de chirurgie nerveuse, met au point dans ce livre les questions neurologiques qui sont abordées par le chirurgien, il délimite également le domaine actuellement connu de la chirurgie nerveuse, il en précise les techniques.



TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques critères biologiques, d'application pratique, pour le diagnostic étiologique du rhumatisme chronique progressif tuberculeux

Par R.-J. WEISSENBACH, F. FRANÇON, L. PERLÈS et J. MARTINEAU

On ne discute plus l'existence du rhumatisme chronique progressif tuberculeux. Depuis les premiers travaux de Poncet et de ses collaborateurs Arloing, Courmont, Dor, Thévenot, pour la partie bactériologique de ses recherches, jusqu'aux belles publications récentes de F. Bezançon, de M.-P. Weil et de leurs élèves, il en a été apporté des preuves convaincantes diverses, en particulier la découverte du bacille de Koch dans le liquide synovial ou dans les tissus articulaires, ne présentant, à l'examen histologique, que des lésions inflammatoires non spécifiques.

Mais ces observations démonstratives restent peu nombreuses, alors que les cas de rhumatismes chroniques progressifs infectieux sont très fréquemment rencontrés. Beaucoup d'auteurs pensent et écrivent que le rôle de la tuberculose est très minime dans l'étiologie de ce groupe de rhumatismes chroniques et que ceux-ci dépendent dans la quasi totalité des cas, tantôt d'infections focales, tantôt d'infections d'autre nature dues soit à des germes connus comme le gonocoque, les streptocoques, etc., soit à des germes encore inconnus. Ceci tient à ce que la notion de la nature tuberculeuse d'un rhumatisme chronique progressif infectieux s'appuie, dans la pratique courante, avant tout, sur les résultats d'une enquête et d'un examen cliniques complets et méthodiques, éléments d'appréciation qui ne constituent, par eux-mêmes, que des présomptions. Ceci tient encore à ce qu'il n'existe pas de procédé biologique capable de donner, à lui seul, une réponse valable, en dehors de méthodes telles que la biopsie articulaire ou l'inoculation du liquide articulaire au cobaye (1). Mais on sait que ces méthodes même peuvent donner un résultat négatif, qu'une meilleure connaissance de la tuberculose expérimentale du cobaye et que l'existence des formes atténuées ou filtrantes du virus tuberculeux rendent indispensables l'inoculation de plusieurs animaux, l'observation prolongée de ceux-ci, les réinoculations en série, toutes recherches exigeant des techniciens entraînés, beaucoup de temps, et comportant des frais relativement élevés. Pour toutes ces raisons, il s'agit de procédés qui ne peuvent être appliqués dans la pratique journalière.

Or, reconnaître la nature tuberculeuse d'un rhumatisme chronique comporte des conséquences pratiques très importantes. C'est se donner la possibilité de faire appel logiquement et légitimement à certaines médications spécifiques (vaccins, tuberculine, etc.) ou à certains corps chimiques, plus spécialement indiqués dans ces cas ; c'est préciser le pronostic ; c'est encore éviter aux patients des traitements inopportuns, tels qu'amygdalectomies, multiples avulsions dentaires, etc., sans objet dans ces cas.

Ayant observé et traité de nombreux cas de rhumatismes chroniques progressifs infectieux, nous nous sommes demandés s'il ne serait pas possible d'utiliser, à défaut d'une méthode unique à réponse décisive, quelques procédés biologiques, d'application simple, incapables chacun de donner une indication valable, mais dont l'emploi simultané, par les réponses convergentes fournies, permettrait sinon d'affirmer, du moins de considérer comme très probable la nature tuberculeuse d'un cas donné.

Ce sont les résultats d'une étude poursuivie selon ces directives depuis cinq ans que nous rapportons ici. Nous nous sommes efforcés de réaliser cette discrimination en confrontant, chez un certain nombre de malades judicieusement choisis, les résultats des investigations cliniques et ceux de toute une série de méthodes biologiques.

Nous tenons à bien préciser que nos conclusions ne s'appliquent, pas à tous les rhumatismes chroniques, mais seulement à ceux que la majorité des auteurs s'entendent pour désigner du nom du rhumatisme chronique progressif infectieux, ou rhumatisme déformant ou noueux progressif infectieux, ou encore polyarthrite déformante progressive infectieuse. Nous en rappelerons très brièvement les caractères principaux : début d'ordinaire insidieux et progressif, mais parfois brusque par un épisode aigu fébrile ; évolution continue, réellement progressive ou, plus souvent, poussées suivies de rémissions relatives ; température habituellement subfébrile aux environs de 38°, parfois plus élevée au moment des poussées évolutives ; caractère inflammatoire des arthropathies avec gonflement synovial, épaississement des tissus périarticulaires, épanchement articulaire ; atteinte de multiples articulations présentant une certaine symétrie : les articulations des doigts, les poignets, les genoux, les pieds, les coudes ; évolution progressive s'étendant sur des mois et des années entraînant l'extension des phénomènes inflammatoires à un nombre de plus en plus grand d'articulations : hanches, épaules, colonne vertébrale et provoquant sur les articulations les plus anciennement touchées les déformations par subluxation, rétraction tendineuse, ankylose, cause d'impotence ou d'infirmité grave et définitive, même en cas d'arrêt de l'évolution du processus inflammatoire.

* * *

Parmi un nombre considérable de sujets observés par nous depuis plusieurs années et atteints de ce type de rhumatisme chronique progressif infectieux, dont nous venons de rappeler les caractères nous avons retenu trente cas qu'une étude clinique complète nous permet de considérer comme de nature à peu près certainement tuberculeuse : antécédents, particularités évolutives, associations morbides, caractères radiographiques.

Chez ces malades, comme chez les autres, pris comme témoins, nous avons pratiqué de nombreux examens biologiques.

Il en est certains qu'une première étude comparative nous a montré sans grand intérêt au point de vue envisagé. Ce fut le cas pour la série des investigations chimiques concernant le calcium, le phosphore, la cholestérine, etc.

En conséquence nous ne ferons pas ici mention de ces examens.

Nous avons, au contraire, retenu :

1° L'étude de la sédimentation globulaire sanguine suivant la méthode de Westergreen ;

2° La réaction de Vernes à la résorcine ;

3° L'étude de la formule leucocytaire portant sur :

a) la numération des leucocytes,

b) le pourcentage des polynucléaires,

c) le pourcentage des éosinophiles.

4° La réaction de Besredka (avec la variante de Goldenberg plus sensible) ;

5° L'étude de la réaction focale sous l'influence des injections de tuberculine ou de produits spécifiques, comme l'allergine de Jousset.

Voici les résultats de ces examens pratiqués chez nos malades *avant tout traitement.*

(1) La culture du sang et du liquide articulaire par la méthode de Löwenstein apportera peut-être la réponse au problème posé dans ces cas. Il s'agit d'un procédé encore à l'étude, que nous avons employé dans une douzaine de cas, avec Durupt, mais qui nous a donné des résultats inconstants ou contradictoires, dont nous ne pouvons faire encore état.

1° Sédimentation globulaire sanguine selon la méthode de Westergreen

L'étude de la sédimentation globulaire sanguine a été pratiquée dans vingt-quatre cas. (Les chiffres indiqués sont ceux des notations relevées aux première, deuxième et vingt-quatrième heures). Elle a donné les résultats suivants :

Cas	1re h.	2e h.	24e h.	Cas	1re h.	2e h.	24e h.
I =	109	122	126	XIII =	30	65	110
II =	80	120	140	XIV =	30	55	110
III =	75	120	130	XV =	26	47	95
IV =	59	81	110	XVI =	23	49	98
V =	50	100	140	XVII =	15	45	100
VI =	50	80	124	XVIII =	15	37	100
VII =	40	80	125	XIX =	15	30	105
VIII =	32	70	108	XX =	12	23	65
IX =	38	68	124	XXI =	10	24	68
X =	37	59	108	XXII =	7	28	84
XI =	35	70	140	XXIII =	9	30	90
XII =	30	69	110	XXIV =	6	10	85

En résumé sur vingt-quatre cas examinés la sédimentation globulaire a été : 14 fois très fortement accélérée.
7 fois accélérée.
3 fois à la limite de la normale.

2° Réaction de Vernes a la résorcine

L'étude de la réaction de Vernes à la résorcine a été pratiquée dans vingt-six cas. Elle a donné les résultats suivants :

Cas	Résultat	Cas	Résultat
I =	72°	XIV =	38°
II =	69°	XV =	36°
III =	61°	XVI =	36°
IV =	60°	XVII =	34°
V =	59°	XVIII =	20°
VI =	56°	XIX =	18°
VII =	50°	XX =	13°
VIII =	50°	XXI =	12°
IX =	47°	XXII =	12°
X =	45°	XXIII =	10°
XI =	44°	XXIV =	6°
XII =	40°	XXV =	2°
XIII =	38°	XXVI =	2°

En résumé sur vingt-six cas la réaction de Vernes à la résorcine a été :
10 fois fortement augmentée (au-dessus de 45°);
7 fois moyennement augmentée (de 30 à 45°);
9 fois normale ou à la limite de la normale (au-dessous de 30°).

3° Etude de la formule leucocytaire

a) *Numération des leucocytes.*

La numération des leucocytes a été pratiquée dans *trente* cas, elle a donné les résultats suivants :

Cas	Résultat	Cas	Résultat
I =	15.800	XII =	8.400
II =	15.000	XIII =	8.200
III =	14.000	XIV =	8.200
IV =	12.000 (1er examen)	XV =	7.800
	7.000 (après le début du traitement).	XVI =	7.500
V =	12.000	XVII =	7.400
VI =	10.400	XVIII =	7.200
VII =	10.000	XIX =	7.000
	5.800 (après le début du traitement).	XX =	7.000
VIII =	9.800	XXI =	6.800
IX =	9.800	XXII =	6.200
X =	9.400	XXIII =	6.000
XI =	9.200	XXIV =	5.600
		XXV =	4.800
		XXVI =	4.200
		XXVII =	4.200
		XXVIII =	4.000
		XXIX =	4.000
		XXX =	2.800

En résumé sur trente cas nous avons noté :
7 fois une hyperleucocytose nette de 10.000 à 15.000.
4 fois une hyperleucocytose modérée aux environs de 9.000.
21 fois une leucocytose normale ou même légèrement inférieure à la normale (dont deux fois après le début du traitement chez des sujets ayant présenté auparavant une hyperleucocytose au-dessus-de 10.000).

b) *Polynucléose.*

L'étude de la polynucléose a été pratiquée dans trente cas, elle a donné les résultats suivants :

Cas	Résultat	Cas	Résultat
I =	76,5 %	XVI =	63 %
II =	75 %		61 % (après le début du traitement)
	56 % (après le début du traitement)	XVII =	62 %
III =	73 %	XVIII =	61 %
IV =	72 %	XIX =	60 %
V =	71 %	XX =	58 %
VI =	71 %	XXI =	58 %
VII =	70 %	XXII =	58 %
VIII =	69 %	XXIII =	58 %
IX =	68 %	XXIV =	58 %
X =	68 %	XXV =	57 %
XI =	67 %	XXVI =	56 %
XII =	65 %	XXVII =	54 %
XIII =	65 %	XXVIII =	53 %
XIV =	64 %	XXIX =	40 %
XV =	63 %	XXX =	15 %

En résumé sur trente cas examinés la polynucléose a été :
7 fois très légèrement supérieure à la normale ;
13 fois normale ;
12 fois au-dessous de la normale.

c) *Eosinophilie.*

L'étude de l'éosinophilie a été pratiquée dans trente cas, elle a donné les résultats suivants :

Cas	Résultat	Cas	Résultat
I =	56 %	XIII =	2 %
II =	10 %	XIV =	2 %
III =	7 %	XV =	2 %
IV =	5 %	XVI =	2 %
V =	4 %	XVII =	2 %
	3 % (après le début du traitement)	XVIII =	2 %
VI =	4 %	XIX =	2 %
VII =	3 %	XX =	2 %
VIII =	3 %	XXI =	2 %
IX =	3 %	XXII =	1 %
X =	3 %	XXIII =	1 %
XI =	3 %	XXIV =	1 %
XII =	2 %	XXV =	1 %
	5 % (après le début du traitement)	XXVI =	1 %
		XXVII =	1 %
		XXVIII =	1 %
		XXIX =	1 %
		XXX =	0

En résumé, sur les trente cas examinés, après avoir éliminé le cas I où une parasitose intestinale concomitante est la cause de l'éosinophilie considérable, l'éosinophilie s'est montrée :
6 fois notée à un chiffre supérieur à la normale entre 3 % et 10 % ;
25 fois normale : égale ou inférieure à 2 %.

4° Réaction de Besredka (variante de Goldenberg)

L'étude de la réaction de Besredka a été pratiquée dans vingt-six cas, elle a donné les résultats suivants :

I = + + + +	XIV = + ±
II = + + + +	XV = +
III = + + +	XVI = +
IV = + + +	XVII = négative
V = + + +	XVIII = négative
VI = + + +	XIX = négative
VII = + + +	XX = négative
VIII = + + ±	XXI = négative
IX = + +	XXII = négative
X = + +	XXIII = négative
XI = + +	XXIV = négative
XII = + +	XXV = négative
XIII = + ±	XXVI = négative

En résumé dans les vingt-six cas où elle a été pratiquée, la réaction de Besredka (variante de Goldenberg) a été :

8 fois : positive forte.
6 fois : positive moyenne.
2 fois : positive faible.
10 fois : négative.

5° Réaction focale sous l'influence des injections de tuberculine ou de l'allergine de Jousset

Nous entendons sous le nom de réaction focale les réactions locales qui s'observent sur les articulations malades telles que : exagération de la douleur et augmentation de la tuméfaction articulaire. Cette réaction survient dans les quarante-huit heures qui suivent l'injection de tuberculine. Nous avons obtenu ces résultats équivalents avec les injections d'allergine, chez des sujets que nous traitions par ce produit (1).

Les réactions générales telles que poussées de température, frissons, céphalée, palpitations, qui peuvent accompagner la réactions focale ou survenir isolément ne doivent pas être retenues et sont sans signification diagnostique.

L'étude de la réaction focale a été pratiquée dans six cas et a donné les résultats suivants :

I = Réaction focale après injection sous-cutanée de 1/10e de milligramme de tuberculine de l'Institut Pasteur.

II = Réaction focale après injection sous-cutanée de 1/100e de milligramme de tuberculine de l'Institut Pasteur.

III = Réaction focale après injection sous-cutanée de 1/8e de c. c. d'allergine de Jousset.

IV = Réaction focale après injection sous-cutanée de 1/4 de c. c. d'allergine de Jousset.

V = Réaction focale après injection sous-cutanée de 1/4 de c. c. d'allergine de Jousset.

VI = Réaction focale après injection sous-cutanée de 1/4 de c. c. d'allergine de Jousset.

En résumé dans les six cas étudiés, la réaction focale s'est montrée toujours très nette, durant vingt-quatre et quarante-huit heures.

***

L'analyse des résultats fournis par chacune des différentes épreuves, considérées isolément, nous montre que dans les cas étudiés, nous avons observés :

a) La sédimentation globulaire le plus souvent fortement accélérée ;

b) La réaction de Vernes à la résorcine le plus souvent fortement positive ;

c) La leucocytose rarement augmentée, le plus souvent normale ou légèrement inférieure à la normale ;

d) La polynucléose normale ou subnormale ;

e) L'éosinophilie à un taux parfois supérieur à la normale, le plus souvent normal ;

f) La réaction de Besredka (variante de Goldenberg) le plus souvent positive mais non constamment.

g) La réaction focale consécutive à l'injection de tuberculine ou d'allergine de Jousset a toujours été positive dans les cas où elle a été recherchée, mais ce nombre de cas (six) est encore insuffisant pour permettre des conclusions.

L'examen comparatif des résultats de ces différentes épreuves qui, prises isolément n'apporterait pas de réponse décisive et par conséquent n'ont pas de valeur pathognomonique, apparaît d'un intérêt tout autre. La confrontation des résultats prend un relief particulier qui ne pouvait se dégager de chaque examen pris à part.

La réunion d'une sédimentation accélérée, d'une réaction de Vernes à la résorcine positive, d'une leucocytose normale ou légèrement inférieure à la normale, d'une polynucléose normale ou légèrement inférieure à la normale, d'une éosinophilie persistante, d'une réaction de Besredka positive, d'une réaction focale positive après injection de tuberculine ou d'allergine de Jousset réalise les plus fortes présomptions en faveur de la nature tuberculeuse du rhumatisme. Il en a été ainsi dans six de nos trente observations.

Mais une concordance aussi absolue des résultats n'est pas la règle, comme nous venons de le voir. Souvent, on ne rencontre que des concordances partielles. Et c'est ce point que nous allons étudier maintenant.

L'accélération nette de la sédimentation globulaire ainsi qu'une réaction de Vernes à la résorcine positive semblent s'observer toujours dans les cas de rhumatisme tuberculeux évolutif. Mais ces réactions même conjointement positives ne sont pas spéciales au rhumatisme tuberculeux évolutif. En effet nous les avons observées dans des rhumatismes gonococcique, streptococcique, etc., dont la nature ne pouvait faire aucun doute, confirmée à la fois par la clinique et le laboratoire.

Cependant jamais en cas de rhumatisme tuberculeux évolutif nous n'avons vu manquer soit l'une soit l'autre de ces réactions.

Une vitesse de sédimentation globulaire normale coexistant avec une réaction de Vernes à la résorcine négative permet d'écarter l'étiologie tuberculeuse, s'il s'agit d'un malade en évolution, c'est-à-dire avec fluxions articulaires, température au moins subfébrile, etc... En effet quand spontanément ou mieux sous l'influence du traitement l'état clinique s'améliore, les résultats de ces deux réactions peuvent revenir à des valeurs normales. Le plus souvent néanmoins, leur retour à la normale est plus tardif que l'amélioration clinique.

La leucocytose sanguine et la polynucléose étudiées conjointement à la réaction de Vernes à la résorcine et à la sédimentation globulaire sanguine donnent des renseignements importants :

Au cours d'un rhumatisme évolutif fébrile ou subfébrile, l'association d'une leucocytose normale ou au-dessous de la normale avec polynucléose normale ou au-dessous de la normale, d'une sédimentation globulaire accélérée et d'une réaction de Vernes à la résorcine positive, constitue un syndrome humoral que nous n'avons rencontré que dans des cas de rhumatisme chronique dont la nature tuberculeuse devait être considérée comme très probable, sinon certaine, par les résultats de l'enquête clinique.

Il s'agit donc là d'un syndrome humoral dont la valeur séméiologique est d'un haut intérêt pratique soit que la recherche de la séro-réaction de Besredka et de la réaction focale ne puisse être pratiquée ou que ces épreuves aient donné un résultat négatif.

Cependant ce syndrome humoral faisait défaut dans des cas de rhumatisme tuberculeux mais ceux-ci se présentaient dans des conditions cliniques particulières : poussée évolutive grave, avec température élevée, atteinte marquée de l'état général.

Dans ces cas nous avons noté de la leucocytose et de la polynucléose sanguine. Nous voyons donc que si dans les cas

◆◆◆

(1) Il s'agissait de sujets chez lesquels, comme le demande Jousset, la cuti-réaction avec la tuberculine brute s'était montrée franchement positive.

de cet ordre on ne peut utiliser la formule hématologique et l'équilibre leucocytaire pour le diagnostic étiologique de tuberculose, on ne doit pas néanmoins, en s'appuyant sur l'existence de la leucocytose et de la polynucléose rejeter le diagnostic de rhumatisme tuberculeux.

La réaction de Besredka vient en s'ajoutant aux signes précédents compléter le syndrome. Positive elle est un argument important de plus en faveur de l'origine tuberculeuse, mais comme le montrent nos observations elle ne saurait, lorsqu'elle est négative, faire rejeter le diagnostic de tuberculose si les autres éléments du syndrome orientent vers ce diagnostic.

L'étude de la réaction focale consécutive aux injections de tuberculine ou d'allergine de Jousset mérite de retenir l'attention. Déjà mise en valeur par différents auteurs et spécialement par Bezançon et ses collaborateurs, elle s'est montrée positive chaque fois que nous l'avons recherchée, s'ajoutant ainsi au faisceau d'arguments qui plaidaient en faveur de la nature tuberculeuse de ces cas. Mais, comme nous l'avons dit plus haut, le nombre de nos cas est insuffisant pour juger définitivement la question.

Si la réaction focale fait défaut, nous ne pensons pas, quoique nous n'en connaissions pas d'exemple, que ce résultat négatif permette d'éliminer l'étiologie tuberculeuse si les autres examens orientent vers ce diagnostic.

***

En résumé l'étude critique de toutes nos observations permet de conclure que la confrontation des résultats d'un certain nombre d'épreuves biologiques, judicieusement choisies et qui sont toutes d'un emploi aisé dans la pratique, peut apporter un faisceau d'arguments en faveur de la nature tuberculeuse d'un cas donné de rhumatisme chronique progressif infectieux.

Les examens ou épreuves utiles à pratiquer sont d'après notre expérience les suivants : 1° la mesure de la vitesse de sédimentation globulaire ; 2° la séro-réaction de Vernes à la résorcine ; 3° l'étude de la leucocytose sanguine (numération ; équilibre leucocytaire : polynucléose, éosinophilie) ; 4° la séro-réaction de Besredka à l'antigène tuberculeux ; 5° l'étude des réactions focales articulaires consécutives aux injections de tuberculine ou d'allergine de Jousset.

Les résultats de ces différentes investigations, s'ils ne constituent pas l'épreuve cruciale sur laquelle on puisse établir une discrimination certaine, apportent des éléments d'appréciation très importants qui s'ajoutent à ceux que fournissent l'enquête et l'examen cliniques, en comprenant dans celui-ci l'étude radiographique. A défaut ou jusqu'à découverte de test, présentant une plus grande valeur, tout en restant d'application facile dans la pratique courante, nous pensons que les critères biologiques, dont nous venons de montrer l'intérêt, méritent pour cette raison d'être utilisés dans tous les cas de rhumatisme chronique progressif infectieux, dont la nature reste inconnue ou douteuse.

« La chirurgie biliaire possède essentiellement aujourd'hui quatre opérations, fort bien réglées dans leur technique : deux d'entre elles, cholécystectomie et cholédocotomie, se sont peu imposées comme donnant, lorsqu'elles sont indiquées, les meilleurs résultats. *Ce sont les opérations nobles.*

A côté, cholécystostomie, anastomoses de la vésicule, font figure de parents pauvres. Elles ne trouvent place dans la pratique chirurgicale, que, lorsque, véritablement l'état général de l'opéré, les caractères de la lésion; la nature même de celle-ci, ne permettent pas une chirurgie radicale ».

(Léon Bérard et P. Mallet-Guy. — Exploration fonctionnelle des voies biliaires et chirurgie. Un vol. 1931, Masson, édit.)

Café. — Helen Hacket (de l'Université d'Oklahoma) a recherché le M. B. de jeunes femmes normales, buvant ou non du café. Les « non-café » ont eu un M. B. moyen de 50.2 calories par heure et les « café » de 53.2. (The Effect of Coffee on the Basal Metabolism of Young Women, *Journ. Home Economics* 23, 1931, p. 769.) A. M.

Du cranio-tabès : L'évolution des conceptions pathogéniques

Par le Dr **M. SCHACHTER** (Bucarest)

Connu depuis longtemps (Vimont, 1833 ; Lucas, 1839) comme une malformation relativement rare et peu importante, le cranio-tabes, ou ramollissement occipital des nourrissons, a été soigneusement étudié par C. L. Elsässer, dans son livre intitulé : « Der veiche Hinterhaupt » (*L'occiput mou* », 1843).

Pour Elsässer, qui a pu voir trente et un cas typiques de cradio-tabes, ce dernier n'est plus qu'une malformation ; c'est un symptôme de rachitisme, rachitisme du nourrisson. C'était presque une révolution, que d'affirmer en 1843, que le rachitisme peut débuter aussi avant que l'enfant commence de marcher.

Selon Elsässer, ce symptôme est loin d'être toujours congénital ; il se produit dans la règle au cours du deuxième trimestre après la naissance, parfois encore au cours du premier trimestre. La disparition du cranio-tabes se fait lentement (au cours des huitième et treizième mois) mais peut encore se voir au début de la deuxième et même au début de la troisième année. La signification rachitique du cranio-tabes, est déduite par Elsässer, du fait que les enfants porteurs de cranio-tabes, étaient faibles au point de vue de la constitution physique, avaient des sueurs abondantes et présentaient en plus, une moindre résistance aux maladies infectieuses.

C.-L. Elsässer, est non seulement l'auteur qui a pour ainsi dire découvert cliniquement le cranio-tabes, mais aussi celui qui a le premier essayé de rattacher les crampes (convulsions), le laryngospasme, et les autres manifestations que nous appelons maintenant avec un terme spécial de « spasmophilie », au fait que le ramollissement occipital, permet une compression cérébrale, se répercutant de façon fâcheuse sur certains centres cérébraux.

La conception rachitique du cranio-tabes, trouva dans Friedleben (1860) un adversaire convaincu ; pour ce dernier auteur, loin de signifier un processus pathologique, dans le sens de rachitisme, le cranio-tabes est la résultante banale de la pression mécanique exercée pendant la position horizontale, sur la région occipitale du crâne. Cette pression intervient dans le mécanisme du cranio-tabes, qui est le résultat d'une mauvaise calcification locale. En France, M. Comby a soutenu un point de vue superposable à celui de Friedleben.

Il y avait donc deux théories, l'une rachitique et l'autre purement mécanique du cranio-tabes, et les deux se disputaient la prépondérance.

Vers 1885, Bohn réfuta Friedleben pour se rallier à la conception rachitique du cranio-tabes, mais non sans en élargir les cadres. En effet, pour Bohn, il y a deux formes de cranio-tabes, l'une congénitale *non rachitique* (rare et qui disparaît au cours des premiers deux mois de la vie) et l'autre acquise et de *nature rachitique* (dans le sens de Elsässer) débutant à la fin du premier trimestre, c'est-à-dire, quand la forme congénitale est guérie.

Contemporain de G. Bohn, le pédiatre Kassowitz (1860), de Vienne, après avoir étudié soigneusement la question en cause, aboutit à une conception *unitaire* du cranio-tabes : toutes les formes de cranio-tabes, sont pour cet auteur de nature rachitique et débutent par conséquent avant la naissance, comme le rachitisme. Comme preuve des conceptions rachitiques, Kassowitz et ses élèves invoquent l'existence fréquente chez les nouveau-nés et nourrissons avec cranio-tabes de : chapelet costal, de nouures épiphysaires, des déformations thoracales et des extrémités ; en plus : le fait que le cranio-tabes se voit plus souvent en ville qu'à la campagne, plus fréquemment en hiver qu'en été. Parfois, les nourrissons présentent seulement du cranio-tabes sans tous les autres signes que nous venons d'énumérer, mais ceux-ci acquièrent dans la suite les autres modifications rachitiques typiques, démontrant par

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 – RUE D'ASSAS – PARIS

cela *ipso facto*, la thèse de Kassowitz, c'est dire la nature rachitique du cranio-tabes.

M. le Prof. Marfan, a admis intégralement l'opinion de Kassowitz et a invoqué pour la défendre les mêmes raisons, plus cet élément nouveau, qui concerne l'origine infectieuse possible (la syphilis) du cranio-tabes. En parlant des vues de Kassowitz, M. Marfan, dit : « C'est cette opinion que j'ai soutenue moi-même, en me fondant sur les preuves cliniques et anatomiques... ». Et dans ces preuves il n'y a rien de plus que chez Kassowitz. Au bout de l'étude sur le cranio-tabes, le Prof. Marfan, conclue que le cranio-tabes est toujours une altération rachitique se montrant avec les quatre mois de la vie et représentant une manifestation d'un rachitisme précoce, dont il est la première étape. Il est presque toujours suivi de déformations rachitiques légers ou graves. Mais là où la note est en effet, très importante et personnelle à M. le Prof. Marfan, c'est quand il termine avec ces paroles : « La cause la plus fréquente (nous ne disons pas la seule) du rachitisme précoce (c'est-à-dire du cranio-tabes) est la syphilis congénitale. Par suite, la constatation d'un cranio-tabes, doit la faire rechercher ».

La conception de Kassowitz fut admise par beaucoup d'auteurs, critiquée par des autres (comme Pommer), jusqu'au moment où le Prof. Wieland, de Bâle (1908), se basant sur un matériel très important et bien soigneusement étudié, publia ses recherches sur la question du cranio-tabes.

Pour Wieland, il y a deux formes : 1° un cranio-tabes non rachitique et congénital et 2° un cranio-tabes rachitique et exceptionnellement congénital.

1° Le cranio-tabes non rachitique et congénital guérit vers la fin du premier ou au début du deuxième trimestre. Cette forme serait due à une ossification imparfaite associée avec un processus circonscrit de résorption du tissu osseux, sans que l'on puisse parler d'un phénomène pathologique. C'est donc un arrêt dans le développement, par pression du cerveau qui pousse trop vite, pression qui se fait sentir là où justement ces ramollissements apparaissent plus évidents, à la coupole du crâne.

Pour Abels, le cranio-tabes congénital n'est pas dû à la croissance du cerveau, mais plutôt à la pression de la tête fœtale contre le bassin maternel et il prend comme preuve de cette façon de voir le fait que :

a) Les enfants nés de primipares ont plus fréquemment du cranio-tabes ;

b) Les enfants prématurés, ont beaucoup plus rarement ceci, que les autres ;

c) Les enfants venus en position sacrée, ne présentent pas de cranio-tabes.

2° Le cranio-tabes rachitique (exceptionnellement congénital) post-natal, montre des modifications histologiques caractéristiques : un dépôt calcaire mauvais, du tissu osseux formé en grandes masses (ostéoïde) et non-calcifié. Les signes cliniques de rachitisme ne se voient jamais avant deux mois, c'est-à-dire quand la forme congénitale, non rachitique, est déjà guérie. Au point de vue thérapeutique, les deux formes se différencient beaucoup, car si le rachitisme acquis sous forme de cranio-tabes est amélioré par le traitement antirachitique, l'autre forme congénitale reste non-influencée par ce traitement.

Enfin récemment, les progrès dus aux rayons X et aux études de chimie sanguine, semblent démontrer que non seulement le cranio-tabes congénital (dans le sens de Wieland) mais aussi la forme acquise rachitique, peut se voir, sans que l'examen du sang puisse faire admettre la nature rachitique de ces modifications osseuses ; plus encore, ces deux formes sont non-influencées par des traitements antirachitiques. Parmi les auteurs qui ont mis en doute la nature rachitique du cranio-tabes vrai, citons à côté des travaux de Jundell (de Stockholm), ceux de A. Höjer, Lach-Behrens, Cozzolino, Wichmann, Comby (pour qui le cranio-tabes est un simple retard d'ossification des os du crâne), etc.

Un point de vue éclectique, a été soutenu par Abels et György, pour qui le cranio-tabes est un état de « prérachitisme », une sorte de rachitisme précoce, mono-symptomatique, différent de la forme poly-symptomatique classique avec son triple syndrome : clinique, chimique et radiologique La première forme « préрachitique » peut ou non progresser et donner le rachitisme poly-symptomatique. Le Prof. Jundell a critiqué cette conception, se basant seulement sur le fait que cette forme qui se dit rachitique simple ne guérit pas avec le traitement antirachitique, d'autant plus fort que la forme de rachitisme est plus légère, comme c'est le cas avec le cranio-tabes.

D'une série de travaux entrepris en 1925, 1927, et 1929, le Professeur Jundell a tiré la conclusion que le cranio-tabes n'a rien à faire avec le rachitisme et qu'il est par contre « physiologique ».

En 1931, le Prof. Jundell a publié dans les *Acta Pædiatrica*, un travail d'ensemble sur la question du cranio-tabes, en insistant de nouveau sur son point de vue, c'est-à-dire sur la signification non rachitique de cette manifestation cranienne.

Les recherches ont été conduites de cette façon : un certain nombre de femmes enceintes ont été soumises à un traitement prophylactique antirachitique avec de l'huile de foie de morue, du vigantol (ergostérine irradiée) et du jus de citron. Le même traitement fut appliqué aux nourrissons nés dans la suite, depuis le jour de la naissance jusqu'à l'âge de deux ans environ. Plus les enfants étaient jeunes, plus ils furent examinés et réexaminés cliniquement, pour des manifestations de rachitisme. Pour la surveillance à la maison, on s'est servi des infirmières visiteuses, éduquées *ad hoc*. Ces infirmières notaient et rapportaient tous les troubles qui se voyaient chez ces enfants envoyés à la maison. Dans ce cas, les enfants étaient examinés par Jundell, personnellement.

Il a soumis à ce traitement 128 mères et 129 enfants (un cas de gémellarité) et 78 mères avec 79 enfants (un cas de gémellarité) comme contrôle (qui ne furent pas soumis à ce traitement prophylactique).

Jundell a considéré comme cranio-tabétique, seulement, les cas qui étaient évidents, sans prêter à discussion. « Seuls ces ramollissements furent considérés comme cranio-tabes, qui n'étaient pas trpo rapprochés des bords des plaques osseuses, indifféremment si ces bords étaient plus ou moins mous ou non ».

Voilà les résultats obtenus par Jundell : des 102 cas traités avec de l'huile de foie de morue, 68 ont eu du cranio-tabes, dûment contrôlé ; ceci correspond à 68,6 % de cas de cranio-tabes sur les cas traités avec de l'huile de foie de morue. De 27 cas traités avec du Vigantol, 16 cas, c'est-à-dire 59,3 % ont eu du cranio-tabes. En additionnant les cas, 129, on a 65,8 % de cas de cranio-tabes. En comparant ces chiffres avec les cas de contrôle, on a les résultats suivants : sur les 79 cas, 46 ont du cranio-tabes, c'est-à-dire 58,2 %. Donc les enfants traités prophylactiquement avec des moyens antirachitiques, ont au moins le même taux de cranio-tabes que les autres non traités de cette façon. Donc le cranio-tabes, n'est pas influencé par le traitement antirachitique et n'a donc nulle relation avec le rachitisme. En effet, Jundell montre que si sur les 129 cas traités prophylactiquement, 40 cas, c'est-à-dire 31 % avaient du chapelet costal et des nouures épiphysaires, sur les 79 cas de contrôle, 42, c'est-à-dire 53,2 %, avaient les mêmes symptômes, donc une différence de 22 % en faveur de groupe traité prophylactiquement.

Pour être plus exact, disons que des recherches faites par Jundell, il résulte que le cranio-tabes est dans la majorité des cas sans rapport avec la rachitisme et que seulement le cranio-tabes, ne permet pas de poser le diagnostic de rachiti me. Dans sa conclusion Jundell est prudent ; en effet, il dit : « Le résultat final de ce qui vient d'être dit reste que le cranio-tabes est à interpréter au moins dans la grande majorité des cas, non comme un phénomène rachitique, mais plutôt comme un phénomène physiologique ou bien simplement hypoplastique ». Cette conclusion n'exclue pas la possibilité que dans certains cas, on puisse se trouver en face de cas de cranio-tabes rachitiques ; seulement ceci n'est pas la règle : « Dass eine solche (c'est-à-dire cranio-tabes rachitique), unter allen Umstände eine relativ weniger Gewöhnliche Erscheinung ist, durfte nach dem Gesagten unzweifelhaft sein » (Jundell).

Pour Jundell, le cranio-tabes s'explique par une pression mécanique sur le crâne. Cette pression peut aboutir à une hypoplasie des plaques osseuses, donc à un arrêt de l'ossification dans la région cranienne exposée à la pression. Si cet arrêt se fait justement au moment où physiologiquement il y a une résorption du tissu osseux, on peut à peine parler d'un phénomène pathologique, *strictiori sensu*. C'est donc un simple trouble hyperplastique.

La valeur pratique de cette conception, réside dans le fait que, si l'on ne croit pas à l'origine rachitique du cranio-tabes, tout traitement prophylactique et curatif est illusoire et inutile. Ceci a son importance, maintenant, car on sait que beaucoup d'auteurs ont insisté sur le fait que des traitements antirachitiques intempestifs, ne sont pas sans danger pour l'organisme.

Si cette conception de Jundell est très intéressante, nous croyons néanmoins, que le médecin praticien, doit devant chaque cas de cranio-tabes, rechercher la cause possible de cette manifestation ; c'est ainsi qu'il découvrira sinon, ce qu'il a cherché, mais peut être, une syphilis, ou toute autre maladie qui, sans cette recherche aurait passé inaperçue.

Voilà somme toute, assez brièvement exposée l'histoire évolutive de nos conceptions sur le cranio-tabes.

CHRONIQUE

Sécrétion sébacée et grossesse
Caduque. Cancer et grossesse.
Fièvre de grossesse. Infection puerpérale

Sécrétion sébacée et grossesse. — De l'étude de onze cas, Floris (1) affirme que la sécrétion sébacée augmente dans la dernière période de la gestation et atteint son maximum peu avant et durant le travail de l'accouchement. Le procédé quantitatif employé par Floris lui a été suggéré par Rabbeno qui a fait des recherches analogues sur l'homme sain.

Il n'a pas été publié d'expériences sur l'activité des glandes sébacées dans la gestation des femmes ni des animaux. Novak, dans son chapitre de *Biologie und Pathologie des Weibes*, consacré aux rapports entre appareil cutané et appareil génital féminin, écrit que rien n'est connu avec certitude sur les modifications de la sécrétion sébacée durant la grossesse. De façon plus générale, nous possédons peu de données sur la sécrétion sébacée. Son mécanisme est peu clair et on discute, encore aujourd'hui, s'il s'agit de dégénérescence graisseuse des éléments épithéliaux ou d une véritable sécrétion particulière ; ainsi, donc, on ne connaît presque rien sur la nature de sa production dans les divers états psysiologiques et pathologiques, sur l'influence de l'innervation, sur l'action des médicaments.

Pour la récolte, Floris a utilisé la peau du front, région riche en sebum et qui se prête à l'application d'un papier absorbant. Après un lavage consciencieux à l'eau savonneuse, il applique sur le front du sujet un rectangle de papier filtre très épais, (dégraissé par extraction éthérée dans le Sohxlet pendant 48 heures) mesurant 8 × 4 cm. (soit 32 cmq.) qu'il recouvre d'un carré de gutta un peu plus grand, simplement dégraissé à l'éther et il fixe le tout avec quelques tours d'une bande de gaze. L'application dure douze heures ; alors le papier est enlevé et la partie cutanée sous-jacente est détergée avec un tampon de coton dégraissé et sec. Papier et coton sont placés dans un séchoir ; et, au bout de douze heures, ils sont traités à l'éther anhydre, dans un micro-extracteur de Laqueur simplifié. Des épreuves de contrôle montrèrent qu'au bout de ce temps, l'extraction peut être considérée comme complète. L'extraction achevée, on recueille l'éther dans la cuve de l'appareil, on le filtre sur papier dégraissé en usant d'un petit entonnoir pour micro-analyse et on le reçoit dans un petit verre ; on évapore l'éther et on pèse le résidu à la balance analytique, jusqu'à poids constant.

L'auteur n'a pu jusqu'ici faire des recherches sur des gestantes dans les premiers mois de la gestation, et il a dû se limiter aux gestantes admises dans les derniers mois et attendant, dans la clinique, l'époque de leurs couches ; et aussi sur certaines femmes hopitalisées pour allaitement.

Floris a déterminé : 1° la quantité de sebum récolté en douze heures, au moyen du rectangle absorbant de 32 centimètres carrés de la peau du front, soit de jour ou de nuit ; 2° la quantité recueillie en 24 heures, de la même superficie cutanée, provenant ou de la somme des quantités de deux déterminations successives de douze heures chacune, ou en doublant celle d'une unique détermination de douze heures ; 3° la quantité produite par un décimètre carré de peau en vingt-quatre heures.

L'examen des chiffres obtenus révèle la fixité des déterminations pour chaque durée et chaque sujet. Les valeurs de deux analyses successives présentent des différences maxima de 1 milligramme, parfois même de quelques dixièmes de milligramme et elles coïncident d'autres fois ; les variations rentrent donc dans les limites de sensibilité de la recherche (+ ou — 1 mgr.). Ceci démontre que la production du sébum est pratiquement égale, soit de jour ou de nuit, soit à l'état de veille ou de sommeil, durant les faibles occupations du travail diurne d'une gestante ou durant son repos au lit. Ceci concorde avec les observations de Rabbeno, qui montra que le travail musculaire n'influence pas la production sébacée.

Le fait que la quantité de sebum diurne égale celle de la nuit, permet de calculer la production journalière par une seule détermination de douze heures, de jour ou de nuit.

La production de sebum varie, toutefois, notablement — toutes choses égales — d'un sujet à l'autre. A la fin du neuvième mois, par exemple, la production journalière d'un décimètre carré varie de 27,2 mgr. à 128, 1 mgr. et plus fréquemment de 50 à 60 mgr.

Des résultats obtenus, on peut dire qne la production sébacée de la peau du front est probablement déjà augmentée au huitième mois, qu'elle croît pendant le neuvième, qu'elle atteint son maximum dans les derniers jours de la grossesse, pour redescendre aussitôt après l'accouchement. Les valeurs les plus hautes ont toujours été enregistrées dans les deux ou trois jours précédant le travail et, dans un cas, où la détermination a pu être faite au cours du travail, on a constaté une augmentation encore plus élevée : 50 %.

***

Signification de la caduque. — La plupart des histologistes admettent que la déciduale résulte d'une transformation de la muqueuse utérine. Tout au plus discute-t-on sur la nature de certaines plages cellulaires et, par exemple, on connaît les travaux de Delporte sur les cellules X, cellules semblant appartenir à la caduque et, pourtant, cellules de l'ectoderme placentaire, véritables avant-gardes des villosités.

Cette théorie classique n'est pas admise par le professeur Pasquale Sfameni (de Bologne) (1). Pour l'éminent accoucheur italien, la déciduale ne provient pas uniquement d'une transformation de la muqueuse utérine ; mais elle est

(1) Michele Floris. — Sulla secrezione sebacea in gravidenza. (Sur sécrétion sébacée dans la gestation). *Bolletino de la società Eustachiana*, (*Pise*) XXIX° année Fasc. III, septembre 1931.

(1) P. Sfameni. — Per un nuovo corpo di dottrina obstetrica. (Pour une nouvelle doctrine obstétricale). *Monitore Obstetrico-Genecologico.* Vol. II fascicule V. page 504. Bologne, octobre 1930.

BIBLIOGRAPHIE

JOHN D. COMRIE. **History of Scottish medicine, deuxième édition.** London, Baillière, Tindall and Cox, 1932, 2 vol. in-8° de 396 et 411-828 p., figures dans le texte et hors-texte.

La collection des « Publications of the Wellcome historical medical Museum » de Londres, vient de s'enrichir de deux volumes nouveaux. C'est une histoire de la médecine écossaise dont l'auteur est John D. Comrie, professeur d'histoire de la médecine à l'Université d'Edimbourg. Une première édition de cet ouvrage parut en 1927 ; elle fut vite épuisée.

Sur le continent, la médecine écossaise est surtout fameuse par Lister qui n'était pas Écossais, mais qui occupa des chaires à Glasgow et à Édimbourg et qui fit à Glasgow ses travaux les plus importants. Il n'est pas prouvé que Bernard Gordon, l'auteur médiéval du *Lilium medicinæ* fût d'origine écossaise, mais l'Écosse peut s'enorgueillir d'autres grands médecins, surtout à partir de 1685, date à laquelle le Collège royal des médecins d'Édimbourg inaugura son enseignement. L'un de ses maîtres fut alors l'iatro-mathématicien Archibald Pitcairne, qui avait étudié à Paris et s'était fait recevoir docteur en médecine à Reims. La Faculté de médecine d'Édimbourg ouvrit ses portes un peu plus tard. Elle fut illustrée au XVIII[e] siècle par les trois Alexandre Monro qui succédèrent dans la chaire d'anatomie de 1720 à 1846, par Joseph Gibson qui, en 1726, fut le premier à enseigner l'obstétrique dans le Royaume-Uni, par Robert Whytt (1714-66), l'un des plus grands neurologistes de son temps, par le clinicien William Cullen (1712-90), par John Brown (1735-88), le nouvel Asclépiade, par les chimistes Joseph Black (1728-99) et Daniel Rutherford (1749-1819), par Francis Rome (1719-1813) qui décrit le croup, par les frères John et Charles Bell (1763-1820 et 1874-1842), anatomistes et chirurgiens.

Edimbourg avait été précédée par St. Andrews, Glasgow et Aberdeen, dont les universités fondées en 1411, 1451 et 1494 ont dès l'origine réservé une place à la médecine dans leur enseignement. Ce fut à Glasgow qu'en 1701, Robert Houston pratiqua la première ovariotomie.

Dans la première édition de son livre, Comrie s'était arrêté à 1860. Ici, il poursuit l'histoire de la médecine écossaise, jusqu'à la fin du XIX[e] siècle qu'il dépasse même dans un dernier chapitre, consacré aux modifications de la législation sanitaire au cours des soixante dernières années. L'histoire de la médecine aux temps préhistoriques, à l'époque romaine et au Moyen Age a été beaucoup plus développée que dans la première édition.

Une illustration abondante et soignée augmentent l'intérêt de cet ouvrage dont d'excellentes tables rendent la consultation aisée.

D[r] Ernest WICKERSHEIMER.

Trafalgar, par A. THOMAZI Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 4 croquis et 10 gravures hors texte : 18 francs Payot, 106 boulevard Saint-Germain, Paris.

On sait bien, d'une manière générale, que le gouvernement anglais a été l'âme des coalitions qui ont fini par abattre l'Empereur et faire rentrer la France dans ses anciennes limites, par l'obliger surtout à abandonner la Belgique. Mais bien peu se rendent compte, aujourd'hui encore, de ce que les contemporains eux-mêmes ne comprenaient pas et M. Jacques Bainville, dans son *Napoléon*, a exprimé en trois mots d'un titre de chapitre « Austerlitz, mais Trafalgar » : les victoires terrestres ne résolvant jamais la question, faisant naître sans cesse, de nouvelles difficultés et de nouveaux conflits ; la défaite maritime, au contraire, définitive, irrémédiable et déterminant de façon certaine l'issue de la lutte.

Seul, ou presque seul, Napoléon l'a vu. C'est pourquoi, dès la rupture de la paix d'Amiens, il a décidé de porter la guerre sur le sol de l'Angleterre, seul moyen efficace de la vaincre. A cette entreprise, il a appliqué pendant plus de deux ans les ressources de son génie. Il a fait construire une flotte immense, creusé des ports, dépensé des sommes inouïes, combiné des opérations d'une ampleur sans précédent, dont le théâtre s'étendait de la Méditerranée aux Antilles. Il n'a pas réussi, et c'est son plus grave échec puisqu'il a entraîné tous les autres. Pourtant d'excellentes histoires ne lui consacrent que quelques lignes, pour dire, contrairement à l'évidence, que tous ces préparatifs n'étaient qu'un simulacre destiné à cacher des projets de guerre contre l'Autriche, la Prusse et la Russie.

Personne en France n'a encore présenté un tableau d'ensemble de ces grandes combinaisons maritimes qui ont occupé Napoléon de 1803 à 1805.

C'est cette lacune que le commandant Thomazi a entrepris de combler.

L'ouvrage est illustré de dix gravures fort peu connues dans les originaux sont au Musée de la Marine.

Revue des cours et conférences. — Sommaire du n° du 30 mai 1932 : Le n° : 4 fr. 50. Abonnement un an : France : 60 fr. Editions Boivin, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

M. Souriau : Socialisme et physiologie de la classe ouvrière (I) : La tendance socialiste et le déterminisme marxiste. A. Chérel : La poésie contemporaine (I) : Francis Jammes : les penchants et les goûts ; l'art. — Albert Mathiez : L'Eglise et la Révolution française (VI) : Les difficultés d'application de la constitution civile du clergé. — G. Bachelard : Essai d'une classification des intuitions atomistiques : (VII) : L'atomisme (suite). — R. Bray : Chronologie du romantisme (1804-1830) (IX) : La formation du Cénacle. — P. Couissin : Virgile et l'Italie primitive (VI) : Les Institutions religieuses. — J. Nogué : Variété : Art et Littérature au XIX[e] siècle ; Théodore Rousseau ou l'histoire d'un arbre.

formée d'un tissu complètement nouveau, qui se surajoute à la muqueuse et dérive de la prolifération de l'épithélium. SFAMENI n'admet pas, non plus, que l'œuf attaque ni corrode les tissus maternels afin de se créer une cavité où se nider ; pour lui, la nidation est passive, elle est effectuée par l'épithélium utérin, dont la prolifération ferme la décidua compacte, laquelle enveloppe l'œuf de toute part et le recouvre. Decidua et trophoblaste ne sont qu'un même tissu provenant de la prolifération de l'épithélium utérin, et en conséquence, discuter si la sincytium des villosités choriales dérive de la décidua ou du trophoblaste ou de l'épithélium utérin est oiseux.

***

Cancer et grossesse. — PATEL a présenté à la *Société de Chirurgie de Lyon* (séance du 21 janvier 1932), une observation de tumeur maligne d'une glande mammaire accessoire développée pendant la grossesse. La malade qui avait 32 ans, fut opérée au cinquième mois de sa gestation pour une volumineuse tumeur axillaire en imminence d'ulcération, nettement séparée de la glande mammaire : il s'agissait d'un épithélioma atypique du sein avec zones de nécrose et propagation aux lymphatiques de l'aisselle. On était bien en présence d'un cancer d'une glande mammaire surnuméraire et non d'un cancer du prolongement axillaire de la glande.

BELLE (de Lille) a publié (1) l'intéressante observation d'un cancer du col qui a été traité au début de la grossesse par le radium et qui a rétrocédé, permettant la naissance d'un enfant vivant et normal par les voies naturelles.

Il s'agissait d'une IV pare de 38 ans en bon état, ayant eu ses dernières règles en octobre, ayant eu des métrorrhagies en décembre et vue en février par BELLE.

L'*examen vaginal* montre une tumeur ulcéro-végétante très volumineuse ayant envahi tout le col et comblant l'ouverture du spéculum. Le toucher permet de constater que cette tumeur n'est pas douloureuse et qu'elle est très hémorragique. Une biopsie montre un « cancer papillomateux présentant, en certains points, des papilles à axes conjonctifs minces tapissés « d'un énorme revêtement de cellules polyédriques rappelant « l'épithélium de la région vaginale, sans productions cornées. « En d'autres points, les papilles présentent un épithélium cylin- « drique disposé sur un ou deux rangs de cellules rappelant « celui de la cavité cervicale, atypique sans cellules muqueuses. « Enfin, des régions présentant des cordons de cellules épithé- « liales anastomosées se réunissant en nappes plus ou moins « étendues, parsemées d'orifices pseudo glandulaires d'origine « cervicale intéressant à la fois la région cervicale et la région « vaginale ».

BELLE procède alors à une application de radium : l'appareil composé de quatre foyers de dix milligrammes disposés côte à côte, est maintenu dans la cavité vaginale à un centimètre et demi de la lésion. Il existe en avant une filtration correspondant à 1/10e de m/m de plomb, et, en arrière, une protection de 2 m/m de plomb, plus 2 centimètres et demi de matière filtrante. La dose administrée correspondant à 40 millicuries détruits.

En *mars*, on peut enregistrer une grosse amélioration, les lésions sont en grande partie détruites. Le 12 *avril*, le bord gauche du col est encore déchiqueté et induré, il paraît un peu bourgeonnant mais le toucher ne provoque pas d'hémorragie. Le col est difficilement discernable à cause de la cicatrisation provoquée par le radium. Pendant les mois qui suiviront, l'amélioration s'est continuée et la grossesse arriva à terme.

Le 11 *juin*, l'accouchement avait lieu. Lors du premier examen, au cours du travail, la patiente présentait un col dur, surtout au niveau de la lèvre antérieure. La poche des eaux s'est rompue précocement, le col s'est effacé très lentement, cet effacement portant surtout sur la lèvre postérieure. Le col s'est dilaté peu à peu surtout au niveau de la lèvre postérieure. Au toucher, l'orifice cervical est toujours resté très en arrière. L'induration du tissu cicatriciel de la lèvre antérieure a été perçue pendant tout le travail.

Lorsque la dilatation fut complète, on fit l'abaissement du pied (siège décompleté), et l'extraction. La tête fut difficile à extraire et semblait retenue par la lèvre antérieure du col.

(1) BELLE. — Néoplasme du col et grossesse. *Journal des Sciences méd. de Lille*, 31 janvier 1932, p. 77.

Durée du travail : 9 h. 30. Poids de l'enfant : 3 kgr. 650. Placenta : 650 grammes. Longueur : 53.

Septembre. — A cette époque, des pertes de sang se reproduisent, qui motivent un nouvel examen. Celui-ci permet de constater une récidive néoplasique au niveau du col, sous forme d'une petite ulcération. En *octobre*, on fait une hystérectomie totale. La malade se trouve bien à la suite de l'opération ; mais, en *décembre*, nouvelle récidive au niveau du bord antérieur de la cicatrice cervicale. En *janvier*, on pratique une nouvelle application de radium à l'aide d'un appareil vaginal, pendant une durée de quinze jours, à travers 5/10 m/m de plomb ; distance : 1 cm. 1/2, foyer col, 3 millicuries détruits. Le 31 *janvier* 1927, la malade présentait un mauvais état général, elle était fort anémiée. Au spéculum, on constate que le bourgeonnement est un peu diminué. Il existe en outre des ganglions inguinaux. On pratique, alors, un traitement par les rayons X. 23 *février* 1927 : rétrocession notable du processus néoplasique. L'état général de la malade est bien meilleur, aucune perte de sang, absence de douleur. *Mars* 1927 : l'état général de la malade se conserve à peu près bon. L'appétit est médiocre ; elle continue à travailler et s'occupe de son ménage. Les ganglions cervicaux semblent avoir disparu. La cicatrisation au niveau du col est satisfaisante et les lésions précédemment enregistrées sont complètement disparues. Au spéculum on voit une zone cicatricielle à l'emplacement de la lésion. Cette zone présente de petites télangiectasies qui saignent facilement.

Décès pendant l'été 1927 par cachexie.

***

Fièvre de grossesse. — TARNIER admettait l'existence d'une fièvre de grossesse et certains auteurs récents qui ont discuté cette dénomination ont pensé qu'il s'agissait, dans ces cas, le plus habituellement d'une forme méconnue de pyélonéphrite gravidique. Actuellement, la fièvre de grossesse a disparu des traités. Le Prof. FRUHINSHOLZ (1) considère qu'elle existe cependant. Il s'agit non d'une fièvre à proprement parler, mais d'une fébricule le soir, de l'ordre de quelques dixièmes. Normalement, la période prémenstruelle est marquée par une fébricule semblable avant les règles. Dans la gestation, il en est de même ; cette élévation thermique persiste après la date où les règles auraient dû apparaître et parfois pendant toute la première moitié de la grossesse. Elle n'est que rarement perçue par la femme et est le plus souvent une découverte thermométrique chez une femme qui s'observe. Dans certains de ces cas, on a pu penser à une tuberculose ; il faut donc connaître ces faits pour pouvoir rassurer des malades qui se croient bacillaires et qui ont un simple trouble endocrinien.

***

Infection puerpérale. — LITWAK (2) se loue de l'autohémothérapie dans l'infection puerpérale. Il l'a employée avec succès dans des endométrites graves, dans des ulcères puerpéraux, dans des mastites.

Dans la salpingite, l'effet est peu marqué. Par contre les résultats ont été bons dans la péritonite et dans la pyoémie, sans qu'il faille en exagérer la valeur.

BATISWEILER (3) discute le rôle du coït dans la genèse de l'infection puerpérale. Au début de la gestation, le coït peut déterminer des hémorragies et des avortements. Plus tard, il faut craindre des accouchements prématurés s'il y a excès et s'il y a prédisposition ; mais, dans des conditions normales, le coït est sans danger. Dans les dernières semaines, le coït peut amener la rupture prématurée des membranes et l'infection. Le coït dans les suites de couches jusqu'à la quatrième semaine comporte un gros risque d'infection grave.

HENRI VIGNES.

(1) A. FRUHINSHOLZ. — La fièvre de grossesse existe-t-elle ? *Paris Médical*, 19 décembre 1931.

(2) LITWAK. — Autohémothérapie de l'infection puerpérale. *Archiv f. Gyn.*, t. CXLVI, p. 273.

(3) BATISWEILER. — Coït et étiologie de l'infection puerpérale. *Zentr. für Gyn.*, 26 septembre 1931, p. 2858.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

A l'heure actuelle la question de l'étiologie de la scarlatine est centrée sur le rôle du streptocoque dans cette affection : agent déterminant pour les uns, simple germe d'accompagnement ou de sortie pour les autres.

L'Ecole américaine a repris la théorie streptococcique, déjà énoncée en 1895 par Bergé. Cette théorie repose sur deux propositions très simples : la première est que l'on trouve dans le pharynx de la presque totalité des scarlatineux du streptocoque hémolytique en culture presque pure ; la seconde est que ce streptocoque constitue une variété spécifique, le *streptococcus scarlatinæ*.

L'Ecole roumaine, avec Cantacuzène, rejette la doctrine streptococcique et admet l'intervention d'un virus filtrant.

Dans l'état actuel des choses, aucune des deux théories n'est satisfaisante ; l'existence d'un streptocoque scarlatineux spécifique est difficilement soutenable ; la théorie du virus filtrant est en grande partie hypothétique. On tend plutôt à admettre, avec Sacquépée et Liégeois, l'action combinée du streptocoque, dont l'intervention paraît réelle, et d'un virus filtrant spécifique, encore inconnu.

Les recherches, faites dans le but de résoudre ce problème étiologique, ont conduit à des applications d'ordre pratique :

1° Les essais de prophylaxie par le contrôle bactériologique des convalescents.

2° La vaccination préventive par la toxine du streptocoque scarlatineux ou l'anatoxine préparée à partir de cette toxine.

3° La sérothérapie à l'aide de sérums obtenus par injection à l'animal de la toxine streptococcique.

(F. Meersseman. L'état actuel du problème étiologique de la scarlatine. Applications prophylactiques et thérapeutiques. *Journal de médecine de Lyon*, 5 février 1932.)

Le zona et la varicelle sont-ils dus au même virus ? Trois observations d'Yves Bureau sont favorables à la thèse de l'identité du même virus pour les deux maladies.

La première est relative à un zona contracté au contact de varicelleux, la seconde à une varicelle contractée au contact de zonateux. La troisième est plus délicate à interpréter ; elle pourrait être décrite sous le nom de zona avec vésicules aberrantes, mais l'auteur n'hésite pas à faire le diagnostic de zona avec éruption de varicelle.

Il n'apparaît pas comme impossible qu'un même virus puisse à la fois se localiser sur le système nerveux pour provoquer le zona et se disséminer par voie sanguine pour créer une varicelle.

(Y. Bureau. Zona et varicelle. *Gazette médicale de Nantes*, 15 février 1932.)

Nutrition

Les rhumatismes chroniques ont trois caractères que l'on retrouve 9 fois sur 10.

1° Ils sont ou d'emblée *chroniques* ou récidivants dans un délai plus ou moins long.

2° Ils ont une tendance spontanée à se *généraliser*.

3° Ils ont une tendance spontanée à l'*aggravation anatomique*.

Dans l'évolution de cette affection on est frappé de la double systématisation suivante :

20 % des malades font d'abord du rhumatisme chronique des extrémités (mains, pieds) ; il a une marche centripète ; les lésions sont toujours plus avancées aux extrémités qu'à la racine des membres ; c'est le *syndrome acromélique* réalisé par la polyarthrite déformante de Charcot.

25 % font d'abord du rhumatisme chronique du rachis ou de la racine des membres, épaules ou hanches. Cette forme a une marche centrifuge ; les lésions sont plus avancées aux hanches ou aux épaules qu'aux mains ou aux pieds ; c'est le *syndrome rhizomélique*.

(R. Ardillier. Les deux grands syndromes évolutifs des rhumatismes chroniques. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 janvier 1932.)

Pédiatrie

Les malades atteints de péritonite à pneumocoques sont suspects d'être aussi en état de pneumococcémie, c'est-à-dire qu'ils ont à se défendre contre une infection générale grave qui peut avoir atteint d'autres organes. La péritonite est diffuse d'emblée.

La symptomatologie a été très fouillée pour y trouver les éléments du diagnostic différentiel. Aucun signe n'est pathognomonique. La diarrhée elle-même, qui a une valeur incontestable, n'est pas constante. Le diagnostic doit s'établir plutôt par la concordance des symptômes et par leur évolution.

Toutes les péritonites à pneumocoques n'offrent pas un tableau typique. Il y en a qui ont l'aspect d'une péritonite généralisée avec ballonnement, facies grippé et évolution rapide. D'autres ont un début insidieux, avec fièvre modérée. D'autres s'accompagnent de signes localisés dans la fosse iliaque droite, ou il n'y a pas de diarrhée ou il y a même de la constipation. Le diagnostic est alors à peu près impossible, du moins à la période initiale.

Autrefois les péritonites au début étaient toujours soignées médicalement ; aujourd'hui elles sont présentées au chirurgien dès les premières heures et opérées d'urgence. Cette règle convient-elle à la péritonite à pneumocoques ?

Théoriquement on doit répondre par la négative. La source de l'infection est hors d'atteinte et il n'y a au début qu'un épanchement muqueux, très peu abondant, diffus entre les anses grêles, dont l'évacuation est impossible.

La mortalité des opérations précoces ayant atteint 90 %, on s'est demandé si une intervention pratiquée au moment où l'infection présente son maximum de virulence, ne risque pas d'aggraver l'état septicémique ou de favoriser les métastases. Cependant des statistiques récentes donnent une impression moins pessimiste.

(Nové-Josserand. Le traitement de la péritonite à pneumocoques, *Journal de médecine de Lyon*, 20 février 1932.)

Chirurgie

On a usé et abusé des interventions sanglantes chez les fracturés alors que la méthode orthopédique aurait suffi.

L'ostéosynthèse, la pose de plaques et de fils métalliques exigent une technique impeccable et une asepsie rigoureuse ; la moindre erreur peut déterminer des complications graves, des infections tenaces, des déformations secondaires ; on a vu des plaques se rompre, des cols s'infléchir, des fractures secondaires se produire. Il est bien permis de penser que le plus grand nombre d insuccès est passé sous silence.

La méthode orthopédique est plus simple et comporte moins de risques ; elle constitue le meilleur traitement des fractures. tant ouvertes que fermées ; mais elle exige beaucoup de patience et d'attention. Toute fracture doit être réduite parfaitement, le plus souvent sous anesthésie générale, contenue rigoureusement et radiographiée fréquemment. La méthode s'applique à toutes les fractures, mais la technique varie nécessairement avec chaque cas particulier ; elle donne les meilleurs résultats à ceux qui savent manier le plâtre et les rayons X, qui n'omettent pas les compressions ouatées judicieusement placées, l'extension continue forte, accompagnée naturellement d'une contre-extension énergique.

(Max Poissonnier. Trop d'interventions sanglantes chez les fracturés. *Gazette médicale de Picardie*, décembre 1931.)

Les fractures simples des corps vertébraux dorso-lombaires sont méconnues dans les deux tiers des cas.

L'accident le plus fréquent à la campagne est la chute d'une échelle ou du grenier à foin sur l'aire de la grange. Si le médecin ne constate pas de signes nerveux, il porte le diagnostic de contusion dorso lombaire, que l'éloignement du poste de rayons X ne permet pas de confirmer ; il prescrit le repos au lit et quelques frictions.

Dès les premiers pas, dès les premières tentatives de travail, les sujets souffrent et continuent à souffrir ; un cliché, fait quelques semaines ou même quelques mois après, révèle une fracture d'un corps vertébral. A ce moment les lésions sont anciennes et les déformations irréductibles, les troubles douloureux persistent en dépit des diverses tentatives thérapeutiques.

(Mutel et Gérard. A propos de quelques fractures simples des corps vertébraux dorso-lombaires. *Revue médicale de l'Est*, 1er février 1932.)

La fracture isolée des apophyses transverses lombaires est toujours compliquée d'une entorse lombaire plus ou moins grave, sauf dans le cas de fracture directe.

C'est l'entorse qui joue le rôle le plus important dans l'évolution ; la fracture n'est que le témoin du traumatisme. C'est l'entorse qui doit expliquer les syndromes douloureux de la convalescence, si polymorphes chez les divers blessés.

Le traitement chirurgical par la résection des apophyses fracturées est sans effet sur l'entorse et les névralgies.

(Hamant et Cuénot. Pronostic et traitement des fractures isolées des apophyses transverses lombaires. *Revue médicale de l'Est*, 15 février 1932.)

L'appendicite pelvienne a une allure spéciale et l'on peut résumer en quelques mots les caractères des formes aiguës :

1° Appendicite sans symptômes abdominaux, sans point de Mac Burney.
2° Souvent allure insidieuse, d'apparence peu grave, avec fièvre modérée.
3° Diarrhée ou plutôt rectite muqueuse au lieu de la constipation.
4° Rarement des vomissements.
5° Douleur au toucher rectal et collection suppurée, rapide, abondante.
6° Nécessité d'intervention par le rectum pour évacuer le pus et n'enlever l'appendice que quelques semaines plus tard, dans un second temps, quand l'abcès pelvien est asséché.

(Ch. Martin. A propos des appendicites pelviennes. *Archives médicales d'Angers*, février 1932.)

Médecine légale

Une observation de cancer du pylore post-traumatique attire de nouveau l'attention sur le rapport de causalité entre le traumatisme et le développement de la tumeur.

Un peintre, âgé de 69 ans, tombe d'une échelle et se fracture deux côtes ; un mois après il présente de la douleur dans la région épigastrique, de l'amaigrissement, de la difficulté d'alimentation. La radiographie élimine l'ulcus ou le cancer. Une seule chose est certaine cliniquement, il y a sténose, donc indication opératoire.

L'intervention chirurgicale d'abord, l'examen histologique ensuite aboutissent à un résultat précis : cancer épithélial de l'estomac. Suites opératoires normales.

L'accident du travail n'a pas créé de toutes pièces le cancer ; le squirrhe de l'estomac a une évolution lente ; sous l'influence du choc la sténose du pylore se développe rapidement.

Le rapport médico-légal admet une relation de cause à effet entre l'accident et l'état actuel.

(Drouin. Cancer du pylore et traumatisme. Dufour. Rapport médico-légal. *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de La Rochelle*, février 1932.)

Thérapeutique

L'association de l'insuline et du glucose est un traitement de choix dans les cardiopathies ; il faut reconnaître qu'il règne un assez grand empirisme aussi bien dans la détermination des doses que dans les indications cliniques de la thérapeutique.

Fait assez paradoxal, la conduite du traitement peut être la même, que les cardiaques soient hyper ou hypoglycémiques ou que le taux de leur sucre sanguin soit normal.

Les doses de 10 unités par jour d'endopancrine associées à l'ingestion de 100 grammes de glucose anhydre donnent des améliorations rapides et durables ; le traitement peut être prolongé avec avantage.

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les myocardites pures, d'origines diverses et à des degrés variables. Il n'en est pas de même dans les cas où le myocarde n'est pas seul atteint; l'état du foie paraît jouer un rôle important dans les échecs.

Pratiquement, si aucun effet appréciable n'a été obtenu dans les deux premières semaines de traitement, il vaut mieux s'abstenir ; on est en présence d'un cas rebelle.

(Etienne, Drouet et Collesson. L'association de l'insuline et du glucose dans le traitement des cardiopathies. *Revue médicale de l'Est*, 1er février 1932.)

Pathologie coloniale

La prophylaxie antisyphilitique au Maroc est aux prises avec de grosses difficultés.

A Tanger l'administration internationale complique tout. Il y a des hôpitaux pour chaque nationalité ou religion : français, espagnol, anglais, italien, musulman, israélite.

Des dispensaires ont été créés dans les grandes villes : Rabat, Casablanca, Meknès, Fez, Oudja, Marrakech ; il faut ajouter les formations sanitaires des villes et du bled.

L'efficacité des moyens de traitement a vivement frappé l'imagination des habitants et la seringue leur paraît douée d'une action merveilleuse contre les plaies repoussantes de la syphilis. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une roséole ou de plaques muqueuses, dont l'indigène ne se soucie guère ; il ne comprend pas la nécessité des cures de sécurité. La répartition rurale de la population ne favorise guère un traitement régulier et, pour beaucoup, le jour de piqûre est le jour du marché.

Bien que les statistiques soient excellentes (175.000 consultations en 1930), un seul dispensaire, celui de Marrakech, enregistre de 3 à 400 syphilis nouvelles par mois.

Il semble logique de poursuivre le principal facteur de propagation de la syphilis, la prostitution, dont le développement considérable trouverait son explication dans l'essence même de la loi islamique. L'auteur pense que la construction d'une véritable ville close comme à Casablanca, serait une solution efficace ; mais il entre par cela même dans la grande controverse, qui met aux prises abolitionnistes et anti-abolitionnistes ; il semble bien que la solution du problème de la prostitution soit beaucoup plus d'ordre moral que médical ou administratif.

(Robert Rabut. La prophylaxie antisyphilitique au Maroc. *Maroc médical*, 15 décembre 1931.)

Gymnastique

Le problème des exercices respiratoires se pose de la façon suivante :

1° Chercher à développer par des exercices spéciaux le volume et l'élasticité de la cage thoracique.
2° Faire rendre au poumon son maximum en activant l'oxygénation sanguine.

En d'autres termes les exercices respiratoires seront de nature toute différente suivant que l'on s'occupera du contenant ou du contenu.

Dans le premier cas les mouvements doivent être faits avec énergie, car seul l'effort est profitable.

Dans le second cas il n'y a que les exercices essoufflants qui comptent, à condition d'avoir commencé par développer la cage thoracique et de ne pas dépasser le degré utile et nécessaire de l'essoufflement.

(Condroyer. Etude sur les exercices respiratoires. *Gazette médicale de Nantes*, 1er février 1932.)

Varia

La réinfection est la grande ennemie du gynécologue (E. Vayssière, de Marseille).

La radioscopie et surtout la téléradioscopie nous ont apporté de telles données, touchant la localisation et l'évolution des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, que nous sommes à même d'en mieux concevoir les débuts et de redresse bien des données encore actuellement enseignées comme crlassiques (E. Leuret et F. Piéchaud, de Bordeaux). J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin 1932

Quelques précisions sur la pression veineuse. — *M. Maurice Villaret* constate que, depuis quelques années, l'étude des circulations périphérique et veineuse est, de plus en plus, l'objet de l'intérêt des physiologistes et des cliniciens. Il se félicite de ce mouvement, car il concorde avec l'opinion qu'il soutient depuis longtemps au sujet de l'intérêt de premier ordre que revêt la mesure de la pression veineuse périphérique en clinique.

Après un bref exposé historique de la question, l'auteur résume les données principales acquises par ses recherches. Il envisage tout particulièrement, parmi les facteurs qui interviennent dans le déterminisme de la pression veineuse, le rôle des petits vaisseaux périphériques. Celui-ci est analysé, autant que possible, dans ses divers éléments (artériole, capillaire, veinule).

Il rappelle ensuite les aspects divers des rapports qui unissent pression veineuse et tension artérielle. Il montre que ceux-ci ne sont pas toujours très étroits et qu'une grande liberté de variations réciproques apparaît dans bien des cas. C'est ce que, récemment il étudiait dans un travail spécial, sous le nom d' « Anisergies circulatoires globales ».

L'auteur termine son exposé par le rappel d'une partie de l'abondante documentation clinique qu'il a réunie depuis des années et qui lui a permis de dégager le comportement de la pression veineuse au cours des états pathologiques les plus

variés, d'en tracer, pour ainsi dire, la séméiologie. Il souligne combien celle-ci est riche, et combien étendu le nombre des désordres dont le niveau de la pression veineuse peut montrer le reflet en pathologie ; cela par la simple raison que, à l'état physiologique, très multiples sont les facteurs qui concourent à déterminer ce niveau.

Sur la préparation de la vagotonine. — MM. *D. Santenoise* et *H. Peneau.* — Ces auteurs sont parvenus à mettre au point une technique de préparation permettant d'obtenir une vagotonine à purification très poussée, en quantité assez importante. Une première opération permet l'extraction de la vagotonine brute en partant du pancréas. Une seconde série d'opérations permet d'éliminer, par dialyse, précipitation par des sels neutres, la plus grande partie des impuretés ainsi que l'insuline. Par des précipitations fractionnées successives la purification est poussée beaucoup plus avant et la vagotonine est presque entièrement débarrassée de l'insuline. Une quatrième série d'opérations permet par des passages successifs sur ultra-filtre, et précipitation à l'état de picrate d'obtenir une vagotonine extrêmement purifiée.

Virus tuberculeux dans le liquide amniotique. — MM. *Brindeau, Pierre Cartier* et *Pougin* ont recherché le virus tuberculeux dans le liquide amniotique. Ils l'ont rencontré chez quatre femmes enceintes, à tuberculose très avancée.

Une fois ils ont pu la déceler par l'examen direct et par l'inoculation au cobaye, Dans les autres cas, c'est l'inoculation seule qui a donné un résultat positif. Ils voient là une nouvelle preuve du passage transplacentaire du virus tuberculeux.

Digestion des farines chez les nourrissons. — MM. *Armand-Delille, Bespaloff* et *Lestocquoy* rapportent une série de recherches qu'ils ont faites sur la digestion des farines chez les nourrissons, au moyen de la réaction iodophile dans les selles, étudiée microscopiquement sur lames.

Ces recherches confirment scientifiquement l'opinion de la majorité des pédiatres français :

Au dessous de 6 mois, l'enfant sain ne peut digérer qu'une très faible quantité d'amidon ; à partir de 6 mois la digestion est au contraire complète même pour des rations importantes.

Le nourrisson malade, même au-dessus de 6 mois, ne digère pas les farineux.

Ils concluent que, contrairement à la tendance actuelle de divers pays, les farines ne doivent pas être employées chez le jeune nourrisson avant 6 mois et que de toute façon pour que l'amidon soit assimilable il faut lui faire subir une cuisson prolongée, les bouillies doivent être cuites pendant au moins 3/4 d'heure.

De l'intérêt très particulier de l'étude des maisons à cancer et de la manière dont on pourrait y procéder. — M. *Marcel Chaton* (de Besançon). — De nombreux observateurs médicaux, étudiant la question du cancer sous le jour de l'épidémiologie, ont été frappés de groupements de cas selon des régions (carte du cancer de France et d'Amérique) selon des villages et des quartiers et selon des maisons. La maison à cancer est celle dans laquelle, avec une fréquence assez particulière pour frapper l'esprit, on a constaté, simultanément ou dans le temps, une coexistence ou une succession anormale de cas de cancers.

Or, il existe, dans la littérature médicale, de multiples observations de maisons où les cas de cancer se sont présentés avec une fréquence impressionnante et insolite.

Dans un mémoire à l'Académie de médecine en 1927, d'un rapport du professeur Hartmann, M. Chaton y relatait les 10 observations suivantes qui lui furent communiquées par divers médecins de Franche-Comté.

M. Chaton demande s'il ne serait point désirable et logique que, pour l'étude de chaque nouveau cas bien caractérisé, vraiment impressionnant et étrange, de maison à cancer qui sera signalé, fût constituée une Commission d'études qui procéderait sur les lieux à une minutieuse enquête, et composée essentiellement :

1° D'un anatomo-pathologiste ; 2° d'un bactériologiste ; 3° d'un parasitologue ; 4° d'un botaniste au courant spécialement de la mycologie ; 5° d'un géologue ; 6° d'un médecin pathologiste général, président de la Commission, chargé de diriger les opérations scientifiques, d'en grouper les résultats et de rédiger un rapport.

Sur l'hysto-pathologie des myopathies primitives et surtout de la myopathie pseudo-hypertrophique. — MM. *Scriban* et *Paulian.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juin 1932

Péritonite encapsulante. — M. *Bergeret* a observé un cas nouveau de cette curieuse affection.

Volvulus intestinal. — M. *Grégoire* rapporte trois observations de M. *Yves Bourde* (de Marseille) concernant un volvulus intestinal du grêle, et trois observations de M. *Guibal* (de Nancy) sur des volvulus du sigmoïde et de tout le segment gauche du côlon. Dans les volvulus du grêle on a trouvé des brides fibreuses au pied de l'anse ce qui a permis une guérison facile dans les deux derniers cas par section de la bride. On peut rapprocher la cause des volvulus du gros intestin de celle des lésions correspondantes du grêle.

Hernie diaphragmatique. — Ce travail de M. *Soupault* est rapporté par M. *Jean Quénu.* Il s'agit d'une hernie antérieure décelée par la radiographie. Intervention par voie abdominale on découvrit un sac herniaire et il s'agissait d'une hernie fœtale. Guérison.

Syncope anesthésique et adrénaline. — L'intoxication chloroformique profonde empêche la fibrillation auriculaire, et dans les syncopes secondaires l'adrénaline peut jouer son rôle utile.

Anesthésie de base au bromure de sodium. — M. *Bréchot* propose d'utiliser le bromure de sodium comme anesthésique de base. L'anesthésie est complétée par inhalation à l'éther. Bonne résolution musculaire. Peu de vomissements.

Hémorragies ulcères gastro-duodénaux. — M. *Moure* a observé trois cas : deux non operés sont morts. Le troisième opéré, a guéri. Il insiste sur le fait que très souvent, le diagnostic d'ulcère de l'estomac n'est pas évident.

Torsion des annexes sains chez l'enfant. — M. *Sorrel* en a observé récemment deux cas, l'un d'une torsion de la trompe seule, l'autre des annexes. M. Sorrel est d'avis qu'il est parfois possible de conserver l'organe tordu.

M. *Martin* montre combien le diagnostic est difficile parfois. Il a ainsi observé une jeune malade de 14 ans où il avait pensé à cette affection et qui avait en réalité une rupture de grossesse tubaire.

Fracture de l'extrémité inférieure du tibia. — M. *L. Bazy* présente cette malade chez laquelle il a obtenu un bon résultat par une cheville plantée dens l'astragale.

Appareil d'ostéosynthèse externe. — M. *Reinhold.*

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juin 1932

A propos d'un cas de maladie de Hanot chez un hérédo-syphilitique. — MM. *Etienne Chabrol, Jean Cottet* et *Hamburger* présentent un malade de 26 ans qui depuis son enfance joint au tableau clinique d'une cirrhose biliaire hypertrophique avec splénomégalie, une double kératite interstitielle et de fort curieuses déformations des tibias rappelant la maladie de Paget. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont positives dans le sérum sanguin.

L'ictère et la cirrhose ont évolué progressivement, sans poussée d'angiocholite. Une biopsie du foie démontre l'integrité des canalicules biliaires faisant contraste avec l'atteinte élective des vaisseaux qui sont entourés d'un manchon de cellules inflammatoires.

La cirrhose est parcellaire, elle sembe en grande part d'origine périportale. L'hépatite parenchymateuse est irrégulièrement répartie sous forme d'îlots de cellules claires dépourvues de leur noyau et de leur mitochondries.

Le malade bénéficie depuis un mois d'une cholécystostomie qui a fait régresser partiellement la jaunisse sans qu'on ait eu recours au traitement spécifique.

Le drainage de la vésicule permet de recueillir pendant la nuit une bile jaune d'or et durant le jour un liquide clair, limpide comme de l'eau de roche, mais très riche en mucine. Les auteurs rappellent à ce propos les observations des chirurgiens lyonnais qui ont décrit la dissociation bilio-muqueuse comme témoin un de la stase vésiculaire. Ils font remarquer que leur malade ne présentait aucun signe clinique de cholécystite ou de péricholécystite et ils soulignent l'absence de



toute réaction microbienne ou inflammatoire, dans le liquide muqueux.

Etudes physiologiques sur deux cas d'épilepsie. Troubles de la glycorégulation ; action du régime acidifiant. — *MM. M. Labbé et Escalier* ont étudié les troubles de la glycorégulation chez deux épileptiques et ont été frappés par l'instabilité du taux de la glycémie et ses variations en apparence paradoxales après l'injection d'insuline. Ils n'ont pas noté d'amélioration notable chez leurs malades à la suite de l'institution d'un régime fortement acidifiant.

M. Pagniez a remarqué que l'instabilité de la glycémie chez les épileptiques s'associe avec une instabilité dans tous les domaines et en particulier dans celui du système neuro-végétatif.

Angiome vertébral : « vertèbre poreuse » ; diagnostic radiologique. — *M.J.-A. Lièvre* rapporte l'observation d'une femme de trente-six ans, atteinte depuis sept ans d'un syndrome douloureux lombo-sciatique dès le début duquel ont été constatées les modifications radiologiques de la première vertèbre lombaire qui s'observent actuellement. Cette vertèbre, située entre des disques normaux, est élargie et comme soufflée ; son opacité générale est diminuée, et elle paraît constituée de cavités juxtaposées séparées par de fines cloisons ; sa hauteur est normal. Cet aspect de « vertèbre poreuse » concorde avec les observations anatomiques de lésions angiomateuses du rachis, ainsi qu'avec les descriptions radiologiques de quelques cas antérieurs dans lesquels une autopsie ou une intervention a apporté le diagnostic. Sur l'image radiologique spéciale, l'auteur porte le diagnostic d'angiome qui a pour conséquences d'éliminer le pronostic d'un épithélioma auquel pourrait faire penser l'atteinte élective du corps vertébral et d'inviter à la prudence dans l'exploration chirurgicale à cause du danger d'hémorragie.

Septicémie à diplococcus crassus avec présence du microbe dans une grosse adénopathie inguinale, dans le sang et dans une ulcération secondaire de la bouche. — *MM. Chevallier et J. Bernard* rapportent un cas de septicémie à diplococcus crassus, chez un malade porteur d'une adénopathie inguinale volumineuse dans laquelle le germe fut mis en évidence.

Le malade présentait des éruptions cutanées et muqueuses et une asthénie très marquée ; les auteurs pensent que certaines septicémies de cause inconnue sont peut-être dues à ce germe que révélerait l'hémoculture systématique.

M. Cathala a observé une septicémie à diplococcus crassus remarquable par la gravité de l'atteinte de l'état général et guérie par la gonacrine.

Diabète consomptif, troubles progressifs de la conductibilité intracardiaque et hépatite scléreuse survenus chez un jeune homme à la suite d'un chancre syphilitique. — *M. Costedoat.* — Le chancre syphilitique avait été caractérisé cliniquement et bactériologiquement et traité d'une manière active. Trois ans plus tard, apparut un diabète sucré à forme grave ; on constata en même temps une hépatite scléreuse et un blocage incomplet du faisceau de His ; en quelques mois, malgré l'insuline, les tonicardiaques et le traitement spécifique, s'établit une insuffisance cardiaque totale et la dissociation auriculo-ventriculaire devint complète ; le malade succomba peu après. L'auteur estime que l'existence des lésions hépatique et cardiaque concomitantes est un argument supplémentaire en faveur de l'étiologie syphilitique de ce diabète.

M. Laubry est amené à la même interprétation, mais croit cependant qu'on pourrait discuter dans ce cas l'existence d'une dissociation auriculo-ventriculaire fonctionnelle dans l'établissement de laquelle l'insuline aurait pu jouer un rôle.

M. Labbé ne connaît jusqu'à présent aucun argument probant, clinique ou thérapeutique, qui permette de rattacher avec certitude le diabète à la syphilis dans les cas où ces deux maladies sont associées. Il croit qu'il s'agit de simples coïncidences.

L'action cardiaque de l'insuline. — *MM. Costedoat et Aujaleu* ont entrepris sur les dangers que l'insuline peut présenter pour le cœur des recherches expérimentales et bibliographiques à l'occasion d'un cas de dissociation auriculo-ventriculaire et d'un cas de coma de Frierichs qu'ils ont observés chez des diabétiques traités par ce médicament. On a dit à l'étranger qu'il pouvait provoquer une insuffisance cardiaque aiguë, des crises d'angine de poitrine, des hémorragies cérébrales. Il s'agit en réalité d'accidents d'acidose ou d'artério-sclérose beaucoup plus rarement de coma de Frierichs. Le syndrome hypoglycémique présente cependant un certain danger lorsque le cœur est malade. Chez l'animal, MM. Costedoat et Aujaleu n'ont réalisé avec l'insuline que des anomalies transitoires de l'onde T de l'électrocardiogramme malgré de forts abaissements de la glycémie ou du taux du glycogène cardiaque.

A propos des cholécystokinétiques. — *MM. Loeper et Lemaire* concluent de leurs recherches expérimentales sur l'animal et de leurs tentatives chez l'homme que l'on peut avec avantage remplacer le sulfate de magnésie par l'acétylcholine pour l'exploration du foie, des voies biliaires et du pancréas. L'acétylcholine est le plus puissant des excitants des fibres lisses des viscères : chez l'animal, l'injection intraveineuse du médicament entraîne des contractions vésiculaires intenses ; chez l'homme, l'administration d'acétylcholine par voie veineuse, à la dose de 5 à 10 centigrammes augmente l'afflux de la Bile B et d'une certaine quantité de suc pancréatique que l'on peu recueillir par tubage duodénal. Il ne se produit pas d'incidents. La méthode est contre-indiquée dans les coliques hépatiques.

Gangrène gazeuse au cours d'un paratyphus B. — *MM. A. Lemierre et R. Bonnard* rapportent l'histoire d'un paratyphus B au sixième jour duquel se développa une gangrène gazeuse sous-aponévrotique de la cuisse droite, qui entraîna la mort en moins de deux jours, malgré une large intervention chirurgicale pratiquée 36 heures après le début des accidents.

L'apparition de cette gangrène gazeuse succéda immédiatement à une injection intra-musculaire de 5 c. c. d'huile camphrée pratiquée à la face externe de la cuisse droite. L'examen de la sérosité gangréneuse permit d'isoler B. perfringens associé à un staphylacoque doré.

Les auteurs pensent que la seringue et l'aiguille ayant servi à l'injection étaient contaminées par des spores de B. perfringens que la stérilisation par simple ébullition n'a pu détruire. Ils attirent de plus l'attention sur le danger qu'il y a à pratiquer, sans raison impérieuse, des injections dans le tissu musculaire où les processus de défense locale sont moins actifs que dans le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Clerc a observé un cas mortel de gangrène gazeuse de la cuisse apparue après une injection intra-musculaire d'adrénaline chez une jeune femme asthmatique.

M. Weissmann-Netter cite un cas exactement superposable.

Recherche du dysfonctionnement parathyroïdien par l'interférométrie. — *MM. Weissenbach et Durupt* ont cherché à mettre en évidence le dysfonctionnement parathyroïdien en utilisant le pouvoir fermentatif des sérums pour le substrat de la glande.

Cette recherche ne pouvait jusqu'ici être faite car on ne possédait pas de critère qui permît d'interpréter les valeurs obtenues.

Ils ont commencé par établir les valeurs de la dégradation de l'opzyme parathyroïdien chez les individus normaux. Ils ont constaté que ces valeurs correspondaient à celles du thymus.

Leur étude de 26 cas leur ont permis de compléter le schéma de Zimmer, Lendel et Fehlow, et d'y faire rentrer la parathyroïde à côté du thymus.

L'interprétation du dysfonctionnement parathyroïdien peut désormais se faire comme celui des autres glandes par la constatation d'une valeur élevée de dégradation de l'opzyme parathyroïdien par rapport au thymus.

Les auteurs terminent en rappelant qu'on ne peut pas avec l'interférométrie faire le diagnostic d'adénome parathyroïdien si on emploie l'opzyme parathyroïdien normal, pas plus qu'on ne peut diagnostiquer le Basedow si l'on emploie l'opzyme de thyroïde normale.

Zona et varicelle. — *M. Hubert* présente une fillette de 9 ans, atteinte de zona. Deux cas de varicelle ont été identifiés dans la maison quelques temps auparavant.

Athérome aortique étendu avec hypertension variable et cortico-surrénalome. — *MM. Plazy et Germain* (Toulon) relatent l'observation d'un homme de 40 ans, syphilitique méconnu, atteint d'athérome aortique étendu avec ectasie de l'aorte ascendante, sans lésions rénales appréciables, qui succomba d'asystolie avec cirrhose cardiaque. Il avait une très forte cholestérinémie, et, avec un fond d'hypertension permanente discrète, on put observer chez lui deux poussées hypertensives aiguës. L'autopsie décela l'existence de cortico-surrénalome bilatéral. Ce fait vient à l'appui des conceptions de Chauffard et de Vaquez.

Maladie de Corrigan d'origine hérédo-syphilitique. (Présentation de malade), par *M. Decourt.*

Hépatisation grise guérie par bronchoscopie. — *M. May* présente un malade atteint de pneumonie passée au stade d'hépatisation grise et guéri par l'aspiration bronchoscopique. Il croit qu'il faudrait étendre ce mode de traitement à bien des cas de broncho-pneumonies traînantes ou d'affections pulmonaires à tendance suffocante.

M. Lemierre cite un cas de pneumonie aiguë lobaire survenue chez un malade porteur d'un abcès du poumon, mais sans rapports avec lui. L'aspiration bronchoscopique amena une guérison rapide de l'hépatisation.

Sur un cas d'insuffisance aortique hérédo syphilitique. — *M. M. Jacques Decourt et M. Bascourret* présentent un jeune homme de 19 ans porteur d'une insuffisance aortique du type Corrigan, dont la nature hérédo-syphilitique paraît démontrée. Cette lésion s'est installée à bas bruit, en dehors de toute manifestation rhumatismale, et sans autre stigmate clinique ni sérologique de syphilis. Mais le malade est le fils d'un tabétique ; il a présenté récemment une gomme cutanée ayant tous les caractères d'une gomme syphilitique, et sa réaction de Wassermann, qui s'était montrée négative à plusieurs reprises depuis six années, est devenue positive au cours d'un traitement spécifique, qui semble par ailleurs avoir modifié favorablement la lésion.

Séance du 10 juin 1932

Troubles tensionnels et complications cardiaques d'une fièvre typhoïde. — *MM. G. Marchal, Fatou et Heim de Balsac* rapportent l'observation d'une fièvre typhoïde à rechute, entrecoupée de brusques désordres de la tension artérielle.

Dans la première phase de la maladie, l'hypertension était liée à une hémorragie intestinale. Au cours de la rechute, assez brève mais dramatique, les crises d'hypertension paroxystique se sont accompagnées de phénomènes vaso moteurs. de troubles cérébraux fugaces et d'insuffisance cardiaque passagère. La tension s'effondra momentanément durant la défervescence, laquelle fut marquée par une diurèse considérable.

Après une convalescence traînante et imparfaite, cet homme âgé de 38 ans a stabilisé son hypertension paroxystique sous forme d'une hypertension systolo-diastolique permanente ; et quatre mois après la défervescence de la typhoïde apparut un souffle diastolique d'insuffisance aortique.

Cette insuffisance aortique est suivie régulièrement depuis plus de trois ans, elle ne s'est pas modifiée et ne s'est compliquée ni d'insuffisance cardiaque, ni d'insuffisance rénale.

Le pronostic de cette hypertension artérielle et de cette insuffisance aortique posthyphoïdiques est favorable jusqu'à présent.

Les auteurs soulèvent plusieurs hypothèses sur l'apparition de cette insuffisance aortique ; ou endocardite typhique ; ou souffle semi-fonctionnel, lié aux progrès de l'hypertension artérielle ; ou réveil d'une syphilis latente à la faveur d'une typhoïde grave. (Deux réactions de Bordet-Wassermann légèrement positives.

Ictère catarrhal, pancréatite et diabète. — *MM. Lebon et Laubeyre* (d'Alger) rapportent ce cas au sujet duquel ils pensent qu'il y a lieu de voir dans les troubles de la glycorégulation la signature et les conséquences d'une atteinte pancréatique, décelée par les épreuves fonctionnelles du pancréas externe, au cours d'une hépatite infectieuse.

Le bactériophage et l'immunotransfusion dans la fièvre typhoïde. — *M. E. Manoussakis* apporte des résultats obtenus dans le traitement de la fièvre typhoïde par des injections sous-cutanées de bactériophage ; celles-ci paraissent préférables à l'ingestion de cultures de bactériophage. L'efficacité de la méthode se traduit par une diminution dans le pourcentage de mortalité ; la maladie est écourtée, les symptômes objectifs et subjectifs s'atténuent. L'auteur indique les conditions d'application. Dans les cas de fièvre typhoïde avec symptômes d'intoxication profonde, il y a intérêt à recourir à l'immunotransfusion.

Méningite cérébro-spinale à méningocoque avec hémorragie méningée. — *MM. Gauch et Faure* (de Clermont-Ferrand) rapportent l'observation d'un jeune homme de 20 ans, atteint de méningite cérébro-spinale à méningocoque C, chez lequel la ponction lombaire ramena un liquide franchement hémorragique. La sérothérapie permit d'obtenir la régression parallèle des signes cliniques et de l'hémorragie méningée.

Les auteurs font remarquer la rareté de semblables hémorragies méningées au cours des méningites à méningocoques, la difficulté du diagnostic et rapprochent le cas qu'ils ont observé de ceux publiés par Chalier et Mlle Schone, également à méningocoque C. Ils se demandent si cette variété de méningocoque n'est pas plus particulièrement susceptible de déterminer l'hémorragie rachidienne d'emblée. Ils soulignent l'heureuse évolution de la méningite chez leur malade et l'opposent à celles des cas antérieurement publiés qui se terminèrent par la mort.

Artérite oblitérante juvénile à localisations multiples (septicémie artérielle subaiguë). — *MM. F. Meersseman et H. Coumel* rapportent une observation d'artérite oblitérante juvénile à localisations multiples au niveau des membres supérieurs et inférieurs, dont la symptomatologie a comporté les signes classiques des oblitérations artérielles : crises douloureuses avec modifications vaso-motrices, claudication intermittente, abolition de la pulsatilité et des oscillations, ulcérations trophiques. L'affection évolua par poussées successives et a comporté, comme particularité digne de remarque, deux épisodes pulmonaires de type infarctoïde que l'on peut, semble-t-il, rapporter à des atteintes artéritiques pulmonaires.

Les auteurs, envisageant l'étiologie de ce syndrome artéritique juvénile, éliminent la syphilis, discutent le rôle d'un refroidissement local qui a précédé immédiatement l'apparition des accidents et admettent comme le plus vraisemblable l'origine infectieuse : en l'absence d'arguments décisifs, quelques indices, tels qu'un petit mouvement subfébrile passager et la constatation d'une polynucléose à 80 %, viennent à l'appui de cette manière de voir. L'observation rapportée représenterait ainsi un exemple assez typique de septicémie artérielle subaiguë à localisations multiples.

Cortico-pleurite enkystée se traduisant à la radiographie par une ombre circulaire nettement arrondie. — *MM. Jean Paraf et A. Abaza* ont observé chez un malade convalescent de congestion pulmonaire une ombre radiologique régulièrement arrondie et faisant penser à l'existence d'un kyste hydatique du poumon.

Cette ombre se modifia puis disparut en quelques semaines témoignant ainsi de sa nature pleurale. (Pleurésie enkystée).

Erythème infectieux récidivant et ictère biotropique au cours du traitement antisyphilitique. — *MM. Cathala, Garnier et Friedmann.*

Radiculite cervicale, compression médullaire, réaction méningée aseptique consécutive à une adénopathie rétropharyngée non suppurative. — *MM. Monnier Vinard et Porin.*

Sur les rapports entre zona et varicelle. — *MM. Weissmann, Wetter et Forestier.*

Un cas de syphilis vertébrale pseudo angiomateuse guérie par le traitement. — *MM. Strume May, Decoart et Mlle Willon* rapportent cette observation dans laquelle l'image radiologique de la vertèbre lésée était assez semblable à celle des angiomes vertébraux.

Sur l'image radiologique des abcès du poumon. — *MM. Emile Sergent, Kourlisky et Gessen.*

Embolie dite gazeuse au cours d'une résection pulmonaire faite sous anesthésie locale. Hémiplégie transitoire. Guérison par l'acétylcholine. — *MM. Emile Sergent, Baumgartner et R. Kourilsky.*

Claso-vaccins et clasines. — *M. H. Jausion* et ses collaborateurs présentent à la Société un ouvrage, soigneusemens édité, qui intègre la somme méthodique de leurs publicationt de 1929 à 1932.

La méthode vaccinothérapique qu'ils ont créée et développée est applicable à toutes espèces microbiennes et mycéliennes. Elle représente un procédé-type dont les avantages sont multiples.

Par ce moyen, la cure vaccinale des mycoses est réalisable. Par là encore il leur a été possible de donner une confirmation thérapeutique aux recherches biologiques de Ravaut, sur les séquelles allergiques des dermatomycoses.

Au nombre de ces manifestations, ils admettent certains cas de psoriasis et de lichen dont ils assument le traitement spécifique.


GLYCO-
THYMOLINE

Une mention d'attente est consacrée à la clasinothérapie de la tuberculose et de la diphtérie, dont la cure exige de nouvelles recherches.

Un cas d'hypotension par aplasie artérielle. — *MM. Lœderich, Mamou et Beauchesne.*

A propos des septicémies bénignes à diplococcus crassus. — *M. Halbron.*

A propos des affections non syphilitiques s'accompagnant de troubles papillaires et d'ablation des réflexes tendineux. — *M. Pagniez* décrit l'association d'aréflexe généralisée et de crises d'épilepsie en l'absence de toute étiologie syphilitique.

Séance du 17 juin 1932.

Sur un cas de phlébo-typhus. — *M. H.-R. Olivier* rapporte l'observation d'une fièvre typhoïde à Eberth qui jusqu'au douzième jour ne présente comme seul symptôme qu'une phlébite oblitérante localisée de la saphène interne à la partie moyenne.

Ce n'est qu'au dix-huitième jour qu'apparurent les taches rosées dès que le tableau clinique se complète. Une phlébite du côté opposé apparut au cours de la période d'état.

A l'occasion de cette maladie l'auteur émet le diagnostic de phlébo-typhus et constate qu'il n'a pu en retrouver d'autres observations dans les publications antérieures.

Un cas de xanthome généralisé non diabétique : étude clinique et biologique. — *M. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Laudat, Lechtwitz* et *Fouquet* rapportent ce cas, associé à une anémie splénique grave ayant conduit à faire une splénectomie. Cliniquement sont à signaler, les caractères de l'anémie, l'existence d'une rétinité albuminurique en l'absence de toute lésion rénale, la présence dans les urines des corpuscules biréfringents en l'absence de tout signe de néphrose. Biologiquement il faut signaler l'hyperlipidémie, une hyperprotidémie avec abaissement de la sérine et augmentation énorme de la globuline, un entraînement des lipides par la globuline au cours de la précipitation à l'inverse de ce qui s'observe habituellement.

Trois cas d'accidents nerveux à la suite d'injections de vaccin typho-paratyphique. — *M. D. Noïca* (Bucarest) relate ces trois cas, caractérisés, le premier par une hémiparésie gauche, le second par une hémiplégie droite avec contracture, le troisième par une hémiparésie droite. Ces trois cas furent observés chez des jeunes soldats à la suite de vaccination antityphо-paratyphique. L'auteur pense qu'il faut vraisemblablement incriminer un virus inconnu, qui existait à l'état latent dans le névraxe et qui s'est manifesté à la faveur des inoculations de vaccin antitypho-paratyphique.

Spirochétose ictéro-hémorragique compliquée de phlébite au cours de la maladie. — *MM. Laignel Lavastine, Boquien* et *Sterne* rapportent ce cas que caractérise l'apparition d'une phlébite de la jambe gauche seize jours après la rechute.

Evolution prolongée d'une leucémie myéloïde après splénectomie. — *MM. Laignel-Lavastine, Oberling* et *Boquien* rapportent ce cas intéressant en raison de sa longue durée, de la survie de quatre ans après splénectomie et de l'hypertrophie hépato-ganglionnaire remarquable par les infiltrations myéloïdes dont l'intensité étaient peut-être relativement compensatrice de la carence splénique.

Forme infectieuse du rhumatisme articulaire aigu. — *MM. Bezançon, Etienne Bernard* et *A. Meyer* présentent l'observation d'une femme de 20 ans qui, à la suite d'un accouchement, accuse des signes d'infection puerpérale localisée. Après une courte détente, la malade rentre à l'hôpital avec un syndrome infectieux : fièvre à 40° tachycardie, pâleur prononcée, adynamie, vomissements, syndrome rénal avec albuminurie, cylindrurie, œdèmes, urée sanguine à 0,60 enfin arthralgies modérées. Des hémocultures sont pratiquées pour préciser la nature bactériologique de cet état infectieux d'allure septicémique.

L'évolution devait montrer aux auteurs qu'en réalité ils étaient devant un cas de maladie rhumatismale dont la preuve fut fournie par l'action efficace de la médication salycilée et par l'apparition d'une double lésion endocardítique.

Les auteurs insistent sur les points suivants : utilité de connaître ces formes infectieuses du rhumatisme articulaire aigu dont souvent le diagnostic ne peut être affirmé que par l'épreuve thérapeutique ; l'existence dans ce cas d'une néphrite rhumatismale précédant l'apparition des manifestations articulaires ; précocité des lésions cardiaques au cours de cette première crise et leur importance à côté de l'apparition tardive et la discrétion des arthropathies.

MM. Abrami, Grenet, Pichon, Brûlé rapportent des exemples personnels de forme infectieuse de maladie de Bouillaud. *MM. Flandin, Renaud* restent sceptiques sur l'action du salycilate dans ces formes. *M. Bezançon* a noté en effet le peu d'action du salycilate sur les manifestations cardiaques et même sur les manifestations pulmonaires.

7° Pneumopéritoine spontané par perforation intestinale au cours d'un paratyphus. — *M. P. Harvier* rapporte l'observation d'un malade qui, au cinquante-quatrième jour d'un paratyphus A, compliqué d'hémorragies intestinales abondantes, présenta un tympanisme abdominal avec disparition de la matité hépatique et des signes de pneumothorax de la base droite. La radiographie mit en évidence un pneumo-péritoine soulevant les deux coupoles diaphragmatiques. Ce pneumopéritoine évolua en trois semaines, sans le moindre signe de réaction péritonéale et se résorba spontanément. Le malade guérit sans autre incident.

Une perforation intestinale minuscule et rapidement couverte peut seule expliquer l'apparition et l'évolution de cet épanchement purement gazeux du péritoine.

Il serait intéressant de savoir si le pneumopéritoine accompagne nécessairement toute perforation typhique. S'il en était ainsi, l'examen radiologique permettrait de reconnaître précocement une perforation et de la différencier des syndromes pseudo-péritonéaux qui la simulent.

Rupture sous cutanée du tendon du long extenseur du pouce. — *MM. O. Crouzon, G. Bourguignon* et *J. Christophe.*

Maladie osseuse de Recklinghausen et adénome rétro-sternal. — *MM. Maurice Renaud, Petit, Maire* et *Mlle Fayot* montrent les pièces d'autopsie d'un cas singulièrement remarquable de maladie osseuse de Recklinghausen dont ils publient l'observation dans ses grandes lignes.

Il s'agissait d'une femme de 35 ans suivie de près depuis le début jusqu'à la fin de la maladie qui dura cinq ans, au cours de laquelle on vit survenir progressivement les lésions osseuses les plus typiques.

A l'autopsie la découverte la plus remarquable fut celle d'une tumeur située derrière le sternum en plein médiastin, et que sa structure permet de considérer comme un adénome para-thyroïdien aberrant.

L'évolution rapide, la coexistence d'une sténose serrée de la mitrale, la présence d'une tumeur singulière, font poser des problèmes importants de pathogénie, qui seront examinés par les auteurs dans la monographie qu'ils consacreront ultérieurement à cette importante observation.

Rétrécissement inflammatoire du rectum, forme aberrante de la maladie de Nicolas-Favre. — *MM. Levaditi, Lœderich, Mamon* et *Beauchesne* rapportent un cas dans lequel la démonstration étiologique a pu être faite par les réactions sérologiques et par l'inoculation d'un fragment de rectum au cobaye et de ganglion survenu chez cet animal à l'encéphale du singe.

Election de *MM. Bariety* et *Laporte*.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mai 1932

Présentation d'appareil. — *MM. Bécart et Tardieu* présentent un nouveau bandage herniaire pour hernie inguinale. Ce nouveau bandage comporte un coussin ou bourrelet souple placé sur la hernie à contenir et maintenu en position par une bretelle, de préférence symétrique à la hernie, c'est-à-dire passant sur l'épaule gauche pour une hernie située à droite.

Chirurgie intra-thoracique et pneumothorax artificiel préalable. — *M. Petit de la Villéon* rapproche l'une de l'autre les deux méthodes proposées pour la chirurgie intra-thoracique : celle de Arcé (de Buenos-Ayres) par pneumothorax préalable par étapes ; celle de Lama (de Montevideo) par opération en deux temps et soudure des plèvres. Il s'attache à montrer les avantages que peuvent avoir chacune de ces méthodes suivant les cas opératoires sur le poumon et le médiastin.

Observations de fractures successives dans des cas de

maladie de Recklinghausen et de maladie de Paget. — *M. C. Rœderer* rappelle que la fracture peut être le premier symptôme, le symptôme-signal dans les maladies osseuses d'évolution très lente et de symptomatologie silencieuse au début. Ces fractures font de beaux cals solides et dans les délais normaux. L'étude complète des radiographies des malades en cause, montre que les aspects du Recklinghausen et du Paget sont conjugués, et cette constatation est peut-être à inscrire, à côté du test biologique et de l'argument thérapeutique en faveur de la théorie uniciste apparentant ces deux affections.

Association bismuth liposoluble et lipoïde hépatique dans le traitement de la syphilis. — *M. Galliot* montre l'intérêt qu'il y a dans le traitement de la syphilis à associer un lipoïde hépatique aux sels liposolubles de bismuth. Cette association (basée sur les travaux de Levaditi et Nicolau) paraît devoir renforcer l'action thérapeutique du bismuth et permettre une cicatrisation plus rapide des lésions syphilitiques. De même cette association permet en outre d'éviter les petits inconvénients d'intolérance.

Calculs endogènes de la prostate. — *M. Georges Luys* présente une étude détaillée des calculs endogènes de la prostate, trop souvent ignorés et qui ne peuvent être bien diagnostiqués que par la radiographie. Jusqu'ici, l'évacuation des calculs endo-prostatiques se faisait par voie périnéale ou par voie hypogastrique et la prostatectomie en était l'aboutissant. Mais ces opérations étaient vraiment hors de proportion avec les lésions. M. Luys présente un nouveau traitement qui lui a donné les plus beaux succès. Sous le contrôle de la vue, avec son urétroscope à vision directe, il creuse à l'aide de l'électrocoagulation, de profondes tranchées sur le plancher de la fossette prostatique, en se guidant sur les points de repère fournis par la radiographie. Quelques jours après, lorsque les escharres sont tombées, les calculs endogènes de la prostate, rendus ainsi libres, s'éliminent spontanément par mictions naturelles.

Les cancers gastriques de la « crise ». — *M. Victor-Pauchet* précise que la cure chirurgicale du cancer de l'estomac est aussi réalisable que celle de tous les cancers, à condition que le diagnostic soit précoce. Celui-ci s'établit par le sens clinique, le tubage, la radiologie, la gastrophotographie, l'incision exploratrice. Or, M. Pauchet a observé au cours de ces derniers mois, et surtout de ces dernières semaines, de nombreux cas de cancers d'estomac, sinon inopérables, du moins compliqués.

Ces complications avaient pour cause le recul des malades devant l'opération par mesure d'économie.

M. Pauchet insiste sur la nécessité de l'opération précoce, la résection immédiate donnant au malade les plus grandes chances de guérison définitive. Or, si le malade a refusé l'intervention, c'est parce que son médecin a manqué de sens psychologique. Il faut persuader le malade très tôt pour le guérir sûrement.

A propos de la radiothérapie des fibromes — *M. Degrais* prend la défense de la radiumthérapie. Il précise que les applications intra-utérines de radium ont une action sur les ovaires puisqu'elles entraînent la ménopause et qu'une action directe peut même être obtenue par applications sur l'abdomen. Il nie les radium-métrites qui en seraient les conséquences.

Enfin, il considère l'action sur la muqueuse comme indispensable et constituant un avantage des applications intra-utérines de radium sur les applications de rayons X qui arrivent très diminués à la muqueuse.

P. Prost.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 4 juin 1932

Mme Brumpt étudie l'emploi des fétiches dans la thérapeutique magique d'après des statuettes recueillies au Venezuela dans des tombeaux, à l'est du lac de Valence. Ces fétiches étaient enterrés avec les corps. Ce sont de petites statuettes de terre cuite de diverses couleurs, creuses. Une petite pierre résonne à l'intérieur quand on les agite. Les sorciers les faisaient sonner au-dessus de la tête du patient pour éloigner le malheur, les maladies et les esprits malfaisants.

MM. Laignel-Lavastine et Abbas Napicy ont établi une nomenclature des manuscrits médicaux persans de la bibliothèque nationale. *M. Ménestrier* avait inspiré ce travail en émettant le vœu que les étudiants étrangers contribuent au dépouillement des œuvres originaires de leur patrie. Ces manuscrits établissent les rapports de la médecine persane avec les mathématiques et l'astrologie. Leur valeur est diverse. Quelques-uns contiennent des livres notoires. Ils sont illustrés de belles miniatures qui représentent des oiseaux et des plantes et de schémas parfois naïfs figurant des planches anatomiques.

On trouve dans cette liste des dictionnaires des plantes simples et composées ; des pharmacopées comme « le compagnon du médecin » ; des ouvrages d'oculistique ; des traités d'anatomie avec quelques notions d'embryologie ; un recueil de matière médicale et de pharmacie qui fut célèbre, reproduit à de nombreux exemplaires et même imprimé au XIX[e] siècle à Fabriz et à Isfahan, son auteur le hakim Mohammed Chemsa avait été médecin de chah Safi et de chah Soliman ; le secret des amants, ouvrage érotique contenant des recettes d'aphrodisiaques ; des livres indiens ; un traité parallèle de médecine anglaise et persane ; le trésor du roi de Karassun, ouvrage du XII[e] siècle, véritable encyclopédie des connaissances des persans dans toutes les branches de la médecine ; des recueils contenant des descriptions de symptômes, etc....

Le travail est précieux ; il met à la disposition des chercheurs des sources nombreuses qui permettront de se faire une idée plus précise de la médecine persane. On retrouve dans tous ces livres la tradition gréco-romaine et surtout l'influence de Galien, mais des conditions de toutes sortes ont influencé l'évolution de l'art médical en Perse : séquelles de l'enseignement de Zoroastre avec l'emploi des cautères ; richesse de la pharmacopie particulière à la Perse ; rôle considérable de l'astrologie et de la magie, puissants facteurs moraux qui disposent le patient à recevoir la thérapeutique appropriée dans une atmosphère de confiance qui n'existe peut-être dans aucun autre pays, les conditions sont sans doute celles qui ont empêché les médecins persans d'avancer plus loin dans la connaissance de leur art ; elles ont ajouté leurs effets au fatalisme oriental ; à cet abandon des arabes et des persans au destin dans les limites fixées par le coran.

Jean Vinchon.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Statistique des cas de syphilis récente

MM. Pinard et Vernier (*S. fr. de Derm. et de Syph. pr.*, ont observé dans leur service de l'hôpital Cochin une progression ascendante des cas de syphilis récente depuis 1929 : 376 en 1929, 384 en 1930 et 664 en 1931.

Quelques précautions hygiéno-diététiques à prendre après les injections de vaccin antidipthérique

Mlle S. Rougier (*Th. de Lyon*, 1931, *n°* 27) attire l'attention sur l'utilité qu'il y a de prendre quelques précautions hygiéno-diététiques à l'occasion des injections de vaccin antidiphtérique. Très simples, et observées systématiquement après chaque injection, elles peuvent éviter bien des ennuis.

Avant tout, faire un examen général afin d'eliminer les sujets porteurs d'affections aiguës ou de tares susceptibles d'engendrer des accidents (fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, grippe, etc., lésions rénales). Faire systématiquement une analyse d'urines. Ne pas négliger l'examen de la gorge.

L'enfant, reconnu apte à recevoir la vaccination, sera, après la piqûre, *mis au repos, étendu*, pendant 6 à 12 heures, et *au lit*, si des accidents se sont produits, après les vaccinations précédentes.

Prendre la température le soir et le lendemain matin, et pendant plusieurs jours en cas d'élévation anormale de la température.

Donner une alimentation exclusivement liquide : lait par petites quantités, bouillon de légumes maigre (poireaux, carottes) en abondance, jus de fruits, citronnades, orangeades, limonade.

Si aucune réaction générale ne s'est produite, si la température est tombée rapidement, la vie et l'alimentation normales (sans viande ni œufs pendant 24 heures toutefois) seront reprises dès le lendemain matin. L'enfant pourra manger, jouer et sortir.

Si la température persiste, analyser les urines et continuer la diète hydrique tant que persistent ces incidents.

Ne pas administrer d'aspirine, ni d'antipyrine pour faire tomber la température.

Expliquer aux parents le danger d'un refroidissement, d'une surchage alimentaire, du surmenage et s'assurer qu'ils ont compris.

Echos et Glanures

« Je m'en vois escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le malthusianisme dans l'antiquité grecque. — Le Dr M. Moïsidès a voulu savoir si la doctrine malthusienne avait préoccupé les penseurs grecs de l'antiquité et dans quelle mesure (*Janus*, juin 1932). Les résultats de ses recherches ont été pleinement concluants. La doctrine à laquelle Malthus a attaché son nom était connue dans ses grandes lignes, posée même et discutée au point de vue philosophique et médical.

Hésiode, Xenocrate, Lycurgue avaient pris un parti net en faveur de la limitation des naissances. Platon, surtout pour assurer la valeur biologique des familles, conseillait la restriction des naissances. Aristote demandait instamment, la réglementation légale du nombre des enfants.

Quant aux médecins, Aétius et Soranus en particulier, ils parlent longuement des moyens et méthodes anticonceptionnelles, discutant en même temps les indications médicales de leur usage. Ils se déclarent partisans de la prévention de la conception : « Prévenir la conception, dit Soranus est beaucoup mieux que se faire avorter, l'avortement étant toujours dangereux ». Si l'on envisage quelles furent les conséquences de l'application pratique des doctrines malthusiennes sur le sort et l'avenir des doctrines malthusiennes, on peut, dit le Docteur Moïsidès, s'en tenir à l'opinion de Polybe qui attribue la ruine et l'effondrement de la civilisation antique grecque à la doctrine malthusienne.

L'évasion de Jules Vallès. — M. Jules Thiercelin vient de rappeler dans le *Temps* (12 mai 1932), les circonstances de l'évasion de Vallès, le dernier jour de l'insurrection, le dimanche 28 mai 1871, à cinq heures du matin, Vallès était à la barricade située au bas de la rue de Belleville, au coin de la rue de Paris.

A neuf heures, ce fut le sauve-qui-peut.

Vallès, accompagné de Larochette, rédacteur au *Vengeur*, de Félix Pyat, erra, de cour en cour, demandant un asile ; une femme tenant boutique d'herboriste, cacha les deux hommes dans un placard, alla chercher un coiffeur qui les rasa, et les conduisit à une ambulance où était son mari. Celui-ci, le chirurgien de l'ambulance ayant refusé de les garder, les mena à un poste de blessés, où la cantinière les reçut et les affubla de tabliers blancs : Vallès passera pour le médecin, Larochette pour l'assistant.

On fit atteler une voiture, ornée de la croix de Genève, la bâche recouverte du drapeau tricolore, conduite par un jeune homme de seize ans.

Larochette préféra rester ; Vallès partit seul avec la voiture d'ambulance, sous prétexte de ramasser les blessés.

Il est rasé, porte des lunettes bleues, est coiffé d'un képi de médecin, a le bras ceint d'un bandeau de la Croix-Rouge ; et son tablier blanc cache ses vêtements.

Sept heures durant, il ramasse des cadavres, coudoyant soldats et officiers, leur demandant même leur aide.

Il arrive ainsi à l'hôpital Saint-Antoine, où il connaissait un médecin qui l'aurait caché sous une capote d'infirmier ; mais ce médecin étant absent, il dut repartir ; il put du moins se faire délivrer par l'interne un papier : *reçu du docteur Jolyen sept cadavres* (1), papier qui lui permit plusieurs fois de forcer les consignes. Il se fit confier un soldat blessé pour le conduire à l'hôpital de la Pitié, son but étant de gagner la rive gauche.

A cinq heures du soir, la voiture arrive devant la porte de l'hôpital ; le soldat était mort pendant le trajet.

Maxime du Camp, qui se trouvait là, reconnut Vallès, malgré son déguisement et n'en laissa rien paraître ; il a fait de cette rencontre un émouvant récit dans *les Convulsions de Paris* (II, chap. 7).

Arrivé dans la cour de l'hôpital, Vallès sentit que le directeur qui le dévisageait, l'avait reconnu ; il alla à lui : « Oui, je suis Vallès, dit-il ; si vous croyez devoir me faire fusiller, faites, mais faites vite ! Je vous en serais obligé. »

Le directeur le sauva généreusement.

Quelques moments après, Vallès et sa voiture vide sortaient de la Pitié ; il prit la rue de Jussieu, la rue des Ecoles, la rue Racine. Son intention était d'aller rue Montparnasse chez Troubat, l'ancien secrétaire de Sainte-Beuve. Mais le cheval boitait, ayant l'un de ses fers décloué.

Vallès descendit dans la rue Monsieur-le-Prince ; au coin de la rue Antoine-Dubois, il abandonna la voiture et le cocher, qui d'ailleurs en avait assez. Il le retrouvera dix ans plus tard, après l'amnistie, d'une façon imprévue : c'était le garçon coiffeur d'Henry Bauer ; et voilà pourquoi, jusqu'à sa mort, Vallès assista au bal annuel des garçons coiffeurs.

Vallès se trouve donc seul rue Antoine-Dubois ; il se souvient qu'à deux pas de là, passage du Commerce, il y a l'hôtel de Rouen, qu'il avait habité plusieurs années auparavant ; il s'y rend par la rue de l'Eperon, la rue du Jardinet, et monte l'escalier de l'hôtel ; la patronne ne le reconnut pas ; il se nomma ; elle voulut bien le recevoir et lui donna une chambre. Il écrivit

(1) *Cri du peuple*, 14 septembre 1884. Le nom du docteur Jolyen était celui d'un de ses anciens camarades du quartier latin.

à Constant Thérion, écrivain catholique mais bohème, vieil ami des mauvais jours, lui demandant asile. Thérion demeurait impasse Vavin, en face de la poudrière que Maxime Lisbonne avait fait sauter ; il répondit ironiquement : « Je voudrais bien vous recevoir, mais vos amis ont démoli mon logement, je n'ai plus de toit. » (Albert Callet, *Nouvelle revue*, sept.-déc.1918). Thérion n'a certainement pas reçu Vallès. Séverine, dans une polémique avec Poupart-Davyl, l'un des plus anciens amis de Vallès, et catholique, lui aussi, comme Thérion, lui déclara : « Non, réellement, ce révolutionnaire a eu peu de chance avec ceux de votre race et de votre parti.... Thérion qui lui manque de parole devant le peloton d'exécution, vous qui insultezsa mémoire. » (Séverine, *Cri du peuple*, 22 juin 1885.)

Vallès, à cause des perquisitions, ne pouvait rester à l'hôtel ; il se rendit 38, rue Saint-Sulpice, dans la maison où se trouvait le magasin d'objets de piété Périsse ; il y fut recueilli par le chansonnier Etienne Ducret, qu'il avait autrefois aidé à publier ses chansons ; il n'y resta que quelques heures, et, avant de partir, laissa une lettre, datée du 28 mai, à faire parvenir à sa mère, dans le cas où il serait arrêté (lettre qui a été publiée par Séverine dans ses *Pages rouges*).

En quittant Ducret, Vallès se rendit, 21, rue Campagne-Première, chez les frères Rambaud, sculpteurs, qui le gardèrent quelque temps ; enfin, sa dernière cachette aurait été 61, rue de Rennes, chez A. Chevalier, qui avait commandité et édité le *Cri du peuple* de 1871.

En septembre, il quitte Paris, muni d'un faux passeport. « Je partis de Paris par la gare du Nord, dit-il dans le *Matin français* du 20 août 1884 ; il était huit heures du soir, j'étais en première. J'avais laissé repousser ma barbe ; j'avais seulement aminci le collier. » Selon Albert Callet (*Nouvelle revue*, sept.-déc. 1918), il ne serait pas allé directement en Belgique par le train, mais se serait arrêté près de Péronne, où Chevalier avait une propriété, et de là, au bout de quelque temps, aurait gagné en break les environs de Maubeuge, d'où il aurait passé la frontière, à pied, à travers bois.

Au premier village, dans une auberge, lisant dans un journal, la liste des communards que la Belgique devait livrer à la France, il y voit son nom ; il se rend alors, en évitant les villes, au port le plus proche, où il s'embarque pour l'Angleterre. (Léon Séché. *Jules Vallès*).

Vallès ne s'est donc jamais caché sous l'habit d'infirmier à la Pitié, d'employé de pompes funèbres, de domestique à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, ou de prêtre, comme on l'a dit tour à tour. »

Les dernières années de Jules Vallès (*De M. Alexandre Zevaès* in *Nouvelles Littéraires* (4 juin 1932) :

.... L'amnistie lui rouvre enfin, en 1880, les portes de la France. Après avoir collaboré au *Citoyen*, au *Réveil*, à *la France*, au *Gil Blas*, après avoir publié le *Bachelier* chez Charpentier et *l'Insurgé* dans *la Nouvelle Revue* (de Mme Adam), il ressuscite le 28 octobre 1883, *le Cri du Peuple*, où il a pour secrétaire de rédaction Emile Massard et pour principaux collaborateurs Jules Guesde, Albert Goullé, Duc-Quercy et deux jeunes romanciers qui viennent de débuter sous la bannière naturaliste : Robert Caze et Paul Alexis. C'est alors que Séverine — qui devait par la suite devenir l'éclatant journaliste que l'on sait, et, à sa mort, lui succéder dans la direction du *Cri*, — est sa secrétaire assidue et dévouée.

Mais la santé est loin d'être florissante. Vallès est tenaillé par le diabète et il se refuse à tout régime. Léon Cladel nous contait, jadis, l'anecdote suivante. Vallès lui avait demandé comment il avait triomphé des atteintes du même mal, l'auteur d'*Ompdrailles* lui répondit : « C'est bien simple, mon médecin qui habite Bruxelles et que je te recommande, m'a fait suivre durant six mois le régime suivant : ni pain, ni farineux, ni café, ni vin, ni liqueur ; uniquement de la viande saignante et de l'eau ». A quoi Vallès, amateur des ragoûts, des pommes de terre, des haricots et des plats canailles, répliqua : « A ce compte-là j'aime mieux crever tout de suite. »

En août 1884, il tente une cure au Mont-d'Or. Il s'y trouve en même temps que Zola. L'auteur de l'*Assommoir* ne se fait guère d'illusion sur la santé de Vallès. Il écrit, en effet, le 24 août, à Henry Céard : « Vallès est ici avec sa secrétaire. Il traîne, lamentable, au café. Je le crois fichu... »

Vallès meurt le 14 février 1885 et ses funérailles qui ont eu lieu le 16, marquées par de violents incidents, des bagarres avec les étudiants et la Ligue des Patriotes, mais suivies par soixante mille personnes, revêtent le caractère d'une journée révolutionnaire.

Histoire vraie. — *De « Candide »* :

Il y a quelques mois, un grand gynécologue voit arriver à l'heure de sa consultation un couple accompagné d'un médecin. Celui-ci explique le cas de ses clients. Ils sont mariés depuis quatre ans, ils n'ont pas pu avoir d'enfant et ils en désirent un ardemment. La gynécologie fait à la femme un liprodol et quelque temps après, il reçoit une lettre du médecin lui disant que le traitement a magnifiquement réussi et que sa cliente est enceinte.

Tout naturellement, le gynécologue envoya au mari une note d'honoraires d'ailleurs très modérée. Par retour du courrier, il reçut la lettre suivante :

« Cher docteur,

« J'ai bien reçu votre note d'honoraires. Je ne peux pas vous payer maintenant mais j'espère pouvoir le faire l'année prochaine. *Vous n'ignorez pas* que nous allons avoir un enfant, ce qui va nous occasionner de grosses dépenses. Vous comprendrez donc, etc... ».

— Je ne regrette pas mes honoraires perdus, dit en souriant le gynécologue quand il raconte l'histoire. La joie de posséder une lettre pareille me dédommage amplement.

BIBLIOGRAPHIE

Sully, sa vie et son œuvre (1559-1641), par le lieutenant-colonel Henri CARRÉ. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 16 gravures hors texte : 32 francs Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Des écrivains qui se sont consacrés à Sully lui-même, les uns ont arrêté le récit de sa vie à l'assassinat de Henri IV, laissant dans l'ombre sa participation sous la minorité de Louis XIII, les autres se sont bornés à une étude plus ou moins détaillée de sa gestion économique et financière.

Le colonel Carré nous offre pour la première fois une biographie complète, qui suit Maximilien de Béthune depuis son enfance jusqu'à sa mort, retraçant successivement sa jeunesse mouvementée comme compagnon d'armes du roi de Navarre, son élévation au pouvoir et la période active de son gouvernement, les circonstances de sa disgrâce sous la régence de Marie de Médicis, ses dernières manifestations d'activité politique, enfin son existence de grand seigneur dans sa longue retraite.

La haute et noble figure de ce grand serviteur, le grand ministre d'un grand roi, revit sous les yeux du lecteur, en même temps que ressuscite l'une des époques les plus attachantes et les plus mouvementés de l'histoire de France, et le monde de la Cour avec ses intrigues et ses passions.

Horace. *Satires*. Texte établi et traduit par M. F. VILLENEUVE, professeur à la Faculté des lettres de Montpellier, 25 francs. Exemplaire numéroté 50 francs.

Une édition nouvelle des *Satires* célèbres, dont la fine critique souvent aimable s'est exercée sur les travaux éternels de l'esprit humain.

Lucrèce Borgia, par Frantz FUNCK-BRENTANO, membre de l'Institut Un volume in-8 broché de 248 pages, illustré de 17 hors-texte en héliogravure, publié dans la Bibliothèque « Historia » aux Editions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris Prix : 25 francs.

On sait le succès obtenu, non seulement en France, mais dans toute l'Europe, par les études de M. Funck-Brentano sur *Lucrèce Borgia*. « Lucrèce la monstrueuse », dit Victor Hugo en son drame célèbre ; « Lucrèce très divine et très chaste », dit au contraire Pierre de Nolhac en un sonnet admirable, consacré par lui à la fille du pape Alexandre VI.

Voici une nouvelle édition revue avec soin et complétée, illustrée en héliogravure des chefs-d'œuvre de Roger de la Pasture, du Pincturicchio, de Léonard de Vinci, du Titien, sans parler des médailleurs et des architectes, publiée dans la jolie collection « Historia », de la Librairie Tallandier, à laquelle la faveur du public ne cesse de demeurer fidèle.

Le Pourrissoir. Saint-Lazare. *Choses vues, entendues et vécues*, par Jeanne HUMBERT. Préface de Victor MARGUERITTE. Editions *Prima*, rue Servan, 67, Paris (XIe), 190 p., 10 fr.

Je ne crois pas, comme Mme Jeanne Humbert, que le triomphe de *l'eugénie* réduirait de façon appréciable crime, vol, vice, délit, stupre... Mais je crois volontiers, comme elle, que la misère est due, pour la plus grande part, à un manque d'organisation et à l'égoïsme des privilégiés.

Quant à la *procréation sans frein ni mesure*, je ne pense pas qu'aucun esprit sincère se refuse à voir en elle une des causes les plus efficaces et de la *guerre* et des atrocités de guerre.

Que, pour avoir prôné le *néo-malthusianisme* (le néo-malthusianisme *strictement pratiqué*, en dépit des protestations et enseignements pharisiens, *par la grande majorité* des classes aisées de notre monde occidental) Mme Jeanne Humbert ait été arrachée à son mari et à sa fille et jetée à Saint-Lazare, c'est là un de ces faits qui permettent de faire synonymes : *infini* et *hypocrisie humaine*.

Jeanne Humbert, l'auteur de *En pleine Vie* a vécu Saint-Lazare ; je veux dire qu'elle y a vécu deux années, comme prévenue d'abord puis comme condamnée.

Et son livre ferait à l'*Enfer* de Dante un appendice non négligeable.

« Maison de corruption morale et de contagion physique, nous dit Jeanne Humbert, on n'écrira jamais assez violemment contre la prison de Saint-Lazare ; on ne hurlera jamais assez contre la survivance de cette lèpre au cœur même de Paris ; on ne protestera jamais assez contre les procédés ignobles qu'emploient tous ses geôliers ni contre leurs injustices criantes, ni contre les abus scandaleux, ni contre la révoltante exploitation des détenues. On ne dira jamais assez l'insolence et la brutalité des porte-clés ; on ne s'élèvera jamais assez contre l'immonde promiscuité et la vermine des dortoirs et contre la repoussante saleté des ateliers et des cellules. Et on ne criera jamais assez haut que cette maison d'arrêt est, non seulement le foyer de tous les vices, mais encore celui de la tuberculose... »

J'ignorais tout à fait ce qu'est Saint-Lazare.

Je le sais maintenant.

Que l'on soit en accord ou en contradiction violente avec Mme Jeanne Humbert sur des questions de croyances, de foi religieuse ou de doctrine, tout le gros matériel objectif de son livre *vécu*, ne doit être ignoré ni du médecin, ni du politique, ni de tout homme de cœur.

(*Reproduction autorisée.*) Dr G. ESPÉ DE METZ.

NOUVELLE RÉDUCTION DU PRIX DES PLACES DE LITS-SALON AVEC DRAPS

Afin de faciliter le développement des voyages de nuit à grande distance, la Cie P. L. M. a réalisé, en janvier dernier, un abaissement important du montant de ses places de lits-salon sur toutes ses relations.

Elle vient de consentir, depuis le 1er avril, une nouvelle réduction d'environ 10 % du prix du supplément.

Par exemple, pour aller de Paris à Nice, le supplément de lits-salon avec draps qui était l'année dernière de 469 fr. 70 et qui avait été ramené à 375 fr. 80 en janvier, n'est plus aujourd'hui que de 338 fr. 80.

Nous rappelons que les places de lits-salon, désormais munies de draps, offertes dans les trains de la Cie P. L. M., réalisent, avec leurs différents aménagements, le maximum de confort pour les voyages de nuit en chemin de fer.



Relation rapide de soirée Paris-Lyon

Depuis le 22 mai 1932, la relation de soirée Paris-Lyon, assurée précédemment par le Rapide 15 (Paris-Menton), est assurée par un train limité à Lyon et conportant, outre un Wagon-Restaurant, des voitures de 1re et 2e classes.

Paris, départ : 17 h. 15 ; Lyon-Perrache, arrivée : 23 h. 45.

Accélération du rapide d'après-midi entre Paris et Lyon.

Depuis la même date, le rapide 35 (toutes classes-Wagon-Restaurant) est accéléré d'une vingtaine de minutes entre Paris et Lyon.

Paris, départ : 12 h. 30 : Lyon-Perrache, arrivée : 19 h. 15.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 27 LE NUMÉRO : 50 Centimes 2 JUILLET 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine. — 22 juin. — M. Jules Julien. Influence de l'accouchement sur certains accidents toxi-infectieux au cours de la seconde moitié de la grossesse. — M. Ivo Vnisku. Etude des accidents dus à la rétention de la dent de sagesse inférieure.

23 juin. — M. Dutray. La reprise du pneumothorax artificiel. — M. Tuchmann. Etudes nouvelles cliniques et thérapeutiques de la paralysie faciale périphérique. — Mlle Papaïoannou. La péritonite à pneumocoques. — Mlle Kaz. Etude de la kératite disciforme.

Samedi 25 juin. — M. Leroy. Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux compliqué de péricardite. — M. Pailheret. La méralgie paresthésique (névralgie du fémoro-cutané).

23 juin. — Thèse vétérinaire. — M. Léon. Anquenides : notes phylogéniques et zoologiques. Etude zootechnique.

28 juin. — M. Voulpiotis. Etude de l'hyperplasie musculaire au cours des cancers gastriques. — Mlle Maire. Essai de cardiologie expérimentale sur Hélix Pomatia. — M. Garnier. Traitement de la rhinite ozéneuse par l'anatoxine diphtérique. — Mlle Lagasquie. Contamination syphilitique pendant la période d'incubation du chancre. — Mme Girard. Traitement de l'obésité à Brides-les-Bains. — M. Laurent. La phase somatique prodromique de la démence précoce. — M. Trillot. Hérédité cyclothymique, son utilité dans le diagnostic et le pronostic de certaines psychoses. — M. Deshayes. Le sérum antitétanique (sa production). — Mlle Herbert. Exploration radiologique des voies biliaires par injections des substances opaques. — M. Abramovici. Considérations relatives à l'influence de quelques maladies et de certains états physiologiques sur les lésions buccodentaires — M. Delaeter. La pathologie des brouillards de la vallée de la Meuse.

29 juin. — M. Paul Casalis. Etude de la conduite opératoire dans les appendicites gangréneuses avec perforation en péritoine libre. — Mme Ronsiery. Etude de l'action des effluves dans quelques affections gynécologiques. — M. Simkow. Les grands kystes séreux du rein. — M. Dominguez. Etude du traitement des prostates vésiculites gonococciques. — M. Parrique. Etude et traitement de l'uréthrite chronique. — Mme Belugon. Etude de la calcification du disque intervertébral. — M. Costes. — Arrachement des points épiphysaires de l'iléon chez l'adolescent. — M. Puech. Syndromes hiromégaliques au cours des tumeurs intracraniennes non hypophysaires. — M. Douady. Section des brides dans le pneumothorax artificiel. — Mlle Dumans. Influence de la coqueluche sur la tuberculose du nourrisson. — M. Molard. Etude du syndrome hémorragipare de l'insuffisance hépatique. — M. Bruneau. Le diagnostic de la méningite à bacille de Pfeiffer. — M. Chatergée. Paralysie faciale consécutive à l'anesthésie tronculaire du nerf dentaire inférieur.

30 juin. — M. Jarrousse. Considérations sur l'avortement tubaire. — M. de la Hussaire. Les mastoïdites rétro-labyrintiques. — M. Reynaud. Etude de la chirurgie thoracique. Techniques actuelles. — M. Bogaraze. Etude d'erpès gestationis. — M. Dufour. Rupture artificielle précoce des membranes au cours de l'accouchement normal. — M. Blanchet. De l'ostéoporose post-infectieuse et de l'ostéoporose algique post-traumatique.

2 juillet. — M. Augier. La dolypose recto-colique. — M. Marinoff. Etude du cancer précoce de l'estomac (jusqu'à l'âge de 30 ans). — M. Fric. La prophylaxie de la rougeole chez le nourrisson par le sérum de convalescent d'après une statistique des enfants assistés. — M. Tisler. Etude des pneumococcies prolongées de la première enfance. — M. Gouyen. Recherches cliniques de la tuberculose de péricarde.

Service de Santé. — Sont promus : Au grade de médecin colonel. — Le médecin lieutenant-colonel Bailly, hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants : Guibert, hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé ; Le Bourdellès, hôpital militaire d'instruction Percy, à Clamart ; Fribourg-Blanc, Ecole d'application du service de santé militaire.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines : Fleurant, salles militaires de l'hospice mixte du Mans ; Guillobey, 26e d'infanterie, à Nancy ; Goudet, Ecole militaire préparatoire de Billom ; Stéfanini, hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé ; Raynaud, troupes du Maroc ; Picot, hôpital militaire Villemin ; Niel, 19e corps d'armée ; Chevant, E.-M. de la région de Paris et place de Paris.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants : Gouyrand, 19e corps d'armée ; Kliszowski, 34e d'aviation, au Bourget ; Soleil, 6e génie ; Paupard, 10e d'artillerie ; Desbiez, 3e génie ; Bourdon, 103e d'artillerie ; Pépin, troupes de Tunisie ; Botrel, troupes du Maroc ; Marcelli, 19e corps d'armée ; Bernard, 1er groupe d'ouvriers d'aéronautique ; Dickson, 107e d'infanterie.

Le médecin commandant Sarrelabout, du 25e d'artillerie, au 41e d'artillerie, à Angoulême.

Troupes coloniales. — Sont promus : Au grade de médecin général. — Les médecins colonels Viala, Heckenroth.

Mutations des Troupes coloniales. — Au grade de médecin colonel. — Les médecins lieutenantscolonels : Armstrong, Afrique occidentale française ; Esserteau, en Chine ; Millous, au Togo.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants : Solier, Indochine ; Martin, 3e d'infanterie coloniale ; Crozat, Afrique occidentale française.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines : Caro, Pacifique ; Boyer, Guyane ; Le Saint, Indochine ; Urvois, Guyane.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants : Mary, Afrique occidentale française ; Franceschini, Afrique occidentale française ; Ortholan, Afrique occidentale fran-

çaise ; Maclaud, Madagascar, ; Berthon, Afrique occidentale française ; Guigues, Afrique occidentale française ; Drogoz, Afrique occidentale française ; Parfaite, 3e d'infanterie coloniale.

Désignations coloniales. — *En Indochine.* — Le médecin lieutenant-colonel Muraz, du 21e d'infanterie coloniale ; le médecin commandant Rehm, du régiment d'infanterie coloniale du Maroc.

En Afrique occidentale française. — Le médecin colonel Passa, du 25e d'infanterie coloniale.

A Madagascar. — Les médecin commandant Huot, du 23e d'infanterie coloniale ; le médecin capitaine Mondain, du dépôt des isolés des troupes coloniales à Marseille.

En Chine. — Le médecin commandant Bernard, du 1er régiment d'artillerie coloniale.

A la Guyane (administration pénitentiaire). — Le médecin commandant Bideau, du 11e d'artillerie coloniale.

Au Cameroun. — Le médecin commandant Moutet, du régiment d'infanterie coloniale du Maroc.

En Tunisie. — Le médecin commandant Roussy, du 3e d'infanterie coloniale ; le médecin Bonrepaux, du 1er d'artillerie coloniale.

Affectations en France. — *Au 2e d'infanterie coloniale.* — Le médecin commandant Maignou, rentré de l'Indochine.

Au 3e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Petel, rentré de l'Afrique occidentale française.

Au 21e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Girard, rentré de Madagascar.

Au 23e d'infanterie coloniale. — Le médecin lieutenant-colonel Bablet, rentré de l'Indochine ; le médecin commandant Pauliac, rentré de l'Afrique équatoriale française ; le médecin commandant Vaucel, rentré de l'Afrique équatoriale française.

Au régiment d'infanterie coloniale du Maroc. — Le médecin commandant Carral, rentré de l'Afrique occidentale française.

Au 14e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Bouron, rentré de l'Indochine.

Au 11e d'artillerie coloniale. — Le médecin commandant Le Bourhis, rentré de l'Indochine.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux). — Le médecin colonel Bernard, rentré du Levant.

Ministère de la Santé publique. — *Vacances de postes de directeur du Bureau municipal d'hygiène.* — Aux termes du décret du 4 avril 1910 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène en Algérie, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France et par le Gouverneur général de l'Algérie.

La vacance du directeur du Bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Mostaganem (Algérie). Le traitement alloué est fixé à 14.000 francs plus les indemnités algériennes de 25 % et 8 % sans préjudices des émoluments attachés à la visite des écoles, soit 20.000 francs par an. Il est interdit au directeur du Bureau d'hygiène de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de trois mois à compter du 5 juin (jour de l'insertion au *Journal officiel* de la République française) pour adresser au Gouverneur général de l'Algérie leurs demandes accompagnées de leurs titres, justification et références.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus. L'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés.

— Aux termes du décret du 4 avril 1910 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène en Algérie, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France et par le Gouverneur général de l'Algérie.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Constantine (Algérie).

L'indemnité allouée est fixée à 14.000 francs par an, avec augmentation de 2.000 francs tous les cinq ans, jusqu'à 18.000 francs, la dite indemnité étant exclusive de toute autre.

Ce chef de service n'est pas assimilé aux fonctionnaires communaux et, par suite, ne sera pas admis à verser à la caisse de retraites communale. Il pourra continuer le libre exercice de sa profession.

Les candidats ont un délai de trois mois à compter du 5 juin (jour de l'insertion au *Journal officiel* de la République française) pour adresser au Gouverneur général de l'Algérie leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus, l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés.

Commission du Codex. — M. Lormand (Charles), membre de la Commission du Codex, assistant à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé secrétaire technique de la commission du Codex, en remplacement de M. le général pharmacien Breteau, décédé.

Lyon. — Le concours ouvert le 20 juin pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'est terminé par la désignation du Dr André Josserand.

Nantes. — M. Maurice Leroux, professeur suppléant, est nommé professeur de clinique obstétricale, en remplacement de M. Grosse, décédé.

M. Veillon, professeur suppléant de chimie, est prorogé dans ses fonctions.

M. le Docteur Jean Urbain-Monnier est nommé chef de clinique médicale.

Remise de la médaille du Docteur Charles Buizard. — La médaille qui a été offerte au Docteur Charles Buizard, secrétaire général de la Société des Chirurgiens de Paris, président du Syndicat des chirurgiens de Paris et de la Région parisienne, par ses collègues et ses amis de France et de l'étranger, lui a été remise dimanche matin, 19 juin, 44, rue de Rennes.

La cérémonie était présidée par M. le Professeur Gosset.

XXIIe Congrès français de médecine. — *Programme préliminaire.* — Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès : 1° La lympho-granulomatose maligne ; 2° Les acrocyanoses ; 3° Le traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.

La séance solennelle d'ouverture se tiendra à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 10 octobre, à 9 h. 1/2 du matin, sous la présidence de M. le Président de la République. Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 1/2, les après-midi à 3 heures à la Faculté.

Lundi 10 octobre, à 10 h. 1/2 : Rapports sur la première question : Formes anatomo-cliniques de la lymphogranulomatose maligne. Rapporteurs : M. Maurice Fabre (de Lyon) : Caractères anatomo-cliniques de la granulomatose maligne ; ses formes anormales. — MM. Huys (de Bruxelles) et Gibert (de Genève) : La radiothérapie de la lymphogranulomatose maligne. — MM. R. Weissmann-Netter, J. Delarue et V. Oumansky (de Paris) : Les résultats de l'expérimentation dans la lymphogranulomatose maligne.

Lundi 10 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 11 octobre, à 9 h. 1/2 : Rapports sur la deuxième question : Les acrocyanoses. Rapporteurs : MM. Maurice Villaret (de Paris), Justin Besançon (de Paris) et Cachera (de Paris) : Physiologie pathologique des acroasphyxies. — MM. May (de Paris) : Etude clinique de l'acrocyanose essentielle.

Mardi 11 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 12 octobre, à 9 h. 1/2 : Rapport sur la troisième question : Traitement médico-chirurgical des abcès du poumon. Rapporteurs : MM. E. Sergent (de Paris) et Kouriasky (de Paris), avec la collaboration chirurgicale de MM. Baumgartner (de Paris) et Iselin (de Paris) : Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales dans les abcès du poumon. — M. G. Lardennois (de Paris) : Les séquelles des abcès du poumon ; chirurgie complémentaire et réparatrice. — MM. L. Kindberg (de Paris) et Soulas (de Paris) : Les méthodes bronchoscopiques et les suppurations pulmonaires. — M. Etienne Bernard (de Paris) : L'émétine dans le traitement des abcès du poumon.

Les membres du Congrès pourront bénéficier d'une réduction de tarif en utilisant la feuille ci-jointe qu'ils voudront bien envoyer au trésorier en même temps que leur bulletin d'adhésion et leur cotisation.

Inscriptions. — Le montant de la cotisation est de 100 francs pour les membres adhérents et de 50 francs pour les membres associés et les étudiants en médecine. Prière de s'inscrire en envoyant le bulletin d'inscription ci-joint, accompagné de son montant, au trésorier, M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'or.* — Docteur Corcket, médecin-chef de service à l'asile d'aliénés du Bon-Sauveur de Caen ; Docteur Le Rasle, de Caen ; Docteur Leroux, de Caen ; Docteur Henri Baruk, médecin-chef de service à la Maison nationale de santé de Saint-Maurice (Seine) ; Docteur Fontaine, de Saint-Sever (Calvados) ; Docteur Barbillion, de Paris.

Médaille d'argent. — Docteur Pélicand, de Bourg ; Docteur Dulac, de Paris ; Docteur Odinet, de Paris ; Docteur Maurice Pin, de Briançon ; Docteur Boivin, de Saint-André-sur-Orne (Calvados) ; Docteur Paul Bouvy, de Metz ; Docteur Dansac, d'Asnelles (Calvados) ; Docteur Cermont, de Caen ; Docteur Bertrand, de Beny-Bocage (Calvados) ; Docteur Lefevre, directeur du bureau d'hygiène de Caen.

Médaille de bronze. — Docteur Miégeville, de Paris ; Docteur Gazet du Chatelier, de Chauny (Aisne) ; Docteur Germain, de Mios (Gironde) ; Docteur Foucaud, de Château-Thierry ; Docteur Ichok, de Clichy.

Nécrologie. — Docteur Pierre Dubrulle, de Chelles (Seine-et-Marne). — Médecin aide major Marque, décédé accidentellement. — Docteur Henri Marciguey, de Paris, 92, avenue Victor Hugo (XVIe).

TRAVAUX ORIGINAUX

Les échanges respiratoires et l'action spécifique-dynamique des protéines dans la tuberculose pulmonaire

Par **Eduardo COELHO** (de Lisbonne)

Quelques auteurs prétendent qu'il y a un parallélisme entre le degré de l'activité des lésions de la tuberculose pulmonaire et l'augmentation des valeurs du métabolisme basal.

Selon l'expérience de Grafe (1), une augmentation du métabolisme basal au-dessus de 20 % indique l'existence d'un processus actif, s'il n'y a pas d'autres facteurs d'élévation d'oxydation ; et, en général, pour cet auteur, les formes graves et progressives de la tuberculose pulmonaire ont tendance à augmenter le métabolisme basal.

En mesurant le métabolisme basal des tuberculeux, nous avons cherché à déterminer les rapports entre l'évolution et l'activité du processus tuberculeux, d'une part, et le degré d'oxydation de l'organisme, d'autre part.

Un autre sujet relativement peu étudié, c'est l'influence de l'alimentation sur la combustion des tuberculeux. Margreth, Salus et Keller ont souvent constaté une élévation des valeurs du métabolisme respiratoire après l'ingestion de protéines ou de protéines et d'hydrates de carbone. Nous avons repris cette étude chez 16 malades, et déterminé également chez quelques malades les valeurs du métabolisme et l'action spécifique dynamique des protéines après le pneumothorax thérapeutique. Nous avons déjà communiqué les premiers résultats à la *Société de Biologie* (1).

Les sujets en expérience étaient à jeun depuis 14 heures et au repos. Le repas, pour étudier l'action spécifique dynamique des protéines, était constitué par 200 grammes de viande, 80 grammes de pain et 40 grammes de beurre. Les échanges respiratoires ont été déterminés une et deux heures après l'ingestion du repas. Nous avons employé l'appareil Knipping pour ces déterminations. Les malades étaient, à peu d'exception près, apyrétiques pendant l'examen. Nos déterminations ont été faites dans des cas différents d'évolution de l'infection tuberculeuse. Nous ne prétendons pas donner à l'épreuve du métabolisme basal une valeur diagnostique dans la tuberculose pulmonaire — ce qui n'aurait pas de sens, il faut le remarquer — mais vérifier si cette épreuve nous donne des indications sur l'évolution de la tuberculose ou s'il y a dans cette maladie des modifications intenses de l'oxydation. Quelques conclusions déjà établies à ce sujet ne nous semblent pas d'accord avec la réalité des phénomènes.

Nous présentons dans le tableau I, les valeurs des calories, du métabolisme basal, et du quotient respiratoire chez les seize patients.

TABLEAU I

Malades			Age	Haut.	Poids	Temp.	Cal.	M. B. %	Q. R.	Observations.
1	A. V.	homme	31	1,68	36,9	37,2	1.417	+ 4	0,96	Tub. bilat. cavern. progressive.
2	O. P.	femme	31	1,74	61,6	37,2	1.847	+ 17	0,81	Tub. bilat. nodul. stationnaire.
3	M. A. O.	homme	21	1,54	52,5	36,8	1.455	+ 7	0,87	Tub. unilat. progressive.
							1.209	+ 9	0,94	(Après le pneumothorax).
4	A. P.	homme	29	1,46	46	36,7	1.367	+ 10	0,82	Tub. unilat. cirrhot.
							1.367	+ 10	0,82	(Après le pneumothorax).
5	C. A. S.	homme	17	1,51	56,2	36,9	1.185	— 15	0,87	Tub. unilat. nod. stationnaire.
							1.160	— 17	0,80	(Après le pneumothorax).
6	M. P. P.	femme	18	1,72	60	36,9	1.526	+ 10	0,71	Tub. unilat. nod. stationnaire.
							1.139	+ 13	0,79	(Après le pneumothorax).
7	J. S. F.	homme	27	1,52	42,5	37	1.369	+ 12	0,75	Tub. bilat. acineuse-nodulaire ouverte.
8	E. A. S.	homme	28	1,52	42,3	36,8	1.341	+ 11	0,70	Tub. bilat. cirrhot. ouverte.
9	A. G.	femme	35	1,62	49	36,5	1.584	+ 25	0,68	Tub. bilat. cirrhot.
10	M. A. S.	homme	21	1,54	46	36,5	1.334	+ 4	0,74	Tub. unilat. progressive ouverte
11	A. P.	femme	19	1,76	62	36,6	1.631	+ 15	0,77	Tub. unilat. acineuse progressive.
12	F. T.	homme	24	1,58	48	36,9	1.571	+ 18	0,84	Tub. bil. stationnaire ouverte.
13	C. V.	homme	35	1,58	41	36,8	1.139	— 3	0,87	Tub. bil. nod. acineuse ouverte.
14	C. R. V.	homme	30	1,40	36	36,7	1.435	+ 27	0,70	Tub. bil. cavern. progressive.
15	A. S.	homme	22	1,58	43	37	1.246	+ 1	0,78	Tub. unilat. progressive.
							1.200	3	0,72	(Après le pneumothorax).
16	J. P. A.	homme	29	1,49	47,8	37,5	1.725	+ 57	0,70	Tub. bil. exsudative.

Le tableau II (voir page 1178) montre l'action spécifique-dynamique des protéines chez 15 malades tuberculeux ; nous avons ici les modifications des calories, du métabolisme basal et du quotient respiratoire après le repas de protéines.

Les deux tableaux ci-joints nous donnent quelques indications sur la valeur des échanges respiratoires dans la tuberculose pulmonaire, suivant les différentes formes et les diverses phases d'évolution du processus sur l'action spécifique-dynamique des protéines dans l'oxydation de l'organisme tuberculeux ; et encore sur les modifications de l'oxydation au moyen du pneumothorax thérapeutique.

En comparant ces chiffres, nous pouvons dégager les résultats de nos recherches relatifs spécialement au *métabolisme basal*, au *quotient respiratoire* et à l'*action spécifique-dynamique des protéines.*

I. **Métabolisme basal**. — D'après notre expérience de cinq ans de recherches, les chiffres normaux du métabolisme basal au Portugal sont compris entre — 10 % et + 15 %. Dans nos cas de tuberculose pulmonaire, nous avons parfois trouvé des chiffres très bas (— 17 %) ou au contraire très élevés (+ 57 %). Toutefois, la plupart des malades présentaient les valeurs normales. Le métabolisme basal est indépendant de l'état fébrile des tuberculeux. Nous n'avons pas constaté de rapport constant entre les chiffres du dit métabolisme basal et le degré d'activité du processus tuberculeux, contrairement à ce qu'affirme Lanz (2).

Des cas graves, fébriles, de type progressif peuvent présenter des valeurs normales tandis que des chiffres élevés se rencontrent dans les formes nodulaire, cirrhotique, stationnaire ou dans la forme de tendance à guérison.

Cependant, des valeurs *très basses* montrent que le processus n'est pas actif. Dans le même type de tuberculose,

(1) E. GRAFE. — Stoffwechsel und Ernährung bei Tuberkulosen. (*Beiträge z. Klin. d. Tub.*, 75, 42, 1930.)

(1) *C. R. des S. de la Soc. de Biol.*, 1931.
(2) LANZ. — *Beiträge z. Klin. d. Tub.*, 63, f. 4/5, 1926.

◆◆

un chiffre élevé donne une signification du pronostic plus grave. Après le pneumothorax thérapeutique, le métabolisme basal se maintient invariable ou sa valeur diminue. La baisse du métabolisme basal après le pneumothorax montre que l'activité du processus tuberculeux a diminué.

II. Quotient respiratoire. — Le quotient respiratoire est, en général bas. Les malades étaient soumis à une diète mixte. On sait que, normalement, le quotient respiratoire des sujets soumis à l'alimentation mixte varie entre 0,80 et 0,85. Nous avons trouvé ces valeurs basses chez des malades ayant une dénutrition très marquée et aussi chez des malades en bon état de nutrition. Les valeurs basses, indiquant que l'organisme brûle surtout des graisses, n'ont pas de signification chez les tuberculeux. Nous ne pouvons donc dégager aucune conclusion des modifications du quotient respiratoire de ces malades.

III. Action spécifique-dynamique des protéines. — Dans la plupart des cas, nous avons constaté une augmentation de l'action spécifique-dynamique des protéines . Les calories sont élevées une et deux heures après le repas. Dans quelques cas, cette élévation était supérieure à la normale, ce qui indique une augmentation d'oxydation de l'organisme tuberculeux. L'élévation de l'action spécifique-dynamique est indépendante de l'état fébrile, ainsi que de la forme de tuberculose. L'augmentation de l'oxydation sera, peut-être, due à l'action des toxines du bacille de Koch sur les glandes de sécrétion interne, principalement sur la thyroïde, ce qui donne une activité plus grande aux processus cellulaires cataboliques.

Tableau II — *Après le repas*

Malades			Cal.	M. B. %	Q. R.	Temps après repas	Observations :
1	A. V.	homme	1.734	+ 27	0,83	1 heure	
			1.810	+ 30	0,86	2 heures	
2	O. P.	femme	1.948	+ 24	0,76	1 heure	
			1.987	+ 26	0,80	2 heures	
3	N. A. O.	homme	1.519	+ 13	0,93	1 heure	
			1.415	+ 7	0,87	2 heures	
			1.453	+ 8	0,95	1 heure	Après le pneumothorax.
			1.453	+ 8	0,95	2 heures	
4	A. P.	homme	1.367	+ 10	0,82	1 heure	
5	C. A. S.	homme	1.278	9	0,86	1 heure	
			1.351	4	0,88	2 heures	
			1.265	+ 10	0,80	1 heure	Après le pneumothorax.
6	M. P. P.	femme	1.622	+ 17	0,70	1 heure	
			1.710	+ 22	0,72	2 heures	
7	J. S. F.	homme	1.469	21	0,80	1 heure	
			1.560	+ 28	0,90	2 heures	
8	E. A. S.	homme	1.458	+ 21	0,89	1 heure	
			1.428	+ 18	0,77	2 heures	
9	A. J.	femme	1.501	+ 20	0,90	1 heure	
			1.469	+ 17	0,92	2 heures	
10	N. A. S.	homme	1.346	+ [illegible]5	0,73	1 heure	
			1.392	+ 9	0,76	2 heures	
11	A. P.	femme	1.718	+ 21	0,85	1 heure	
			1.787	+ 23	0,90	2 heures	
12	F. T.	homme	1.732	+ 30	0,87	1 heure	
			1.656	+ 24	0,83	2 heures	
13	C. G.	homme	1.408	+ 19	0,89	1 heure	
			1.408	+ 19	0,88	2 heures	
14	C. R. V.	homme	1.147	+ 28	0,70	1 heure	
15	A. S.	homme	1.375	+ 9	0,80	2 heures	
			1.362	+ 10	0,75	1 heure	Après le pneumothorax.
			1.362	+ 10	0,80	2 heures	

Sur quelques aspects des éléments spécifiques de l'anaphylaxie

Par **M. MARTINY, H. PRÉTET, A. BERNÉ**

Depuis l'expérience princeps de Portier et Richet, une multitude de faits expérimentaux et cliniques contradictoires, la généralisation théorique d'interprétations partielles, ont rendu difficile l'étude des phénomènes anaphylactiques.

Une mythologie de *fonctions* mutées en *matière* a aidé d'abord puis retardé et compliqué cet aspect important du grand problème physio-pathologique de la spécificité biologique.

La substance antigène

Le seul élément spécifique qui ne soit pas métaphysique est l'antigène. Selon l'expression de J. Lœb « sa spécificité chimique commande la spécificité biologique ».

Les divers travaux des auteurs européens et américains ont abouti à ce fait simple : *un antigène doit être un colloïde moléculaire*. Toute substance étrangère n'est pas antigénique ; les protides, tout au moins dans l'anaphylaxie paraissent seules susceptibles de remplir cette fonction.

L'anaphylaxie d'ailleurs demande dans son étude une certaine limitation ; nous n'aborderons qu'accidentellement les phénomènes allergiques des infections qui ne rentrent nullement dans le cadre de ce travail.

Sur cette trame précise on peut développer les caractéristiques physico-chimiques des antigènes protéiniques.

Certaines molécules remplissent les conditions optima pour être des antigènes. Ce sont les protides complètes (contenant la totalité des acides aminés avec les radicaux cycliques aromatiques) solubles à grosses molécules.

Les protides des céréales et des légumineuses qu'on peut obtenir à l'état très pur ont permis d'affirmer que l'identité chimique et cristallographique optiquement appréciable, s'accompagne d'une identité biologique.

La perte de solubilité détruit l'activité antigénique et c'est le cas des protéines coagulables par la chaleur, les agents physiques ou chimiques.

Les grandes dimensions des protéines sont indispensables à la fonction. Pour Zinsser, si les protéines sont d'emblée trop petites, elles pénètrent rapidement dans n'importe quelle cellule de l'organisme et y sont fixées, puis détruites. Les produits de clivage des protéines de faible volume sont, en effet, dépourvus de pouvoir antigénique tandis que ces produits de clivage groupés artificiellement en grosses molécules colloïdales (plastéines ou paranucléines) récupèrent leur capacité antigénique.

Tout changement chimique dans la constitution d'une protéine altère sa spécificité biologique. Les protéines modifiées d'un organisme peuvent se comporter pour lui comme des protéines étrangères sous l'influence de réactions endogènes ou exogènes (iode, arsenic, ou autres substances toxiques ou toxiniques). Cette notion est à la base de certaines sensibilisations paradoxales à des substances non antigéniques.

L'organisme, grâce à la digestion entérale et à la fonction protéopexique du foie démontrée par Widal, hydrolise et détruit normalement les édifices moléculaires des acides aminés pouvant théoriquement former pour Abderhalden 21.432.902.170.640.000 composés différents par la seule variété de combinaisons et sans préjuger des produits innombrables qui résulteraient des variations de proportions des éléments combinés.

Pour quelques auteurs, diverses substances ne donnant pas les réactions des protéines, les nucléo-protéines, protamines, histones, certaines toxines, les lipoïdes, des saccharides, des produits colorants à charge électro-positive (P. Carneiro et W. Kopaczewski) pourraient se comporter comme des antigènes.

La notion des combinaisons endogènes peut mettre d'accord des auteurs dont les faits expérimentaux et *a fortiori* les théories sont contradictoires.

Le rôle antigénique des lipoïdes rendus « disponibles » selon le mot de R. Demanche, dans certaines infections comme la syphilis paraît une conséquence de ces combinaisons. Ainsi peut s'expliquer l'étonnant paradoxe de la réaction de Desmoulières. Billard, dont les remarquables travaux sur la phylaxie n'ont pas encore la réputation universelle qu'ils méritent, a montré, le premier peut-être le rôle important des lipoïdes dans la spécificité biologique.

Les haptènes de Landsteiner apparaissent comme des antigènes incomplets donnant une floculation spécifique avec les antisérums correspondants mais incapables de produire des antisérums par absence du radical protéinique.

La fonction anticorps.

Un organisme qui a connu un antigène donné réagira par la suite spécifiquement lors d'un nouveau contact. Ces réactions secondes ont été attribuées à la présence d'anticorps anaphylactisants.

Notre opinion, non généralement admise, mais partagée depuis longtemps par de nombreux auteurs, à propos de certaines fonctions anticorps (H. Buchner, Calmette, Ostromuislensk, Hertzfeld, Klinger, Boissevain, Sdravomisloff, Kosmotrine, Vlès et Reiss, Ramon, A. Vincent, etc.), est que l'anticorps spécifique est constitué partiellement aux dépens de l'antigène dont il est une modification physico-chimique.

La mystique « anaphylactine » n'est qu'un cas particulier de la spécificité biologique mais le problème de la réaction antigène-anticorps est le même sur tous les plans.

Dans un ordre d'idées un peu spécial, frappés des analogies thérapeutiques entre l'hématoéthyroïdine et la thyroïdine diluée, nous avons été amenés à penser que la fonction d'un sérum antibasedow tenait à sa teneur infinitésimale de thyroïdine très diluée. Nous avons supposé ensuite que l'organisme donneur d'immun-sérum devait accomplir une fonction physique parallèle par dilution *in vivo* de l'antigène.

Une première série d'expériences sur les cobayes par l'apport *in vivo* de toxine diphtérique diluée aux taux 10^{-6} à 10^{-12} nous ont donné des modifications paradoxales des réactions cutanées de l'animal à l'intradermo nécrosante.

Ces faits ont montré aux deux premiers d'entre nous que la toxine diphtérique diluée agissait caricaturalement dans le sens antitoxine et nous ont invités à rechercher si dans les phénomènes de sensibilisation des effets analogues étaient observables.

Nos expérimentations ont été entreprises avec l'ovalbumine diluée et ont été rapportées en détails dans notre récent ouvrage (1).

Nous avons fait ingérer ou injecter à plusieurs séries de cobayes des solutions très étendues d'ovalbumine aux taux 10^{-9}, 10^{-12}. L'injection déchaînante était pratiquée de 1 h. à 48 h. après, par voie intracardiaque au moyen d'une solution d'ovalbumine à 1 p. 100. Alors que cette injection ne provoquait chez les animaux témoins, qu'un instant d'inquiétude ou de légère stupeur, nous avons pu obtenir chez quelques animaux préparés une crise d'agitation, puis un état de stupeur avec violents frissons, de la polypnée et des contractions intestinales traduites par l'évacuation en quelques minutes de très nombreux bols fécaux, sans diarrhée. Chez d'autres l'injection déchaînante réalisa, avec ces phénomènes, une paralysie passagère du train postérieur. De très nombreux cobayes sont restés indifférents à cette préparation.

Nos échecs et nos succès sont survenus en séries. Mme Aïtoff n'a pas réussi à obtenir des résultats positifs par la voie digestive. Malgré cette inconstance, les faits observés directement nous ont paru probants. Il est logique d'attribuer les insuccès à l'irrégularité fatale de nos dilutions à un taux si élevé et à notre ignorance actuelle du facteur interchangeable temps, espace dans la sensibilisation.

Mais, comme il est établi, d'autre part, que l'anticorps spécifique accompagne les globulines du sérum, nos expérimentations conduisent à cette idée : *les anticorps spécifiques humoraux tirent leur fonction de la présence, dans leur complexe constitutionnel, de l'élément antigénique à dose nécessairement infinitésimale.*

On a depuis longtemps soutenu que l'anticorps dérivait de l'antigène ; nous croyons ajouter cette notion nouvelle que *pour être actif, la présence dans l'anticorps de l'antigène doit être à l'état de trace infime et l'union antigène et globuline d'ordre physique.*

Ce mariage où l'apport antigénitique est minime explique qu'il y ait peu d'altération dans les propriétés physiques des antisérums. Leconte du Noüy n'a pas observé d'augmentation sensible de la dimension des molécules protéiques ni de variations de l'index réfractométrique mais seulement une diminution de la tension superficielle et une forme particulière de cristallisation du Na Cl ajouté au sérum avant d'être abandonné à l'évaporation, signature peut-être d'un changement vibratoire spécifique de la protéine.

Après leur introduction dans l'organisme, les protéines antigéniques pénètrent dans le torrent circulatoire, à travers les espaces intercellulaires des capillaires. Leur grosseur fait qu'elles vont être maintenues et véhiculées par le courant sans pénétrer d'emblée dans l'intérieur des cellules, comme l'a montré Zinsser.

Dans le plasma sanguin, durant la période latente où se constitue l'état d'anaphylaxie, il apparaît évident que les amas moléculaires vont se diluer uniformément. Les groupements voient leur volume progressivement diminué et atteindre des dimensions telles qu'elles peuvent pénétrer les cellules fixes ou mobiles à fonction antixénique. Le système réticulo-endothélial, entre autres, qui

(1) M. Martiny, H. Prétet, A. Berné. — La spécificité biologique, (anaphylaxie, immunité, hérédité). Masson et Cie, éditeurs.

retient les molécules volumineuses des colorants chimiques, se comporte en apparence comme des cellules à membrane dont les mailles sont plus larges que celles des autres cellules.

De ce système épars dans l'organisme, mais autonome par sa fonction et son origine mésenchymateuse, on peut concevoir que l'antigène dilué qui avait pénétré dans l'intérieur de ses cellules est rejeté ultérieurement dans les humeurs, imbibé de globulines. L'anticorps humoral spécifique est alors constitué.

La réaction antigène-anticorps.

Cependant, comme l'a dit Bordet : « la cause physiologique de la spécificité reste un mystère. »

Si l'on accepte notre conception d'un anticorps spécifique tirant sa fonction de la présence dans son complexe constitutionnel de l'élément antigénique à doses nécessairement infinitésimales, le mécanisme de la spécificité de la réaction antigène-anticorps n'apparaît pas encore évident, car l'explication de ce phénomène se heurte aux théories physico-chimiques courantes.

Il serait cependant possible pour le troisième d'entre nous de dépasser ces théories et d'arriver à l'explication en faisant appel à des considérations qu'on peut tirer des faits.

Quoique très éloignées en apparence de la médecine et de la biologie, il devient donc indispensable de rappeler ici ces données physico-chimiques,

« Le transport d'énergie d'un point à un autre ne peut se faire que par émission ou transmission ; l'émission peut être considérée comme une apparence de la transmission, les éléments successifs dans l'espace étant différents.

C'est sous cet aspect qu'il y a lieu de considérer l'éther qui se trouve ainsi être le milieu transmetteur granulaire.

En attribuant une masse à chaque corpuscule, l'attraction et la cohésion permettront à l'éther d'accompagner la matière comme l'atmosphère accompagne la Terre.

Par voie de conséquence, avec ces hypothèses, on explique sans difficulté les expériences sur le mouvement relatif de la matière avec l'éther ainsi que l'échec de l'expérience de Michelson, on explique également sans difficulté ce que sont le champ électrique et le champ magnétique, c'est-à-dire des déformations locales et provisoires de la disposition régulière des corpuscules de l'éther. Cette déformation correspond à une énergie potentielle qui a disparu à l'occasion d'un phénomène déterminé (charges de condensateurs, énergie gazeuse, etc.).

Si on admet que la vitesse limite de transmission dans le vide est celle de la lumière, soit environ 300.000 km. par seconde, on peut évaluer la masse du corpuscule élémentaire d'éther au moyen de la constante de Planck ; on trouve 7.10^{-48}.

L'étude de l'éther granulaire montre que la matière contient d'autant plus d'éther qu'elle est plus dense, que l'éther non lié à la matière peut être considéré comme lieu de référence pour les mouvements, que l'inertie est due à un déplacement relatif de la matière par rapport à l'éther libre. On en conclut immédiatement les phénomènes du dévertisme, l'inexistence de la composante centrifuge du mouvement de rotation de la Terre, etc.

Enfin, on est amené à pouvoir considérer l'éther comme l'élément promordial de toute matière et réduit à l'état le plus simple. Les agglomérations plus ou moins considérables de particules d'éther constituent ainsi les différents éléments connus, électrons, atomes, molécules.

Les électrons, les atomes, les molécules et les agrégations moléculaires ont un mouvement vibratoire complexe dans lequel certaines composantes constituent de l'énergie libre pouvant facilement passer d'un système matériel à un autre. Le cas le plus simple est l'énergie thermique qui passe d'un système à l'autre par l'intermédiaire de l'éther ; c'est le rayonnement. Les particules vibrantes de la matière s'appellent des résonateurs et le déplacement d'énergie correspond pour les résonateurs récepteurs à une augmentation de leur énergie vibratoire. Cette variation d'énergie constitue une mesure de la température dite absolue.

Le rayonnement peut être regardé comme un flux d'éther. Dans ce flux on considère plusieurs caractéristiques D'abord la vitesse du déplacement qui dans l'éther libre est d'environ 300.000 km. par seconde. Ensuite, la fréquence vibratoire qui est en relation avec la longueur d'onde au moyen de la formule $V = \varphi \lambda$.

V étant la vitesse, φ la fréquence, λ la longueur d'onde.

On considère enfin la constante de Planck, dite constante d'action, et la constante de Boltzmann. La constante de Planck lie la fréquence vibratoire au minimum d'énergie pouvant être rayonnée, une quantité d'énergie rayonnante donnée ne pouvant être qu'un multiple de cette quantité $W = n \varphi h$.

ν = fréquence.
h = constante d'action,
n = nombre entier quelconque.

La constante de Boltzmann lie l'énergie à la température absolue par la probabilité de cette énergie.

$W = k \log_e P : S$

k constante de Boltzmann.
P probabilité de W
S = entropie ;
$-\log_e P : S = \theta$ = température absolue.

Le rayonnement n'est absorbé par la matière qu'autant que cette matière contient des éléments capables de vibrer ou vibrant à l'une des fréquences contenues dans le rayonnement.

La matière est dite « transparente » aux radiations non absorbées.

Le rayonnement se propage dans le sens de décroissance des températures ; lorsque les températures sont égales, le rayonnement n'existe pas entre deux portions de matière.

Malgré cela la résonance se produit, c'est-à-dire que si un résonateur d'une fréquence déterminée vibre, il fera entrer en vibration un autre résonateur pouvant vibrer à la même fréquence et c'est encore l'éther qui a le rôle d'intermédiaire.

Les électrons constituent en dehors des corpuscules d'éther, les plus petits éléments de matière connus et mesurés avec précision. Il est admis d'après Bohr que les atomes sont constitués par un centre autour duquel gravitent un ou plusieurs électrons, le nombre d'électrons pouvant aller jusqu'à 92. Cette manière de voir permet d'expliquer un grand nombre de phénomènes mais se heurte à des contradictions.

Il apparaît préférable d'adopter comme atome le plus simple, la réunion de 1846 électrons puisque la charge de l'atome d'hydrogène qui est l'atome le plus simple correspond à 1846 fois celle de l'électron.

Les différentes manières de grouper les 1846 électrons aussi symétriquement que possible permettent de déterminer les différents atomes d'hydrogène possibles et non également probables. *Cela permet de qualifier la spécificité de l'espèce d'atome, spécificité reproductible par symétrie.*

Les différents atomes peuvent être considérés comme des groupements d'atome unitaire ou des groupements proportionnels. Suivant le degré de liaison de ces groupements, se constituent des états de polymérisation ou de combinaison. Il en est ainsi pour l'oxygène O^2 et pour l'ozone O^3. Un groupement $(O^2)^n$ serait une polymérisation.

La liaison qui engendre la polymérisation constitue la cohésion ; pour dépolymériser, il faut donc vaincre la cohésion et le travail est d'autant plus important que le nombre d'éléments à écarter est plus grand et que par

conséquent ces éléments pour un volume donné sont plus petits.

La liaison qui engendre la combinaison est plus importante relativement et il faut plus d'énergie pour séparer les composants d'une molécule gramme que pour dépolymériser la même molécule gramme supposée réduite à l'unité.

Quant aux liaisons de constitution atomique, elles exigent pour être détruites une énergie considérable que nous ne savons produire que dans de bien rares cas.

Par conséquent, la polymérisation, la combinaison, dégagent de l'énergie ; inversement, la dépolymérisation et la décomposition en exigent. La cristallisation d'un sel dissous est un cas de polymérisation. La dissolution d'un sel est un cas de dépolymérisation. La dépolymérisation est d'autant plus complète que la solution est plus étendue. Cela est interprété d'une façon parallèle dans la théorie des ions. Cette théorie couramment admise oblige à adopter des hypothèses conduisant comme dans le cas de l'atome à des contradictions.

Un cas particulier de polymérisation est celui des molécules complexes ou des grosses molécules formées d'un grand nombre d'atomes.

Le volume de ces molécules devient si grand qu'on les aperçoit à l'ultra-microscope, qu'on peut les compter et calculer leur masse. Ces molécules constituent les colloïdes qui ne diffèrent des cristalloïdes que par les variations des propriétés affectées par leur état de grandeur. Une masse donnée de micelles, comptant un nombre relativement petit d'éléments, exige pour se modifier dans sa texture beaucoup moins d'énergie que dans le cas des molécules beaucoup plus petites. D'où l'instabilité apparente des solutions colloïdales sensibles à des variations infimes de température.

Des variations locales minimes de température suffisent pour modifier profondément la nature d'un milieu colloïdal.

Une substance dissoute peut se polymériser, par exemple s'il y a tendance à la diminution de température. *Cette polymérisation peut être mécaniquement empêchée si une telle substance divisée est emprisonnée par une micelle.*

D'autre part, les polymérisations ou dépolymérisations qui peuvent se produire sous de minimes écarts de température modifient la pression osmotique et occasionnent par conséquent des phénomènes de dialyse, c'est-à-dire de circulation au travers des membranes cellulaires dans un sens ou dans l'autre.

Enfin, des fragments infimes de matière isolés, en vibrant, communiquent par résonance, par l'intermédiaire de l'éther local, leur mouvement vibratoire aux éléments de l'organisme en concordance de fréquence ; des réactions chimiques deviennent possibles d'où variations du point isoélectrique des ampholytes.

Il serait loisible de démontrer, comme nous l'avons fait par ailleurs, que cette particularité est à la base des échanges cellulaires et plasmatiques et règle l'équilibre dit de Donnan. »

Ces quelques données physico-chimiques nous paraissent capables de donner une explication du mécanisme spécifique de la réaction antigène anticorps. Certains auteurs comme Vlès et Reiss, persuadés aussi de l'origine antigénique des anticorps ont assimilé ce phénomène à une inter-réaction précipitante comparable à celle des électrolytes en solution saturée présentant un ion commun (loi d'Ostwald). Cette comparaison s'appuie sur la précipitation de deux complexes protéiniques munis d'un groupement quininique commun (ovalbumine et sérum quinine) : toutefois le milieu où se produit la réaction antigène-anticorps n'est pas saturé.

La polymérisation ou la dépolymérisation, discutée pour les cristalloïdes à fines molécules, est un phénomène courant pour les colloïdes moléculaires qui constituent les antigènes. Etant donnée la grosseur de ces molécules protéiniques, constituées par de nombreux noyaux aminés ce phénomène exige toujours pour se manifester une quantité d'énergie extrêmement faible, qui est de l'ordre de grandeur des variations normales du milieu humoral. Indépendamment de la constance du milieu, de l'influence des charges électriques (Northrop, Krinf, A. Rochaix, B. Le Bourdellès, A. Chevallier), du point isoélectrique des ampholytes, de l'ionisation possible des électrolytes, il est un fait probable : *l'élément infinitésimal antigénique de l'anticorps retenu physiquement par la globuline ne peut se mélanger à de l'antigène nouvellement introduit. Cet élément conserve une fréquence vibratoire plus élevée que celle de l'antigène déchaînant, puisque celui-ci n'est pas autant dépolymérisé. Comme l'antigène introduit est de même nature que cet élément, sa fréquence vibratoire sera une harmonique de celle de l'anticorps. Les molécules de l'antigène se polymériseront par résonance et arrivées à un certain état de grosseur, il y aura floculation ; l'anticorps joue le rôle d'auto-catalyseur.* La polymérisation est une véritable combinaison. L'énergie produite par cette combinaison sera absorbée par le milieu extérieur qui énergétiquement aura amorcé le phénomène ; c'est pour cette raison que *in vitro* le chauffage aide la réaction.

La floculation entraîne avec elle des protéines du sérum ; le floculat constitué retiendra l'antigène et l'anticorps. Cette réaction est obtenue au moyen d'un véritable éboulement colloïdal. Ce phénomène dont Bordet a donné une admirable conception conforme avec les faits peut s'expliquer ainsi : *une quantité d'anticorps qui neutralise exactement une quantité totale d'antigène sera prisonnière d'emblée dans le floculat (visible ou non) si on la met en contact avec une partie de l'antigène seulement. L'antigène ajouté secondairement restera libre, car le floculat joue le rôle d'écran.*

Comme A. Lumière, les faits nous ont amenés à penser que le floculat constitué explique les modalités cliniques de la réaction. Il s'agit d'un phénomène second et toujours anonymement le même, la spécificité biologique a précédé les troubles pathologiques causés par les floculats.

En envisageant un chiffre constant du taux des électrolytes, le *phénomène de zone in vivo* et *in vitro* peut s'expliquer de la manière complémentaire suivante : *étant donnée une substance diluée à un certain taux, ses groupements moléculaires auront une fréquence donnée ; l'introduction d'une substance identique diluée différemment présentera des groupements moléculaires dont la fréquence voisine de l'harmonique aura une action optima pour une concentration donnée. La floculation une fois obtenue ne peut pas aisément disparaître par modification de la dilution parce que les molécules sont trop grosses pour passer par les intervalles moléculaires du solvant.*

Le mécanisme que nous avons exposé de la réaction antigène-anticorps demeure vrai si on conçoit un anticorps tissulaire intra-cellulaire (Schultz et Dale) et un antigène péricellulaire. Le floculat antigénique mord la cellule. Sa polymérisation crée des troubles de voisinage immédiat avec variation du point iso-électrique, possibilité de désagrégation cellulaire et échange des électrolytes selon la loi de Donnan.

Les floculats dans l'anaphylaxie expérimentale peuvent être constitués, comme l'a pensé avec une merveilleuse intuition A. Lumière, quand les conditions humorales du milieu le permettent, par des cristaux de polymérisation durs, minimes, aigus, bien différents des complexes neutralisants exotoxines-antitoxines et des colloïdes mous normaux figurés ou non qui circulent dans les vaisseaux sanguins.

L'anaphylaxie et les états d'hypersensibilisation.

L'anaphylaxie animale ou humaine dans toute sa pureté présente un syndrome physio pathologique dont les éléments caractéristiques restent l'hypotension artérielle, la leucopénie et mononucléose, l'incoagulabilité du sang, la contraction de la musculature lisse, manifestations essentielles du choc anaphylactique. Besredka s'est élevé

•••

à très juste raison contre l'emploi abusif du terme d'anaphylaxie à toute une série de phénomènes non caractéristiques et il a précisé les techniques expérimentales qui permettent d'apprécier le choc chez l'animal par injection déchaînante intra-cérébrale.

Il existe un passage de discrimination difficile entre l'anaphylaxie pure et les états complexes d'hypersensibilisation que réalisent cliniquement les phénomènes pathologiques.

Les critères cliniques de sensibilisation comme la cuti-réaction et l'intradermo-réaction n'ont pas, comme l'ont rappelé Flandin, Charles Richet fils, la valeur spécifique que les auteurs américains leur accordent. Comme l'ont montré Pasteur Vallery-Radot et son école, la transmission locale de l'anticorps de l'homme à l'homme (épreuve de Prausnitz-Küstner) constitue le test de sensibilisation actuellement le plus précis.

L'anaphylaxie ayant dépassé la période romantique mais nécessaire des interprétations, les auteurs modernes, qu'ils aient étudié l'anaphylaxie expérimentale ou l'anaphylaxie clinique, restent d'accord pour la considérer comme l'effet d'un choc spécifique.

Besredka, se basant sur ce principe a mis au point une remarquable méthode antianaphylactique par la production de petits chocs rapprochés successifs, grâce à des injections minimes de substance déchaînante, avant la grande injection (skeptophylaxie) Besredka pense que la désensibilisation, ainsi obtenue, est due à une accommodation progressive des terminaisons nerveuses aux troubles anaphylactiques. C'est aussi ce qu'a constaté A. Lumière avec les floculats artificiels.

Dans la désensibilisation spécifique un autre facteur peut intervenir ; les petites doses d'antigène injecté sont trop minimes pour provoquer un choc ; la réaction antigène-anticorps ne se produit pas (phénomène de zone). Mais, par contre, la dilution humorale de l'antigène introduit amène temporairement par une combinaison d'harmoniques vibratoires, un abaissement synthétique de l'amplitude et de la fréquence vibratoire cataclysmique de la fonction anticorps. Cette fonction anticorps disparue temporairement, l'injection seconde massive déchaînante est alors sans effet dans un milieu artificiellement indifférent.

Notre façon de concevoir le mécanisme de la désensibilisation spécifique donne une explication de l'état réfractaire à l'anaphylaxie chez la femelle enceinte.

L'œuf et le fœtus constituent « une mosaïque d'antigènes » selon l'expression générale devenue classique de M. Nicolle et Mlle Raphaël. Malgré l'imperméabilité relative du placenta, des traces impondérables d'antigènes passent dans le sang maternel comme le prouvent les méthodes sérologiques de diagnostic de la grossesse (Albderhalden, Fieux, P. Mauriac). Ces passages continus sont suffisants pour désensibiliser temporairement l'organisme maternel, contre tout état anaphylactique.

Cette explication générale de la désensibilisation spécifique reste indépendante de la sensibilité complémentaire indiscutable du système nerveux. Des auteurs comme Tinel, Santenoise, H. Vernet qui font jouer un rôle primordial à la sensibilité du système neuro-endocrinien et de la cellule ne nous paraissent pas devoir être pour cela en opposition avec A. Lumière.

A la théorie générale de la fonction anticorps, admise par la majorité des auteurs est venue se surajouter la notion de sensibilisation purement locale grâce aux très beaux travaux de Besredka. Ceux-ci ne sont nullement en désaccord avec nos conceptions.

Un antigène peut se dépolymériser soit par dilution dans le torrent circulatoire, soit par frottements localisés et répétés sur une surface cellulaire.

Dans ce cas, l'élément infime absorbé donnera l'anticorps local, la fonction de sensibilisation spécifique tenant à la présence à l'état de traces de l''antigène dans la cellule. Un rejet de cet élément dans l'espace péricellulaire est possible.

Il est fort probable que les anticorps humoraux excrétés peut-être par le système réticulo-endothélial avec leurs volumineuses molécules de globuline ne sont anatomiquement qu'une forme mobilière de la fonction spécifique de défense dont l'essence impersonnelle est la dépolymérisation antigénique qu'elle soit humorale ou intracellulaire.

Dans un même ordre d'idées, les très intéressants travaux de S. Metalnikov sur le rôle du système nerveux et des réflexes conditionnels de Pavlov dans l'immunité ne sont pas non plus en contradiction avec nos recherches. La sensibilité, la mémoire spécifique des cellules peut être liée à un résonateur minime par son volume, important par ses vibrations, ce qui est le cas de l'antigène dépolymérisé.

S. Metalnikov et Chorine ont démontré par des expériences très curieuses qu'une chenille liée à son milieu au point d'interrompre la circulation humorale sans arrêter les influx nerveux se trouvait sensibilisée du côté non soumis à la sensibilisation antigénique. Ceci n'infirme en rien la théorie faisant dériver l'anticorps de l'antigène.

Etant donnée la petitesse de l'élément antigénique dépolymétrisé, le passage de celui-ci d'un segment de la chenille à l'autre, aussi fin que soit le pertuis, n'est pas mathématiquement impossible. Il paraît difficile, quel que soit le degré de la compression, de supprimer les effets de capillarité le long du filet nerveux persistant.

La spécificité biologique a de telles finesses que l'on est en droit de se demander, en se basant sur sa corrélation absolue avec la chimie des antigènes, s'il est possible d'admettre une mémoire cellulaire ne comportant pas à sa base l'acquisition matérielle minime par la cellule de l'antigène dépolymérisé. Mais nous savons par ailleurs que des sensations physiques s'inscrivent sur un protoplasme aussi bien que des substances chimiques. Les antigènes, malgré leur spécificité biologique, sont au fond des molécules chimiques de nature grossièrement proche des matériaux vivants de l'organisme.

Il devient logique de concevoir dans la sensibilisation d'un organisme les deux ordres de faits :

1° l'un passif, l'objet antigène mécaniquement dépolymérisé se fixe sur un vecteur et devient anticorps ;

2° l'autre actif, l'anticorps est l'empreinte, l'image de l'objet antigène par arrangement stéréochimique des substances organiques.

Sur un organisme neuf le premier fait précède le second, mais l'existence du second facilite la production du premier chez un sujet sensibilisé.

Cette notion de mémoire organique et de réflexes conditionnels surajoutés ou non à une présence infinitésimale d'antigène explique l'excitabilité possible du système nerveux sous l'influence d'un réflexe détaché du cortège de ceux qui accompagnent d'habitude la crise floculante.

Dans ce sens, on peut parfaitement soutenir qu'il puisse exister des chocs sans floculation, c'est-à-dire sans réaction antigène-anticorps et améliorable par exemple par le jaborandi ou autre agent anti choc. Il n'est même pas impossible, sur ces frontières instables entre l'anaphylaxie et l'hypersensibilisation, de concevoir une absence de floculats dans des cas en apparence simples.

Arthus et Pasteur Valery-Radot semblent avoir apporté sur ce point des vérifications expérimentales qui restent troublantes.

La différenciation entre l'anaphylaxie vraie et les chocs anaphylactoïdes reste difficile, au cours des phénomènes pathologiques.

Dans certains cas, le processus est complexe, à la sensibilisation peut s'ajouter un choc peptonique ou histaminique simple par troubles digestifs et hépatiques concomitants. Divers auteurs dont spécialement J. Sédillot, Pagniez défendent le rôle global du foie ou de l'estomac dans ces phénomènes cliniquement compliqués.

La conception colloïdoclasique de Widal se rapproche

BIBLIOGRAPHIE

Les auberges de France et le Club des Sans-Club. Edition 1932, 42, rue de Trévise, Paris. Prix 20 francs.

Nous venons de recevoir l'édition 1932 des *Auberges de France* publiée par le Club des Sans-Club. L'initiative de ce groupement qui comprend les plus grands noms de la presse, des lettres et des arts mérite d'être signalée car elle tend à faire connaître les recoins gastronomiques de nos routes avec une vigilance et des précisions vraiment déconcertantes. Aucun palace ou hôtel classé, mais la table insoupçonnée d'obscures auberges présentée dans ses moindres détails.

Personnellement nous avons pu constater combien sont justifiées les éloges de certains établissements particulièrement recommandés dans les *Auberges de France*.

Le nom universellement connu de A. ESCOFFIER est un *Sézame, ouvre-toi*.

La plupart des patrons ou les chefs de cuisine sont des anciens élèves du grand maître de la cuisine française. L'on entend, l'on sent, l'on voit le maître dans l'accueil, la bonne cuisine et la simplicité qui règne partout.

On les quitte en se promettant d'y revenir.

La possession de ce livre tient lieu de cotisation et la couverture de carte d'adhérent.

On devient membre du Club pour l'année.

Plus de 200 médecins en font partie.

A ce titre on bénéficie d'abord d'un accueil privilégié dans les auberges marquées CSC et on est certain ensuite que réclamations, suggestions ou éloges trouveront leur écho immédiat, puisque toutes les prospections sont recommencées à nouveau chaque saison.

Jamais dans le domaine touristique, une telle organisation n'avait pu même être envisagée.

A. R.

Le Masque de Fer, par Maurice DUVIVIER. Un volume in-16, de la collection *Ames et Visages*, 335 pages. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris-Ve. Broché, 25 francs.

La légende de « l'Homme au masque de fer » s'est évanouie devant les documents : chacun sait que le masque était de velours et que le prisonnier n'était pas d'extraction royale. Dégagée du merveilleux, l'histoire n'a pas cessé pourtant de piquer les curiosités et de nombreux chercheurs se sont efforcés, par des moyens souvent ingénieux, d'arracher son secret au Sphinx de loup noir. M. Duvivier, après avoir soumis à une critique rigoureuse tous ces systèmes, montre que le captif mystérieux mort à la Bastille en 1703 ne saurait être qu'un certain Eustache Dauger, arrêté secrètement en 1669 et conduit d'abord au donjon de Pignerol.

Mais d'où sortait Eustache et quel était son crime ? Toutes les tentatives pour le dire avaient échoué. Pénétrant dans l'inconnu par des procédés d'induction dignes de Sherlock Holmes, l'auteur établit qu'Eustache Dauger n'était ni un valet, ni un prêtre, comme on l'a dit, mais un gentilhomme de bonne race, dont le frère joua un rôle assez important à la Cour de Louis XIV.

Il restait à faire une biographie au personnage, dont la vie ténébreuse fut peu remarquée des contemporains. Avec une belle patience, M. Duvivier extrait des *Mémoires*, des actes judiciaires et jusque des arches notariales, tous les éléments d'une saisissante reconstitution. Touche par touche, on voit paraître et vivre une de ces physionomies de seigneur pervers, sans foi ni loi, bretteur et ruffian, empoisonneur et sataniste, dont Molière a tiré le type de Don Juan.

Ce n'est pas tout : dans ses prisons même, Eustache, l'homme prédestiné à l'étrange, devient le héros d'une sinistre intrigue, que les historiens ont ignorée et qui jette un soupçon singulier sur certains personnages illustres. De là les précautions autour du captif et notamment le fameux masque...

... Mais il vaut mieux laisser au lecteur le plaisir de la surprise.

La réalité plus attirante que le roman, un problème séculaire scientifiquement résolu, ainsi peut on caractériser ce livre qui, après tant de compilations et de redites, apporte au public *du nouveau*.

Vénus et Mercure, par Janine MERLET. Editions de la *Vie Moderne*, 58, rue Saint-Lazare, Paris (IXe).

Nul n'ignore que la prostitution a, si je puis dire ainsi mis le feu aux poudres et qu'un débat acharné se livre entre *libertistes* et *réglementistes*.

Dans cette bataille, digne des héros d'Homère, Mme Janine Merlet commande un fort détachement, disons presque un Corps d'armée de *réglementistes*.

Si nous ne le savions, *Mercure et Vénus*, nous livrant par surcroît toutes les richesses tactiques du parti, nous l'apprendrait.

« *Vénus et Mercure*, dit la note de presse, rédigé par une commission de médecins et d'historiens, étudie la prostitution sous toutes ses formes, en trace l'historique, l'évolution, la situation dans le monde moderne, en étudie les réflexes dans l'éducation sexuelle et propose un ensemble de remèdes inspirés d'abord du bon sens.

« Abondamment illustré de documents inédits concernant la prostitution à travers les âges et dans les temps présents, l'œuvre constitue l'étude la plus serrée, le document le plus sensationnel, la recherche la plus extraordinaire sur le problème si complexe de la prostitution. »

Que cette note soit entachée d'exagération, je n'y contredis certes point.

Mais l'ouvrage est de poids et mérite l'attention de tous : *libertistes* et *réglementistes*.

Je n'ajouterai rien de plus, car, *réglementiste* convaincu, j'y ai collaboré en compagnie de nombre d'auteurs dont : Gabriel Rouillard, Dr Henri Drouin, Marc La Marche, Pierre Najac, Dr Gabriel Batier, médecin général Paul Chavigny, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, etc., etc.

Dr G. ESPÉ DE METZ.

beaucoup de ce stade compliqué, vieilli, pourrait-on dire, de l'anaphylaxie. Toute crise anaphylactique aiguë est précédée de troubles profonds de l'équilibre des milieux humoraux. La « crise hémoclasique » exprime occultement le désordre physico-chimique des humeurs. La facilité avec laquelle certains individus présentent des chocs colloïdoclasiques tient à une véritable instabilité colloïdale ayant amené le mot justifié de diathèse colloïdoclasique. Comme l'a montré Widal, des accidents anaphylactoïdes peuvent être réalisés de toutes pièces non par une substance spécifique préparante et déchaînante, mais par des causes très nombreuses polyanaphylactiques et même sans qu'il existe de sensibilisation apparente.

Un sujet devient hypersensible, intolérant selon la claire expression de A. Tsanck à une réaction extérieure, à un « allergène » plus ou moins spécifique pour une multitude de raisons dont la synthèse fait un individu donné.

Analytiquement, ces facteurs nous paraissent les suivants :

1° *Réceptivité organique spéciale* (notions de terrain, de constitution, de tempérament, qualités vibratoires atomiques spéciales des cellules, des humeurs, en résonance avec les antigènes soit par simple analogie prédisposante, soit même par similitude spécifique. Dans ce cas, il peut s'agir d'une imprégnation toxinique minime lointaine. Même si chimiquement la trace toxinique est introuvable son inscription vibratoire demeure. L'hérédité acquise inexistante quand il s'agit de transmettre des modifications anatomiques est indéniable pour les diathèses. L'état de la matière colloïdale vivante, permettant qu'une substance non colloïdale se trouve en solution à plusieurs états de polymérisation (correspondant chacun à un pouvoir vibratoire particulier) peut expliquer certaines sensibilisations cellulaires.

(De même la notion d'une stéréochimie atomique peut rendre compte de la spécificité héréditaire en puissance dans le volume infinitésimal d'un œuf fécondé et dont les finesses constructives dépassent la simple spécificité antigénique de l'anaphylaxie).

2° *Atteintes successives par de nombreux antigènes* (polysensibilisation générale, humorale et cellulaire, le principe de la réaction antigène-anticorps persiste, spécifique et précis, ou abâtardi et élargi par des harmoniques chimiques de substances voisines.

L'insuffisance protéopexique du foie apparaît à la base de cette polysensibilisation entérale silencieuse).

3° *Rôle des réflexes conditionnels* (chaud, froid, excitations sensorielles diverses, choc émotif et psychique concomitants. L'importance des troubles du système neuro-endocrinien est ici prédominante).

4° *Rôle des méiopragies viscérales* (peau, muqueuse des yeux, du nez, des bronches, du tube digestif, viscères, séreuses, muscles, os, etc. Les tissus peuvent être imprégnés d'antigène latent non dépolymérisé réalisant une véritable antigénopexie. Ce grenier de substances déchaînantes sous l'influence de phénomènes vaso-moteurs peut entrer en contact intime et brusque avec l'anticorps humoral. Des tissus, même sans antigène, mal vascularisés par sclérose ou congestion peuvent arrêter les floculats (épine irritative).

Par ces quatre causes plus ou moins intriquées, le choc pourra être possible, humoral ou cellulaire, et réalisera les tableaux cliniques les plus variés : urticaire, œdème de Quincke, eczéma, rhume des foins, asthme, spasme de la glotte, entérocolite, fausse angine de poitrine, épilepsie, crise névralgique ou rhumatismale, hémoglobinurie paroxystique, etc.

Ces tableaux qui constituent tout le complexe clinique de l'état colloïdoclasique tel que l'a défini Widal se trouvent évidemment loin de l'anaphylaxie expérimentale où tous les phénomènes sont centrés sur le pur mécanisme de la réaction antigène-anticorps. Mais cependant, malgré la multitude des causes, la spécificité biologique garde encore dans de telles circonstances une finesse élective. Grâce aux réflexes conditionnels, les troubles peuvent éclater brusquement par une amorce impondérable de la réaction. C'est le cas des malades de Widal indisposés par la simple odeur du mouton, d'une rose, par la présence d'un flacon débouché d'ipéca.

L'état réactionnel d'un individu donné envers un antigène donné réalise le facteur personnel, l'idiosyncrasie.

En raison même de l'intrication des causes, la résultante finale constitue une inconnue, un coefficient particulier d'aptitudes, scientifiquement imprévisible.

De toute évidence, la sensibilisation neurocellulaire est un fait biologique inhérent à la vie même d'un individu, mais son mécanisme complexe ne doit pas faire oublier que la spécificité biologique a aussi des réactions plus simples.

Il ne peut plus s'agir de mémoire cellulaire devant une floculation in vitro *entre des antisérums et l'antigène correspondant et pourtant la finesse dans la réponse est extraordinairement sensible.*

Nous conclurons ainsi :

1° Un ensemble de phénomènes physico-chimiques et biologiques nous permet de penser que la sensibilité anaphylactique est liée à la présence dans l'organisme de l'élément antigénique à dose nécessairement infinitésimale ; la fonction anticorps n'étant qu'une manifestation humorale de ce phénomène.

2° La différence qui existe entre l'anaphylaxie vraie et les états d'hypersensibilisation est la même que celle qui sépare la spécificité expérimentale précise similaire de la spécificité clinique diffuse analogue. Ces divergences expliquent que souvent l'homme de laboratoire et le clinicien ne parlent pas la même langue.

3° L'anaphylaxie vraie est fonction expérimentalement et cliniquement de la réaction antigène-anticorps dont nous croyons avoir apporté une explication spécifique.

4° Toute réaction d'hypersensibilisation traduit simplement un choc à la fois humoral et cellulaire.

5° Dans l'hypersensibilisation locale ou générale, des facteurs physio-pathologiques complexes peuvent se surajouter et suppléer dans certains cas malgré la spécificité apparente des réactions à une absence physico-chimique de la réaction antigène-anticorps.

6° Les désaccords qui partagent les nombreux auteurs attachés à ce grand problème physio-pathologique sont peut-être plus apparents que réels.

Œdème aigu du poumon et morphine. — « On la prescrivait (*morphine*) autrefois, pour des raisons théoriques. On lui prêtait une action dépressive sur l'énergie de contraction du myocarde ou le pouvoir d'influencer défavorablement le fonctionnement déjà déficient du rein chez les brightiques. On la croyait capable d'aggraver la défaillance cardiaque ou l'insuffisance rénale considérée comme responsable de l'œdème aigu pulmonaire. L'exemple malheureux de Charcot a largement contribué à répandre cette notion dont Vaquez a montré le mal fondé. A la dose habituelle (de 1 cgr. en injection sous-cutanée) la morphine n'est nullement un dépresseur du cœur ; elle exercerait plutôt une légère action toni-cardiaque ». (Ed. DOUMER. L'œdème aigu du poumon, 1 vol. in-8, 70 p., 1932. *La Pratique médicale illustrée*, Doin édit.)

« Le cancer du sein est très fréquent en Angleterre, rare au Japon et de moitié moins fréquent en Hollande qu'en Angleterre : néanmoins la mortalité totale par cancer est la même dans ces trois pays. Cette égalité s'établit parce qu'au Japon, le petit nombre de cancers du sein est compensé par un chiffre très élevé de cancers utérins, et qu'en Hollande l'existence moins fréquente de cancers génitaux est contrebalancée chez la femme, par un nombre plus élevé de cancers digestifs ». (René REDING. Le terrain cancéreux et cancérisable. 1 vol. 1932, Masson édit.)

ACTUALITÉS

Le mois médico-psychologique

Par le Dr J. ROUBINOVITCH

Après la paralysie générale et les encéphalites psychotiques c'est la DÉMENCE PRÉCOCE qui revient à l'ordre du jour des préoccupations médico-psychologiques actuelles.

On connaît la thèse classique : à la base de la démence précoce on trouve un affaiblissement intellectuel et affectif. De quelle nature, de quelle importance est cet affaiblissement, ce déficit psychique ? MM. Heuyer et Le Guillant publient quatre observations d'adolescents entre 15 et 17 ans chez lesquels ils retrouvent une impuissance intellectuelle et pragmatique survenue chez des sujets antérieurement normaux, à l'exclusion de toute perturbation grave du comportement affectif, de tout syndrome délirant et hallucinatoire, de toute excitation ou dépression. Le déficit se caractérise chez eux exclusivement par un trouble profond de diverses activités, une diminution des aptitudes intellectuelles, du rendement scolaire et social. Chez ces quatre déments précoces la méthode des tests classiques de Binet-Simon et de Terman a fourni aux auteurs des indications pour le diagnostic à l'aide des signes que voici :

1) La dispersion du résultat des tests sur des âges très différents, une sorte d'éparpillement irrégulier des bonnes réponses entre l'âge de 10 ans, dont tous les tests sont bien effectués et jusqu'à l'âge de 16 ans, où aucun test n'est résolu d'une façon satisfaisante. C'est intéressant à comparer avec les résultats que l'on obtient chez les sujets atteints, non pas de la démence précoce, mais de la débilité mentale simple : chez ces derniers, pas d'éparpillement de résultats ; c'est ainsi que tous les tests sont réussis à un âge déterminé jusqu'à un autre âge, un peu plus élevé, où aucun test n'est résolu...

Voilà, un premier symptôme. Vient ensuite un autre signe :

2) La constance et la spécificité de certains échecs chez tous les quatre déments précoces, indépendamment des conditions et au cours des divers examens. Cela consiste dans l'impossibilité réelle, permanente et progressive, à effectuer certaines opérations complexes, comme, par exemple, celles qui consistent à composer une phrase avec trois mots donnés, à résumer quelques pensées simples, à trouver la moralité d'une fable, etc...

Cette constance est à comparer avec ce qu'on constate dans l'instabilité mentale : ici, les échecs et les réussites se répartissent d'une façon tout à fait variable.

3) Dans quelques cas, existe une discordance entre les résultats de l'examen clinique et ceux des tests. Cette constatation permet d'éliminer le diagnostic de débilité mentale.

Le choix des tests pour l'étude de l'affaiblissement intellectuel des déments précoces joue, évidemment, un rôle important.

On obtiendra des résultats douteux en n'ayant recours qu'à des tests mesurant les facultés mnésiques. La mesure de la mémoire est un critère insuffisant pour l'appréciation des formes de déficit intellectuel chez des sujets antérieurement bien doués.

Les altérations de la mémoire traduisent généralement des déficits relativement déjà profonds. C'est pourquoi, dans bien des cas d'affaiblissement intellectuel il est utile de l'analyser indépendamment de la mémoire. L'étude de l'attention chez les déments précoces présente un grand intérêt : en appliquant systématiquement les tests d'attention à cet ordre de malades, on constate que l'effort du sujet varie considérablement suivant la difficulté du problème. C'est ainsi qu'un dément précoce qui semble distrait et indiffférent à une épreuve difficile, devient attentif et s'empresse de résoudre une épreuve plus simple.

En somme, c'est l'impossibilité d'effectuer d'une façon satisfaisante un effort mental adapté à la réalité qui caractérise les déficiences intellectuelles légères et commençantes. Question de degré plus que de nature. A ajouter aussi que cette impuissance est souvent consciente et beaucoup de réponses vagues et abstraites des déments précoces s'expliquent par des réactions de feintes, par une tentative de dissimuler le déficit intellectuel. Le fameux désintérêt de ces malades, leur distraction, leur mauvaise volonté, leur opposition ne se manifesteraient que lorsque s'accroît la difficulté des épreuves... Tous ces troubles seraient simplement une manifestation de la fatigabilité du sujet...

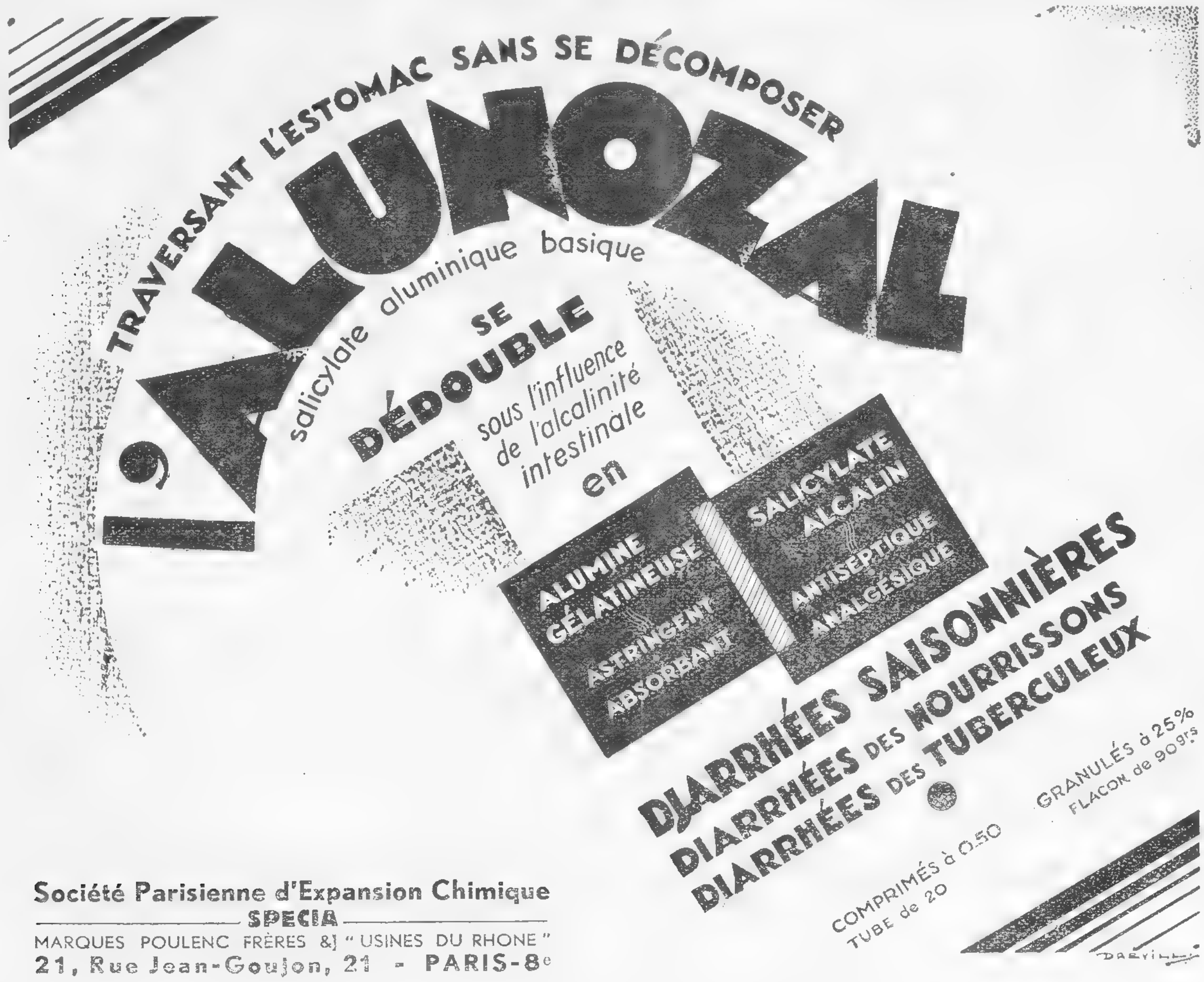
Les auteurs ne méconnaissent pas l'importance des troubles affectifs, comme l'indifférence des déments précoces, qui est parfois absente ; mais ils estiment que c'est le déficit intellectuel primitif qui atteint les formes supérieures de l'activité mentale et qui laisse libre jeu aux préoccupations affectives antérieurement larvées ou maîtrisées chez le sujet normal.

Ils substituent au finalisme affectif le déterminisme organique qui trouble d'abord le mécanisme des activités intellectuelles supérieures et, secondairement seulement, les autres manifestations affectives, hallucinatoires et délirantes...

Pour MM. Simon et Larivière bien des idées émises sur la nature de la démence précoce ne sont encore que des hypothèses. Ils estiment que toute étude portant sur ce syndrome est rendue difficile par l'incertitude où l'on demeure trop souvent quant à l'exactitude du diagnostic. Déjà la notion seule de « démence précoce » prête également à contestation...

D'après leurs observations, les faits se présentent le plus souvent dans les conditions suivantes : chez certains déments précoces existe un affaiblissement incontestable, bien que de degré variable, des facultés intellectuelles. Chez beaucoup d'autres, le niveau mental reste dans les limites de la normalité, plutôt, toutefois, dans les zones basses de celles-ci. Aussi, peut-on se demander, si ces malades appartiennent vraiment à un seul et même groupe... Ce qui semble ressortir de l'observation clinique est que l'affaiblissement est primitif et qu'il est susceptible de rester relativement léger. Toutefois, ce déficit n'est qu'un élément de la maladie laquelle comporte, en outre, des manifestations vésaniques. Tous ces symptômes sont liés entre eux d'une façon inextricable et, pratiquement, c'est leur ensemble qui commande le pronostic. Mais alors que devient la subordination des phénomènes affectifs aux troubles intellectuels ou *vise versa* ? D'après MM. Xavier et Paul Abely ces deux ordres de phénomènes de la démence précoce doivent être mis sur le même plan, sans aucune subordination réciproque. Il ne s'agirait d'ailleurs pas d'une véritable démence mais d'une « parадémence », et ce qui dominerait toute la symptomatologie déficitaire et affective de la démence précoce serait le trouble dissociatif envisagé soit à l'état statique, soit à l'état dynamique. A l'appui de leur opinion, MM. Abely citent des observations cliniques dans lesquelles on voit les sentiments altruistes et égoïstes évoluer tantôt à l'état isolé, tantôt à l'état de combinaisons tout à fait paradoxales... Le problème est d'autant plus compliqué que le diagnostic de la démence précoce n'est pas toujours facile. Voici, en effet, MM. Leroy et Medacovitch qui le démontrent par des faits précis. Ils ont présenté deux malades étiquetés à tort « déments précoces » et qui étaient atteints en réalité, de la psychose maniaque dépressive. Ces deux malades guérirent complètement et la perfection de leur auto-analyse démontra d'une façon éclatante qu'ils n'avaient aucun affaiblissement intellectuel...

La nature organique de la démence précoce ne trouve guère de contradicteurs. Seules, les données précises manquent encore et prêtent à diverses interprétations. Pour certains auteurs, il faut chercher l'origine de la démence précoce dans une encéphalopathie de la première ou de la deuxième enfance. MM. Courtois et Borel ont présenté trois malades ayant eu, l'un, un état confusionnel au cours d'une mastoïdite ; les deux autres, des convulsions à 2


L'ALUNOZAL
TRAVERSANT L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER
salicylate aluminique basique
SE DÉDOUBLE
sous l'influence de l'alcalinité intestinale
en
ALUMINE GÉLATINEUSE
ASTRINGENT ABSORBANT
SALICYLATE ALCALIN
ANTISEPTIQUE ANALGÉSIQUE
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
GRANULÉS à 25%
FLACON de 90grs
COMPRIMÉS à 0.50
TUBE de 20
Société Parisienne d'Expansion Chimique
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & "USINES DU RHONE"
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS-8e


AMPOULES - DRAGÉES
SIROP
NERVOCITHINE
TISSOT
Hémoglobine et Extrait de Foie
(Méthode de Wipples complétée et activée)
Reconstituant biologique de toutes les déficiences sanguines ; toutes les faiblesses : anémie, perte de forces, fatigue générale, convalescence, etc.
Dragées et Sirop
Le plus actif des reconstituants de la médecine moderne.
2 à 6 dragées par jour.
2 à 4 cuillerées de sirop.
(AMPOULES)
Phosphore, Arsenic, Fer et Manganèse organique
conformément aux données des Professeurs Robin, Letulle, Ferrier, etc. qui ont mis en lumière la valeur des éléments minéraux dans les phénomènes de fixation sur l'organisme.
Echantillons sur demande
Laboratoire du Dr TISSOT, 34, Boul de Clichy, PARIS


Hg vif superactivé par le foie n'a aucun des inconvénients des sels mercuriaux ou des arsenobenzols.
LES
SUPPARGYRES
du
Dr FAUCHER
RÉALISENT
la SUPERACTIVATION de Hg vif
ABSORPTION RAPIDE
Vitalisation par le FOIE
Pas de phénomènes de shock ou d'intolérance
Aucun inconvénient des sels
C'est l'injection intra-veineuse par Voie Rectale tolérée à tous les âges sous la forme simple d'un médicament simple et connu.
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
Même chez les nourrissons, les enfants et les femmes

et à 9 ans, suivies, dans un cas, de surdité, dans l'autre, de strabisme. Or, entre 20 et 25 ans, ces trois malades ont été reconnus atteints de démence précoce nettement caractérisée. Dans deux de ces cas sur trois, le liquide céphalo-rachidien était altéré par une légère lymphocytose. Il semble donc probable que dans ces trois observations la démence précoce n'était qu'une séquelle de l'encéphalite du jeune âge. *Post hoc, ergo propter hoc* ?...

Dans le même ordre d'idées et d'hypothèses, a été publié un travail de M. Marchand, Mme Bonnafoux-Sérieux et J. Rouart sur un syndrome de démence précoce chez des sujets ayant présenté des affections organiques du névraxe. Chez deux de ces malades, l'affection mentale a fait suite immédiatement à une maladie nerveuse: poliomyélite chez l'un, chorée chez l'autre. Suivent deux observations dans lesquelles s'est écoulé un intervalle assez long entre une méningo-myélite et une chorée rhumatismale d'un côté et les troubles mentaux de l'autre... Les auteurs, très perplexes, se demandent quelle relation existe dans ces quatre cas entre l'affection organique du névraxe et la démence précoce, survenue plus ou moins longtemps après... S'agit-il d'une simple succession de processus pathologique sans qu'ils soient subordonnés à l'action du même agent pathogène ? Doit-on admettre, par contre, que l'agent pathogène responsable de l'affection nerveuse est resté à l'état latent et qu'il n'a étendu que plus tard son action néfaste sur l'encéphale ? Il est évident, d'autre part, que cette deuxième hypothèse est d'autant plus plausible qu'il n'est pas rare d'observer au cours de maladies nerveuses infectieuses, comme l'encéphalite épidémique et la paralysie générale, des rémissions pendant lesquelles l'agent pathogène n'est qu'assoupi... Réveillé, il étend ses ravages aux territoires du névraxe non encore atteints... Hypothèse qui en vaut une autre...

En faveur de l'origine organique d'une des formes de la démence précoce, la variété *catatonique*, MM. Tinel et Barük indiquent les désordres des réflexes végétatifs accompagnant les troubles psycho-moteurs. Chez des catatoniques au repos complet, sans condition émotionnelle concomitante, ils ont constaté : une lenteur du pouls souvent au-dessous de 60 ; une baisse de la tension artérielle, une vaso-dilatation périphérique, une ampleur des battements artériels, une diminution du réflexe solaire et un renforcement du réflexe oculo-cardiaque. Un pareil syndrome traduit d'une façon très nette une inertie fonctionnelle du sympathique avec libération du vague. C'est, d'ailleurs, un syndrome instable qui disparaît à la moindre émotion pour faire place à la tachycardie, à l'hypertension, à l'inversion du réflexe oculo-cardiaque, au renforcement du réflexe solaire. Il peut même manquer chez certains catatoniques. Il se rapproche beaucoup des réactions végétatives observées dans le sommeil profond et dans les états de stupeur non-catatonique. Cette dystonie végétative est-elle une condition indispensable pour déterminer la catatonie vraie ? Evidemment non, puisque dans certains cas elle est absente. Mais son association fréquente aux troubles psychomoteurs de la catatonie semble une preuve en faveur de l'origine organique de la démence précoce catatonique, dystonie et troubles psychomoteurs ayant la même cause.

Il faut songer aussi au fonctionnement plus ou moins défectueux des glandes endocrines dans la pathogénie de la démence précoce. Parmi les recherches récentes relatives à cette question, signalons celles de MM. Xavier et Paul Abely, Passet et Couléon qui, en étudiant par la réaction de Zondek les urines et le liquide céphalo-rachidien chez quelques déments précoces, ont constaté chez eux un fonctionnement insuffisant du lobe antérieur de l'hypophyse et que, notamment, dans la forme hébéphréno-catatonique de cette affection mentale la formule hypophysaire est inversée par rapport à celle des états maniaques...

On voit par tout ce qui précède que l'histoire de la démence précoce est loin d'être tirée entièrement au clair... Les recherches continuent...

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine générale

Les complications bronchitiques du paludisme, connues depuis longtemps, sont à peine ou même pas mentionnées dans les traités classiques. M. H. Mouradian, au cours d'un séjour de plusieurs années en Syrie et en Mésopotamie s'est intéressé aux pneumopathies malariques.

On peut distinguer deux classes distinctes de pneumopathies malariques : *a*) Les formes aiguës, et *b*) les formes chroniques. L'auteur divise les formes aiguës en trois catégories :

I. La forme bronchitique simple :
II. La forme grippale simple ;
III. La forme grippale à répétition ou à rechute.

Les formes chroniques en :

I. La forme bronchitique chronique apyrétique ou subfébrile ;
II. La forme fébrile continue ou pseudo-tuberculeuse ;
III. La forme asthmatique ;
IV. La forme rhino-trachéique.

(H. Mouradian. Les broncho-pneumopathies paludéennes. *Paris médical*, 23 avril 1932.)

Le signe de la douleur plantaire pré-talonnière est un signe utile à connaître pour le diagnostic précoce des phlébites post-opératoires. Il a été étudié en Allemagne par Denecke qui le décrivit le premier (1929), puis par Payr, Sulger et en France par Ducuing. Voici en quoi il consiste :

Dans les jours qui suivent l'opération, le malade n'accusant aucun autre symptôme, le chirurgien ne constatant rien d'anormal, apparaît une douleur à la partie postérieure de la voûte plantaire, juste contre le talon et sur la ligne médiane. La douleur, qui peut être provoquée par l'exploration, est quelquefois excessivement vive.

Dans certains cas, la douleur spontanée se poursuit à la partie interne du pied en avant du calcanéum sous la malléole interne et dans la gouttière rétro-malléolaire interne. La flexion dorsale du pied, qui comprime les veines tibiales postérieures, peut provoquer l'apparition d'une douleur au niveau du mollet.

Pour Denecke, cette douleur plantaire serait due à la pression qu'exercent les veines thrombosées sur les branches nerveuses qui sont en rapport étroit avec elles. A noter que les veines cheminent dans des loges inextensibles et que le tissu cellulaire qui pourrait amortir la pression est normalement absent. Malgré la vraisemblance de cette pathogénie, M. Ducuing pense avec Leriche que dans toutes les douleurs phlébitiques, surtout dans celles qui sont excessivement précoces, il faut faire jouer un rôle important au spasme veineux.

Tout en reconnaissant l intérêt de ce signe, M. Ducuing le considère comme inconstant et pas toujours très précoce. « Si dans les cas où la phlébite frappe d'emblée la jambe ou les veines plantaires, le signe de la douleur talonnière peut se manifester comme un signe précoce de phlébite post-opératoire, nous trouvons, dit-il, plus fréquemment et plus sûrement les signes précoces de cette complication au niveau du bassin ».

(Prof. Ducuing, de Toulouse. Le signe de la douleur plantaire pré-talonnière pour le diagnostic précoce des phlébites post-opératoires. *La Presse médicale*, 21 mai 1932).

Le rôle du mucus gastrique semble tout à fait primordial dans la physiologie et dans la pathologie digestives. Il ne mérite pas, dit M. Fontaine, le mépris dans lequel on l'a tenu jusqu'ici.

Les cellules de l'épithélium stomacal étant toutes des cellules à mucus, le nombre des cryptes étant fort élevé, on se représente la quantité énorme de mucus que sécrète la muqueuse de l'estomac, et il est difficile d'admettre qu'il ne joue point un rôle de premier plan.

M. Fontaine a étudié expérimentalement le mucus stomacal chez le chien et, de ses expériences, conclut ceci :

L'histologie montre la richesse vraiment extraordinaire en cellules muqueuses du revêtement épithélial de l'estomac. Ces cellules semblent en plus travailler d'une façon continue. Il faut donc admettre que l'estomac a un besoin constant du produit de leur sécrétion.

Celui-ci enduit la surface gastrique d'une substance épaisse, gluante et visqueuse qui a la propriété de se dissoudre en solution alcaline. Histologiquement le mucus superficiel perd ses qualités de colorabilité en allant

du fond vers le pylore. *La muqueuse fundique apparaît mieux isolée que celle de l'antre du contact des sucs digestifs.*

Ceci expliquerait le siège antral de la majorité des ulcères stomacaux.

(René Fontaine. Contribution à l'étude du mucus gastrique. Son rôle dans la pathogénie de l'ulcère gastrique. *La Presse Médicale*, 27 avril 1932).

Le purpura des hépatiques, avec le syndrome d'hémogénie qui l'accompagne, n'est pas, comme on le dit, un stigmate d'insuffisance hépatique : c'est un syndrome spléno-endothélial.

Il n'existe actuellement aucune preuve, tant clinique qu'expérimentale, de l'origine hépatique du purpura survenant chez les sujets atteints d'affections du foie ;

Le seul symptôme sanguin attribuable à l'insuffisance hépatique est l'hypocoagulabilité, par défaut de fibrinogène. Ce symptôme n'a aucun lien avec le purpura ; il doit être distrait du cadre de l'hémogénie ;

Le purpura des hépatiques est cliniquement et hématologiquement, identique au purpura dit homogénique, d'origine splénique.

Comme lui, il est — dans des limites que la clinique permettra de fixer — justiciable de la splénectomie.

(P. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine et A. Lichtwitz et Fouquet. De l'origine splénique du purpura des hépatiques. *Paris Médical*, 21 mai 1932.)

Les localisations nerveuses de la mélitococcie sont assez nombreuses.

1° *Cérébrales*, à type de *troubles psychiques* ou de troubles *somatiques* ;

2° *Médullaires* à type de *parésie spasmodique progressive* ou *de paraplégie flasque* plus grave ;

3° *Méningo-radiculo-névritiques*, à type de *parésie douloureuse des membres inférieurs avec grosse réaction méningée*, de *radiculite simple* ou de *névrite périphérique* (polynévrite, névrites isolées rachidiennes ou craniennes avec surdité ou atrophie optique) ;

4° *Méningées* : *réactions méningées latentes* au cours de mélitococcies banales, réactions méningées *accompagnant les précédentes localisations ou les localisations osseuses* (*spondylites*), *méningites proprement dites*, à type subaigu et lymphocytaire, simulant une méningite tuberculeuse, le plus souvent curables, mais pouvant laisser des séquelles.

Ces localisations nerveuses ont été méconnues pour la plupart jusqu'à ces dernières années, car elles sont souvent *tardives*.

La réaction la plus caractéristique est, d'après l'expérience personnelle de l'auteur, la méningite, soit cérébrale et associée alors parfois à des névrites craniennes et presque toujours à des spasmes vasculaires cérébraux, soit médullaire et associée à des radiculonévrites. Cette méningite à allure subaiguë, assez souvent latente dans ses manifestations cliniques, se distingue cependant par l'intensité de ses réactions albumineuses et surtout cytologiques à type lymphocytaire avoisinant ou dépassant la centaine de leucocytes.

Curable dans bien de ses manifestations, la neuro-mélitococcie aggrave cependant le pronostic de cette infection. Elle en allonge la durée de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois et entraîne parfois des séquelles indélébiles. Elle emporte quelques malades qui, atteints d'abord de méningo-myéloradiculite, finissent par une méningo-encéphalite, réalisant ainsi une sorte de névraxite mélitococcique.

Il est enfin des cas, encore à l'étude, de manifestations nerveuses ultra-tardives, survenant deux, trois, quatre ans après une mélitococcie, qui, en l'absence de toute autre étiologie plausible, paraissent devoir être rapportées à cette cause. Ces cas confirmeraient d'une manière éclatante l'opinion si autorisée de Nicolle concernant les formes lentes de la melitococcie : « La mélitococcie est en train d'évoluer, elle a tendance à devenir chronique ; c'est une maladie qui, plus tard, deviendra, par ses manifestations et sa chronicité, une des affections les plus tenaces. La mélitococcie est une maladie d'avenir. »

(Henri Roger. La neuromélitococcie. *La Presse médicale*, 7 mai 1932.)

Vénéréologie et dermatologie

Chez les sujets ayant eu une **blennorragie**, la persistance du gonocoque dans un point des voies génito-urinaires peut ne pas être décelée par des examens même répétés des diverses sécrétions. L'observation rapportée par M. Chabanier est intéressante à ce point de vue :

Peu après la fin de la guerre, un aviateur vint nous consulter avant de contracter mariage. Il avait eu deux ans auparavant une blennorragie qui aurait guéri, sans aucune complication. Notre patient se considérait donc comme absolument guéri, et c'était seulement un scrupule très compréhensible qui le poussait à chercher confirmation de cette guérison. Effectivement l'examen clinique ne révéla rien d'anormal : pas de goutte matinale, urètre normal, rien à l'urétroscopie postérieure ; prostate et vésicules séminales de volume normal. Les urines examinées à plusieurs reprises ne contenaient pas de pus, pas de filaments, pas de microbes ; le liquide prostatique obtenu par massage était normal ; la culture de sperme négative ; l'épreuve du coït, celle de l'alcool ne donnèrent aucun résultat. L'instillation de nitrate d'argent dans l'urètre détermina une goutte renfermant à peu près exclusivement des cellules urétrales, sans aucun microbe.

Il semblait donc permis de considérer notre patient comme guéri. Les faits n'allaient pas tarder à nous montrer qu'il n'en était rien.

Huit jours après le mariage, une vulvo-vaginite intense avec cystite, se déclarait chez la jeune femme : le pus vaginal et l'urine renfermaient du gonocoque en abondance. Puis ces premières manifestations s'amendèrent, prolongées par une métrite, avec poussées de pelvi-péritonite à chaque période menstruelle. Des manifestations articulaires survinrent entre temps, dont l'évolution longue et douloureuse, se termina par l'ankylose d'un coude. Enfin, une salpingite double se déclara qui nécessite l'ablation de l'utérus et des annexes...

Dès les premiers accidents, le mari fut examiné à nouveau : il ne présentait toujours rien d'apparent. Mais, cette fois, la culture du sperme fut positive. Dans un point de ses voies génitales, il présentait donc un repaire gonococcique, absolument latent cliniquement, d'où le gonocoque ne s'extériorisait que de manière intermittente, et qui aurait passé inaperçu sans le réactif que constitua, malheureusement pour elle, la jeune épousée.

(Chabanier. A propos de quelques observations de gonococcémie avec métastases. *Journal des Praticiens*, 21 mai 1932).

L'érysipéloïde « est une affection cutanée, due à l'inoculation sur la face dorsale de la main le plus souvent, d'un bacille spécial, dit bacille du Rouget du porc ; mais ce bacille, très répandu dans la nature, vit à l'état de saprophyte sur toutes sortes de substances d'origine animale et sur d'autres espèces que le porc, dont le contact peut suffire à occasionner la contagion » (Belgodere). C'est Rosenbach qui, en 1887, donna le nom d'érysipéloïde à cette maladie, d'où le nom de Rosenbach sous lequel elle est encore connue. A remarquer qu'elle avait été vue en Angleterre dès 1873 par Movrant Baker. En France, Mauclaire publia le premier cas en 1913 sous le titre de « Panaris superficiel par le bacille du Rouget ». Elle est plus fréquente dans l Europe centrale qu'en France où 15 cas ont été publiés. Elle se rencontre surtout parmi le personnel des boucheries, des éleveurs de porcs, des abattoirs. Le siège peut être le dos de la main, l'avant-bras, le visage même, au niveau d'une écorchure quelconque. La période d'incubation est de vingt-quatre à quarante-huit heures. Il y a une période d'invasion localisée, avec soit une pustule hémorragique, soit plus simplement un bouquet de vésicules sur un placard œdémateux. La durée de cette période est d'une dizaine de jours, elle peut être suivie d'une période d'invasion généralisée, avec phénomènes généraux marqués, mais cela est rare. On ne peut guère confondre l'érysipéloïde qu'avec une lymphangite banale ou un érysipèle. « Les caractères des bords, arêtes mais non en bourrelet, la couleur lie de vin plus accentuée sur les bords, l'évolution permettent de faire le diagnostic, du moment qu'on y pense ». Le bacille du rouget se trouve difficilement dans le sang prélevé sur l'érysipéloïde humain et dans la phlyctène d'inoculation. Le meilleur procédé pour le mettre en évidence serait l'inoculation d'un fragment de lésion au pigeon avec culture consécutive du sang de pigeon (rétro-ulture).

Le traitement local suffit le plus souvent et consiste en pâtes antiseptiques faibles, en pansements ichthyolés. Dans les cas graves on aura recours au sérum de Leclainche.

(Clément Simon. L'érysipéloïde ou maladie de Rosenbach. *Le Bulletin médical*, 12 mars 1932.)

Thérapeutique

Dans le traitement de la maladie de Basedow, on a proposé au cours de ces dernières années quelques méthodes nouvelles, parmi lesquelles le traitement par le sang animal, par le bore et par le fluor. M. Witold Orlowski, voulant se rendre compte de la valeur de ces nouveaux procédés thérapeutiques les a expérimentés chez un certain nombre de malades. Voici ses conclusions :

1° Le traitement de la maladie de Basedow par le sang des animaux ne présente aucun progrès pour la guérison de cette affection, car il ne donne pas de résultats différents de ceux du traitement par le repos et le séjour au lit ;

2° Les traitement par le bore et par le fluor enrichissent d'une certaine manière la médication interne de la maladie de Basedow, car ils influencent visiblement les sensations pénibles et le fluor agit en outre sur le métabolisme basal ;

3° Afin d'établir un jugement définitif sur les méthodes de traitement de la maladie de Basedow par le bore et par le fluor, il faut les essayer sur un bien plus grand nombre de malades et suivre ces malades assez longtemps après le traitement, en les laissant sans aucune autre médication. En attendant, on peut conclure, sans même être sévère dans l'appréciation des résultats acquis jusqu'à présent, que ces méthodes ne peuvent être que de simples adjuvants d'un autre traitement, car aucune d'elles n'est absolument curative. On ne doit surtout jamais oublier les méthodes principales, c'est-à-dire le repos, le régime diététique et l'emploi des calmants du système nerveux.

(Witold Orlowski. Sur la valeur thérapeutique du sang animal, du bore et du fluor dans la maladie de Basedow. *La Presse médicale*, 25 mai 1932.)

L'adjonction d'un lipoïde hépatique aux sels lipo-solubles de bismuth paraît renforcer leur pouvoir tréponémicide. M. Galliot a obtenu d'excellents résultats avec un campho-carbonate de bismuth associé à un lipoïde hépatique dans les proportions suivantes :

Tricampho-carbonate de bismuth.....	0 gr. 22
Lipoïde hépatique....................	0 gr. 025
Huile d'œillette........................	2 cc. 5

Soit six centigrammes de bismuth-métal par ampoule. Cette association bismuth et lipoïde hépatique ne présenterait aucun inconvénient, permettrait outre une remarquable et rapide action sur les lésions, une tolérance plus parfaite du bismuth.

(A. Galliot. Renforcement du pouvoir tréponémicide du bismuth lipo-soluble par l'adjonction d'un lipoïde hépatique. *Paris Médical*, 28 mai 1932.)

Le rhodanate de potassium expérimenté chez 45 hypertendus non albuminuriques et non azotémiques apparaît comme un médicament fort peu toxique et réalisant, semble-t-il, un progrès sur la médication iodée. Il est préférable de fractionner les doses du médicament. Lorsque le traitement doit être poursuivi pendant des semaines et des mois, éventualité la plus fréquente, l'auteur emploie la dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 60, en trois fois et lorsqu'il veut obtenir un abaissement important de la pression artérielle, la dose de 0 gr. 90 environ dans la journée (trois prises de 0 gr. 30).

Les malades n'observent guère d'une façon générale d'amélioration subjective dans les premières semaines. Il est nécessaire de les avertir de cette particularité. L'association au début, d'un traitement spasmolytique et sédatif, est utile.

(Clapier. Le rhodanate de potassium médicament de l'artério-sclérose. *Paris Médical*, 28 mai 1932.)

Varia

L'aurothérapie encore à l'essai pour les formes spécifiquement infantiles, nous semble actuellement une médication à utiliser toutes les fois que la collapsothérapie est inefficace ou insuffisante, soit dans les cas de collapsus impossible ou précocement interrompu, soit à la suite des accidents qui grèvent le pronostic du pneumothorax.

(Armand-Delille et P. Hechter. La chrysothérapie chez l'enfant. *La Médecine*, mai 1932.)

***

Contrairement à beaucoup de syphiligraphes, je ne crois pas que la syphilis joue le moindre rôle dans la production des ulcères de jambe.

(Sézary. Le traitement des ulcères de jambe. *La Presse médicale*, 25 mai 1932.)

***

L'antigène méthylique a donné des résultats très satisfaisants dans les cas de processus résultant d'infections bacillaires bénignes à résolution spontanée très lente, malgré les conditions du milieu et le type ambulatoire du traitement.

Sa composition, la rareté des réactions qu'il provoque et la facilité de son emploi rendent cette méthode particulièrement utile dans la pratique du dispensaire.

(L. Sayé et T. Seix. Sur l'application de l'antigène méthylique dans la pratique du dispensaire. *La Presse médicale*, 21 mai 1932.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin 1932

L'emploi de la morphine chez l'enfant, particulièrement avant l'anesthésie chirurgicale. — ***P.-F. Armand-Delille*** dit qu'il y a lieu de revenir sur l'opinion ancienne et le préjugé contre la morphine ; aussi, préconise-t-il de faire systématiquement une injection hypodermique de morphine ou de scopolamine-morphine avant l'anesthésie chirurgicale chez l'enfant ; par ce procédé, non seulement on prévient une syncope qui pourrait être mortelle, mais on obtient une narcose calme suivie d'un réveil sans agitation et sans douleurs et permettant un sommeil réparateur dans les douze heures qui suivent.

Présentation d'un appareil à respiration du docteur Louis Chéron. — ***M. Portier.***

Le traitement des tumeurs par le venin des abeilles. — ***M. G. Yonnanovitch et X. Chahovitch.*** — Le fait que l'inflammation a un effet certain sur les tissus néoplasiques a amené les auteurs à chercher des produits qui, injectés aux malades provoquent des phénomènes inflammatoires sans aucun danger. Étudiant de près les statistiques des cancers, ils furent frappés de voir que les personnes s'occupant de l'industrie des abeilles sont très rarement atteintes de tumeurs malignes. Le venin des abeilles détermine à l'endroit où il est injecté des phénomènes inflammatoires Ces phénomènes sont d'autant plus intenses que la quantité injectée de venin est plus grande ou que la solution est plus concentrée. Bien entendu, après plusieurs injections, les phénomènes inflammatoires sont moins prononcés, ce qui est en rapport avec les phénomènes d'immunité. Vu ces caractères du venin des abeilles, les auteurs l'ont employé pour traiter des tumeurs expérimentales produites par le goudron sur les oreilles des lapins, ainsi que pour traiter un cancer planocellulaire de contact sur l'orbite gauche provenant d'un cancer de la peau du sein chez une chèvre.

Ces recherches, qui d'ailleurs ne sont pas complètes, montrent pour le moment deux faits : 1°) Sous l'influence du venin des abeilles, qui provoque des phénomènes inflammatoires, il se produit une diminution de la grosseur de la tumeur et l'arrêt de la croissance ; et 2° après la cessation des injections du venin, les tumeurs ne disparaissent pas et continuent leur accroissement. Ceci prouve que les phénomènes inflammatoires ne suffisent pas pour déterminer la disparition complète des tumeurs. C'est pourquoi les auteurs essayent un nouveau traitement qui combinera les phénomènes inflammtoires produits par le venin des abeilles avec les injections des produits de digestion des tumeurs dans le but de traiter les tumeurs malignes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juin 1932

Infarctus de l'intestin grêle. — ***M. Moulonguet*** rapporte une observation de MM. ***Guibal*** et ***Rousseau*** (de Nancy) concernant un infarctus d'origine vraisemblablement artérielle. Résection, anatomose termino-terminale au bouton. Guérison.

Invagination par diverticule de Meckel. — ***M. Sorrel*** analyse une observation de ***M. de Langre***. Il s'agit d'un enfant de 2 mois 1/2 chez qui la tête de l'invagination répondait à un diverticule kystique. Ligature du diverticule et résection. Une récidive ultérieure montra la cicatrice en tête de l'invagination ; désinvagination ; guérison.

Péricardite à pneumocoques. — ***M. Lenormant*** rapporte une observation de MM. ***Benhamour*** et ***Goinard*** (d'Alger). Le diagnostic ne fut posé que radiologiquement. Intervention tardive par voie épigastique et évacuatrice de 700 c. c. de pus. Guérison.

Ostéome traumatique paracondylien. — Cette observation de ***M. Bressot*** (de Constantine) est rapportée par ***M. Fredet.***

Infarctus de l'intestin grêle.— Trois observations nouvelles dues à ***MM. Pernoux*** (de Poitiers) et ***Pouchet*** (de Pamiers), sont rapportées par M. Brocq. Elles ont guéri par simple laparotomie.

Infarctus hémorragique de l'utérus et des annexes. — ***M. Mondor*** rapporte ce travail de M. ***Braine***. Trois heures après un accouchement, un état abdominal aigu oblige à l'intervention. Il existe un infarctus des annexes et de la corne utérine droite. Castration unilatérale. Guérison.

Le deuxième cas concerne un infarctus génital total survenu quatre mois après un accouchement. Hystérectomie. Mais anurie et mort au cinquième jour.

M. Mondor n'a retrouvé que dix cas semblables dans la littérature et les distingue de l'apoplexie utérine décrite au cours de la grossesse par MM. Couvelaire et Portes.

Pneumopéritoine spontané. — ***M. d'Allaines*** rapporte cette curieuse observation de ***MM. Monod et Hollande***. Au cours d'un syndrome occlusif, épanchement gazeux sans qu'on ait trouvé de perforation. Le rapporteur tend à incriminer une minime perforation gastrique guérie spontanément.

M. Proust partage cette façon de voir.

M. Brocq a observé un cas analogue.

M. Cunéo croit cette explication très vraisemblable.

Traitement du cancer du col utérin. — ***M. Gosset*** estime que la chirurgie doit céder le pas à la curiethérapie, exception faite des cancers compliqués de fibrome ou de salpingite.

Maladie de Stieda. — ***M. Tavernier*** communique deux cas de calcifications juxta-scapulo-humérales et les différencie des ostéomes méta-traumatiques qui ne sont jamais douloureux.

Réduction des fractures du rachis. — Film illustrant la méthode de Böhler.

G. MENEGAUX

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 Juin 1932

Traitement de l'asthme. — ***M. Houlié*** (de Rouen) présente une asthmatique guérie, âgée de 30 ans, et dont l'asthme avait débuté à l'âge de 8 ans. Il rapporte également l'observation d'une asthmatique, remarquablement améliorée, dont l'asthme avait débuté à l'âge de 13 ans. Ces résultats ont été obtenus par le traitement de fronto-ethmoïdites latentes, véritables foyers infectieux susceptibles d'agir à distance.

Le Stovarsol et le traitement de la « maladie du jeune âge des chiens ». — ***M. Bouchet*** rappelle que cette affection est contagieuse, polymorphe et vaccinante. Ses complications cérébro-spinales sont de beaucoup les plus graves : 60 à 70 p. cent de pertes. Le Stovarsol sodique en injections intraveineuses à la dose de cinq centigr. par kgr. d'animal paraît prévenir l'apparition de ces localisations nerveuses ou du moins les réduire dans la proportion des 3/4.

Conception actuelle et indications de la bronchoscopie. — ***M. A. Soulas*** présente un film cinématographique en dessins animés destiné à montrer la technique et les indications nouvelles des méthodes bronchoscopiques.

Celles-ci constituent non seulement un moyen de confirmation ou de précision du diagnostic, mais surtout une méthode de traitement : drainage, aspirations, instillations médicamenteuses, abrasion de tumeurs bénignes ; dilatation de sténoses, extraction de corps étrangers de nature variable. A condition de respecter les règles de technique (outillage perfectionné, travail en équipe entraînée) la bronchoscopie n'est ni dangereuse, ni traumatisante ; elle est devenue une manœuvre simple, d'usage courant, tandis que ses applications se sont considérablement élargies.

Evolution du dolichocolon. — ***M. Aubourg*** montre qu'il est impossible de chiffrer la limite où la longueur d'un colon devient anormale et que seule, une grande habitude de la radiographie peut permettre ce diagnostic. Cette malformation peut rester longtemps silencieuse, et dans ses formes frustes, revêtir de nombreux aspects cliniques. Dans chaque forme, la radiologie fournit d'utiles précisions tant sur l'anatomie que sur la physiologie des côlons. Les repas multiples risquent pourtant de donner des renseignements très incomplets. En face de cette anomalie d'une fréquence inattendue, il ne faut jamais désespérer d'une guérison clinique.

L'immigration exotique. — ***M. R. Martial.*** — Celle-ci doit être préparée avec encore plus de soin que l'immigration inter-européenne. Les races intéressées sont moins bien connues, susceptibles à l'égard du climat, des transports, de la nourriture, des maladies et du régime de travail. Les opérations de sélection et de prophylaxie, les mesures d'hygiène doivent être rigoureusement appliquées. L'Etat, au profit duquel la migration s'opère, a le devoir impérieux de préparer l'implantation dans tous ses détails.

Information et interrogatoire en neuro-psychiatrie infantile. — ***M. H.-M. Fay*** montre toute la complexité de l'examen neuro-psychiatrique des enfants et la nécessité qu'il y a à s'entourer pour chaque cas de tous les renseignements utiles touchant les antécédents héréditaires et personnels, la personnalité et le comportement du malade, sa vie et ses capacités scolaires, enfin son milieu familial et social. Il communique et commente les feuilles de renseignements qu'il fait remplir par la famille, les maîtres et les assistantes sociales ou scolaires. Cette documentation facilite grandement les bons résultats psychologiques, pédagogiques et sociaux des consultations pour enfants anormaux du caractère, ou déficients.

P. PROST.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Pourquoi et comment il faut traiter l'hyperexcitabilité. (H. FAVIER. *Concours Médical*, Paris, no 49, décembre 1931.)

Excellente revue générale de la question où l'auteur met en lumière l'activité puissante du somnifène, l'activité plus douce, plus progressivement sédative de l'allylisopropylacétylcarbamide ou sédormid, mais surtout les propriétés antalgiques et calmantes de l'allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine ou allonal, qui justifient son emploi non seulement en médecine générale, mais aussi en urologie, gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie et plus particulièrement en stomatologie.

L'adonis vernalis remplaçant et auxiliaire de la digitale. (J. SASSARD. *Bulletin Médical*, Paris, 21 février 1931.)

Dans tous les cas où la digitale est inutile ou nuisible, il faut utiliser l'adonis qui présente une constance et une fixité d'action remarquables ; depuis les travaux du Professeur Mercier, on possède, dans l'adoverne, un mélange des deux glucosides isolés de l'adonis dont l'activité pharmacodynamique a été standardisée : adonidoside et adonivernoside.

L'action de l'adoverne est immédiate et se fait sentir dans les quelques heures qui suivent l'ingestion du produit sous la forme d'un renforcement, d'un ralentissement, d'une régularisation du cœur et du pouls et d'une augmentation immédiate de la tension artérielle ; l'accumulation du produit est presque nulle et son action ne s'épuise pas.

L'action diurétique de l'adoverne est surtout différente de celle de la digitale. Celle-ci n'est, en effet, pas diurétique chez l'individu sain et l'action diurétique est secondaire à l'action cardiovasculaire. D'après MM. Mercier, l'adoverne posséderait, outre cette action indirecte, une action diurétique directe analogue à celle de la scille ; enfin, et ce sont deux propriétés singulièrement appréciables chez les cardiaques, l'adoverne est un eupnéique de premier plan et un sédatif indirect du système nerveux.

Très schématiquement et par rapport à la médication digitalique, les indications de l'adoverne sont de deux sortes : 1o les unes lui seront en quelque sorte propres, dans les néphrites chroniques, cirrhoses, les bronchites avec emphysème, au cours des pyrexies, avant ou après une intervention chirurgicale ; 2o les autres naissent en quelque sorte des contre-indications de la digitale et, dans tous les cas, quand la médication digitalique est contre-indiquée ou mal supportée, quand elle s'avère impuissante ou bien, entre deux cures digitaliques, quand le thérapeute veut un tonicardiaque d'entretien, c'est à l'adoverne qu'il doit s'adresser. Il peut y avoir recours en toute tranquillité d'esprit, certain de prescrire un produit éprouvé, puissant, peu toxique, régulier, ne nuisant en tout cas jamais au traitement de fond par la digitale qu'il réactive même dans la plupart des cas.


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé
25

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Emploi de l'acétate d'ammoniaque en pratique gynécologique

Effets sur le flux menstruel : l'acétate d'ammoniaque diminue les menstruations excessives et trop fréquentes. Il a été employé avec succès dans les métrorragies des fibromes.

Effets sur les douleurs génitales: l'acétate est utile dans la douleur qui accompagne la fluxion menstruelle (PATIN, ARAN).

Effets sur le sens génital : l'acétate est un bon médicament de la nymphomanie. (PATIN, *Arch. Gén de méd.*, Tome XVIII, p. 217).

Effets sur la grossesse : prophylaxie de l'avortement par congestion ovarienne.

Effets sur la fonction mammaire : il a été proposé dans les engorgements laiteux des femmes pléthoriques.

Autres effets: l'acétate d'ammoniaque est un stimulant du système nerveux. Il ralentit le cœur, mais, en même temps, il excite le centre vaso moteur, d'où une élévation de la tension qui compense l'effet opposé résultant de la stimulation du vague. Il favorise la sécrétion de mucus. Il tend à l'acidification des urines. Il est utile dans les troubles liés à l'insuffisance parathyroïdienne : T. E. BOYD, W. C. AUSTIN et E. F. DUCEY, ont administré, en dose de 0,25 à 1 gr. par kgr., du chlorhydrate d'ammoniaque à des chiens parathyroïdectomisés ; ils ont ainsi diminué la fréquence et la gravité des crises de tétanie ; ils ont retardé le décès des animaux, mais ils n'ont pu abtenir une calcémie normale, ni la guérison. (*Amer. Journ. of Physio*, 1926, LXXVII, p. 225). L'ammoniaque peut abaisser la glycémie absolument comme le glycose abaisse l'ammoniaque dans le sang. (HORVATH. Ammoniaque et Glycémie. *Journ. of Biol. Chem.*, octo. 1926, p. 289).

Mode d'emploi : en cas de métrorragie, 15 gr. par jour (20 gr. pour 300 gr. de véhicule sucré, par cuillerée à bouche). H. V.

L'essence de mirbane, médicament antimycosique

L'essence de mirbane, connue en chimie sous le nom de nitrobenzine, est un liquide jaunâtre, d'odeur très forte, agréable, qui est la même que celle de l'essence d'amandes amères. C'est un liquide toxique, mais l'intoxication par ses vapeurs ne se produit que lorsqu'on les respire longtemps et en grande quantité. On l'utilise dans la parfumerie à bas prix et en confiserie pour parfumer les bonbons et les liqueurs. Elle possède un pouvoir antimycosique très marqué qu'on utilise dans les laboratoires lorsqu'on veut empêcher le développement des moisissures dans une solution. MM. L. Ferrabouc et E. Friess (*S. Med. des Hôp. de Lyon*, 15 mars 1932) ayant vérifié ce pouvoir antimycosique de l'essence de mirbane et constaté qu'il était élevé, l'ont employée dans le traitement du pityriasis versicolor et des trichophyties de l'adulte. Par des applications locales, cinq malades porteurs de pityriasis versicolor ont guéri dans un temps qui a varié de trois à sept jours. Deux cas de trichophyties du poignet, de la dimension d'une pièce de cinq francs, et dus, l'un à un « trichophyton niveum », l'autre à un « trichophyton asteroïdes», ont guéri, le premier en 25 jours, le second en 14 jours.

A remarquer que les malades ont été traités par l'essence de mirbane seule, sans décapage préalable par le savon ou d'autres produits. Les auteurs ont d'abord employé l'essence de mirbane pure, mais un de leurs malades ayant présenté une dermatite eczématiforme, ils ont ensuite utilisé un mélange, à parties égales, d'essence de mirbane et d'huile d'arachides, et peut-être est-ce encore là un mélange trop concentré. Il serait facile, disent MM. Ferrabouc et E. Friess de fabriquer des savons médicamenteux ayant un double effet : décapant et antimycosique.

Ulcère de jambe et insulinothérapie

Observation d'un homme de 49 ans, porteur d'un ulcère étendu de la jambe. Urines normales, mais glycémie de 1 gr. 80. M. Tzanck (*S. fr. de Derm. et de Syph. pr.*, 14 avril 1932) a obtenu la guérison de l'ulcère en un mois, par l'insulinothérapie (40 unités quotidiennes).

Echos et Glanures

« Je m'en vois escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire mais pour les transporter en cettuy-ci , ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La souffrance « maîtresse de vie » pour le médecin. — CONFERENCIA (5 *juin* 1932) *vient de publier la conférence du R. P. Pierre Sanson, de l'Oratoire, faite en janvier aux Annales. Voici un extrait de cette conférence intitulée* : LA SOUFFRANCE ET LE SAVANT :

.... Il est un mot que l'on prête à certains chirurgiens et que, pour ma part, je n'ai jamais entendu formuler sans ressentir au-dedans de moi-même un choc violent : « Le phénomène douleur ne m'intéresse pas ». Sans doute ne faut-il pas prendre à la lettre ce cruel paradoxe professionnel (bon tout au plus, je suppose, à indiquer que le point stratégique de la bataille qu'on livre est ailleurs) ; non, il ne faut pas le prendre à la lettre, puisque, quoi qu'on fasse, c'est de son contact avec la douleur que la profession médicale tire sa grandeur. Je n'ai pas à vous le démontrer, n'est-ce pas, mesdames et messieurs, la chose est vraiment par trop évidente. Quelques précisions pourtant sont nécessaires, pour bien marquer à quelles conditions la souffrance conserve pleinement, pour cette troisième catégorie de savants, son rôle de maîtresse de vie.

. . . .

La vraie compagne de sa vie, ce n'est pas l'épouse attentive et dévouée qui fait le charme de son foyer, non sa véritable compagne, c'est la souffrance. N'absorbe-t-elle pas la plus large part de ses pensées, de son activité ? N'est-ce pas elle dont il porte l'obsession dans des lieux mêmes où il va chercher quelque distraction ? N'est-ce pas elle qui, jour ou nuit, l'arrache à son foyer pour le ramener, tel un prodigue, au chevet des « siens », des siens, les souffrants ? Comment l'austère et continuelle intimité d'une telle compagne ne marquerait-elle pas l'âme du médecin d'un signe particulier, et ne ferait-elle pas de lui un homme à part, c'est-à-dire un être d'une mentalité, d'une autorité, d'une conscience qui lui donnent une véritable supériorité sur les autres hommes ? Comment ne le mettrait-elle pas en demeure mais aussi en mesure, de vivre sur un plan intellectuel et moral plus élevé que celui des autres hommes qui, eux ne font que subir la douleur ? Oui, oui, la souffrance est pour lui une « maîtresse de vie ». Et elle l'est pour lui à un titre tout spécial. C'est sa science d'abord, sans aucun doute, que ce contact incessant avec la souffrance aiguisera, perfectionnera, au point de faire de lui un « maître » : mais pour peu qu'il le veuille, c'est tout autant son humanité qu'un tel contact enrichira singulièrement. En effet, que, par malheur, le médecin empêche la souffrance de parler à son âme et d'y faire germer, ne fût-ce que la simple pitié, alors fleurira dans toute sa véritable horreur — le mot n'est pas trop fort — le praticien que je souhaiterais n'exister que dans l'imagination....

Peut-être avez-vous eu l'occasion de le rencontrer, cet homme d'allure hautaine, au front large dénotant une intelligence puissante, mais aux yeux durs ; cet homme dont le regard froid et la parole sèche dressent entre lui et le malade, dès le premier instant de leur rencontre, une barrière par-dessus laquelle la confiance se hasardera bien difficilement à passer. Pour lui, l'hôpital, ce n'est rien d'autre qu'un vaste laboratoire ; les malades ? des cobayes, quand ils ne sont pas les « clients » qu'il est bon de ménager. Que lui importe l'émotion du patient, ce « porte-maladie » ! Que sont pour lui son anxiété, pourtant bien légitime, ses angoisses, sa peine, sa pudeur ? Comme on l'a dit d'un grand maître : « Constater lui importe plus qu'alléger. »

A l'hôpital, aujourd'hui, — comme hier, comme avant-hier d'ailleurs, — il est pressé.

Il expédiera donc en deux minutes ceux qui, craintifs, anxieux, l'ont attendu des heures entières. Et peu importent les décisions qu'aurait eu à prendre le médecin s'il avait écouté le malade : « Docteur, je crois devoir vous dire... ». Pas d'explications ; au suivant !

Que voulez-vous, ce grand « pontife » pense qu'il est là pour faire de la science et non de l'humanitarisme. Le pauvre homme !

De tels personnages sont-ils une très rare exception ? Je veux le croire. En tout cas, et je le dis bien haut, ils ne sauraient rejeter dans l'ombre cette merveille qu'est le vrai médecin, celui qui consent à laisser la souffrance lui enseigner la vie, celui dont le « phénomène douleur » intéresse la belle et haute humanité, celui qu'on peut vraiment nommer « l'homme de la douleur. »

....

C'est le grand maître Potain, honoré de tout le monde médical à cette époque, à qui un malade ose se plaindre de la trop grande fréquence de la purée de pois cassés et qui répond avec douceur :

— Evidemment cela sort un peu de mes attributions ; néanmoins, mon ami, j'en parlerai à la direction : il importe en effet, qu'on varie les menus.

C'est ce professeur de grand renom que j'aurai suffisamment désigné en rappelant qu'en des pages pleines de magnifique humanité, il a « du chirurgien » chanté l' « âme compatissante ».....

C'est cet autre maître, « opérateur opéré » (Dr Dartigues), se félicitant « d'avoir subi lui-même des interventions douloureuses pour mieux recevoir, dit,-il, l'enseignement total de la douleur », et qui écrivait au maître dont je viens de parler :

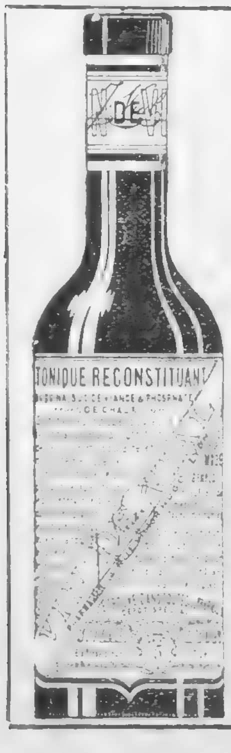
« Oui, mon cher professeur et ami, vous avez raison : nous ne nous pencherons jamais avec assez de commisération sur la souffrance humaine, et c'est pourquoi ne sont vraiment grands dans notre profession que ceux qui la pratiquent non seulement à coups de véritable intelligence, mais à grands battements de cœur qui compatit ».

Médecine et humanités. — *C'est le titre d'un article, paru dans la* REVUE POLITIQUE ET PARLEMENTAIRE (10 juin 1932) *sous la signature de M. Hippolyte Parigot. En voici un passage :*

.... La leçon même des faits, je l'ai dit, n'est pas nouvelle. Il semble que le fléchissement des études médicales corresponde, par une sorte de loi naturelle, aux disgrâces des humanités classiques. En 1852, le 10 avril, le ministre Fortoul, qui considère celles-ci comme des semences de républicanisme, prend le fameux décret de bifurcation. Dans les études secondaires, « la division supérieure est partagée en deux sections. L'enseignement de la première section a pour objet la culture littéraire et ouvre l'accès des facultés des lettres et des facultés de droit. L'enseignement de la seconde section prépare aux professions *commerciales* et industrielles, aux facultés des sciences et de *médecine* ». Ce rapprochement, sur cette seconde branche de la fourche, de Mercure et d'Esculape, ne force pas d'abord l'admiration. De plus, en vertu d'un article 12, les étudiants des facultés de médecine et de pharmacie sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès lettres, mais doivent posséder celui de bachelier ès sciences avant de prendre la première inscription. La crainte des lettres libérales et l'illusion d'épouser le progrès scientifique avaient dicté cette disposition qui se doublait, comme on voit, d'une prescription. Les effets ne s'en firent pas attendre. Dès le 23 août 1858, le ministre Rouland dut rétablir, à l'entrée des facultés de médecine, l'obligation du baccalauréat ès lettres, complété, avant la troisième inscription, d'un baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique. Or, le rapport à l'Empereur, qui expose les motifs de cette mesure salutaire, reflète exactement les préoccupations d'aujourd'hui. « L'observation elle-même serait stérile si toutes les ressources d'un esprit juste, actif, pénétrant, ne devaient tout à la fois l'assurer et l'étendre ; il faut que la médecine lutte contre les maladies de l'homme, connaisse l'homme tout entier dans sa double essence physique et morale..... Ce sont les études littéraires qui donnent au goût, au cœur, à l'esprit, les tendances les plus délicates et les impulsions les plus heureuses. Le médecin, attaché à tant de travaux infinis, consulté dans toutes les classes de la société, pour tous les maux qui affectent le corps et l'intelligence, obligé à tant de discernement et d'action morale, doit être, avant tout, préparé à l'apprentissage scientifique par une instruction littéraire complète. En négligeant les Humanités, il néglige un élément indispensable pour lui ; il écarte un moyen de succès et d'influence ; et il crée peut-être un véritable obstacle à l'autorité comme au progrès de l'art qu'il exerce. » Le débat du 8 décembre 1931, au Sénat, ne procède pas, à la lettre d'une autre pensée. La science ne suffit pas.

....

Quant aux Humanités, découronnées, battues en brèche, quasiment ruinées, elles tiennent encore, grâce à un retour de l'opinion plus éclairée, Et elles auront fatalement leur revanche : un peu plus tôt, un peu plus tard. A recueillir les doléances non seulement du corps médical, mais des juristes, des magistrats, des industriels, on ne doute point qu'elles ne doivent enfin leur salut à la nécessité inéluctable de réparer les désastres.


DE
TONIQUE RECONSTITUANT

L'internement de Jules Vallès. — *Mercure de France* (15 juin 1932) ; *Revue de Quinzaine* (*Jules Thiercelin*).

..... Quoi qu'il en soit, l'internement à l'asile d'aliénés de Nantes est révoltant. C'est le Docteur R. Benon, médecin de l'asile Saint-Jacques, qui, le premier, a donné dans *La Nouvelle Revue* du 15 décembre 1918, la copie intégrale des documents qui s'y rapportent. Vallès est entré à l'asile le 31 décembre 1851, amené par son père, qui paiera une pension de deux francs par jour et qui a signé ce jour même la demande d'admission. Le certificat du Docteur Lequerré, médecin de la famille, est bien du 27 décembre 1851. Le certificat immédiat, signé par le médecin de l'asile, le Docteur Bouchet, est du 2 janvier 1852 ; il diagnostique : « Aliénation mentale caractérisée par la croyance à des tourments imaginaires, avec des tendances suicide prononcées et complications d'une affection organique cérébrale. Cet état exige des soins spéciaux et la séquestration dans une maison d'aliénés ».

Le certificat de quinzaine également signé par le Docteur Bouchet, est du 15 janvier. Enfin, les *observations médicales mensuelles* :

« *Janvier* : état physique bon. Etat mental : croyance à des tourments imaginaires ; tendances suicide prononcées ; monomanie.

« *Février* : amélioration.

« *Mars* : guérison de la maladie, peut être mis en liberté. Sortie le 2 mars 1852. »

Quant à l'histoire, à la Poë, du fou qui se croyant chien et léchait le visage de Vallès, et qui devant sa résistance lui fendit le crâne d'un coup de sabot, elle a été contée pour la première fois par Frantz-Jourdain dans la *Vie Moderne* du 15 mars 1885 et insérée dans *Beaumignon* : elle a été reprise par Albert Callet dans la *Nouvelle Revue* (1919) et par Sévérine dans *Pages Rouges* (pp. 119-121).

Ce dernier a ajouté :

Plus de trente-cinq ans après, la cicatrice faite par le sabot du fou se distinguait encore parmi les cheveux blancs. C'est sur elle que se sont fixés mes yeux, tandis que l'on mettait Vallès au cercueil.

Mais Ranc (*Voltaire*, 29 mars 1885), déclare que Vallès ne lui dit jamais un mot de cette histoire et qu'en tout cas à son retour à Paris, Vallès ne portait aucune trace de blessure.

Les vieux Chinois disent :

« Le médecin qui guérit cinq fois sur dix n'est pas un médecin, la nature en fait autant. Un bon médecin doit guérir sept fois sur dix. Pour guérir dix fois sur dix, il faudrait être un génie. Nous ne connaissons pas de génie. » (P. Ferreyrolles. La méthode chinoise de l'acupuncture et le traitement de la douleur (*La Science médicale pratique*, 15 mai 1932.)

BIBLIOGRAPHIE

Pierre Champion. — **Mon Vieux Quartier.** (Bernard Grasset.) — Le vieux quartier de M. Pierre Champion c'est celui qui s'étend entre la Seine et Saint Germain des-Prés, de la place Saint-Michel à la Cour des Comptes. Par le truchement d'un vieil emballeur de la rue Visconti, il nous promène parmi les palais, les hôtels, les monastères Il n'évoque pas seulement ceux qu'il a connus, son père, le libraire Honoré Champion, le père France, aussi et son fils Anatole. Il est trop de ce quartier de l'érudition pour n'avoir pas dépouillé les archives, recherché l'état civil des vieilles demeures, visité les échoppes des artisans, été à la découvertes dans les boîtes des bouquinistes. Racine, Voltaire, Balzac, Maurice de Saxe et Adrienne Lecouvreur, Le marquis de Vilette, il les fait revivre dans ce quartier où ils vécurent. A l'Institut, il ne retrouve pas seulement Mazarin, mais le vieux secrétaire Pingard, que nous avons connu encore. Pour nous parler de la Révolution, il lui suffit de penser à un journaliste du quartier, Prudhomme, l'éditeur des « Révolutions de Paris ». Reliant avec un art consommé le présent au passé, le livre de M. Champion nous montre comment l'histoire d'une famille est partie intégrante de l' « Histoire » tout court. Il nous invite aussi à une promenade dans ce vieux quartier où nous ne trouverons pas de meilleur guide que lui.

L'évasion du capitaine Lux racontée par son auteur. (Les Œuvres Représentatives.) — On se souvient encore de l'arrestation sensationnelle en Allemagne, en 1910, du capitaine Lux, de la condamation, de son emprisonnement et de son évasion à la fin de 1911. Dénoncé par un agent provocateur, condamné à huis clos sans preuves à six ans de forteresse et aux frais du procès, 5.892 marks dont il reçut la facture dans sa casemate. Jugé à Strasbourg, il fut transféré à Glatz pour y subir sa peine. Aussitôt, il s'occupa de préparer son évasion. Ses frères et ses amis lui firent parvenir, lorsqu'il put établir avec eux une correspondance clandestine, dans des objets truqués, livres calendriers, etc., les instruments, les papiers et l'argent nécessaires.

Il nous fait aujourd'hui, où n'existent plus les inconvénients de certaines divulgations, le récit enjoué de son aventure d'Allemagne. Il nous indique aussi comment il a pu se procurer des renseignements d'une grande importance, démasquer des agents secrets et des traîtres, dénoncer l'état d'esprit qui régnait alors au delà du Rhin et pronostiquer avec certitude la guerre imminente.

Le capitaine Lux a pris sa retraite en 1919, n'étant, malgré les services rendus, que chef de bataillon et officier de la Légion d'honneur.

« Son livre, écrit le général Hirschauer, fait apprécier à leur haute valeur de belles qualités morales : fermeté d'âme, foi dans le succès, dévouement à la Patrie, volonté de « servir ».

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 28 LE NUMÉRO : 50 Centimes 9 JUILLET 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

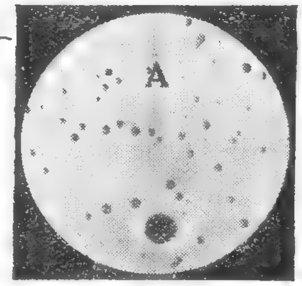
A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois

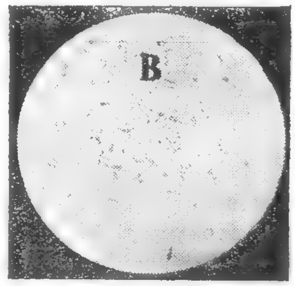
France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

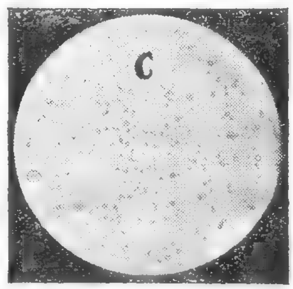
Nous avons droit à votre confiance



Photomicrographie montrant les globules gras du lait ordinaire.



Photomicrographie montrant les globules gras du lait concentré non sucré homogénéisé.



Photomicrographie montrant les globules gras du lait maternel.

...et nous la sollicitons en faveur du lait concentré non sucré Gloria; il en est digne et ne redoute aucun examen de la part du corps médical.

Il a satisfait, en France comme à l'étranger, aux épreuves les plus sévères, qui ont mis en lumière ses trois caractéristiques :

Stérilité totale;
Pureté intégrale;
Digestibilité parfaite.

Sa stérilisation scientifique est effectuée après que le lait a été placé en boîtes hermétiquement scellées. Ainsi protégé contre tout germe et toute prolifération microbienne, il demeure complètement stérile jusqu'à son utilisation.

A aucun stade de sa préparation, le lait non sucré Gloria ne subit le moindre contact humain, ni l'adjonction d'une substance étrangère. Donc : pureté intégrale.

Son homogénéisation, obtenue par un procédé spécial, fragmente les globules gras et les réduit à la ténuité de ceux du lait maternel.

La double action de la stérilisation et de l'homogénéisation permet au lait non sucré Gloria de cailler dans l'estomac du nouveau-né en flocons légers et perméables aux sucs gastriques, au même degré que le lait maternel. Donc : digestibilité parfaite.

Concentré jusqu'à acquérir la consistance d'une crème légère, mais non sucré, le lait Gloria permet au praticien de doser séparément les principes nutritifs du lait, indépendamment de sa teneur en hydrates de carbone.

Les riches pâturages normands, où il est exclusivement recueilli, lui confèrent un merveilleux équilibre de composition. Riche en sels minéraux et en nucléino-phosphates, doté d'un potentiel vitaminique constant, pur, stérile, digestible, éminemment nutritif, Gloria est un lait qui a droit à la confiance des pédiâtres les plus avertis.

● Provenant de troupeaux sélectionnés vivant toujours au pâturage en plein cœur du pays normand, le lait non sucré Gloria est concentré, homogénéisé et stérilisé sur place à Carentan (Manche).

● Il est en vente partout. La petite boîte de 170 gr. se recommande spécialement pour l'alimentation infantile, sa contenance étant facilement consommée dans une journée et ne laissant ni perte ni déchet.

GLORIA



LAIT GLORIA Sté Anme, 48, RUE AMPÈRE, PARIS (17e)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES — 27 juin. *Thèses vétérinaires.* — M. THIERRY. La Pullorove — M. POETTES. Le synthol en méthode vétérinaire.

28 juin. — *Thèses vétérinaires.* — M. JÉZÉQUEL. La chorée du chien. — M. CAMIS. La fourbure de parturition chez la jument.

30 juin. — *Thèses vétérinaires.* — M. ROGER. Dermatoses sympathico-endocriniennes chez le chien.

4 juillet. — M. HUGUET. Etude sur le traitement électro-radiothérapique de la maladie de Basedow. — M. MILOVANOVITCH. Etude clinique et thérapeutique médico-chirurgicale des gangrènes diabétiques. — M. CALVET. Le radium à faible puissance dans quelques syndromes douloureux. — M. HATIEGAMI. Etude physio-pathologique des grandes hémorragies. — M. HERMAN. L'antigène méthylique et le rhumatisme tuberculeux. — M. SOHMAN. Etude étiologique des hépatites scléreuses.

5 juillet. — M. DECANTE. Avortement et traumatismes accidentels. — M. ROUX. Le cancer du rectum chez les jeunes gens. — M. GESSEN. Les images radiologiques des abcès pulmonaires. — M. ILIESSO. Etude de l'insuffisance surrénale aiguë (syndrome de Sergent-Bernard). — M. SILVIA LAVIT. — Etude des néphrites diphtériques. — M. DE COSTER. Des deux nouvelles méthodes de l'angine de poitrine : 1° les injections intraveineuses iodées intensives ; 2° injections sous-cutanées d'acide carbonique. — MAINGUY. Des effets thérapeutiques de l'arc à grande puissance. — M. DUVERNOIS. Etude du sarcome myécoïde. — M. GROSBOIS. Médication créosotée dans les affections pulmonaires aiguës. — M. GRUNWALD. Maladie d'Addison sans lésions capsulaires. — M. LENOIR. Maladie osseuse de Paget et cataracte endocrinienne (étude clinique et pathogénique). — M. PARLIER. La maladie orthostatique. — M. PILLIÈRE DE TANOUARN. Etude du traitement des troubles endocriniens chez l'homme. — M. NORMAND. Etude des myélopathies post-commotionnelles (sclérose latérale amyotrophique). — M. AUMASSON. L'impaludation chez les paralytiques générales enceintes. — M. BENTATA. Un médecin du 17e siècle. — M. BRUNEAU. Apparition de manifestations tertiaires de la syphilis au cours du traitement de la paralysie générale par la malariathérapie. — M. GONDET. Le signe de Babinski intermittent lié aux troubles cardio-respiratoires. — M. MICHY. Acanthosis Nigricans et ses rapports avec les tumeurs malignes. — Mme TRIVAS. Auto-observation d'un tabétique de qualité.

6 juillet. — Mme BLANCHY. Etude critique sur le pneumothorax bilatéral dit « alterne ». — Mlle LACROIX. La chrysothérapie dans la tuberculose infiltrée à début aigu récent. — M. MAGRIN. Etude de l'influence de la rougeole sur la tuberculose pulmonaire. — M. PEYAUD. Les climats de France dans la tuberculose pulmonaire. — M. POLACCO. Les rechutes chez les malades traités et guéris par un pneumothorax. — M. SIGNORET. Etude des facteurs de l'infection tuberculeuse. — M. DE PALMA. Le traitement des bronchiectasies par le pneumothorax artificiel. — M. GODIN. La gono-réaction. — Mlle LATASTE. Le régime des nourrissons débiles. — M. Chelala AGUILERA. Etude des troubles de la ménopause et leur traitement. — M. HIMELFARB. Les troubles bucco-pharyngés dans la leucémie aiguë. — R. RIVERO CARVALLO. La pression artérielle au cours de l'anesthésie et de certaines interventions chirurgicales. — M. HELLUIN. Le régime de Gerson dans le traitement de la tuberculose. — Mlle LAUR. Les réticulocytes et les réticulocytoses. — M. PULSFORD. De la téléroentgenthérapie totale. — Mlle MODZELEWSKA-RAY. Etude des rayons infra-rouges, leur emploi dans le traitement des affections gynécologiques. — M. RODRIGUEZ. La dysectasie du col de la vessie. — M. MARTINEZ. Les tumeurs primitives multiples de types distincts et les modifications humorales chez les cancéreux. — M. ROSSAN. Les kystes, fistules et tumeurs de la région latérale du cou et le problème de leur origine. — M. MARSILLE. Etude sur la pathologie du nucleus pulposus intervertébral. Les hernies nucléaires intraspongieuses, la cyphose à rétropulsion nucléaire et paraplégie. — M. SAVELLI. La méningocèle. Forme rare dispina-bifida-cystica.

7 juillet. — M. DECOURT. Origine de quelques cas de lèpre obervés à Paris (notes sur la psychologie des lépreux). — M. DELGADILLO. Emploi de l'éosinate de cœsium en dermatologie. — M. DUREL. Les porteurs de germes de vénéréologie. — M. LÉVY. Sur la réaction de Bordet-Wassermann. Etude de deux techniques nouvelles. — Mme VIDAL. Dermites infantiles et réactions secondes. — Mme VINCENT. Etude des pyodermites chroniques. — M. FUCHS. Les réactions de Bordet-Wassermann irréductibles. — M. JAHAN. Le service de maternité gynécologique de l'hôpital civil français de Tunis. — M. ROSELL MONIER. Etude du tétanos d'origine utérine. — M. LOUKA. Indications et techniques de la gastrectomie. — M. DONET. L'acide picrique en gynécologie. — M. SALLE. La thoracoplastie partielle supérieure. — Mlle SEGUIN. Les kystes de la cloison recto-vaginale. — M. TORCHAUSSE. Etude du fœtus in-utéro. — M. WEILL. Les septicémies puerpérales à bacilles perfringar. — M. BOCQUENTIN. Le diagnostic précoce des tumeurs du testicule. — Mme BOCQUENTIN. Le pronostic du cancer du sein opéré. — M. MOUTARD. Etude du traitement prophylactique des phlébites post-opératoires. — M. VEYSSET. Etude de la vaccino-colloïdothérapie. — M. FRÉZOULS. Velpeau (1795-1867). — M. BOURGET. Etude médicale sur la législation des accidents oculaires du travail. — M. LABESSE. Etude des rétinites brightiques. — M MERLIN. De l'état antérieur dans les accidents oculaires du travail.

8 juillet. — Mlle ABRICOSSOFF. Etude de la transfusion du sang chez le nourrisson. — M. BOYER. Eude statistique et critique sur les hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. — M. DEFOULOY. Etude de l'érysipèle du nouveau-né. — Mlle HUET. Etude de l'importance du traumatisme obstétrical comme facteur étiologique des encéphalopathies de l'enfance. — Mlle SCHIFRIN. Organisation, fonctionnement, statistique d'un dispensaire antisyphilitique de maternité.

9 juillet. — M. CADILLAC. Etude radiologique de l'invagination intestinale de l'adulte. — M. DUPEUX. Le régime cétogène dans l'épilepsie. Son application pratique. — M. AZUNKHAN. Géographie médicale de l'Ile Maurice. — M. GAMARRA. La maladie de Carrion. — M. LAGARDE. Etude de la vaccinothérapie antimélocococcique par l'endopestéine d'abortus. — M. LÉVY. Etude de l'immunité antitypho-paratyphique conférée par la vaccination par voie buccale. — M. POPOWSKY. Etude des législations françaises qui pourraient intervenir à l'occasion d'un examen prénuptial. — M. VORMÈRE. Etude de la taxe française. — M. DARNIS. Etude de la glycérine au cours de certaines affections chirurgicales et de leur traitement. — Mlle BOURDA. Origine congénitale du thorax en entonnoir par aplasie du plastron sterno-costal. — M. DETROIS. L'iode et le fluon dans les états hyperthyroïdiens. — M. GARNIER. Etude de la myosite assifiante progressive. — Mlle GIRARDEAU. Contrôle de l'hygiène dans des familles observées au dispensaire de l'école de puériculture. — M. MONTAGNE. Etude graphique de la respiration chez le nouveau-né, le nourrisson et le prématuré. — Mme RODZEVITCH-BOULGOKOFF. Etude du signe de Chvostek chez les grands enfants. — M. VANIER. Le cancer de l'estomac chez les opérés de B. E. pour abcès gastriques.

4 juillet. — *Thèses vétérinaires.* — M. GENET. La paratyphose du porc. — M. MICHEL. La morve. — M. HANHART. La tuberculose bovine, moyens mis à la disposition du vétérinaire pour lutter contre cette maladie.

7 juillet. — *Thèses vétérinaires.* — M. Jeannin. La race bovine du Cotentin, « morphologie et pathologie ». — M. Chakir. Le chien de Constantinople. Son utilisation comme chien de guerre et sanitaire dans l'armée turque.

9 juillet. — *Thèses vétérinaires.* — M. Détrez. Paraplégie antipartum et de la maladie du chemin de fer. — M. Strady. L'asthme chez les bovins.

Hôpitaux de Paris. — M. Digonnet est nommé accoucheur des hôpitaux.

Hommage au Professeur Hartmann. — Le volume jubilaire du Professeur Hartmann lui sera remis le dimanche 10 juillet, à 11 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Ses collègues amis et élèves sont priés d'y assister ; il ne sera pas envoyé d'invitations individuelles.

Lyon. — Le Conseil de la Faculté a présenté en première ligne M. le Professeur agrégé Paul Bonnet pour la chaire de clinique ophtalmologique.

— Le concours ouvert pour la nomination de deux chefs de clinique médicale s'est terminé par la désignation de MM. Ch. Boyer et G. de Chanaleilles.

IIIe Congrès international du rhumatisme. — Ce Congrès sera tenu à Paris du jeudi 13 octobre au samedi 15 octobre 1932 sous la présidence du Professeur F. Bezançon.

Programme des travaux. — Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès : 1° Les symptômes initiaux du rhumatisme chronique ; 2° Rhumatisme et tuberculose ; 3° Rhumatisme et profession.

Les séances auront lieu le matin de 9 h. 30 à midi ; l'après-midi de 3 heures à 6 heures.

Jeudi 13 octobre 1932, à 9 h. 30 : Séance d'ouverture au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Rapports et communications sur la première question : Les symptômes initiaux du rhumatisme chronique. — L'après-midi, à 3 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté : Présentation de photographies et radiographies.

Vendredi 14 octobe, à 9 h. 30 : A l'hôpital Saint-Antoine (services du Professeur F. Bezançon et de M. Mathieu-Pierre-Weil) : Présentation de malades à l'amphithéâtre de la clinique. — L'après-midi, à 3 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : rapports et communications sur la deuxième question : Rhumatisme et tuberculose.

Samedi 15 octobre, à 9 . 30 : Au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : Rapports et communications sur la troisième question : Rhumatisme et profession. — L'après-midi, à 3 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : Communications diverses.

Renseignements particuliers. — Les conditions de participation au Congrès sont fixées comme suit :

Membre adhérent : 200 francs français.

Cette cotisation est réduite à 100 francs pour les membres de la Ligue française contre le rhumatisme, et pour les membres du XXIIe Congrès français de médecine qui le précédera immédiatement (Paris, 10-12 octobre 1932), et à 50 francs pour les étudiants en médecine.

La cotisation est de 50 francs pour les membres associés (femmes et enfants des membres adhérents).

Envoyer les cotisations à M. Lacapère, 51, rue Bonaparte, Paris (6e), par chèque, mandat ou au compte chèques postaux de la Ligue française contre le rhumatisme : Paris 1414.50.

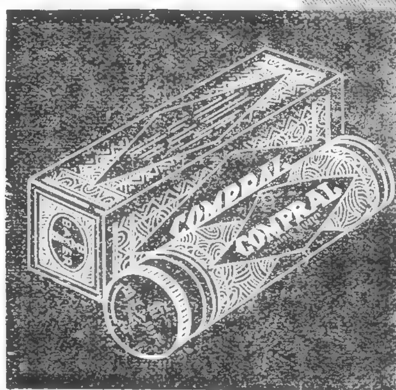
Ecole de médecine de Besançon. — *Cours de vacances d'anatomie (Dissection).* — En raison de la courte durée des études d'anatomie et afin de préparer les étudiants à leurs stages de clinique, il a été institué à Besançon, un cours de vacances d'anatomie avec dissection.

Ce cours est destiné en principe aux étudiants reçus au P. C. N. Il est ouvert cependant à tous ceux qui veulent soit se perfectionner, soit faire des travaux personnels en anatomie.

Le cours a lieu le 15 septembre au 15 octobre. Il sera organisé également pendant cette période pour ceux qui le désirent, un certain nombre d'excursions, de façon à permettre de parcourir la région touristique de la Franche-Comté.

Le droit à verser est de 200 francs, le nombre des inscriptions est limité.

S'adresser pour tous renseignements complémentaires au Laboratoire d'anatomie de l'Ecole de médecine de Besançon.


COMPRAL
COMPRAL


BISMINT
THERAPEUTIQUE
GASTRO-INTESTINALE
AUTO-INTOXICATIONS
ENTERITES INDIGESTIONS
COLITES-ENTERALGIES
GRANULÉ
vecchia

Nécrologie. — Docteur Louis ALEXANDROWIECH, d'Alès (Gard). — Docteur N. BRUNSCHWIG, du Havre. — Docteur CHANGEUX, de Créteil (Seine). — Docteur Paul CORDONNIER, de Paris, 11 *bis*, avenue Elisée-Reclus (VII[e]) — Docteur FOURCAUD, de Nice. — Docteur Jules GARDIN, père du Docteur Charles Gardin, de Paris. — Docteur KLOTZ-FOREST, de Paris, 17, rue Longchamp (XVI[e]). — Docteur NANGUIS, de Paris, 83, boulevard de la Villette (X[e]). — Docteur Félix MAROT, de Paris, 9, rue Cirque (VIII[e]). — Docteur PERRIER, de Rennes. — Docteur Georges PÉRIOT, de Marseille, ancien médecin chef de l'hôpital municipal de Marseille, père du Docteur Maurice Périot, médecin des hôpitaux. — Docteur Léon GUIDET, de Paris, 54, rue Bonaparte. — Docteur Paul VUILLEMIN, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de Nancy, membre correspondant de l'Institut, décédé dans sa 71[e] année. — Docteur Ed. FLATAU, de Varsovie, membre de la Société d'urologie de Paris. — Docteur W. KEEN, de Philadelphie, associé étranger de l'Académie de médecine.

BIBLIOGRAPHIE

Les poissons et le monde vivant des eaux. *Etudes ichthyologiques et philosophiques*, par le Dr Louis ROULE. Tome cinquième : *Larves et métamorphoses*. Un beau volume in-8° raisin, illustré de 74 dessins dans le texte et de 16 planches en trichromie, d'après les aquarelles d'Angel. Broché, 42 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (V[e]).

Dans le monde des êtres vivants des eaux, c'est un peuple impressionnant que celui des embryons et des larves. S'il est le plus malaisé à voir, il est pourtant le plus extraordinaire et le plus intéressant. L'exiguïté des êtres qui le composent ne fait que rehausser, par opposition, la puissance détenue en eux. La science qui les étudie devient la plus importante de l'histoire naturelle, car elle suit cette histoire dans sa formation. Parmi les détails qu'elle accumule, aux multiples épisodes toujours merveilleux, l'embryologie dévoile, grâce à leur enchaînement, une part du secret de la création. L'auteur s'est servi de la truite pour présenter de la manière si intéressante qui lui est propre un exemple de développement embryonnaire. Dans la deuxième partie sont exposées les ontogénèses les plus caractéristiques. Enfin la troisième partie de ce magnifique volume réunit et commente les données précédentes pour en tirer des conclusions philosophiques.

Revue des cours et conférences, Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 juin 1932 : A. Chérel : La poésie contemporaine (II) : Francis Jammes : La pensée et la foi. — G. Pagès : La monarchie administrative en France, sous Louis XIV et sous Louis XV (I). — Michel Sourian : Socialisme et psychologie de la classe ouvrière (II) : Complexe d'exploitation et complexe d'oppression. — F. Strowski : Les réactions de la vie contemporaine sur la littérature (VI) : La radiophonie. — G. Bachelard : Essai d'une classification des intuitions atomistiques (VIII) : L'atomisme axiomatique. — R. Bray : Chronologie du romantisme (1804-1830) (X) : Trois manifestes romantiques. — R. Guignard : Romanciers allemands contemporains (V) : Henri Mann : « les Déesses ». — P. Servien : Problèmes d'art et langage des sciences (III).



TRAVAUX ORIGINAUX

Syphilis osseuse et traumatisme

A propos de deux observations

Par MM.

Jacques DECOURT et **J. MOULINIER**

Médecin des hôpitaux de Paris — Externe en premier

La question de la « syphilis traumatique » n'est pas nouvelle. Mais les faits anciens sont, pour la plupart, sujets à caution. Thibierge (1), Clément Simon (2) en ont fait la critique. Il semble cependant bien établi qu'un traumatisme local, unique ou répété, survenant chez un syphilitique, peut provoquer l'apparition *in situ* d'une lésion spécifique qui, sans ce traumatisme, ne se fût sans doute pas constituée. Dans son mémoire très documenté Clément Simon retient comme démonstratives 57 observations, de valeur à vrai dire inégale.

La plupart de ces observations concernent des lésions des parties molles : syphilides, ulcérations gommeuses. Dans un certain nombre de cas sont signalées des altérations osseuses sous-jacentes ; mais l'ulcération cutanée reste le fait dominant, et c'est elle qui a permis de reconnaître la syphilis.

L'apparition de lésions osseuses sans syphilis cutanée paraît beaucoup plus exceptionnelle, puisque Clément Simon ne considère comme valable qu'une observation d'Œttinger (3) dont voici le résumé :

Un homme de 41 ans, sans antécédents pathologiques notables, tombe d'un train en marche et se fait des contusions multiples, en particulier à l'épaule gauche. L'auteur voit le malade un an après l'accident et constate qu'il présente, avec une atrophie musculaire du moignon de l'épaule, des signes d'arthrite et de périarthrite scapulo-humérales. Les mouvements du bras sont très limités. Six mois plus tard il existe une augmentation de volume irrégulière de tout le squelette du bras gauche. Une radiographie montre au niveau de l'humérus des lésions qui « sont décrites comme caractéristiques de la maladie de Paget ». Le reste du squelette ne présente pas de lésions décelables. La réaction de Wassermann est positive.

Dans la discussion qui suit cette communication Broca écarte le diagnostic de maladie de Paget et soutient qu'il s'agit d'une ostéo-myélite gommeuse avec périostose.

Cette observation paraît sans doute assez démonstrative. On doit cependant remarquer que plus d'un an s'est écoulé entre le traumatisme et la constatation des lésions osseuses, et que l'épreuve thérapeutique fait défaut.

Une autre observation, rapportée par Barthélemy (4), pose le problème sans le résoudre :

Un employé de chemin de fer tombe sur le poignet et se fait une foulure. Celle-ci guérit sans séquelles ; mais bientôt apparaît, à l'extrémité supérieure du cubitus, une périostose fusiforme. Deux interventions chirurgicales sont pratiquées ; les plaies opératoires ne se ferment pas. On fait alors une réaction de Wassermann, qui est positive.

L'auteur estime que le traumatisme n'a fait que révéler une lésion pré-existante.

Nous versons au débat les deux observations suivantes qu'un curieux hasard nous a permis de recueillir à quelques semaines d'intervalle.

I. — Mme Cot..., 40 ans, nous est adressée d'un service de chirurgie le 12 avril 1932. Elle se plaint d'éprouver dans la jambe gauche de violentes douleurs, dont elle fait remonter le début à un traumatisme survenu huit mois auparavant.

Le 27 juillet 1931 Mme Cot... a fait une chute dans une trappe de cave. Elle est tombée d'une hauteur de deux ou trois mètres et a perdu un instant connaissance. Au cours de cet accident elle s'est blessée au membre inférieur gauche. Il y avait au-dessous du genou, au niveau du plateau tibial interne, une plaie superficielle des dimensions d'une paume de main. Il existait en outre de vastes ecchymoses : l'une siégeait au niveau de la hanche ; une autre s'étendait à la face interne de la jambe, depuis le condyle tibial jusqu'à la malléole. La plaie s'est cicatrisée en une quinzaine de jours, sans avoir suppuré. Mme Cot... put reprendre son travail après trois semaines, mais, à cette époque le membre demeurait légèrement œdématié, et les traces de l'ecchymose au niveau de la jambe ne disparurent qu'au bout de deux mois.

Avant sa chute, la malade n'avait jamais souffert de sa jambe. Le traumatisme fut naturellement suivi de douleurs en rapport avec les lésions. Il s'agit d'abord de douleurs sourdes, assez diffuses, de type contusif ; mais au bout de quelques jours apparurent au niveau de la face interne de la jambe gauche des douleurs plus vives, à type d'élancements, survenant par crises.

Ces douleurs ont persisté depuis lors et loin de s'atténuer, se sont peu à peu aggravées. Depuis un mois elles ont pris un caractère de grande acuité. A peu près continues, elles sont entrecoupées de paroxysmes intolérables, à type d'élancements. Ces paroxysmes sont surtout nocturnes et troublent le sommeil. Les cataplasmes, l'aspirine ne les soulagent guère. Ces douleurs, que la malade localise dans le tibia, ont leur maximum à la partie moyenne de l'os, au niveau de sa face interne, mais irradient, au cours des paroxysmes, jusqu'au genou et jusqu'à la cheville.

A l'examen le membre ne paraît pas œdématié. La circonférence du mollet gauche excède cependant d'un demi-centimètre celle du mollet droit. L'inspection attentive à jour frisant montre, sur la face interne du tibia, une tuméfaction allongée soulevant les téguments sur une longueur de dix centimètres, au niveau des deux tiers moyen et inférieur de la jambe. La peau ne présente à ce niveau ni coloration anormale ni chaleur locale appréciable.

La palpation fait percevoir mieux encore la tuméfaction, qui fait nettement corps avec l'os, offrant la même consistance que lui et s'effaçant en pente douce vers les parties saines sus- et sous-jacentes. Toute la zone tuméfiée est extrêmement douloureuse à la pression : il suffit de passer le doigt des parties saines vers la partie malade pour provoquer une vive réaction de défense. Il n'y a pas d'adénopathies.

Cliniquement le diagnostic de périostite syphilitique nous paraît d'emblée très vraisemblable. *L'examen général* ne révèle cependant aucun autre signe clinique de syphilis acquise ou héréditaire, tant au niveau des téguments, des muqueuses et des phanères qu'au niveau des viscères et des organes des sens. Mais la malade a fait deux fausses-couches. Elle a eu depuis lors un fils, qui est né à terme, est actuellement âgé de treize ans et ne présente aucun stigmate pathologique. Son mari est mort de congestion pulmonaire. Ses parents et ses trois sœurs sont en bonne santé.

Les *radiographies* montrent des lésions typiques de syphilis osseuse. De face et de profil apparaît au niveau du tibia une volumineuse périostose d'aspect fusiforme, engainant la partie interne de la diaphyse, soulevant sa surface libre, et semblant s'enfoncer en profondeur, si bien que la couche spongieuse de l'os paraît notablement diminuée au profit de la couche compacte. Une lésion semblable apparaît à la partie moyenne du péroné, sous forme d'un renflement doublant presque à ce niveau le diamètre de l'os. Un nouvel épaississement périostique est décelable à l'extrémité inférieure de la diaphyse, au-dessus de la malléole péronière qui, elle-même, est décalcifiée. Il n'existe pas d'images claires circonscrites.

La *réaction de Wassermann* et la réaction de Hecht sont fortement positives dans le sang.

Evolution. — La malade a été traitée par l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour, et par des injections de Quinby. Le traitement a paru provoquer d'abord une exagéra-

(1) G. THIBIERGE. — Traumatismes et syphilides cutanées ; étude médico-légale. *Gazette des hôpitaux*, n° 5, janvier 1925, p. 69.

(2) CLÉMENT SIMON. — Contribution à l'étude de la syphilis traumatique des os et des téguments. *Questions actuelles de syphiligraphie*, 1re série. A Legrand, éditeur, Paris, 1926.

(3) ŒTTINGER. — Ostéopathie localisée à type d'ostéite de Paget consécutive à un traumatisme chez un syphilitique. *Bull. de la Soc. de méd. légale de France*, 1921, p. 99.

(4) BARTHÉLEMY. — Syphilis osseuse et accident du travail. *Bull. de la Soc. fr. de derm. et syphil.*, séance du 10 juin 1926, p. 421.

◆◆

tion des douleurs ; mais dès la quatrième injection de bismuth elles se sont rapidement amendées, pour disparaître complètement au cours de la troisième semaine, cependant que la tuméfaction osseuse entrait en régression.

II. — Sil... Alexandre, 27 ans, ouvrier italien, nous est adressé le 16 février 1932 de la consultation de chirurgie de l'hôpital Tenon. Cet homme a fait, le 13 décembre 1931, une chute de motocyclette, suivie d'une perte de connaissance brève. Blessé à la tête, il a été transporté à l'hôpital, où l'on a suturé une plaie du cuir chevelu de la région occipitale gauche. Il a pu regagner ensuite son domicile, ne gardant de sa chute qu'un peu d'étourdissement et de céphalée qui s'effacèrent en deux ou trois jours.

Deux semaines après l'accident apparurent de violents maux de tête qui, depuis lors, n'ont fait que s'accroître. La plaie semble correctement cicatrisée, mais en raison des douleurs accusées par le blessé, le chirurgien, avant de rédiger le certificat de consolidation, nous prie de pratiquer un examen neurologique.

Dès l'interrogatoire un fait nous frappe : la céphalée est à peu près exclusivement nocturne. Elle est assez diffuse, mais prédomine dans la région temporo-pariétale gauche. Très supportable le jour, elle s'exacerbe le soir et prend pendant la nuit une grande intensité, empêchant le sommeil. L'aspirine ne la calme pas. Les changements de position de la tête, le passage du décubitus à la station verticale ne l'exagèrent pas. Il n'y a pas de vertiges. Ces caractères, joints à l'absence presque complète de céphalée durant les jours qui ont suivi l'accident, nous font soupçonner d'emblée une affection surajoutée.

La palpation du crâne fait découvrir à la région pariétale gauche une tuméfaction arrondie des dimensions d'une pièce de cinq francs, et très douloureuse à la pression. Cette tuméfaction fait nettement corps avec l'os et présente la même consistance que lui.

Songeant à une périostite syphilitique nous interrogeons le malade dans ce sens. Il nie d'abord toute syphilis ; il a d'ailleurs deux jeunes enfants bien portants. Mais l'examen fait découvrir une adénopathie inguinale gauche, de caractère légèrement inflammatoire. Il existe sur le fourreau de la verge une cicatrice de chancre arrondie et plane. Le malade nous précise alors que le chancre est apparu quinze jours environ avant la blessure, qu'il s'accompagnait d'une adénopathie inguinale volumineuse, dure et indolente ; mais un médecin consulté à l'époque avait affirmé qu'il ne s'agissait pas d'un chancre syphilitique.

Il n'existe ni roséole ni plaques muqueuses ; mais on découvre une polymicro-adénopathie généralisée, et notamment une adénopathie sus-épitrochléenne bilatérale.

La *réaction de Wassermann* est fortement positive dans le sang.

Les *radiographies* du crâne montrent à la région pariétale gauche une volumineuse hyperostose aux contours flous, soulevant la surface de la voûte et s'enfonçant en profondeur à l'intérieur de la boîte cranienne.

La *ponction lombaire* révèle l'existence d'une légère hypertension intra-cranienne, sans altérations du liquide céphalo-rachidien :

Liquide eau de roche.
Tension (au manomètre de Claude) : 42 en position assise.
Réactions de Pandy et de Weichbrodt : négatives.
Cytologie : 1 lympho. par mm.c.
Réaction de Wassermann : négative.
Réaction du benjoin colloïdal : 0000000100000000.

Evolution. — Sous l'influence du traitement spécifique (novarsénobenzol et iodure de potassium à la dose de 6 grammes par jour) les douleurs disparaissent complètement en moins d'une semaine.

Un mois plus tard la tuméfaction cranienne n'est plus perceptible cliniquement.

Ces deux observations nous paraissent démonstratives.

Dans les deux cas le diagnostic de périostite ou de périostose syphilitique ne saurait être mis en doute. Il repose sur les caractères cliniques et radiologiques, sur la réaction de Wassermann et sur l'action du traitement spécifique.

Le rôle du traumatisme dans l'éclosion de la lésion paraît indiscutable chez notre première malade. En effet le traumatisme a été important et a nécessité une interruption de travail de trois semaines. Il a porté exclusivement sur le membre inférieur gauche, et plus particulièrement sur la jambe où une vaste ecchymose en a témoigné pendant deux mois. Il n'y a eu, entre les conséquences du traumatisme et les premiers signes de la lésion syphilitique, aucune solution de continuité. Enfin c'est au niveau même de l'ecchymose que s'est développé le foyer de périostite : les radiographies le montrent étalé à la face interne du tibia qui, en raison de son siège superficiel, a certainement subi un dommage important lors du traumatisme. Il convient de noter encore que, chez cette première malade, la syphilis était ignorée et entièrement latente. En dehors de la réaction de Wassermann, elle ne se signalait par aucune autre manifestation cliniquement décelable. Il est d'ailleurs difficile de préciser dans ce cas l'ancienneté de la contamination syphilitique. L'existence des deux avortements antérieurs fait penser que l'infection datait d'une quinzaine d'années au minimum. Il s'est vraisemblablement agi d'une contamination conjugale, en tout cas d'une syphilis acquise, rien dans les antécédents héréditaires et collatéraux ne permettent de soupçonner l'hérédo-syphilis.

Dans le deuxième cas les rapports du traumatisme et de la lésion syphilitique sont peut-être plus discutables. Chronologiquement la filiation paraît évidente : c'est quinze jours après le traumatisme cranien que sont apparues les douleurs de la périostite. Mais la lésion spécifique s'est développée au niveau du pariétal, alors que la cicatrice de la blessure occupe la région occipitale. D'autre part il s'agit d'une syphilis secondaire, et l'on sait qu'à cette phase de diffusion tréponémique l'infection peut engendrer les accidents les plus divers. On pourrait donc penser que les rapports apparents du traumatisme et de la lésion osseuse ne sont que l'effet d'une coïncidence.

Nous ne le croyons pas cependant. Qu'il n'y ait pas superposition exacte entre la cicatrice et le foyer de périostite ne prouve rien. La plaie du cuir chevelu n'a sans doute pas été la seule conséquence du traumatisme. Le malade a été fortement commotionné puisqu'il a perdu connaissance, et, lors de la chute, le pariétal a pu être touché. On sait d'ailleurs, en matière de traumatismes craniens, la fréquence des lésions osseuses par contre-coup, si bien qu'une force exercée sur l'occiput a pu retentir sur la région pariétale au sommet de sa convexité. On doit remarquer d'autre part que la périostose cranienne est une manifestation assez exceptionnelle de la syphilis secondaire. Et surtout elle s'est révélée ici d'une façon singulièrement précoce, puisque, si l'on en croit le malade, le chancre ne serait apparu que quatre semaines avant la localisation cranienne. Sans doute ce délai est-il suffisant : les classiques nous ont enseigné que les lésions osseuses de la syphilis secondaire peuvent être très précoces, et constituer le premier symptôme de la généralisation infectieuse. Mais il nous paraît très probable que le traumatisme, survenu à l'aurore même de la période secondaire telle qu'on l'envisage aujourd'hui, a favorisé le développement de la lésion cranienne.

***

On conçoit d'ailleurs assez bien qu'un traumatisme puisse localement provoquer, chez un sujet syphilitique, l'éclosion d'une lésion spécifique. La vieille théorie du *locus minoris resistentiæ* n'est pas une vue de l'esprit : après bien d'autres, les faits que nous venons de rapporter servent à l'illustrer. On sait depuis la guerre quels désordres graves des traumatismes apparemment anodins peuvent déterminer dans le domaine des vaso-moteurs ; et, comme l'a montré Leriche, il peut en résulter des troubles importants de la nutrition osseuse : la notion d'ostéoporose traumatique est aujourd'hui bien établie. Qu'un agent infectieux parvienne dans ce tissu hyperhémié, dans cet os décalcifié, il y trouve un terrain propice à sa pullulation, à ses édifications pathologiques.

Sans vouloir trop se risquer sur le terrain pathogénique, on peut concevoir, pour les deux cas rapportés ci-dessus, des processus un peu différents.



Dans le premier cas l'infection syphilitique datait vraisemblablement d'une quinzaine d'années. Elle était restée complètement silencieuse jusqu'au jour où le traumatisme vint la révéler. Celui-ci eut pour conséquence une vaste ecchymose étalée à la face interne de la jambe, au niveau même où le tibia devait, quelques mois plus tard, présenter une lésion spécifique. Il est certain que le périoste a été sérieusement traumatisé ; sans doute fut-il le siège de petites ruptures vasculaires. A ce niveau ont pu être mis en liberté des tréponèmes restés jusqu'alors immobilisés dans le fragile réseau des défenses tissulaires. On sait que les tissus les plus favorables à la conservation des spirochètes sont les organes hématopoïétiques et surtout la moelle osseuse, ainsi que l'ont montré les recherches expérimentales de Neisser, Barmann, Bruck, Halberstadter, Schereschewsky. Se basant sur ces faits, Clément Simon soutient même qu'un bon nombre de gommes, d'ulcérations syphititiques développées après des traumatismes résultent de la libération des tréponèmes enfermés sous le manchon périosté : en effet les lésions syphilitiques méta-traumatiques des téguments s'accompagnent assez souvent de lésions osseuses sous-jacentes. En ce qui concerne notre malade nous ignorons si, en l'absence de traitement, elle eut présenté ultérieurement des lésions cutanées.

Les faits qui nous occupent peuvent être rapprochés des cas, non moins rares, de tuberculose osseuse méta-traumatique dont l'un de nous a rapporté une observation démonstrative (1).

Dans notre second cas le processus paraît plus simple. Le traumatisme est venu surprendre le malade au début même de la période secondaire de sa syphilis. A ce stade le sang charrie des tréponèmes qui peuvent envahir tous les tissus. Et cependant on ne voit pas partout s'édifier des lésions. Nous ignorons pourquoi tel malade fait une périostose, tel autre un ictère, tel autre encore une néphrite. Ici apparaît incontestablement la notion du *locus minoris resistentiæ*, qui varie avec les sujets, les prédispositions et les tares antérieures. On conçoit qu'à cette phase un traumatisme intercurrent puisse servir de prétexte à la constitution d'une lésion locale, soit à la faveur d'un processus d'hypérémie multipliant l'apport virulent, soit par inhibition des défenses tissulaires au point traumatisé.

* * *

Au demeurant, ces faits ne présentent pas seulement un intérêt doctrinal. Nous voulons surtout retenir leurs enseignements pratiques.

Tout d'abord, des difficultés peuvent survenir au sujet du diagnostic. L'écueil est double. Selon les circonstances on risque de méconnaître la syphilis, ou de mésestimer le rôle du traumatisme.

S'agit-il d'un traumatisme important, les lésions ultérieures à défaut d'examens approfondis risquent de lui être exclusivement imputées. Or en l'absence de traitement spécifique la lésion osseuse peut évoluer de façon prolongée, tandis qu'un traitement précoce et suffisant amène une sédation rapide des douleurs et une guérison généralement complète.

Le diagnostic est relativement facile ; il repose sur le caractère particulier des douleurs dont la prédominance nocturne attire l'attention, sur l'aspect clinique et radiologique des lésions, sur la réaction de Wassermann et la notion d'une syphilis antérieure. Mais ces éléments ne sont pas toujours au complet. On a vu que, dans notre première observation, la syphilis était ignorée et ne se traduisait cliniquement par aucun autre stigmate. Bien plus, il peut arriver que les réactions de laboratoire soient en défaut. Nous avons personnellement observé, chez un homme de 36 ans, une périostite du fémur extrêmement douloureuse, dont la nature syphilitique avait été soupçonnée, puis niée parce que les réactions de Wassermann et de Hecht étaient négatives. Le malade ne présentait d'ailleurs aucun antécédent, aucun stigmate suspect. La recrudescence nocturne des douleurs, les caractères radiologiques nous firent affirmer la syphilis. Le traitement spécifique fit disparaître en quinze jours les douleurs intenses qui duraient depuis six mois, et réactiva la réaction de Wassermann. L'affection, dans ce cas, était spontanée ; mais il est permis de supposer qu'une périostite syphilitique méta-traumatique puisse évoluer de même avec des réactions sérologiques négatives. En cette occurence le diagnostic ne peut évidemment reposer que sur des examens clinique et radiologique précis et sur l'action probante du traitement spécifique.

S'agit-il au contraire d'un traumatisme plus discret, n'ayant pas laissé de trace apparente, on risque d'en mésestimer le rôle. Pendant longtemps une périostite syphilitique, surtout si elle atteint un os profond, ne se traduit que par des douleurs, sans signes objectifs très appréciables. En matière d'accidents du travail, la réalité même des douleurs risque d'être contestée. Lorsque apparaissent des signes objectifs évidents, le traumatisme peut sembler déjà trop ancien pour que l'on songe à lui prêter une valeur efficiente.

On conçoit qu'en cette occurrence la tâche de l'expert puisse être délicate. Il lui appartiendra de faire une enquête approfondie sur les circonstances de l'accident, sur la nature et le siège exacts des lésions qui en ont été la conséquence. Ici apparaît l'importance du certificat de constatation de l'accident qui, en définitive, sera la base principale de l'expertise.

Il ne nous appartient pas de discuter ici les problèmes médicaux-légaux que soulève la question de la syphilis traumatique. Nous nous contenterons de formuler à la suite de nos observations les conclusions suivantes :

1° Un traumatisme, survenant chez un sujet syphilitique peut avoir pour conséquence le développement *in situ* d'une ostéo-périostite spécifique qui, sans ce traumatisme, ne se fût sans doute pas constituée. Cette éventualité est, d'ailleurs, exceptionnelle.

2° Le fait peut s'observer à une phase tardive de la syphilis aussi bien qu'à la période secondaire, et sans que le traumatisme imprime une allure spéciale à l'évolution de la maladie.

3° Au point de vue médico-légal, la part du traumatisme doit être retenue : si la lésion osseuse ne s'était pas manifestée antérieurement à l'accident, si elle apparaît au point même où se sont exercés les effets du traumatisme, si celui-ci a pu avec vraisemblance retentir sur l'os ou le périoste, s'il n'existe aucune lésion semblable dans les autres parties du squelette non traumatisées, et enfin si les rapports chronologiques entre le traumatisme et l'éclosion des lésions osseuses paraissent indiscutables.

(1) Jacques Decourt et L. Gally. — Mal de Pott traumatique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 17 octobre 1930, p. 1523.

La perte de poids du nouveau-né peut être infime si l'on donne au cours des premiers jours une dose quotidienne de soixante grammes d'eau lactosée à cinq pour cent additionnée de trente centigr. de citrate de soude (Eder et Bakewell.— *Amer. journ. of dir. of Children*, 1931, p. 1079). A. M.

« Le cancer nous apparaît aujourd'hui comme l'expression d'un bouleversement peut-être physico-chimique, frappant à la fois les complexes colloïdaux nucléaires et protoplasmiques de la cellule, et provoquant des troubles de la prolifération et de la nutrition tissulaires qui, une fois établis, sont définitifs et irréversibles. Ces propriétés se transmettent des cellules mères aux cellules filles de façon quasi indéfinie. Elles sont la caractéristique du cancer et ne se trouvent dans aucun autre processus morbide, notamment dans aucun phénomène inflammatoire. » (Roussy. L'orientation des recherches sur le cancer. *Questions cliniques d'actualité*, 3e série, 1 vol. 1932, Masson édit.)

Lésions du tissu cellulaire dues à la sédentarité

Par le Dr Maurice BOIGEY
Directeur médical des Etablissements de cure de Vittel.

Symptômes. — On trouve, en grand nombre, de faux obèses. Ils n'ont, de l'obésité, que l'apparence. Ce n'est pas exclusivement de la graisse qui infiltre leur tissu cellulaire, c'est, en grande partie de l'eau. Il s'agit de « spongieux » au véritable sens du mot.

La plupart de ces malades sont de grands sédentaires ayant, depuis longtemps, abandonné tout exercice physique.

A l'examen, on constate chez eux, les déformations générales ou segmentaires de l'obésité. Mais, si l'on y regarde de plus près, on voit que l'empâtement profond des tissus n'est pas résistant au toucher. Il s'agit, à vrai dire, d'une véritable infiltration cellulaire par des liquides interposés.

La symétrie des zones infiltrées est de règle. A leur niveau, se montrent d'ordinaire des douleurs tenaces qui simulent des douleurs névralgiques ou névritiques et peuvent longtemps donner le change.

La lymphe infiltre sous tension les mailles du reticulum conjonctif. Les voies du drainage lymphatique sont engorgées. Les réactions vaso-motrices sont paresseuses, sinon éteintes. Une sorte d'inhibition générale de la lisso-motricité est la règle.

La surabondance de l'infiltrat lymphatique et l'hypotonie tissulaire sont conditionnées par un trouble humoral préalable et une parésie du système nerveux neuro-végétatif. Mais leur cause déterminante est une sédentarité avérée.

Chez de tels malades, la vaso-motricité sanguine, elle-même, est profondément perturbée. Elle est paresseuse ; ses réactions sont lentes.

Un tel état de choses entraîne des troubles fonctionnels caractéristiques.

Le plus commun est une *algie tenace* qui peut, dans certains cas, prendre le masque des différentes névralgies. Elle siège au niveau des zones de tissu cellulaire infiltré.

Il faut se garder d'appeler cellulite cette infiltration qui n'a rien d'inflammatoire. Le terme *d'infiltrat cellulalgique* employé par Paul Lagèze dans sa thèse : *Sciatiques et infiltrats cellulalgiques* (Lyon 1929) est le seul qui convienne et ne prête point à l'équivoque.

La palpation méthodique des plans superficiels et des plans profonds révèle l'existence de l'infitrat. Tantôt celui-ci est aggloméré en placards irréguliers qui blindent en quelque sorte le tissu cellulaire ; tantôt il est mou, œdémateux, mais sans godet d'œdème. Enfin, dans certains cas, il se montre franchement induré et comme fibreux, mais c'est exceptionnel.

Quel qu'en soit l'aspect, la douleur à la pression est constante.

Le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses superficielles, le tissu connectif des gaines musculaires et tendineuses, les espaces interfasciculaires des muscles et des tendons, le tissu connectif périveineux, le névrilemme et les espaces péritronculaires, sont intéressés.

Pathogénie. — Les échanges respiratoires et le métabolisme chez de tels sujets, tombent à un taux merveilleusement infime. L'oxygène absorbé et l'acide carbonique éliminés sont forts réduits.

La veinosité du sang est par contre, extrêmement accusée. Peut-être est-ce là, la véritable cause de la transsudation plasmatique au niveau des espaces interstitiels.

Chez de tels sujets en perpétuel état de demi-asphyxie, les substances alimentaires protéiques, insuffisamment oxydées et transformées, passent du milieu sanguin dans les espaces interstitiels ; là, les albumines étrangères s'y comportent comme des substances toxiques et irritent *in situ* les vaso-moteurs. Des manifestations anaphylactoïdes vis-à-vis des albumines humorales et tissulaires normales se surajoutent aux actions précédentes pour préparer l'exsudation tissulaire que la seule stabulation détermine.

Dans tout ce processus, aucune trace d'inflammation, aucun caractère infectieux ne peuvent être relevés. Jamais la moindre réaction thermique n'est enregistrée.

Il est possible de reproduire expérimentalement l'infiltrat cellulalgique sur des volailles soumises à l'immobilité et au gavage. Outre que leur foie se gorge de graisse, on voit leurs cuisses et leurs masses musculaires pectorales s'infiltrer d'une façon manifeste et acquérir de ce fait une délicatesse de chair particulièrement appréciée des gourmets.

L'acte nocif, ici, est double : l'immobilité et le gavage. Le gavage crée l'insuffisance hépatique et c'est à l'immobilité qu'est due l'infiltration des masses musculaires thoraciques et des cuisses.

Tout le « milieu intérieur » de Renaut, devient le siège d'une vaste infiltration humorale dont le premier symptôme est une douleur latente éveillée paroxystiquement à l'occasion du mouvement des muscles ou par la pression.

Si les habitudes de sédentarité du malade ainsi atteint se prolongent, les infiltrats cellulalgiques n'ont aucune tendance à se résorber spontanément. Peu à peu, ils s'organisent, et passent à la chronicité.

Ils donnent naissance, dans certains cas, à une forme pseudo-névralgique qui, suivant son siège, peut en imposer pour des pseudo-névralgies simulant tour à tour le torticolis, l'arthrite cervicale, la migraine, les névralgies intercostales, le lumbago ou la sciatique.

Quelquefois les douleurs se généralisent par la marche, les mouvements et les efforts ; ils empêchent le malade de se retourner dans son lit et lui rendent le sommeil et le repos presque impossibles.

Il ne faut pas confondre l'infiltration cellulalgique avec l'adipose ou la lipomatose sous-cutanée, l'adipose douloureuse de Dercum ou la panniculite adipeuse de Hogner.

Il ne faut pas davantage la confondre avec les œdèmes localisés de Quincke que l'on considère aujourd'hui comme des manifestations d'ordre anaphylactique. Dans ce dernier cas, l'œdème apparaît et disparaît brusquement, sans cause apparente, et se répète à intervalles plus ou moins réguliers.

Substratum anatomique. — Au début existe seulement une vaso-dilatation simple des petits et des moyens vaisseaux, au sein du tissu conjonctif et des espaces interstitiels. C'est la *période congestive*.

Bientôt lui succède la *phase d'exsudation*. Le plasma transsude, sans diapédèse. Il tend à dissocier les travées conjonctives et s'infiltre entre les éléments cellulaires et les tractus qui les unissent. Il se produit ce que Renault appelait une « inondation séreuse ». L'absence de cellules inflammatoires caractérise l'infiltrat.

La plupart du temps, les choses en restent là. Les infiltrats ne s'organisent pas. Tout au plus note-t-on parfois, surtout chez les sujets âgés, une sorte de collagénisation de la fibrine exsudée. A cet état correspond une phase particulièrement douloureuse, explicable par la présence de cette substance collagène dans l'endonèvre et le périnèvre des ramuscules nerveux.

L'aboutissement à la sclérose ne se produit jamais. Bien qu'il puisse quelquefois secondairement, et à très longue échéance, survenir de l'endartérite et de la périartérite, celles-ci demeurent toujours circonscrites et très localisées et, à aucun moment de son évolution, l'infiltration cellulalgique due à l'immobilité, ne se termine par une phase fibreuse ou cicatricielle.

Associations pathologiques. — On a, jusqu'à ce jour, considéré nombre de malades sédentaires atteints d'infiltrats cellulalgiques comme des obèses atteints de rhumatisme chronique. Il convient aujourd'hui d'attacher au vocable

rhumatisme son véritable sens, celui d'un syndrome, vaste sans doute, mais qui ne saurait s'appliquer à des malades absolument indemnes de troubles articulaires et ne présentant pour toute lésion qu'une infiltration du tissu cellulaire.

Il est habituel de constater, chez les grands sédentaires cellulalgiques des associations morbides extrêmement variées. Elles reconnaissent comme cause unique l'immobilité, soit totale, soit relative.

Celle-ci engendre un ralentissement considérable des échanges intra-tissulaires. Aucun système fonctionnel n'est indemne.

Du côté de *l'estomac*, on constate toujours un syndrome dyspeptique imputable à l'atonie musculaire des tuniques de l'estomac, à l'insuffisance de l'irrigation glandulaire et peut-être aussi à un certain degré d'infiltration aqueuse des parois gastriques.

Du côté *du foie*, on note souvent du subictère. La constipation des stabulants cellulalgiques est la règle ; elle est due à l'insuffisance hépatique autant qu'à l'atonie intestinale. Chez de tels sujets, le foie est habituellement gros et douloureux ; mais il n'est jamais dur. Sa palpation éveille une sensibilité douloureuse profonde et diffuse. A la constipation opiniâtre s'ajoutent périodiquement des poussées colitiques à glaires ou même à muco-membranes.

Il n'est pas rare que la région cœliaque ne soit douloureuse surtout par périodes. Mais jamais, il n'y a de signe d'ulcère ni aucun changement dans le chimisme gastrique qui demeure normal.

On constate assez souvent que des poussées d'urticaire, de migraine et d'asthme viennent signer l'insuffisance hépatique de tels malades. Chez eux ce n'est pas l'insuffisance hépatique qui est responsable de l'infiltration cellulalgique, elle n'est qu'une cause prédisposante nécessaire. La véritable cause déterminante est la stabulation prolongée. Comme nous le verrons d'ailleurs, tous ces symptômes disparaissent par l'effet d'une thérapeutique mécanique appropriée.

La stase intestinale avec parésie colique et tympanisme cæcal sont la règle. La congestion des bases pulmonaires avec hypostase n'est pas rare.

L'exploration du cœur, chez de tels malades ne révèle pas de lésions spécifiques se rapportant à l'état d'infiltration. Tout au plus constate-t-on assez souvent une tendance à l'hypertension.

Le scrotum est plus ou moins infiltré et très pendant, mais on ne constate pas d'hydrocèle vaginale. En même temps, une sensation de plénitude périnéale et prostatique est accusée par presque tous les malades. Il semble que chez les sédentaires infiltrés une congestion passive atteigne tous les vaisseaux périnéaux et engorge la prostate.

L'exploration rénale ne révèle généralement aucune particularité digne d'être mentionnée. On note très exceptionnellement une imperméabilité élective du rein pour le Na Cl. Cependant le fait peut être constaté. A vrai dire, la rétention chlorurée n'explique qu'un petit nombre de cas d'infiltration cellulalgique.

Prédisposition à l'infiltration cellulalgique. — Est-ce à dire qu'il suffit de garder l'immobilité, de vivre sédentairement, de stabuler pour avoir de l'infiltration cellulalgique ? En aucune manière. Il faut que le sujet y soit prédisposé par une constitution spéciale. Pour P. Lagèze, « tous les infiltrats cellulalgiques, ou la presque totalité d'entre eux, sont dus à l'insuffisance fonctionnelle du foie et plus particulièrement au trouble de sa fonction proteopexique ».

Il nous a été donné de voir trop d'infiltrés qui ne présentaient aucun trouble apparent de la fonction hépatique pour admettre une opinion aussi absolue ; nous pensons que le trouble hépatique est seulement prédisposant et que l'immobilité prolongée ou l'absence complète d'exercice peuvent seules déterminer l'infiltration et la souffrance qui en résultent. L'effet surprenant d'une thérapeutique par le seul mouvement renforce notre conviction dans le bien fondé d'une telle manière de voir.

Il y a des familles dont beaucoup sont traitées à tort de familles d'obèses qui ne sont que des familles d'infiltrés cellulalgiques. Chez elles la sédentarité a causé l'apparition de symptômes spéciaux. Mais il existe d'autres familles où l'immobilité n'entraînera jamais d'infiltration cellulaire. Chez ces dernières, le terrain ne se prête pas à cette évolution pathologique spéciale.

Pour le Prof. Paviot, le terrain tuberculeux serait fréquemment rencontré dans les antécédents héréditaires et personnels des malades prédisposés à l'infiltration cellulalgique.

Pour P. Lagèze l'alcoolisme chronique acquis, ou héréditaire serait une autre cause prédisposante. Mais, tandis que cet auteur attribue dans ce cas l'infiltration cellulaire à la déficience hépatique, nous réservons à la sédentarité et à la stabulation un rôle déterminant dans l'apparition de l'infiltration tissulaire. On ne voit pas d'alcooliques travaillant musculairement, d'une façon régulière, et présentant des signes d'insuffisance hépatique notoire, devenir des infiltrés cellulalgiques.

Pour le Prof. Favre, la syphilis jouerait également un rôle incontestable dans la prédisposition aux cellulites. Mais je l'ai dit en commençant, il ne s'agit pas ici de cellulite.

Enfin, une suppuration ancienne et prolongée, ayant évolué à un moment quelconque de la vie serait aussi une cause prédisposante pour les infiltrations du tissu cellulaire. Il semble que les sujets ainsi atteints aient gardé de leur infection lointaine une altération humorale de leurs colloïdes qui leur donne l'aptitude à faire des épanchements douloureux dans leur tissu cellulaire.

Une autre cause prédisposante que nous avons rencontrée dans beaucoup de cas est la *déficience globale héréditaire du tissu élastique* ou *élastopathie*. Il y a longtemps que M. Sée, Tuffier, Glénard, Klippel, Buisson et Godin, ont insisté sur la généralité et la diffusion des désordres qu'elle cause. Il est manifeste qu'elle nous a toujours paru être l'une des caractéristiques essentielles du terrain favorable à l'infiltration cellulalgique. Chez quantité de malades infiltrés coexistaient en effet des ptoses multiples, des hernies, de la dilatation gastrique, des varices, de l'emphysème, des vergetures des cuisses et des seins chez la femme, en dehors de toute maternité. Une grossesse rendait celles-ci encore plus évidentes et les multipliaient.

Parmi les causes prédisposant à l'infiltration cellulalgique chez les grands sédentaires, il faut également réserver une place aux cardiopathies latentes qui s'accompagnent presque toujours de modifications appréciables des conditions mécaniques de la circulation.

L'insuffisance rénale est un autre facteur prédisposant qu'il faut invoquer lorsque le filtre rénal est atteint de rétention hydro-chlorurée.

Quelques-unes de nos malades infiltrées étaient des diabétiques. On sait que la tendance à l'hydrophilie tissulaire et humorale est constante chez cette catégorie de malades.

Mais, nous le répétons, toutes ces causes prédisposantes étaient impuissantes à provoquer à elles seules l'infiltration cellulalgique. Il fallait pour déterminer son apparition que le sujet *vécut habituellement dans une sédentarité avérée et ne prit point d'exercice.*

Dans tous les cas, c'est l'immobilité prolongée qui s'est montrée le facteur décisif et déterminant de l'infiltration cellulaire.

Mécanisme producteur de l'infiltration. — Il importe d'abord de rappeler que les échanges respiratoires des sujets sédentaires sont extrêmement ralentis. Chez eux l'oxygène tissulaire fixé et l'acide carbonique éliminé sont très réduits. Par contre le taux d'acidité du milieu intérieur est très élevé. Or, on sait que l'adjonction d'une trace d'acide à une solution physiologique permet à un bloc colloïdal ou à un tissu d'absorber et de retenir une grande quantité d'eau.

Des traces d'acide modifient les conditions normales de vie d'un tissu et parallèlement, la quantité d'eau qu'il contient.

◆◆◆

Sur ces faits expérimentaux, Martin, H. Fischer ont construit une théorie nouvelle de l'œdème qui ne représenterait rien d'autre qu'un accroissement de l'affinité des colloïdes tissulaires pour l'eau. Les acides sont au premier rang des substances capables d'augmenter l'hydrophilie colloïdale tissulaire et humorale.

« Cliniquement, Fischer a pratiqué plusieurs analyses de liquides d'œdème qui ont présenté une réaction acide vis-à-vis de la phénolphtaléine, même après que le CO^2 en a été chassé. Ajoutons que les analyses de Hoppe-Seyler ont montré, dans les liquides d'œdème la présence de nombreux acides, — lactique, valérianique, succinique, butyrique — et que leur teneur en CO^2 est beaucoup plus grande qu'elle ne l'est dans le sang veineux. On sait aussi que, dans les états (troubles circulatoires) où il y a défaut d'oxygène, les acides organiques sont produits en grande quantité. Les cadavres immergés dans l'eau s'œdématisent : or, après la mort, les tissus deviennent acides. Les tissus gangrenés acides gonflent, si on leur fournit de l'eau. Les piqûres ou morsures d'animaux qui inoculent de l'acide formique ou d'autres acides donnent lieu, nous l'avons vu, à des œdèmes à développement rapide. Or, l'acide formique accroît dans de fortes proportions l'hydrophilie colloïdale » (1).

En résumé la sédentarité crée l'acidité humorale. Celle-ci engendre l'hydrophilie tissulaire ; l'immobilité des masses musculaires favorise mécaniquement l'infiltration.

Traitement. — Il se résume en deux mots : exercice et massage. Ces procédés thérapeutiques très simples entretiennent les conditions normales de vie des tissus. L'exercice physique augmente les combustions et favorise l'accès et la fixation de l'oxygène dans les divers tissus. Ce faisant, il maintient l'équilibre acido-basique ; il assure la rétention, en proportions convenables, des ions salins divers (équilibre minéro-minéral) ; il assure enfin un rapport régulier entre la cholestérine et les acides gras fixes ou le phosphore lipoïdique que contiennent les tissus (équilibre lipo-lipoïdique).

D'autre part, le mouvement musculaire, par les pressions, par les brassages et la mobilisation qu'il imprime au sang et aux liquides tissulaires interposés, s'oppose à leur stagnation.

Il ne s'agit pas de faire une gymnastique compliquée, mais des mouvements très simples tels que la marche à pied combinée à quelques assouplissements des membres et du tronc. Il faut, chaque jour, sortir du logis, se mouvoir, faire de l'exercice pour éviter l'intoxication acide et l'infiltration des tissus.

D'autre part, par le massage, on aide les tissus à se débarrasser des liquides qui les encombrent et on fait disparaître la sensibilité douloureuse causée par les infiltrats cellulalgiques beaucoup plus vite qu'autrement.

Ce sont là des conseils et des indications que certains trouveront bien puérils, mais qui ont une importance considérable au double point de vue préventif et curatif. Ils puisent leur justification dans les travaux les plus modernes sur l'évaluation des échanges tissulaires à l'état de repos et d'activité.

BIBLIOGRAPHIE

ALQUIER (L.). — Sur les troubles nerveux par engorgement lymphatique. *Revue Neurologique*, 1917, n° 1, p. 8. — L'engorgement lymphatique. Sa place en pathologie. *Gazette des Hôpitaux*, n°s 56 et 58, p. 877-909. — Engouement lymphatique et troubles de la nutrition générale. *Gazette des Hôpitaux*, 1921, n° 1. — Physiothérapie des tissus interstitiels. *Gazette des Hôpitaux*, 11 janvier 1928.

ACHARD. — Aperçu du système lacunaire. *Presse médicale*, 7 mai 1924.

H. BENARD et F. BIANCANI. — Considérations sur la pathogénie des œdèmes. *Presse médicale*, 7 juin 1924.

E. BIANCANI. — L'imbibition cellulaire et le régime de l'eau dans la cellule. *Thèse*, Paris, 1924.

BUISSON. — *Thèse* Paris, 1904, n° 159.

M. H. FISCHER. — Das Oedem, als Kolloïdisches Problem. Dresde, 1910.

FONTAN. — Épidémie d'anasarque essentielle ; rôle des sels de K ; maladies par carence. *Gaz. des Hôpitaux*, 4 oct. 1919.

P. GODIN. — Le tissu élastique sain et malade ; son importance clinique. Maloine, édit., 1918.

GLÉNARD. — Les ptoses viscérales, 1899.

KLIPPEL. — Dystrophie congénitale multiple du tissu élastique. *Arch. gén. de méd.*, 1903, n° 2, p. 84.

LEBLANC. — La pathogénie des œdèmes et le pouvoir d'imbibition des tissus. *Bulletin médical*, 24 mai 1920 et *Thèse*, Paris, 1919. — Fréquence et mécanisme des œdèmes dans les affections hépatiques. (Mouvement médical). *Presse médicale*, 1918, n° 65.

LÉVY-FRANCKEL et JUSTER. — Les infiltrations cellulitiques des membres inférieurs. *Le Bulletin médical*, 1929, p. 486.

PAVIOT (J.). — Les cellulites, leurs rapports avec les troubles hépato-digestifs, leurs terrains. *Journal de médecine de Lyon*, 20 juillet 1926.

PAVIOT (J.), LAGEZE (P.). — Considérations cliniques générales, sur les cellulalgies nodulaires et infiltrées. *Journal de médecine de Lyon*, 20 janvier 1929.

PAVIOT (J.), MARTIN (J.-F.), DECHAUME (J.), LAGEZE (P.). — Sciatiques et cellulalgies. *Journal de médecine de Lyon*, 20 janvier 1929.

TUFFIER. — Sur une maladie générale caractérisée par une infériorité physiologique des tissus. *Semaine médicale*, 1894, p. 285.

WETTERWALD. — Névralgie du tissu cellulaire dite *sine materia*. *Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française*, 1908.

(1) H. BÉNARD et F. BIANCANI. — *Pathogénie des œdèmes, Presse médicale*, 7 juin 1924.

L'emphysème sous-cutané pendant l'accouchement

Par les Docteurs **BESSON** et **SALMON**

L'emphysème sous-cutané est une complication exceptionnellement rare au cours de l'accouchement. D'après Rosmark, il en a été publié environ 80 cas depuis 1791 à nos jours. La pathogénie est à l'heure actuelle encore très discutée. Nous rapportons pour ces raisons un cas assez typique observé le 12 mars 1932 à la Clinique.

Mme Simone F., âgée de 22 ans, primipare, grossesse à terme, depuis huit jours à la Clinique. Pas de fausse-couche antérieure, pas d'antécédents pulmonaires ni laryngés. Aucun trouble pendant la grossesse. La recherche du sucre et de l'albumine dans les urines a été négative. La parturiente se présente avec un très bon état général : thorax, cœur et poumons normaux.

Mensuration externe :

Diamètre bi-épineux	23
Diamètre bi-crête	26
Diamètre bi trochantérien	31
Diamètre de Baudelocque	19

Entre dans la salle d'accouchement le 12 mars 1932, à 9 heures du soir. Présentation du sommet. La dilatation s'annonce normalement progressive par les douleurs très franches régulièrement espacées. Celles-ci se poursuivent jusqu'à 2 heures du matin, les contractions devenant de plus en plus rapprochées. C'est alors qu'au cours d'une douleur assez violente apparaît brusquement dans les régions sus-claviculaires, sus sternales puis longeant le cou et gonflant les joues, une très grosse tuméfaction à crépitation neigeuse caractéristique au palper. Ce phénomène apparaît subitement en quelques minutes, sans signes généraux, sans douleur, la malade se plaint simplement d'une gêne légère. A ce moment aucun phénomène d'asphyxie, de dyspnée, auscultation entièrement négative. Pas de température, pouls rapide mais bien frappé. Après l'installation de l'emphysème et au moment ou on s'apprête à intervenir par un forceps surviennent deux nouvelles douleurs qui ne s'accompagnent d'aucune nouvelle poussée de tuméfaction et

BIBLIOGRAPHIE

Le déclin du Moyen-Age, par J. Huizinga, professeur à l'Université de Leyde. Préface de Gabriel Hanotaux. Traduit du hollandais par J. Bastin. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique : 36 francs.

Le Déclin du Moyen-Age, voilà un titre, semble-t-il, qui n'est point d'actualité. Y a-t-il cependant un sujet dont l'étude présente plus d'intérêt à l'heure actuelle que celui de la décadence d'une civilisation alors que tout le monde se demande ce qui va advenir de la nôtre.

M. Gabriel Hanotaux, dans la belle préface qu'il a consacrée à cet ouvrage, dit entre autres :

« Ceux qui avaient pu prendre connaissance du livre de M. J. Huizinga, professeur à l'Université de Leyde, *Le Déclin du Moyen-Age*, avaient le vif désir de le voir traduit en français. C'est, en effet, un livre-maître ; et Mlle J. Bastin, chargée de cours à l'Université de Bruxelles, rend un grand service à l'histoire générale et à l'histoire de France en particulier, en nous donnant cet ouvrage traduit d'une manière à la fois sobre et brillante, reflet exact du texte qui lui fut confié ».

... « Il y a des *âges* dans l'histoire, telle est la conclusion qui se dégage de cette lecture pleine de choses et pleine de sens, où une époque tout entière est étudiée à la loupe dans son « déclin », c'est-à-dire au moment où, en se désagrégeant, elle expose mieux sa nature par sa décomposition même. »

... « L'érudition de M. Huizinga nous tient en son laboratoire ; et nous assistons, par analyse des infiniments petits, à une reconstitution après dissection.

« Qu'on lise le livre avec la profonde attention qu'il mérite : on y trouvera à chaque page, une matière forte et dépouillée. »

... « Contemplons cette image de l'âge de déclin, qui succéda à l'âge de l'épopée chevaleresque, dans le livre de M. J. Huizinga, puisque l'histoire s'anime dans ce livre pour faire vivre, devant nous, une société si complexe où périssent et naissent tant de grandes choses. »

La Guerre de 1870-1871. (Encyclopédie par l'image). Texte de Robert Cohen. 110 illustrations. Un vol. in-8°, sur papier de luxe, couverture en 4 couleurs, broché : 5 francs. Librairie Hachette.

Effondrement d'un grand empire ; naissance d'un autre empire, plus grand encore ; une guerre de quelques mois à peine, la guerre de 1870-1871, aboutit à ces événements dont la portée devait être immense pour l'avenir de l'Europe entière...

A la suprématie légère et toute spirituelle d'une France raffinée par des siècles de civilisation se substituait la lourde et toute matérielle hégémonie d'une Allemagne fière d'une culture trop récemment acquise pour être déjà assimilée, vouée depuis toujours au culte de la force brutale...

N'est-ce pas dire l'intérêt puissant que présente l'épisode dramatique de la guerre de 1870-1871 ?

Marie-Antoinette (1755-1793), par Hilaire Belloc. Traduit d'après la sixième édition anglaise par S. Campaux. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 13 croquis et 16 gravures hors texte : 32 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

M. Hilaire Belloc, né en France, dans les environs de Paris, est un des plus grands historiens catholiques contemporains. Une importante partie de son œuvre est consacrée à l'histoire de la monarchie française et particulièrement à la période révolutionnaire. Hilaire Belloc marque tous les sujets qu'il aborde de sa forte personnalité et les renouvelle complètement. Ainsi aucun historien n'avait fait sentir jusqu'ici comme lui à quel point la vie de Marie-Antoinette, dominée depuis sa naissance par un destin inéluctable, a tous les aspects d'une véritable tragédie grecque.

« Les historiens, dit M. Hilaire Belloc, ont donné le nom de *Révolution diplomatique* à la décision prise au milieu du XVIIIe siècle par le gouvernement français et le gouvernement autrichien de modifier leurs alliances.

« Pour bien comprendre ou même pour suivre la carrière de Marie-Antoinette, il est essentiel de saisir la nature et la gravité de ce remaniement des forces des nations, car il détermina toute sa vie. C'est à la grande alliance entre la France et l'Autriche que Marie-Antoinette doit chacun des épisodes de son existence dramatique. Son mariage, sa puissance, ses souffrances et sa mort sont les conséquences directes de ce traité : sa conclusion coïncide avec sa naissance et, dès son enfance, elle fut désignée pour en être le gage, le lien, et enfin la victime. Tous ceux qui veulent comprendre la Reine de France et sa fatale destinée ne doivent rien ignorer du fait qui détermina toute sa vie : sa mère Marie-Thérèse, qui conclut l'alliance, présida par cet acte d'homme d'Etat à la destinée de Marie-Antoinette, la projeta et l'accomplit. Cette alliance reste pendant les quatre décades de la vie de Marie-Antoinette comme un funeste horoscope tiré à sa naissance et elle la condamnait à sa fin tragique. »

Ce n'est pas seulement la vie de Marie-Antoinette que Hilaire Belloc nous présente, mais un tableau de l'Europe entière durant la seconde moitié du XVIIIe siècle, en reliant chacun des événements historiques au

destin de la Reine toujours marqué de coïncidences tragiques : depuis le jour de sa naissance (le 2 novembre 1755) qui fut celui du terrible tremblement de terre de Lisbonne jusqu'au jour de sa mort (16 octobre 1793) qui fut aussi le jour de la bataille de Wattignies, si importante pour les destinées de la France.

Souvenirs de voyages, par Hector Berlioz. Texte original, avec une préface de J.-G. Prod'homme. Un volume illustré de 18 planches hors-texte en héliogravure, d'après les documents contemporains, publié dans la « Bibliothèque Historia ». Editions Jules Tallandier. Prix : 25 francs.

En publiant, dans le texte original, accompagné des diverses variantes que Berlioz lui fit subir par la suite, les *Souvenirs de Voyages* du grand maître romantique, M. J.-G. Prod'homme, son biographe et commentateur, a reproduit la partie la plus pittoresque des écrits berlioziens.

Grand voyageur en même temps qu'excellent écrivain, conteur au style original, vif, coloré, où le plaisant se mêle au sévère, l'enthousiasme artistique à la bouffonnerie, Berlioz, prix de Rome 1830, visita d'abord l'Italie. Plus tard, ses voyages de chef d'orchestre, qui étaient une nouveauté il y a un siècle, lui firent parcourir l'Europe de Londres à Moscou. Il a conté ses excursions musicales aux lecteurs de *l'Italie pittoresque* d'abord, puis à ceux du *Journal des Débats* et de la *Gazette musicale*, ainsi que dans ses *Mémoires* posthumes.

Allégées de maint détail professionnel ou de développements techniques qui, intéressant uniquement les musiciens, n'avaient pas à être reproduits ici, les pages réunies dans ces *Souvenirs de Voyages* offrent le récit autobiographique le plus attachant des étapes du musicien romantique : après la Villa Médicis, on le voit parcourir à diverses reprises l'Allemagne, où il retrouve son « ami romain » Mendelssohn, Richard Wagner, et l'incomparable Frantz Liszt ; l'Autriche, la Hongrie, la Bohême (où il fait la rencontre d'un « harpiste ambulant », sujet d'une nouvelle pittoresque et satirique)... Après un chapitre sur *la Damnation de Faust*, à laquelle Berlioz travaillait à cette époque, c'est le voyage de Russie, — qui termine le volume, — où il se rendit, afin d'y « faire fortune », l'exécution de son chef-d'œuvre à Paris l'ayant ruiné.

Le château de Saint-Cloud (d'après les documents inédits), par Emile Magne. Un volume. *Collection Châteaux, décors de l'histoire* avec plans et hors-texte. 15 francs (Calmann-Lévy, éditeurs).

Les historiens anciens et modernes du château de Saint-Cloud ne sont guère préoccupés d'établir d'une façon nette les origines de cette célèbre maison, de préciser les circonstances de sa construction, et de mettre en lumière la figure, cependant si singulière, de Philippe d'Orléans, frère de Louis XIV, son fondateur. C'est pourquoi M. Emile Magne s'est attaché plus spécialement à la résurrection de ce passé fort obscur.

De son enquête dans les archives et les minutiers de notaires, il ressort que sous une forme embryonnaire, le château de Saint-Cloud naquit à la fin du XVIe siècle. Hiérosme de Gondi, opulent financier, le fit construire aux environs de l'an 1578. Connu sous le nom de « Maison de Gondi », le bâtiment primitif acquit vite une célébrité pour la magnificence de ses jardins et de ses appareils hydrauliques. En 1589, il fut le théâtre d'un événement historique : l'assassinat du roi Henri III. Il passa ensuite, sans cesse embelli et agrandi, aux mains de différents possesseurs et fut acquis, en 1658, par Philippe d'Orléans.

On a toujours cru que le nouveau propriétaire lui substitua aussitôt l'édifice grandiose dont peintres, dessinateurs et graveurs nous transmirent l'image. En réalité, — M. Emile Magne le démontre sans conteste possible — Philippe d'Orléans conserva, pendant vingt années, la « Maison de Gondi » sans y apporter de sensibles transformations. C'est dans cette maison, et non dans le château proprement dit, qu'Henriette d'Angleterre, première femme du prince, acheva tragiquement sa courte existence.

De 1676 à 1680 seulement, les architectes Mansard et Girard élevèrent, dans des conditions surprenantes, le monument qui, peu à peu défiguré par ses occupants successifs, devait périr incendié en 1870.

Malgré la disparition de ses archives, M. Emile Magne est parvenu à retrouver, à l'état d'inédits, tous les titres de cette célèbre propriété, contrats d'acquisitions, plans, devis de construction, inventaire de mobiliers, etc. Grâce à cette riche documentation, il nous présente, dans son livre, une sorte de « biographie » progressive et vivante de la « Maison de Gondi » tout d'abord, puis du château qui lui succéda. Nous voyons celui-ci, sous la plume évocatrice, sortir peu à peu de terre au milieu de ses futaies, de ses parterres en broderies, de ses cascades, « bouillons » et jeux d'eaux ordonnés par Le Nôtre, et devenir, avec le concours de son fameux décorateur, Pierre Mignard, une des plus magnifiques créations de l'esthétique classique.

M. Emile Magne ne se contente pas de nous peindre, en pages pittoresques et colorées, les aspects extérieurs de cette demeure si pleine de délices que Louis XIV et sa cour ne s'en pouvaient arracher ; il nous en ouvre les jardins et les appartements restés jusqu'à l'heure présente fort mystérieux il nous en décrit les fastueux décors, il les peuple de leurs hôtes et visiteurs, il les anime de leurs fêtes, enfin, il nous restitue la physionomie réelle de ce duc d'Orléans dont les mœurs équivoques firent trop oublier les belles qualités d'artiste.

permettent à l'accouchement de se faire normalement en O. I. D. P.

Le poids de l'enfant est de 3 kgr. 310, placenta complet. Suites de couches normales. Pas de température. La tuméfaction persiste durant huit jours avec la crépitation neigeuse caractéristique au palper, puis, sans aucun traitement sauf l'application de compresses, elle disparaît progressivement de haut en bas. L'examen du poumon et du cœur fait à plusieurs reprises a toujours été négatif. Après trois semaines la femme et son enfant quittent la Clinique en bonne santé.

En résumé, cet accident est apparu sans aucun choc obstétrical, chez un sujet sain lors d'un accouchement normal mais particulièrement rapide.

De cette observation on peut rapprocher les quelques rares cas publiés ces dernières années. C'est d'abord celui de M. Salmond dans *The Lancet* (avril 1928) : cas d'emphysème sous-cutané apparaissant brusquement au cours du travail qui a duré six heures chez une primipare de 18 ans, sans phénomène maternel ou fœtal nécessitant une intervention. L'accouchement n'a lieu que 2 h. 1/2 après. L'œdème s'étend à la poitrine, au cou, aux joues. A l'auscultation quelques râles sous-crépitants. Il disparaît après dix jours. Aucune lésion tuberculeuse à l'auscultation ni à la radio.

Aussi caractéristique est le cas rapporté par MM. Popoviciu et Tanasesco en 1927 : une primipare au cours d'un accouchement très pénible fait au quatrième jour de douleurs un emphysème sous-cutané de la partie supérieure du cou et de la face. Tout s'arrange après évacuation de la cavité utérine par forceps. La tuméfaction disparaît d'elle-même le dixième jour. Examen du poumon et du cœur négatif. Les diamètres sont normaux. L'enfant pèse 3.700 grammes.

Nous avons enfin retrouvé une ancienne observation de Depaul sur un cas d'emphysème sous-cutané et médiastinal, chez une malade ne présentant pas d'antécédents pulmonaires. Celle-ci au cours de son second accouchement se livrait à de violents efforts dus à l'excès de volume de la tête fœtale, tout à coup la respiration devient courte et pénible, le pouls petit, rapide. On termine l'accouchement par un forceps. L'état s'aggrave jusqu'à la mort 45 heures après la délivrance. A l'autopsie, on trouve de l'emphysème dans le tissu cellulaire sous-cutané, intervésiculaire, interlobaire et sous-pleural.

Quelle est la pathogénie de cette complication rare ? Viana admet comme point de départ la muqueuse nasale. Dunn et Hergott localisent la lésion du thorax.

Sotthill, Willet et Rieder sont d'avis que les plèvres adhérentes au sommet du poumon sont un terrain propre à la production de l'emphysème par fissuration des plèvres à ce niveau, donnant à l'air la possibilité de pénétrer directement dans les tissus voisins. Mace, Maiss, Oppenheimer, expliquent cette affection par la production d'abord d'emphysème pulmonaire interstitiel, l'air passant ensuite des bronches dans le hile pulmonaire et dans le médiastin antérieur.

Il semble que dans tous ces cas pendant les violents efforts au cours de l'expulsion dus la plupart du temps à un excès de volume du fœtus, l'emphysème ait été causé par la déchirure des vésicules pulmonaires. L'air infiltre le tissu interstitiel du poumon, puis, fusant le long des gros canaux aériens, gagne le médiastin par l'intermédiaire du hile du poumon ; il s'étend ensuite au cou et à la face.

Mais les explications données ne semblent pas tout à fait en rapport avec les phénomènes observés et particulièrement dans le cas que nous rapportons, caractéristique par la soudaineté des accidents, l'absence de lésion pulmonaire ou cardiaque, enfin le parfait état apparent de la malade. On ne peut invoquer le choc obstétrical. Il est difficile de parler de choc colloïdo-classique vu l'absence de phénomènes généraux. MM. Popoviciu et Tanasesco invoquent la question du terrain en rapport avec l'état humoral de certaines femmes auquel s'ajoute l'état humoral spécifique de la gravidité (9).

Au point de vue pronostic enfin il est important de savoir qu'à côté des cas d'emphysème sous-cutané circonscrits existent des cas d'emphysème généralisé se terminant par la mort d'une malade chez qui tout faisait prévoir un accouchement normal : d'où l'indication de terminer promptement l'accouchement dans tous ces cas par un forceps. Il y aurait intérêt qu'à côté des observations d'auteurs étrangers seules publiées jusqu'alors, quelques auteurs français, réunissant leurs observations, éclairent la pathogénie de ce tableau clinique bien spécial par sa rareté et son évolution.

BIBLIOGRAPHIE

P.-N. Charbonnet. Subcutaneous emphysema following labor. (*Surg gynec. obst.*, 40 : 105-106, janvier 1925.)

J. Ciplijauskas. Case of subcutaneous emphysema during puerperal period. (*Medicina, Kansas*, 10 : 499-500, juillet 1929.)

C.-A. Gordon. Respiratory emphysema in labor, with 2 new cases and review of 130 cases in literature. (*Am. j. obst. et gynec.*, 14 : 633-646, nov. 1927.)

A.-W. Hansell. Surgical emphysema due to parturition. (*Brit. M. J.*, 2 : 104, 19 juillet 1924.)

D.-A. Harvey. Surgical emphysema due to parturition. (*Brit M. J.*, 1 : 1089, 21 juin 1924.)

A.-G. Lauritzen. Mediastinal and subcutaneous emphysema during expulsion period of childbirth. (*Ugesk. f. Leager*, 87 : 938, 22 octobre 1925.)

Oppenheimer. Subcutaneous emphysema of the parturient Woman. (*Monatschrift fur Geburtshilfe und gynakologie* 1925.)

T. Popoviciu et H. Tanasesco. L'emphysème sous-cutané pendant l'accouchement. (*Rev. franç. de gynéc. et d'obst.*, 22 : 665-671, déc. 1927.)

K. Riediger. Subcutaneous emphysema in parturients. (*Zentralbl. f. gynak.*, 46 : 1910-1912, 2 décembre 1922.)

M. Salmond. Case of subcutaneous emphysema complicating labour. (*Lancet*, I : 757, 14 avril 1928.)

CHRONIQUE

Anémie

Lorsqu'on a administré du fer ou de l'arsenic à un anémique, lorsqu'on lui a donné du foie de veau ou l'une des innombrables préparations à base de foie de veau, il ne faut pas croire que toutes les possibilités thérapeutiques soient épuisées. C'est un point que Whipple a reconnu et signalé. Par exemple, dans un mémoire écrit avec la collaboration de Robscheit-Robbins, Elden et Sperry (Blood regeneration in severe anemia : Potent influence of inorganic ash of apricots, liver, kidney, and pine apple. XIII. Influence of certain copper salts upon hemoglobin output. *Journ. of Biol. Chem.*, t. LXXIX, p. 563 et 577), Whipple note que les abricots agissent puissamment sur l'anémie par hémorragie : chez un chien en expérience, il y eut formation de 40 à 45 grammes d'hémoglobine en deux semaines et ce sont les cendres de l'abricot qui ont cette action. Il en est de même pour les cendres de foie de bœuf, du rein de porc. Les cendres d'ananas ont une action très faible.

Waddell, Steenbock et Hart (Iron in nutrition. VIII. The ineffectiveness of high doses of iron in curing anemia in the rat. *Journ. of the Biol. Chem.*, t. LXXXIII, p. 243), ont signalé que l'anémie provoquée chez le rat par le régime lacté exclusif ne peut être guérie par l'ingestion de sels de fer, mais qu'il faut, en plus, une ingestion de petites quantités de cuivre.

Titus et Hugues (The manganese-copper iron complex as a factor in hemoglobin building, *Journ. of Biol. Chem.*, t. LXXX, p. 565) ont vu que le manganèse favorise au même titre que le cuivre, la régénération de l'hémoglobine

chez le rat anémié par le régime lacté. Si l'on donne, à la fois, manganèse et cuivre, l'effet thérapeutique est encore plus rapide. Il y aurait toute une série de substances et non pas une seule substance à être capable d'activer la formation d'hémoglobine par l'organisme.

WADDELL, STEENBOCK, ELVEHJEM et HART (Iron in nutrition. IX. Further proof that the anemia produced on diets of whole milk and iron is due to deficiency of copper. *Journ. of biol. Chem.*, t. LXXXIII, p. 250), qui avaient montré antérieurement que les cendres de foie de veau sont aussi actives que le foie de veau frais, ont établi que l'anémie, réalisée chez le rat par le régime lacté exclusif, même avec addition de sels de fer, est guérie aussi bien par l'ingestion de sels de cuivre que par celle de cendres de foie de veau. Ces cendres seraient actives parce qu'elles contiennent du cuivre.

TITUS et HUGHES (The storage of manganese and copper in the animal body and its influence on hemoglobin building. *Journ. of biol. Chem.*, t. LXXXIII, p. 4 3), revenant sur ce sujet ont démontré que l'anémie provoquée chez le rat par le régime lacté exclusif n'est guéri ni par l'ingestion de cuivre, ni par l'ingestion de manganèse, ni par l'ingestion de sels de fer. Mais le fer guérit si le régime a été additionné, de sels de Cu ou de Mn.

Signalons enfin que pour KRAUSS, (The ineffectiveness of manganese in nutritional anemia. *Journ. of Biol. Chem.*, t. XC, p. 267, 1931), chez le rat en croissance rendu anémique par alimentation excessive au lait, le manganèse seul est sans action sur l'anémie et que l'addition du manganèse au fer n'ajoute rien à l'action de celui-ci.

H. V.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

La fièvre ondulante d'origine bovine a été longtemps méconnue en France ; les cas signalés sont de plus en plus nombreux ; une enquête systématique a permis d'en déceler 22 cas en Franche-Comté.

Le tableau clinique était celui de la fièvre de Malte, mais plus bénin : céphalée, douleurs des membres, splénomégalie, sueurs, courbe de température ondulante ; la durée a été de deux à neuf mois.

Des erreurs de diagnostic avaient été commises au début de certains cas : fièvre typhoïde à rechute, cholécystite, endocardite lente, septicémie indéterminée et tuberculose pulmonaire.

Aussi est-il nécessaire de rappeler aux médecins ruraux l'existence de la fièvre ondulante d'origine bovine. L'inscription quotidienne des températures permet de reconnaître le caractère ondulant de la courbe.

Les épreuves biologiques confirment le diagnostic. L'hémoculture est positive dans 90 % des cas ; la séro-agglutination a une valeur considérable ; il en est de même pour l'intradermo-réaction à la mélitine.

(E. Ledoux. La fièvre ondulante d'origine bovine. L'endémie franc-comtoise. *Journal de medecine de Lyon*, 5 mars 1932.)

Voies respiratoires

L'étude des suppurations pulmonaires soulève des problèmes pratiques.

Le problème diagnostique présente des difficultés nombreuses, qui sont d'ailleurs loin d'être insurmontables. Il ne suffit pas de poser le diagnostic de suppuration pulmonaire, il faut encore préciser la localisation exacte, la forme clinique, l'étiologie. Il est nécessaire de construire une courbe de la température et de l'expectoration et de répéter fréquemment la prise de clichés radiographiques.

Le problème thérapeutique est simple à résoudre, en théorie sinon en pratique.

La thérapeutique médicale passe la première ; elle ne cède la place à la chirurgie qu'après avoir échoué. Cette règle est d'autant plus importante que certaines formes aiguës guérissent spontanément. On utilisera les ressources de la sérothérapie, de la vaccinothérapie, de la chimiothérapie.

Lorsqu'elles ont échoué, on s'adresse aux méthodes chirurgicales, soit indirectes (phrénicectomie, thoracoplastie), soit directes (pneumotomie, lobectomie, exérèse progressive).

Le pneumothorax donne des résultats très variables et n'est efficace que dans des cas particuliers.

(P.-L. Drouet. Problèmes pratiques soulevés par l'étude des suppurations pulmonaires. *Revue médicale de l'Est*, 1er mars 1932.)

Neurologie

Le diagnostic des tumeurs cérébrales est réduit à la simple constatation des symptômes d'hypertension intra-cranienne.

Les céphalées sont presque toujours présentes ; malgré leurs caractères gravatifs, elles se rencontrent trop dans toutes les affections du système nerveux pour avoir à elles seules une valeur capitale. Les vomissements sont inconstants ; la torpeur, la somnolence, l'hébétude sont des signes tardifs.

Les troubles visuels sont plus intéressants ; la stase papillaire peut se voir dès le début ou, au contraire, apparaître tardivement, elle peut varier de la simple rougeur papillaire jusqu'à la dégénérescence du nerf optique, l'atrophie de la papille ; elle prédomine souvent du côté de la tumeur lorsqu'on a la chance de ne pas pratiquer trop tardivement l'examen ophtalmoscopique.

L'hypertension du liquide céphalo-rachidien est un excellent signe et la ponction lombaire permet de l'évaluer ; mais la ponction n'est pas toujours sans danger.

Une observation de J. Veillet montre les difficultés du diagnostic, quand la tumeur cérébrale simule l'encéphalite.

Leclerc précise le point de vue du chirurgien avec une très grande netteté :

« Le diagnostic de tumeur cérébrale reste sujet à beaucoup de causes d'erreur. Et ce qui jette du trouble dans l'esprit c'est que, même dans les cas où l'on croit pouvoir porter avec certitude le diagnostic de tumeur cérébrale, il arrive qu'à l'opération on ne trouve pas la tumeur attendue....

« Le diagnostic des tumeurs cérébrales est... difficile. Et c'est une des raisons (il y en a d'autres) qui rend la chirurgie de ces lésions très incertaine.

« Il n'y aura... de progrès possible dans cette chirurgie que le jour où les médecins pourront... dire avec quelque chance de vérité :

« 1° S'il existe réellement une tumeur cérébrale ;

« 2° Si elle est au-dessous ou au-dessus de la tente du cervelet ;

« 3° Dans le cas où elle est au-dessus, dans quel hémisphère elle se trouve située.

« Si les médecins pouvaient nous fournir ces données, elles suffiraient.., malgré leur imprécision, à déterminer l'essor de la chirurgie cérébrale. »

(Veillet. La question des tumeurs cérébrales. A propos d'une observation. Leclerc. Discussion. *Bourgogne médicale*, janvier 1932.)

Chirurgie

La lombarisation de la première sacrée est une malformation assez rare, car il est plus fréquent de voir une vertèbre prendre le type sous que sus-jacent ; cette anomalie dite régressive ou réversive consiste surtout dans la diminution de volume et la division plus ou moins complète des masses latérales du sacrum au niveau de la première sacrée.

La lombarisation se traduit par des phénomènes douloureux, généralement du type lumbago ou sciatique, s'accompagnant d'un enraidissement de tout le rachis, gênant la marche et amenant parfois une impotence fonctionnelle très grande.

L'observation d'un jeune soldat, entré à l'hôpital pour énurésie, contient le protocole radiographique suivant de Spéder :

Lombarisation complète de la 1re sacrée, qui est complètement séparée des 2e et 3e sacrées, formant une pièce intermédiaire entre le sacrum et la 5e lombaire. La 5e lombaire est elle-même déformée à sa partie inférieure et postérieure, au niveau des lames vertébrales, qui sont relevées pour laisser un passage à la partie postérieure de l'arc de la première sacrée. Il est à noter enfin que, du côté gauche, l'articulation sacro-iliaque est divisée en deux parties, l'une appartenant à la 1re sacrée, l'autre aux autres vertèbres sacrées.

(Duboureau et Dubau. Incontinence d'urine chez un malade présentant une lombarisation de la première sacrée. *Maroc médical*, 15 janvier 1932.)

Toxicologie

Le saturnisme discret, produit par les doses minimes provenant des conduites d'eau, donne lieu à de la somnolence, de l'apathie, de la faiblesse et de la constipation ; on pense à une insuffisance surrénale ou thyroïdienne ou encore à une tumeur cérébrale ; on ne pense qu'exceptionnellement à l'intoxication par le plomb, plus fréquente qu'on ne le croit.

Les examens de trente échantillons d'eau de Limoges, puisés en des points très différents, ont donné les résultats suivants :

1° *Eau du matin.* — Plomb 0 °‰, 2 ; 0,5 milligr. °‰, 5 ; 1 milligr. °‰, 3 ; de 1 à 2 milligr. °‰, 15 ; de 2 à 3 milligr. °‰, 5.

2° *Eau de la journée.* — Plomb 0 °‰, 10 ; de 0,2 à 0,9 milligr. °‰, 18,

Trois examens, demandés pour des malades présentant des signes nets d'intoxication saturnine, ont donné respectivement 3, 8 et 11 milligr.

Les teneurs en plomb paraissent indépendantes de la vitesse et de la pression d'écoulement ; par contre les coups de bélier ont une influence très nette ; de plus les canalisations neuves sont plus dangereuses que les anciennes. Il résulte des constatations précédentes l'importance de deux règles d'hygiène :

Ne jamais boire d'eau au réveil sans avoir purgé la canalisation ;

Ne pas hésiter à remplacer la rondelle du robinet, quand on constate des coups de bélier anormaux.

(A. Texier. Le plomb dans les eaux de Limoges. *Gazette médicale Limousine et Limousin médical*, février 1932.)

L'intoxication par les vapeurs d'essence a été observée chez un homme de 25 ans, robuste et sobre, qui culbuta avec son tracteur, sous lequel il resta près de 20 à 25 minutes.

Le réservoir s'étant vidé, 60 litres d'essence imbibent le sol, d'où les vapeurs remontent par volatisation constante jusqu'à complet épuisement. Quand on le dégage, le blessé est complètement noir. A la clinique où on le transporte, on constate un état de cyanose très accusé et surtout un état d'excitation intense.

Il est vraisemblable d'admettre que la respiration constante dans une atmosphère d'essence extrêmement dense détermine des phénomènes d'asphyxie avec excitation intense des centres nerveux.

(E. Perdu. Un cas d'asphyxie par l'essence d'automobile. *Gazette médicale de Picardie*, janvier 1932.)

Parasitologie

Les examens coprologiques montrent la fréquence du parasitisme chez les entéropathes ; 327 examens donnent 227 résultats positifs.

196 cas d'uniparasitisme se décomposent ainsi : kystes d'amibes coli 25, kystes d'amybes dysentériques 3, kystes d'endolimax 1, kystes de giardias (lamblia intestinalis) 28, champignons blastocystis hominis 26, œufs de trichocéphales 106, œufs d'ascaris 4, œufs d'arthropodes 2, œufs de douve (fasciola hepatica) 1.

31 cas d'associations parasitaires se décomposent ainsi : amibes coli et giardia 2, amibes coli et blastocystis 2, blastocystis et ascaris 1, amibes coli et trichocéphales 13, blastocystis et trichocéphales 11, trichocéphales et ascaris 2.

Il faut retenir de ces chiffres :

1° La fréquence du parasitisme chez les entéropathes, 70,9 %, les cas d'uniparasitarisme étant six fois plus nombreux que les associations.

2° La fréquence des helminthes (40,6 % de trichocéphales).

3° La rareté de l'amibiase dysentérique (0,9 %).

4° Les cas relativement nombreux (9,1 %) de parasitisme par giardias (lamblias).

Deux observations montrent l'action du stovarsol dans la lambliase intestinale et du néosalvarsan dans la lambliase vésiculaire.

(B. Guérithault. Statistique d'examens coprologiques. Trente cas de lambliase. *Gazette médicale de Nantes*, 1er mars 1932.)

Stomatologie

La névrite traumatique du nerf dentaire inférieur est un incident possible et heureusement peu fréquent de l'extraction de la dent de sagesse inférieure.

Les compresses chaudes, les bains de bouche calmants, les antinévralgiques permettent d'attendre la réparation spontanée du nerf.

Si cependant les douleurs persistent ou s'aggravent, il est indiqué d'interrompre la sensibilité par l'alcoolisation du nerf dentaire inférieur à l'épine de Spyx. On obtient ainsi une anesthésie d'assez longue durée que l'on peut reproduire à nouveau.

L'anesthésie névritique des dents antérieures peut amener une mortification pulpaire qui, secondairement, peut nécessiter la trépanation et la dépulpation pour lutter contre l'infection secondaire.

(E. Cadenat. Névrite traumatique du nerf dentaire inférieur. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er février 1932.)

Thérapeutique

L'aurothérapie donne lieu à des divergences d'opinions, dont le bien-fondé n'est pas toujours établi.

Il faut d'abord reconnaître que les expériences ont porté sur des produits différents, qui tous ne sont pas d'action comparable. La voie intraveineuse est préférable à la voie intramusculaire, bien que les suspensions huileuses semblent avoir un certain avenir.

Beaucoup d'auteurs attachent une grande importance au mode d'administration : malade à jeun, repos de 24 heures, abstention durant la période menstruelle. Ce sont là des questions secondaires dont il n'y a pas lieu de se préoccuper.

La question des doses a fait couler beaucoup d'encre ; elle se résume dans les directives suivantes. En face de lésions discrètes, localisées ou anciennes, profondes, évoluant depuis un certain temps, le traitement de prudence et de longue haleine s'impose ; il sera lent, progressif, par paliers successifs. En face d'une poussée évolutive grave, jeune, menaçante, il faut procéder à un traitement d'attaque, énergique.

La durée du traitement ne peut ni ne doit être fixée à l'avance ; un traitement d'entretien paraît indispensable.

(W. Jullien. L'emploi des sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 février 1932.)

La question de la bactériothérapie des fièvres typhoïde et paratyphoïde n'est pas nouvelle ; dédaignée, elle mérite d'être reprise.

Le vaccin (T. A. B., stock-vaccin ou auto-vaccin) doit être injecté le plus tôt possible du début de la maladie ; aussi faut-il faire une hémoculture dès le deuxième ou le troisième jour de la pyrexie, de manière à pouvoir pratiquer la première piqûre à la fin du premier septénaire, au plus tard les trois premiers jours du deuxième septénaire. Pour éviter toute perte de temps, dès qu'on soupçonne une fièvre typhoïde et en attendant le résultat de l'hémoculture, on est en droit d'injecter, par voie sous-cutanée, une dose moyenne (300 millions) d'un stock-vaccin typho-paratyphique.

La vaccinothérapie semble transformer les formes très graves en formes bénignes, les formes moyennes en formes abortives ; elle serait le meilleur moyen de raccourcir la maladie et de supprimer le quatrième septénaire, période des paroxysmes tragiques et angoissants : hémorragies intestinales, myocardites, défaillance du système nerveux ou des surrénales, infections secondaires pulmonaires ou cutanées.

Si la première injection doit être précoce, elle ne doit pas être faite tardivement, au moment où le typhique a atteint ou dépassé le seizième ou le vingt et unième jour, quand l'état ataxo-adynamique ou des complications déja graves rendent problématique la réaction de l'organisme.

Les auteurs recommandent le T. A. B. (simple ou iodé), la voie sous-cutanée, le nombre des piqûres, les doses et les intervalles suivants :

La première injection varie de 250 millions à un milliard suivant l'état et la résistance du malade ; elle suffit quelquefois pour amener une défervescence. Si la fièvre résiste ou remonte, on fait, de trois à cinq jours après, une deuxième injection inférieure à un milliard, variant de 300 à 500 millions. La troisième injection n'est généralement pas nécessaire ; elle se fait à la même dose que la seconde, trois ou quatre jours après.

(L. Nové-Josserand, Euvrard et Feuillade. A propos du traitement des fièvres typhoïde et paratyphoïde par la vaccinothérapie [bactériothérapie]. *Journal de médecine de Lyon*, 5 mars 1932.)

L'emploi du sérum antigangréneux dans le traitement des appendicites aiguës est relativement récent.

Quatre observations, dont les deux premières ont une valeur particulièrement démonstrative, permettent de poser les principes suivants :

1° La sérothérapie antigangréneuse semble devoir être employée dans tous les cas d'appendicite grave, en particulier dans tous ceux où les signes d'intoxication sont intenses.

2° Elle doit être employée à hautes doses.

3° Elle ne doit pas être trop tardive ; il faut agir avant que la dissociation du pouls et de la température soit un fait accompli.

(Marcel Faure. Quatre cas d'appendicite aiguë traités par le sérum antigangréneux. *Gazette Médicale limousine*, février 1932.)

Aphorismes
sur la syphilis de L. Spillmann (Nancy)

Il ne suffit pas de guérir la ou les lésions syphilitiques. Il faut guérir la maladie. Et c'est beaucoup plus difficile.

Le traitement d'entretien se borne souvent à entretenir la maladie.

Le traitement de la syphilis est difficile parce que ni la clinique ni le laboratoire ne nous permettent d'affirmer la destruction définitive des tréponèmes et la guérison du syphilitique.

La syphilis à sa période initiale est une infection aiguë, voilà ce qu'il ne faut pas oublier.

On ne doit porter le diagnostic de syphilis après contrôle sérolagique que dans les cas où la clinique marche de pair avec le laboratoire.

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet 1932

Valeur réciproque de l'inspiration et de l'expiration. — *M. Marcille* presente le résultat d'expériences qui montrent que dans la respiration, l'*expiration* est plus puissante que dans l'*inspiration*.

Cette démonstration prouve que, (pour ce qui a trait à la défense de l'homme contre les gaz de guerre), les appareils isolants peuvent être plus aisément employés que les appareils filtrants, car les isolants travaillent à l'expiration.

C'est un fait particulièrement intéressant à mettre en lumière les appareils isolants assurant une protection beaucoup plus efficace que les appareils filtrants.

Du reste, ces expériences sont la confirmation de travaux déjà anciens des Professeurs Hanriot et Richet, qui démontrèrent que des deux temps respiratoires, le temps expiratoire est le plus fort.

Au sujet de trois cas de parasitisme intestinal primitivement méconnu et guéri par les pyréthrines. — *MM. Anglade et O. Gaudin.* — Il faut en clinique, surtout chez les enfants, peut-être plus systématiquement qu'on ne le fait d'habitude, penser, à propos des symptômes les plus divers, à la possibilité des parasites intestinaux latents. Il ne faut pas compter aveuglément sur les résultats de l'analyse des selles, qui ne donnent pas toujours de réponse immédiate ; ce n'est qu'après six ou sept examens microscopiques, précédés chacun d'une homogénéisation, qu'il est donné parfois de découvrir des œufs d'ascaris et de trichocéphales. D'autres fois, en l'absence de parasites et d'œufs, la découverte dans les selles de cristaux de Charcot-Leyden a paru un bon indice de parasitisme ; on sait en effet que ces cristaux sont contemporains d'une éosinophilie importante, locale et générale, elle-même liée le plus souvent à un état parasitaire.

De même, en l'absence de tout indice fécal ou sanguin, le traitement d'épreuve aux pyréthrines mérite d'être essayé, étant donné son innocuité absolue, les résultats parfois surprenants qu'il déclenche pouvant être considérés comme une preuve de parasitisme passé inaperçu.

Cette médication est totalement inoffensive, même dans la première enfance ; de plus, il est remarquablement efficace, à condition d'être employé sous la forme de granulé spécialement kératinisé, qui permet une action locale efficace et rationnelle.

Vaccination antidiphtérique dans la population scolaire d'une grande ville. — *M. Poulain.* — Il est possible, par des moyens simples de propagande, avec l'aide du corps enseignant et du service d'inspection médicale des écoles bien organisé, d'obtenir, dans les écoles maternelles d'une grande ville, d'une proportion de 65 à 75 p. 100 d'enfants vaccinés contre la diphtérie.

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon est inoffensive. Effectuée à la dose de 30 unités anatoxiques dans les externats scolaires, elle donne des résultats probants, diminuant dans de fortes proportions le nombre de cas de diphtérie, et surtout leur gravité, mais laisse encore survenir en milieu épidémique un certain nombre de cas bénins. La mortaliié est pratiquement nulle chez ces vaccinés.

Cette même vaccination, pratiquée à la dose 40-50 unités en trois ou quatre injections, immunise, d'une façon sûre, la morbidité ayant pratiquement disparu chez les enfants ainsi vaccinés.

Contribution à l'étude de l'hérédité dans les malpositions dento-maxillaires. — *M. A. Pont* (de Lyon).

La section des brides dans le pneumothorax artificiel. — *MM. Bernard et Triboulet.*

Dyspepsie par longues suppurations antérieures et guéries. — *M. J. Paviot.* — Depuis la guerre, chez de grands blessés ayant eu de longues suppurations ou de grands délabrements des parties molles ou de fracas osseux plus ou moins importants, d'ailleurs parfaitement guéris de leur traumatisme, au moment où on les observe et déjà longtemps après la fin de leur suppuration, on peut rencontrer des manifestations dyspeptiques et assez prolongées pour attirer l'attention.

Ce sont des dyspepsies le plus souvent du type tardif, acide et douloureux, se manifestant pour le malade dans les quatre ou cinq heures qui suivent le repas du midi et quelquefois les trois repas de la journée ; avec douleur épigastrique, brûlure et aigreurs, quelquefois avec vomissement ou du moins régurgitation, que le malade va jusqu'à déterminer pour se soulager ; avec point épigastrique spontané et provoqué, jusqu'à faire songer à une gastrite ulcérative et obliger d'éliminer un ulcère de la petite courbure et par la radiographie et par la recherche du sang occulte dans les selles.

Ce sont, moins souvent, des dyspepsies du type flatulent, avec digestions lentes, gonflement épigastrique, renvois gazeux, clapotage gastrique prolongé, inappétence pour le repas suivant, malaise général, refroidissement des extrémités, frilosité, insomnie, fatigue au réveil.

Ces malades sont le plus souvent et depuis longtemps soignés, soit à l'aide de « régimes » appropriés, soit à l'aide de prises et de poudres destinées à les soulager de leurs douleurs ou à raccourcir et aider leurs digestions.

Ces malades, tant qu'ils ne sont soignés que comme des « gastriques », ne guérissent pas, sont à peine soulagés et rechutent. C'est à leur insuffisance fonctionnelle du foie vis-à-vis des protéoses qu'il faut s'adresser. On la soumettra surtout à la thérapeutique antichoc par le chlorure de calcium, en même temps qu'à un traitement léger aux extraits de foie et aux cholagues, et parallèlement à des chocs peptoniques légers, prolongés, par la bouche ; et, pour éviter de dépasser la mesure ou brider les effets des peptones qui peuvent toujours rencontrer un foie plus insuffisant que l'on a pu en juger par les troubles fonctionnels cliniques, on associera toujours l'adrénaline ou un alcaloïde à effet voisin et plus atténué comme la génésérine ou l'éphédrine.

Sur l'altération spontanée des solutions de chlorhydrate d'héroïne. — *M. Goris.* — Il est préferable d'exiger dans les préparations des solutions nouvellement préparées, car l'alcalinité, la chaleur, le temps, interviennent pour modifier complètement la solution de chlorhydrate d'héroïne, ce qui, au point de vue médical ne peut pas produire des effets bien fâcheux, mais peut faire accuser le pharmacien d'avoir modifié la formule magistrale.

Sur les qualités pathogènes de B. abortus et de B. Melitensis. — *M. Lignières.*

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 mai 1932

Action antitoxique spéciale de l'α-oxynaphtoate de sodium sur la toxine diphtérique. — *MM. H. Vincent et L. Velluz.* — Un certain nombre d'acides organiques à noyau benzénique et leurs dérivés substitués, tels que les aci-

Porter à la gare un colis à expédier ! quel ennui ! quelle perte de temps !

Voulez-vous qu'on vienne le prendre immédiatement chez vous ? Ecrivez ou téléphonez :

— *pour la grande vitesse* au Service du factage P. L. M. (enlèvement à domicile), 144, rue de Bercy, à Paris (12e). — Téléphone : Diderot 85-10.

— *pour la petite vitesse* au Service du camionnage P.L.M. (enlèvement à domicile), 48 *ter*, boulevard de Bercy, à Paris (12e). — Téléphone : Diderot 85-10.

Les frais de transport sont encaissés à domicile.

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux Français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes.

des benzoïque, salicylique, l'acide diiodosalicylique, l'acide salicyl-salicylique, etc., ont la propriété de neutraliser les toxines microbiennes et de former avec elles des complexes fortement immunigènes. L'acide α-oxynaphtoïque (acide phénol de la série naphtalénique) a la même action, mais il offre la propriété qui lui est spéciale *d'exercer une neutralisation élective sur la toxine diphtérique.* C'est ainsi que 0 gr. 01 de ce corps (en solution sodique) annihile rapidement 1 cent. cube des toxines diphtériques les plus puissantes qui tuent le cobaye aux doses de 1/1.600e et 1/2.500e de cent. cube.

Les injections de cette cryptotoxine diphtérique α-oxynaphtoïque ne déterminent ni troubles généraux, ni lésion locale. Si on renouvelle ces injections, on confère aux cobayes une immunité très rapide. On peut alors leur injecter progressivement de la toxine pure titrant en valeur antigène jusqu'à ?0 unités.

Ces expériences peuvent comporter des applications pratiques.

Elles confirment également, par l'absence de toute réaction appréciable locale ou générale, que l'immunité donnée par les agents cryptotoxiques n'est pas liée à une fraction de toxine non neutralisée par l'anticorps chimique, mais au complexe cryptotoxique lui-même qui est probablement dissocié lentement lorsqu'il a pénétré dans l'organisme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1932

A propos des péritonites encapsulantes. — *MM. Rouhier et Lecœur* communiquent à la Société une nouvelle observation de cette curieuse affection. A l'opération, on a trouvé les anses grêles recouvertes d'un enduit blanc bleuté d'aspect porcelainé et on a pu les libérer de leur enveloppe, incomplètement d'ailleurs. Guérison. La nature tuberculeuse paraît devoir être rejetée.

Hématome extra-dure-mérien. — *M. Mondor* rapporte une observation de *M. Clermont.* Il s'agissait d'un enfant ayant présenté, après le traumatisme, un intervalle libre net. Opération. Guérison.

Ostéopathie hypertrophiante. — *M. Sorrel* relate un cas de *M. Barret* (d'Angoulême). Il existait une hypertrophie localisée du fémur qui était d'un volume vraiment inusité.

Ulcère calleux hémorragique. — *M. J.-Ch. Bloch* rapporte une observation de *M. Sénèque.* A la suite d'hémorragies profuses traitées médicalement, l'état du malade était très grave. Anesthésie locale ; exclusion par section et gastrojéjunostomie type Polya. Amélioration, mais au cinquième jour, reprise de l'hémorragie. Dans un deuxième temps, il extirpe le pylore exclu. Guérison très rapide et complète.

Imperforation anale. — *M. Martin* rapporte deux observations de *M. Masini.* N'ayant pas trouvé l'ampoule par une incision périnéale, dans le premier cas, il fait un anus iliaque gauche et son petit malade meurt. Dans le deuxième cas, n'ayant pas non plus trouvé l'ampoule, il repère le cul-de-sac par la radio et réussit à abaisser le rectum. Guérison.

Kyste du mésentère. — *M. Leonte* (de Bucarest) *M. Proust,* rapporteur. L'auteur a réussi à cliver le kyste de l'intestin en faisant un petit orifice à l'intestin qu'il a suturé. Guérison.

Fracture transcotyloïdienne du bassin. — *M. Grimault* (d'Algranges) apporte à la Société deux nouvelles observations où la réduction fut obtenue par des tractions faites directement sur le grand trochanter.

Ostéo-arthropathies à distance chez certains fracturés du col fémoral. — *MM. Rouhier et Lecœur* communiquent à la Société quelques observations.

M. Leveuf montre qu'il est constant qu'il existe des troubles au niveau du genou et du pied.

M. Schwartz croit qu'il s'agit là de lésions banales et bien connues. Elles seraient dues à une très longue immobilisation.

M. Moulonguet dit que ces lésions peuvent ne pas avoir la même pathogénie.

Fistules biliaires de la voie principale. — *M. Bréchot* a anastomosé la fistule dans l'estomac et a obtenu une guérison, mais le malade a eu des poussées d'angiocholite.

Des narcotiques barbituriques. — *M. Desplas* relate les bons résultats de l'emploi du sonéryl comme préparation à l'anesthésie générale à l'éther (59 cas).

M. Fredet constate que le numal doit être aussi actif et aussi peu toxique que le sonéryl.

M. Bréchot demande si les vomissements sont supprimés.

M. Fredet dit que oui.

Sclérodermie et maladie de Raynaud. — *M. Mathieu* présente une malade qui présentait une calcémie sensiblement normale et qu'il a parathyroïdectomisée. Histologiquement, il s'agissait de parathyroïdes de type semi-compact. Dès quinze jours après l'opération, l'amélioration se produisait.

Table radio-opératoire et calculs du rein. — *M. Heitz Boyer* présente une malade qu'il a opérée il y a dix jours d'un tout petit calcul rénal.

Ostéosynthèse externe. — *M. Reinhold.*

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juin 1932

Etude biologique d'un cas de goutte (l'hyperuricémie et les lésions anatomiques). — *MM. Mathieu Pierre Weil, J. Delarue* et *J.-P. Brisset* présentent l'observation d'un goutteux chez lequel l'hyperuricémie fait défaut, malgré la présence de stigmates cliniques certains, d'un tophus du coude et de déformation des gros orteils avec images radiologiques caractéristiques. L'examen anatomique de la tête des métatarsiens montra la présence d'altérations cartilagineuses et osseuses importantes, bien qu'une très minime précipitation urique ait seulement pu être mise en évidence.

Ces constatations, et celles que permit l'examen anatomique du tophus, concourent à prouver que la précipitation d'acide urique dans les tissus est secondaire à un processus inflammatoire antérieur.

Etude anatomo-clinique et expérimentale d'un cas de chorée aiguë mortelle. — *MM. Laederich, Mamon, Beauchesne* et *Vaisman* rapportent un cas de chorée chez une femme de 25 ans succédant à un rhumatisme salicylo-résistant et aboutissant à la mort. A l'autopsie on trouva une endocardite végétante de la valvule mitrale et une néphrite épithéliale aiguë non soupçonnée cliniquement. Les examens anatomo-pathologiques du cerveau permirent de mettre en évidence uniquement des lésions de l'écorce ; les noyaux gris centraux étaient intacts. Des inoculations au singe restèrent négatives. Il ne s'agit pas ici de chorée encéphalitique.

M. M. Renaud pense que l'on peut interpréter les accidents nerveux et la néphrite comme secondaires à l'endocardite végétante.

L'avenir des tuberculoses méningées. — *M. André Jousset*, revenant sur la possibilité de la guérison des tuberculoses méningées, montre une jeune femme de 20 ans (déjà présentée par lui avec M. Périsson en 1929) chez qui le diagnostic ne saurait être discuté, car il fut confirmé par la bactérioscopie et l'inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye. Personne ne pourrait aujourd'hui se douter de l'atteinte antérieure des méninges tant la guérison est parfaite.

Quant à la mort survenue chez les deux autres malades, plus de deux ans après cette présentation, elle est le fait moins de la bacillose elle-même dont les poussées s'éteignirent complètement sous l'influence du traitement que des progrès de la tumeur méningée (tuberculome massif) comme en témoignent les symptômes et l'autopsie.

L'auteur compare ensuite les critères principaux du diagnostic et du pronostic des tuberculoses méningées, et spécialement la cytologie et la bactériologie du liquide céphalo-rachidien.

Voici ses conclusions :

1° Le cyto-diagnostic, source d'incertitudes et d'erreurs a définitivement vécu et doit être remplacé par la bactérioscopie.

2° Cette dernière méthode paraît même supérieure à l'inoculation, citée partout comme l'ultime ressource du diagnostic.

A ce sujet M. A. Jousset cite plusieurs observations de tuber-

culose avérée des méninges, reconnue à l'autopsie, dont la virulence à l'égard du cobaye se montra des plus inégales et fut même parfois nulle, en sorte qu'il n'hésite pas à affirmer la supériorité de la bactérioscopie sur l'inoculation pour ce genre de recherches.

3° Le cyto-pronostic présente une valeur considérable pour juger de l'avenir lointain du malade. Dans la tuberculose, comme dans la syphilis, la cytologie du liquide céphalo-rachidien permet seule d'apprécier la solidité de la guérison. Au-dessus de deux éléments par mm.c. il faut continuer, sinon à traiter le malade (allergine) au moins à trembler pour son avenir.

En résumé, si la bactériologie permet le diagnostic, la cytologie fait le pronostic des tuberculoses méningées et permet seule une surveillance de longue durée.

Syndrome de Van der Hœve. Fragilité osseuse, sclérotiques bleues, surdité. — *MM. Laederich, Mamon* et *Beauchesne* rapportent un cas de ce syndrome qui existait chez le père et chez le fils de la malade. Les auteurs pensent à la probabilité d'une insuffisance congénitale des tissus mésenchymateux où le rôle des glandes endocrines reste, encore problématique.

A propos des fièvres typhoïdes guéries par l'immuno-transfusion. — *M. A. Tzank.*

Un nouveau cas autochtone de kala-azar chez l'adulte. Guérison par le traitement stibié. — *MM. Cassoute, P. Giraud* et *F. Trabuc* (Marseille) relatent l'observation d'une jeune fille de 20 ans présentant le syndrome clinique et hématologique typique de l'affection : fièvre, splénomégalie, anémie, leucopénie, mononucléose.

La ponction de la rate montra des parasites rares, mais nets. Le traitement consista en une série de 36 injections d'émétique de soude (2 gr. 59 en tout). Une rechute s'étant produite, un traitement par le néostibosane intraveineux amena la guérison définitive (2 gr. 10 en 8 injections) Le traitement stibié suffit donc chez l'adulte comme chez l'enfant pour obtenir la guérison dans la plupart des cas et la splénectomie paraît très rarement indiquée.

Endocardite gonococcique à évolution lente. — *MM. Monier-Vinard, Chabanier, Perrault* et *Porni* rapportent l'observation d'un homme qui, ayant contracté la blennorragie il y a 17 ans fit ultérieurement un rhumatisme déformant, puis une endocardite ulcéreuse qui ne se manifesta que dans la dernière année de sa vie. Elle devait cependant déjà évoluer depuis longtemps comme le prouvent les lésions histologiques qui montrent trois ulcérations reposant sur un véritable tissu de cicatrice très épais.

Méningite cérébro-spinale apyrétique avec hâle solaire acridinique déclenchant l'installation d'une psychose polynévritique chez une alcoolique. — *MM. Laignel-Lavastine* et *Frumusan* presentent un cas de méningite cérébro-spinale apyretique. Le début en a été progressif. A la période d'état, à côté de symptômes méningés très accentués, il n'existe aucun symptôme infectieux, sauf de l'herpès. La température est normale.

Cependant le liquide céphalo-rachidien est purulent et contient du méningocoque. L'évolution est favorable sous l'influence de la sérothérapie spécifique et du traitement trypoflavique.

Dans le décours s'installe un syndrome de Korsakoff avec polynévrite des membres inférieurs et psychose amnésique. Cette psychose polynévritique, d'étiologie alcoolique, a été déclenchée par la méningite.

Enfin la malade présente également une pigmentation brun foncé, prédominant aux parties découvertes, plus intense du côté droit orienté vers la fenêtre, absente à la base de l'annulaire gauche protégée par une bague. Cette pigmentation n'est autre qu'un hâle solaire développé grâce à la photo-sensibilisation des téguments par la trypoflavine.

Ce sont les rayons du spectre visible qui seuls ont pu agir pour développer cette pigmentation, sur des tissus sensibilisés à l'action de la lumière par la substance colorante.

Lobe azygos et pneumothorax artificiel. — *MM. D'Hour* et *Ferdin* (Lille).

Modifications de la composition protéinique du sérum sanguin au cours de l'œdème pulmonaire aigu. —


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
Adopté par :
L'Assistance-Publique_
Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
LABORATOIRES
AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS _8e
TÉL. LABORDE : 15-26

MM. Clerc, Sterne, Delamare et ***Paris*** rapportent trois observations dans lesquelles le dosage pondéral des albumines du sérum sanguin montra au moment de la crise, un hyperprotéinémie évidente, suivie, au bout de peu de temps, d'une diminution nette, avec élévation relative du quotient albumineux. Les faits sont à retenir, bien que leur interprétation nécessite de nouvelles recherches. Michelle VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Une précaution à prendre dans la rachianesthésie au moment de la préparation du malade

M. Raymond Bonneau (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 novembre 1931) exposant en détail la technique de la rachianesthésie sous-diaphragmatique par voie lombaire qu'il a adoptée recommande de prendre la précaution suivante au moment de la préparation du malade :

« Il faut toujours prévoir que sous l'influence de la rachi, même en dehors des occlusions ou fausses occlusions de péritonite une débâcle intestinale se produise au cours de l'opération et ne vienne atteindre le champ opératoire. Il est donc expressément recommandé de garnir le vagin de compresses pour éviter, comme il a été publié, que sur une malade de Trendelenburg, des selles liquides sorties de l'anus et rencontrant le vagin béant n'y pénètrent pour de là inonder péritoine et ligaments larges ouverts, accident qui a provoqué dans un cas dont j'ai lu l'observation, une infection suraiguë à laquelle la malade a succombé.

Il peut sembler naïf d'écrire qu'après l'opération ce tamponnement vaginal doit être enlevé ; cependant une de mes malades sauvée grâce à une large opération faite par moi sous rachi et sur laquelle la religieuse avait ensuite omis d'enlever les compresses, ne m'a jamais pardonné que j'aie eu à les lui extraire du vagin plusieurs jours plus tard au moment on l'on s'était aperçu que les injections vaginales se faisaient mal. Elle a cru que c'étaient des compresses oubliées dans le ventre. »

Echos et Glanures

« Je m'en vois escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire mais pour les transporter en cettuy-ci , ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La mort du duc de Reichstadt. — *Cette lettre inédite du baron de Moll et adressée au comte Dietrichstein, ancien gouverneur du duc de Reichstadt est extraite du livre du baron Jean Bourgoing qui va paraître à la librairie Payot sous ce titre* : Le Fils de Napoléon, *et a été publiée comme* bonnes pages *par la* REVUE DES ÉTUDES NAPOLÉONIENNES (mai 1932) :

« Samedi, 21 juillet : j'entre à 7 heures du matin, chez le Prince et le trouve très oppressé et inquiet. Il parlait avec difficulté et indistinctement. Les mots qu'on devait plutôt deviner au mouvement des lèvres, se suivaient à longs intervalles : « Den Tod will ich ! » (Je veux mourir), me dit-il d'une voix rauque, avec un accent qui déchirait le cœur, en serrant les poings et les jetant désespéré sur le lit. « Nur der Tod ist für mich » (Il n'y a pour moi que la mort !). Je cherchai à le calmer et j'y réussis, peut-être aussi parce que le souffle lui revint, si bien, qu'au bout de cinq minutes, il écoutait, en souriant, mes fantaisies sur un voyage en Italie et avait oublié son mal. Même, un peu plus tard, je l'aidais à satisfaire un besoin naturel, il me dit doucement : « Que ne vous fais-je pas faire. Ce sont de mauvais jours que vous passez auprès de moi », il me pressa amicalement la main, puis m'écouta avec complaisance quand je lui dis que le séjour à Naples nous dédommagerait largement de tout cela. Il eut, jusqu'à 9 heures, un violent accès de fièvre. Puis survint, comme d'habitude, un assoupissement qu'il n'interrompit que pour quelques instants lorsque Sa Majesté l'archiduchesse (Marie-Louise) lui rendit visite pour une heure. Je dus soutenir la conversation avec elle ainsi qu'avec l archiduc François. (François-Charles, frère de Marie-

Louise, père de l'empereur François-Joseph) qui vint ensuite. Le Prince approuvait de temps en temps de la tête, sans cependant pouvoir parler. Vers midi, il se produisit un redoublement de suppuration, et comme le malade n'était plus en état de cracher, il fallut à nouveau débarrasser sa bouche, son palais et sa langue de tout ce pus, opération dont je ne saurais décrire tout le dégout. Chacune d'elle me faisait presque trouver mal ; le prince me remerciait ensuite par un regard qui prouvait combien il se rendait compte de ce qu'étaient ces soins. Le reste de l'après-midi se passa entre des états d'assoupissement et de veille où la lecture à voix haute était le moyen habituel de l'endormir. Il n'y prenait aucune espèce d'intérêt, car on pouvait sauter des premières pages aux dernières pages du livre sans qu'il remarquât le manque de suite, mais il fallait que la voix demeurât haute et continue ; si elle baissait ou s'arrêtait, il rouvrait les yeux et regardait d'un air interrogateur. Il n'était plus question de nourriture. Il refusait tout d'un geste de tête muet. C'était le troisième jour où il n'avait pris que quelques cuillerées de bouillie d'orge.

L'archiduchesse (Marie-Louise) revint aussitôt après le déjeuner, puis de nouveaux à 5 heures. Le général Maréschall (baron Marschall von Biberstein, ministre d'Autriche à Parme), l'accompagnait. Elle resta assez longtemps. Elle trouva le malade très mal, ce que Maréschall et moi ne contredîmes point. Le chapelain du palais entra après elle et je dus, sur l'ordre du Prince, lui tenir compagnie pour qu'il n'eût pas lui-même la fatigue de prendre part à la conversation. Plus tard on lui fit de nouveau la lecture et « Les Rebelles » d'Arlincourt furent la dernière lecture que le Prince entendit. A 8 heures du soir, un nouvel accès. Malfatti (Malfatti de Monte-reggio, médecin du Prince) trouve le pouls très faible et ordonne pour le cas d'étouffement oppressant des compresses et des vésicatoires. Ces deux mots (voir dans la suite) devaient être les derniers du Prince au moment de sa mort. L'archiduchesse le vit encore un instant pour lui souhaiter bonne nuit.

Le Prince me demanda encore si la voiture destinée à son voyage était mise en état, et comme je lui dis, que le sellier Koller n'avait pas encore fini son travail, il se fâcha presque et dit, en s'interrompant péniblement, que quand il pourrait voyager, il lui faudrait attendre à cause de cette voiture. Je répondis qu'il devrait, auparavant, faire quelques sorties d'essai et que Koller se presserait sans doute. Après 10 heures, il fit arranger son lit pour la nuit et emporter les lumières. Le valet de chambre Lambert demeura dans le fond de la chambre, le médecin-garde Nickert et moi dans la pièce voisine, la porte ouverte. La respiration du malade était très difficile, le râle fort ; mais le Prince était calme. Si bien que, après minuit, je fis observer à Lambert que, si imminente que fût la fin, elle ne surviendrait pas dans le courant de la nuit, mais le lendemain seulement. J'allai m'étendre pour me reposer quelques heures sur un sofa dans la pièce voisine et je dis au valet de chambre que si c'était nous qui avions eu jusqu'ici à nos jours de service les crises les plus dangereuses pour sa vie, ce ne serait pas avec nous qu'arriverait la catastrophe. Je m'étais trompé, et c'est à nous que sa mort était réservée.

A 4 heures moins le quart, je fus appelé en hâte par le valet

de chambre qui me dit que c'était la fin. Je bondis près du Prince et je le trouve dans la plus grande agitation et criant « Ich gehe unter, ich gehe unter ! » (Je sombre !, je sombre !) Nous le soulevâmes rapidement et l'étouffement parut diminuer par cette brusque secousse, mais il reprit presque aussitôt. Le Prince criait avec peine et par saccades : « Meine Mutter rufen ! Weg mit dem Tisch ! Ich brauche nichts mehr ! (Appelez ma mère ! Enlevez la table ! Je n'ai plus besoin de rien !) Je fis signe au valet de chambre de ne pas encore avertir S. M. l'archiduchesse, car je croyais que la crise passerait et qu'il ne fallait pas l'effrayer inutilement. Le valet de chambre s'arrêta à la porte. Le docteur et moi étions auprès du lit et le soutenions. Le Prince parut se ressaisir, haleta péniblement puis soudain il prit mon bras, le serra d'une main crispée, tandis que de l'autre il se frappait la poitrine, criant avec le plus grand effort : « Umschläge, Vesicatoren ! » (Compresses, vésicatoires !). Ce furent ses derniers mots. A peine les eut-il prononcés que ses yeux devinrent fixes et vitreux. Les mouvements nerveux du visage et du corps cessèrent et il tomba dans un état d'apathie totale qui ne laissait plus de doute sur la proximité de sa fin. Le valet de chambre vint avec les compresses et je laissai le mourant à lui et au médecin, pour aller faire prévenir tout ce qui tenait au Prince.

« Je courus chez la comtesse Scarampi (Grande-maîtresse de Marie-Louise) qui m'avait prié expressément de ne pas la ménager, chez l'archiduchesse, chez Maréschall, enfin chez l'archiduc François. En même temps, j'avais fait chercher le général (Comte Procope Hartmann, faisant fonction de grand-maître auprès du Duc de Reichstadt), Standeisky (Capitaine Josephe Standeisky, attaché à la personne du Duc), Malfatti et l'ecclésiastique. Lorque je revins de ma course, je trouvai le Prince dans le même état. L'exaltation dont je parlais tout à l'heure, peut avoir duré huit minutes. Maintenant il était calme dans l'agonie, sans contraction. Il respirait légèrement. Il avait perdu la parole, mais reconnaissait ceux qui entraient et me pressa la main lorsque je la saisis.

J'allai au devant de Sa Majesté l'archiduchesse et la fis entrer dans la chambre du malade. Elle tremblait, chancelait et saisit mon bras pour s'y appuyer. Arrivée au lit, elle resta debout au pied sans pouvoir dire un mot. Le Prince l'aperçut et lui fit signe deux fois des yeux. J'allais au devant de l'archiduc François et fis entrer aussitôt le prêtre. Celui-ci un jeune chapelain, qui assistait pour la première fois un mourant, s'est comporté pendant toute la cérémonie de l'Extrême-Onction avec beaucoup de dignité et sans cérémonial inutilement émouvant. Tous dans la chambre s'étaient agenouillés, l'archiduchesse à côté d'une chaise, l'archiduc François au pied du lit, nous en arrière de côté.

Quand l'Extrême-Onction fut terminée, opération où le mourant avait constamment accompagné des yeux les gestes du prêtre, celui ci demanda au Prince s'il devait lire les prières ou les réciter par cœur. A la première question, le Prince fit « non » de la tête, à la seconde « oui ». L'ecclésiastique prononça là-dessus les prières à mi-voix et posa d'un geste magnétiseur sa main tantôt sur le front, tantôt sur les mains tombées du mourant. L'archiduchesse s'était trouvée mal. On la fit asseoir, mais elle s'agenouilla bientôt de nouveau. L'agonie fut douce et calme, elle dura en tout un peu plus d'une heure. Quelques minutes après 5 heures, le prince agita deux fois la tête. Sans tressaillement douloureux, la respiration s'arrêta. Les lèvres ne remuèrent plus. Malfatti et moi, nous nous relevâmes pour nous approcher du lit. Le Prince était mort.

Les dernières volontés du Professeur Debierre. — Elles étaient ainsi formulées : « Que ce soit par le feu ou dans la terre peu m'importe. La parole funèbre et désespérante de l'Ecclésiaste a tinté toute ma vie à mes oreilles : « *Memento homo quia pulvis es et in pulverem reverteris* » Je n'ai pas d'illusion. Ni fleurs ni couronnes, ni discours. La mort commande la simplicité. Je dis un suprême adieu à tout ceux que j'ai aimés et à ceux qui ont pour moi de l'affection ou de la sympathie. Je leur souhaite vivement une vie heureuse ».

(*Echo Médical du Nord*, 28 Juin 1932)

La crainte de l'hôpital dans les milieux populaires. Une anecdote. — *Détaché des « Pages de Journal » de M. André Gide.* (La Nouvelle Revue Française, 1er juin 1932.)

..... Em. et Mlle Z. parlent des hôpitaux et des scandaleux abus qui s'y commettent, de la mauvaise nourriture des malades, des passe-droit, des faveurs, et du chantage facile que les gardes et les infirmières exercent sur les malheureux patients. Mais qui dénoncerait ces abus, ferait le jeu des partis de gauche et c'est pourquoi si souvent l'on se tait. Cependant cette terreur de l'hôpital, que l'on rencontre dans le peuple, ne semble hélas ! que trop justifiée.

Je me souviens qu'un jour, allant voir ma pauvre nièce peu de temps avant sa fin, je pris une auto.

— A la maison de santé de la rue Boileau, dis-je au chauffeur.

Celui-ci me demande :

— Quel numéro ?

— Je ne sais pas. Mais vous devez connaître. Voyons.... la maison de santé...

Alors se retournant vers moi, d'un ton de voix ou tout se mêlait, haine mépris ironie, rancœur...

— *Nous*, c'est Lariboisière.

Et ces syllabes innocentes, prononcées avec le traîner faubourien, prirent une sonorité de glas funèbre.

— Allez, allez, lui dis je. On crève aussi bien à la maison de santé qu'à l'hôpital. Mais son interjection m'avait fait froid dans le dos.

Question fiscales. — Le *Quotidien Juridique* (30 juin 193)

Le médecin, dont le revenu professionnel s'élevant à 22.310 fr. provient à concurrence de 7.385 fr. 60 de l'exercice de la profession libérale de médecin, et de 14.932 fr. 40 des rémunérations qu'il reçoit en qualité de médecin de l'assistance médicale gratuite, doit être taxé en ce qui concerne cette dernière somme à l'impôt sur les traitements et salaires, lesdites rémunérations constituant un traitement à raison tant de la fixité tant de leur montant, que les dates auxquelles elles sont perçues.

Il y a lieu par conséquent de lui faire application de l'art. 12 de la loi du 13 juillet 1925, et de la cotiser pour l'ensemble de ses revenus d'après les règles applicables à l'impôt sur les traitements et salaires, c'est-à-dire que les divers revenus imposables doivent être déterminés d'après les règles d'assiette et les abattements spéciaux de chaque cédule, puis totalisées, s'il y a lieu, et cotisés selon les règles applicables à l'impôt sur les traitements et salaires avec un seul abattement à la base correspondant à la limite d'exemption.

En conséquence, dans l'espece, le contribuable qui était marié et père d'un enfant mineur, et avait droit de ce chef dans la cédule des traitements et salaires à un abattement de 6.000 fr., devait être imposé comme suit :

1° pour 8.932 fr. 60 pour son traitement ;
2° pour 7.385 fr. 60 provenant de l'exercice de sa profession de médecin. (Conseil d'Etat.)

En soi, cette décision ne présente ni difficulté, ni intérêt, mais elle est très importante parce qu'elle suppose acquis, à savoir que le médecin d'assistance médicale gratuite rétribué par des honoraires forfaitaires fixes est un véritable fonctionnaires qui touche un traitement et non des honoraires. (Note du *Quotidien Juridique.*)

« La quantité de médecins sans clientèle qui sont arrivés à faire de passables ministres est impressionnante et ne le cède que de quelques unités à celle des avocats sans cause qui se trouvent dans le même cas. » (Le quatrième questeur. Voyage autour de La Chambre. *L'Illustration*, p. 264.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 29 LE NUMÉRO : 50 Centimes 16 JUILLET 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 11 juillet. — M. Briceno Iragorry. Etude du ralentissement des affections générales sur les phanères. — M. Dausse. Essai sur les difficultés de la médecine. — Mme Paula Dreyfuss. A propos des hémorragies observées en pratique dentaire, essai de classification des maladies hémorragiques. — M. Leroux. Etude des carences médicales. — M. Azéma. Les spondylolisthésis. — M. Savelli. La méningocèle. Forme rare de spina bifida cystica.

12 juillet. — M. Boquet. Etude du syndrome du Spurway-Van der Hoève. — M. Raffray. Intérêts de quelques tests pour le diagnostic de certaines formes de tuberculose aiguë. — M. Desourteaux. Quelques considérations sur le rhumatisme articulaire aigu. — M. Marchand. Etude des insuffisances aortiques fonctionnelles. — M. Foulon. La place nosologique de la lymphogranulomatose. — M. Bouthillier. Le débit cardiaque. — M. Spector-Itig. Utilité de la recherche du réflexe oculo-cardiaque pour régulariser les anesthésies générales. — M. Durrmeyer. Considérations cliniques et thérapeutiques sur les états hyperthyroïdiens et les troubles gastriques. — M. Germon. Intoxication mortelle par l'apiol. — M. Pinus Robin. Sur un nouveau cas d'association de lymphogranulomatose maligne et de tuberculose. — M. Ricoux. Etude de la motricité intestinale (application à la thérapeutique et à la pathologie des constipations fonctionnelles). — M. Seigneury. Sur une observation d'anthracose pulmonaire. — M. Ayzenstein Khaya. Etude histo-physiologique des effets vasculaires de quelques glandes endocrines. — M. Laiser Itic. Etude des septicémies à bacilles de Friedlander. — M. Lubas. La maladie de Kussmaul et Maïer périartérite noueuse. — M. Meidinger. Influence des facteurs atmosphériques sur les maladies infectieuses. — M. Stern Hermann. Etude sur l'évolution de la protection légale de la maternité en France. — M. Le Van Tinh. Le paludisme en Cochinchine et sa prophylaxie. — M. Valot. Causes et conséquences de l'heureuse évolution de la mortalité dans le monde. — M. Ascher. Etude du traitement de l'hypertension artérielle de la ponction lombaire. — M. Bornstein. Sur des formes d'association entre catatonie et parkinsonisme dans les névraxites. — M. Chaim Cegelnicki. Considérations sur l'étiologie de la psychose périodique. — M. Silvian Berl. Les psychoses spirites. — M. Bembaron. Essai sur la pathogénie du doigt hippocratique. — M. Nomblot. Pierre Martin de la Martinière (1634-1676), médecin empirique au XVII[e] siècle. — M. Brun. Etude du traitement des léprones cutanées par la neige carbonique. — M. Le Baron. Bismuthothérapie et cryothérapie dans le traitement du lupus érythémateux. — M. Serbanecio. Les nodosités sous-cutanées des enfants. — M. Alex Melun. Galien. — M. Polacco. A quel âge contracte-t-on la syphilis ? — M. Parent. De la suture du rectum au crin de Florence au cours des périnéotrophies par déchirure compliquée du périnée. — M. de Soria. La réaction de Vernes à la résorcine chez les tuberculeuses gravides. — M. Camard. Les tumeurs à cellules géantes des gaines tendineuses digitales. — M. Quilichini. Etude des ruptures musculaires du quadriceps fémoral. — M. Amiard. Etude du traitement opératoire de l'Hallux-valgus. — M. Mégnin. L'apicolyse sans plombage dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Maly. Etude du raccourcissement du fémur sain dans la grande boiterie.

Légion d'honneur. — Armée active. *Au grade de grand-officier* : Médecin inspecteur général Lanne, président du comité consultatif de santé.

Au grade de commandeur : Médecin général Henri Poullain, directeur du Service de santé de la 13[e] région. — *Corps de santé militaire des troupes coloniales* : Médecin général Charles Fancheraud ; Pharmacien général Armand Bloch. *Armée active* : Médecin colonel Dickson, du Mans.

Au titre de la réserve. — *Sont nommés commandeurs* : Médecin lieutenant-colonel Montalescot, de Le Brethon (Allier) — Lieutenant-colonel Crouzon, de Paris.

— Est nommé : *Au grade de commandeur* : M. Tricolet, ancien médecin major de 2[e] classe.

Ministère de la Santé publique. Sont promus ou nommés : *Au grade de commandeur* : Docteur Georges Brouardel, de Paris, médecin de l'hôpital Necker.

Au grade d'officier : Docteur Numa Baldet, médecin chef de la préfecture de la Seine ; Docteur Roger Dalimier, de Paris, médecin-chef de l'Imprimerie nationale ; Professeur Paviot, de Lyon ; Docteur Ratynski, de Paris ; Docteur Maurice Thalheimer, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Docteur Weill-Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Au grade de chevalier : Docteur Emmanuel Dalbes, de Capendu (Aude) ; Docteur Joseph Nougaret, de Saint-André-de-Sangonis (Hérault) ; Docteur Guillaume Roux, médecin directeur du sanatorium de Mardor (Saône-et-Loire) ; Bost, pharmacien à Villefranche (Rhône).

Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (Année 1932-1933) **et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 avril 1933.** — La première épreuves écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mardi 11 octobre 1932, à 9 heures, au Parc des expositions, porte de Versailles, Paris (XV[e]).

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au samedi 24 septembre 1932 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, vacantes : la première le 1[er] novembre 1932 la deuxième le 1[er] novembre 1933. — Ce concours sera ouvert le lundi 17 octobre 1932, à 9 heures, à l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé à partir du lundi 19 septembre jusqu'au mardi 27 septembre 1932 inclusivement, de 14 heures à 17 heures.

Asiles publics d'aliénés. — Le Docteur Moignant, reçu 1er au concours de médecin d'asiles de 1932, est nommé médecin du cadre des asiles publics d'aliénés et chargé provisoirement du service des enfants anormaux à l'hospice J.-B.-Thiery, de Maxéville (Meurthe-et-Moselle).

Ministère de la Santé publique. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Marseille. Le futur directeur, par une nomination anticipée, participera en collaboration avec le directeur actuel, au fonctionnement du bureau d'hygiène. Il entrera réellement en fonctions le 1er janvier 1933. Les candidats devront être âgés de trente ans au moins et de cinquante ans au plus. Le traitement alloué est fixé à 46.300 francs par an. Il sera porté à 49.300 après trois années de service.

— La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bègles (Gironde).

Angers. — Le concours pour la place de professeur adjoint d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Angers vient de se terminer par la nomination de M. le Docteur Charles Martin, moniteur d'orthopédie à la clinique chirurgicale infantile de la Faculté.

Lyon. — L'ordre du jour suivant a été voté et publié par le Syndicat des Médecins du Rhône :

1° Affirme son désir de vivre en bons termes avec une Mutualité qui ne chercherait pas à porter atteinte aux principes fondamentaux de la charte médicale.

2° Continuera sa collaboration loyale à l'application de la loi des Assurances sociales, si cette loi ne subit aucune modification touchant à l'exercice de la médecine.

3° Mais si le vote a lieu de projets de loi ôtant à l'assuré toute liberté, donnant à la Mutualité tous les droits, foulant aux pieds l'exercice libéral de la médecine et les dispositions de la loi de 1930 en matière d'assurance-maladie, le syndicat déclare qu'il cessera immédiatement toute collaboration à une loi ainsi viciée et informe de cette décision les parlementaires du Département et M. le Préfet du Rhône.

Ecole odontologique. — Le groupement de l'Ecole odontechnique de Paris, porte à la connaissance de la profession que les Journées franco-belges porteront à l'avenir l'appellation de « Journées dentaires de Paris » (anciennes journées franco-belges, organisées sous le patronage de l'Ecole odontotechnique de Paris).

Les IXe Journées dentaires de Paris auront lieu du 25 au 27 novembre 1932, à l'Ecole odontotechnique de Paris.

Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine. — Dimanche 26 juin, a eu lieu à l'hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, l'assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine, pour le premier semestre sous la présidence de M. le Docteur Hartmann.

Après une allocution très applaudie du Président, qui démontre que l'action individuelle est indispensable au triomphe de l'action collective « *Aide-toi, le ciel t'aidera* », l'assemblée générale approuve les comptes du trésorier, élit ses délégués à l'assemblée générale de la Confédération et modifie l'art. 5 des statuts, de façon à faciliter l'adhésion des jeunes médecins au Syndicat des médecins de la Seine, en les exemptant de cotisation pendant un certain temps après leur installation.

C'est ensuite l'examen des projets de mutualisation des assurances sociales, avec engagement de ne pas laisser porter atteinte aux principes de la charte : libre choix, entente directe, secret médical, liberté de prescription.

Enfin, l'assemblée générale approuve le rapport de M. Herpin sur l'organisation des recherches nécessaires aux diagnostics et à la prévention, en utilisant pour cela la collaboration des praticiens, et des spécialistes avec emploi d'un barème préférentiel pour un certain nombre d'examens, demandés plus fréquemment par le médecin traitant.

IXe Congrès international d'histoire de la médecine. — Ce IXe Congrès, parfaitement préparé par son président, le Docteur Gomoiu, aura lieu à *Bucarest du 10 au 18 septembre* de cette année.

Autour des deux questions principales mises à l'ordre du jour : 1° l'évolution de la médecine dans les pays balkaniques ; 2° la protection de l'Europe contre la peste, de très nombreuses communications en langues française, allemande, anglaise, italienne et roumaine sont déjà annoncées.

Après le Congrès auront lieu de très belles excursions dans les différentes parties de la Roumanie.

D'autre part, on peut gagner la Roumanie soit par chemin de fer, soit par le Danube, soit par bateau de Trieste à Constantza avec arrêts à Athènes et Constantinople.

Il est grand temps de s'inscrire soit en France auprès de M. Boulanger-Dausse, 4, rue Aubriot, Paris (IVe), soit auprès du Docteur Gomoiu, 88, rue Stirbey-Voda, Bucarest (Roumanie).

La cotisation est de 100 francs pour les membres de la Société internationale d'histoire de la médecine.

Pour plus ample renseignements, consulter la *Presse Médicale* du 1er juin et s'adresser à M. Boulanger-Dausse ou au Docteur Gomoiu.

Nécrologie. — Docteur Charles Abadie, ophtalmologiste, décédé dans sa 91e année. Les obsèques ont eu lieu à Cahuzac (Tarn). — Médecin capitaine Brun, des tirailleurs de Mostaganem, décédé accidentellement. — Docteur Camille Delezenne, président de l'association des physiologistes de langue française, membre de l'Académie de Médecine depuis 1912. — Henri Carrion, ancien chef de laboratoire de l'hôpital Saint-Antoine.

« Vous pouvez trouver des joies délicieuses dans le succès que vous procureront les remèdes populaires. Recherchez-les, rajeunissez-les, scientifisez-les et vous aurez souvent les surprises que j'ai eues moi-même. Ne vous imaginez pas par exemple, que c'est moi qui ai inventé l'usage du marron d'Inde contre les hémorroïdes ; non — ce n'est pas moi, c'est le paysan, qui en portait dans ses poches, pour se préserver de cette incommodité, qui m'a donné l'idée de l'expérimenter sous forme d'alcoolature. » (Artault de Vevey. Les avatars et l'avenirs de la thérapeutique naturelle. *Bulletin des Sciences pharmacologiques*, août-sept. 1929, p. 497. Cité par *Le Lyon Pharmaceutique*, 1932.)

« Les théories sont utiles, mais comme disait Sainte-Claire Deville, il faut les admettre sans y croire ».

(Prof. Pierre Mauriac. Du danger des explications simplistes en biologie et en médecine. *La Presse Médicale*, 15 juin 1932.)

BIBLIOGRAPHIE

Le Service de Santé en campagne. — La nouvelle instruction sur l'organisation et le fonctionnement du Service de Santé de l'armée en campagne est datée du **11** décembre 1930, et vient de paraître chez les éditeurs Charles-Lavauzelle et Cie. Prix : 4 francs, franco par poste : 4 fr. 45 (Chèque postal 88-49 Paris).

Le rhume des foins, par le Docteur FORTIER-BERNOVILLE. — 1932, in-8 raisin, 80 pages ; prix 12 fr. Marcel VIGNÉ, éditeur, Paris, 13, rue de l'École-de-Médecine.

Depuis ces dernières années, il est paru en librairie médicale toute une série de travaux originaux concernant le rhume des foins, son étiologie, sa pathogénie et surtout son traitement. Les auteurs ont tour à tour exposé leurs idées tant classiques qu'originales à ce sujet.

Il semblait que, jusqu'à l'heure actuelle, les doctrines homéopathiques n'avaient pas encore donné leur mot. Cette lacune a été comblée par le travail du Docteur FORTIER-BERNOVILLE, qui a condensé dans cet ouvrage ses connaissances non seulement théoriques sur la question, mais surtout pratiques, connaissances puisées au hasard des observations nombreuses qu'il a pu recueillir en suivant en guérissant les malades atteints de cette affection.

Il est évident que la partie sur laquelle il a le plus insisté est celle qui concerne la thérapeutique homéopathique du rhume des foins. Il a passé en revue tous les remèdes susceptibles d'apporter aux malades le soulagement et la guérison qu'ils sont en droit d'attendre de leur médecin.

Introduction à une manière d'être, par PIUS SERVIEN. Un volume broché 10 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris.

Pius Servien est connu par ses travaux qui ont renouvelé l'esthétique, en la rapprochant des sciences : « La tentative la plus hardie et la plus intéressante que l'on ait faite à ma connaissance pour capturer l'Hydre Poétique », selon Paul Valéry.

Le présent livre, s'il n'est pas scientifique, est cependant recherche encore : une sorte de morale de la recherche : une méthode pour rendre l'esprit plus libre, plus capable d'aller seulement aux lignes essentielles du monde.

Comment favoriser en soi l'esprit de découverte ? Ce manuel y mène, par des chemins aussi simples, aussi souples, aussi délicieux que cette puissance naturelle qu'il s'agit de réveiller.

En effet, de cet effort libre et profond, et indifférent aux avantages qui ne font que passer, naît nécessairement une beauté particulière : la beauté à la fois simple et compliquée de la source. « Dans son Introduction à une manière d'être Pius Servien nous apparaît plus que jamais un philosophe et un poète dont les pensées ont une sonorité cosmique » (André Demaison).

Saint Eloi par Charles BAUSSAN. Un volume in-8°, 44 illustrations. Broché 5 francs. H. Laurens, 6, rue de Tournon, Paris (VIe).

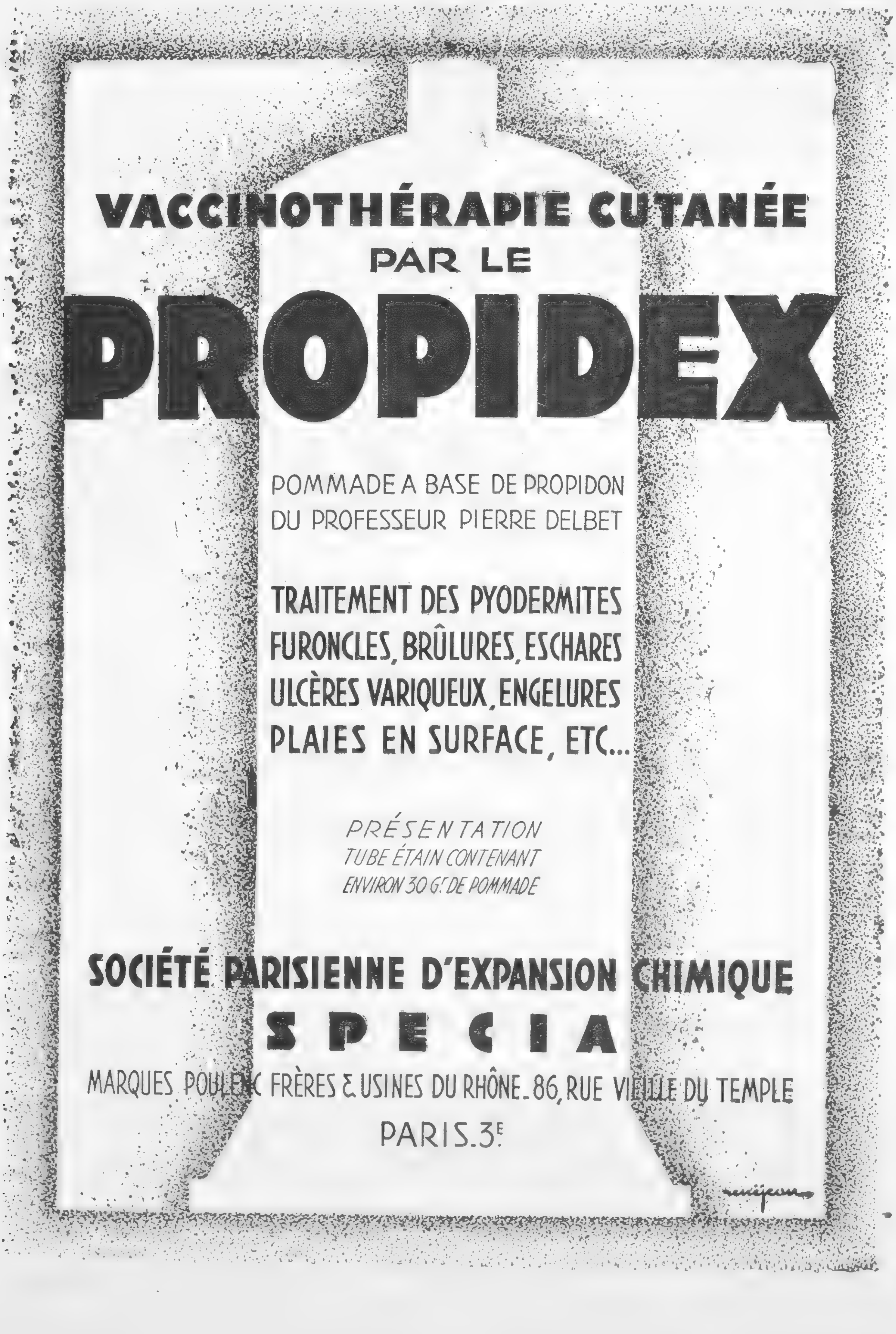
Dans la collection *l'Art et les Saints*, paraît Saint Eloi, par Charles Baussan, qui a déjà donné à la même collection *Sainte Madeleine*.

Saint Eloi a été, au long des siècles, et est demeuré un des saints les plus populaires de France, l'un des patrons les plus connus et les plus aimés des métiers. M. Charles Baussan évoque successivement en saint Eloi, dans le cadre si intéressant de la Gaule mérovingienne, l'orfèvre et le conseiller du roi, l'artiste et l'évêque de Noyon. Il le suit dans la légende après l'avoir suivi dans l'histoire.

En même temps, 44 illustrations des plus variées montrent comment l'art a célébré saint Eloi, comment il l'a vu à sa forge, à la cour, ou dans son apostolat d'évêque, comment à travers les temps, les peintres, les sculpteurs, les maîtres verriers, les graveurs l'ont représenté, du vitrail de la cathédrale du Mans au bas-relief d'Ulm, des miniatures de manuscrits aux images de confréries, à l'enseigne du collier des orfèvres de Gand, de Botticelli à Callot et à Flandrin.

Revue des Cours et Conférences. Paraît le 15 et 30 de chaque mois du 15 décembre au 15 juillet. Abonnement : France : 60 francs. Boivin, éditeur 5, rue Palatine. Paris.

Sommaire du N° du 30 juin 1932 : G. Pagès : La Monarchie administrative en France, sous Louis XIV et sous Louis XV (II). — F. Strowski : Les réactions de la vie contemporaine sur la littérature (VII) : Le théâtre. — M. Sourian : Socialisme et psychologie de la classe ouvrière (III). Le complexe d'infériorité de classe. — A. Mathiez : L'Eglise et la Révolution française (VII). La liberté du culte réfractaire. — R. Lebègue : La tragédie française au XVIe siècle (IV) : Robert Garnier. — R. Guignard : Romanciers allemands contemporains (VI) : Le grotesque et le comique chez Henri Mann. — P. Couissin : Virgile et l'Italie primitive (VII) : Les armes.


VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE
PAR LE
PROPIDEX
POMMADE A BASE DE PROPIDON
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
TRAITEMENT DES PYODERMITES
FURONCLES, BRÛLURES, ESCHARES
ULCÈRES VARIQUEUX, ENGELURES
PLAIES EN SURFACE, ETC...
PRÉSENTATION
TUBE ÉTAIN CONTENANT
ENVIRON 30 Gr DE POMMADE
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE _ 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE
PARIS.3E

TRAVAUX ORIGINAUX

Les toxicomanies en Grèce

(Etude statistique et médico-légale)

Par

D. KOURÉTAS et Ph. SCOURAS
(d'Athènes) (de Salonique)

La question des toxicomanies a pris depuis quelques années une acuité toute particulière. Pour ne parler que de la Grèce, des dispositions spéciales ont été prévues par la loi, des services nouveaux ont été créés pour la répression du trafic de contrebande, des mesures nouvelles ont été adoptées en vue de limiter la propagande démoralisatrice et le commerce clandestin des stupéfiants dont l'usage constitue un danger social.

Les médecins et les psychiatres, en particulier, ont été, par les circonstances, les témoins des méfaits déplorables de la cocaïne, de la morphine, du haschisch, de sorte que l'infiltration chaque jour croissante des produits toxiques à travers nos frontières et les ports de mer devient pour nous une question d'urgente actualité.

Résumant les travaux antérieurs de nos compatriotes, les articles et notes parus dans les journaux et bulletins officiels, les statistiques spéciales concernant l'activité du trafic dans notre pays, les archives et registres de la police de sûreté, ainsi que nos propres observations, nous allons nous efforcer au cours de cette brève étude d'esquisser le tableau succinct des toxicomanies en Grèce. Ayant en vue des problèmes d'ordre social et médico-légal nous nous contenterons de l'exposé des aperçus généraux qui s'y rattachent. L'étude clinique et médico-psychologique est en dehors du cadre de cet article, sauf bien entendu, quelques remarques sommaires que nous jugeons utiles de rapporter sur l'action du haschisch dont l'usage est si largement répandu en Grèce. D'ailleurs nous avons l'intention de ne donner ici que le reflet de ce qui se passe chez nous. Tout ce qui est en dehors de cette perspective manque de « couleur locale » et par conséquent il peut être utilement puisé dans la bibliographie déjà si riche sur les toxicomanies.

***

Voici d'abord les STATISTIQUES concernant le trafic des substances toxiques de janvier 1929 à mars 1932. Ces statistiques furent relevées des registres du bureau central du service spécial de la police, créé en novembre 1931 et chargé de contrôler la vente des produits toxiques. D'autres statistiques nous ont été communiquées par le service de répression du trafic de contrebande, les services douaniers maritimes, chargés de contrôler les marchandises d'importation étrangère, les journaux et revues techniques.

Grâce à l'activité de toutes ces organisations de sûreté, il ne se passe pas de jours sans que les journaux annoncent l'arrestation de quelque détenteur de stupéfiants, ainsi que la liste des quantités importantes des produits confisqués.

En 1929, ont été confisqués :

1.508.875 gr. d'héroïne.
60.500 gr. de cocaïne.
70.000 gr. de morphine.
2.390.500 gr. de haschisch.

Total : 1.639.375 gr. de stupéfiants contre 2.390,050 gr. de haschisch.

En 1930 :

4.250 gr. d'héroïne.
577 gr. de cocaïne.
150 gr. de morphine.
6.500 gr. de haschisch.

Total : 4.977 gr. de toxiques contre 6.500 gr. de haschisch.

En 1931 :

330.750 gr. d'héroïne.
43.250 gr. de cocaïne.
? gr. de morphine.
776 gr. de haschisch.

Total : 374.000 gr. de toxiques contre 776 de haschisch.

En 1932 :

4.566.500 gr. d'héroïne.
78.250 gr. de cocaïne.
40.500 gr. de morphine.
705.750 gr. de haschisch.

Total : 4.685.250 gr. de toxiques contre 705.750 gr. de haschisch.

Ces chiffres sont éloquents d'eux-mêmes. Sauf 1931, l'activité du trafic marque une ascension progressive dans le courant des trois autres années. L'héroïne, la morphine, la cocaïne suivent cette marche ascendante.

Le haschisch par contre baisse dans une proportion de moitié moins et davantage au cours des deux dernières années. Nous verrons plus loin la valeur que nous devons accorder à ces faits.

Avec plus de précisions, et pour donner une image autant que possible réelle du travail de répression accompli chez nous au cours de ces dernières années, nous reproduisons ici la statistique officielle du service de sûreté de la police. Cette statistique a encore l'avantage de nous fournir des indications plus précises et une vue d'ensemble synthétique et particulièrement représentative :

	Cocaïne	Héroïne	Opium	Haschisch
Juin 1929-Décembre 1930	2,867	10,867	116,700	80,610
Janvier 1931-Juillet 1931	0,100	2,6[illegible]0	0,256	48,346
Total............	2,967	13,487	116,956	128,956

Ces chiffres nous donnent le droit de tirer quelques conclusions d'ordre général :

L'activité du commerce clandestin des toxiques est en effet florissante en Grèce, si l'on songe, toutes proportions gardées, au nombre peu élevé d'habitants de notre pays. D'autre part si l'on pense que la plus grande consommation des stupéfiants doit avoir lieu dans les trois grandes villes de Grèce, Athènes, Pirée et Salonique, il faut croire que les rangs d'amateurs de toxiques sont bien pourvus en effectifs.

A Athènes et à Salonique, en particulier, le commerce clandestin des stupéfiants est très prospère : les filles publiques, les demi-mondaines en quête d'aventures, les danseuses de casinos et de music-halls, surtout Anglaises et Allemandes, servent de colporteuses aux grands dépositaires de toxiques. Des précautions professionnelles contribuent aussi dans une certaine mesure à augmenter le nombre des priseurs de « coco ». Dans les milieux artistiques et cinématographiques l'usage de la cocaïne est en effet répandu parce qu'elle passe pour un moyen sûr d'embellissement : rendre l'œil brillant et photogénique !

***

La *morphine* est très en vogue dans les classes supérieures de la société où l'élégance s'adjoint parfois à la mythomanie vaniteuse du snobisme. Les morphinomanes ne sont pas moins nombreux que les cocaïnomanes, si l'on songe que les réparations de guerre nous ont valu de la part de l'Allemagne deux tonnes de morphine. Cette quantité énorme de morphine a été vendue d'abord aux pharmaciens et droguistes et ensuite elle fut volutilisée par l'interven-

tion prompte de trafiquants et d'amateurs de la drogue. Et cependant de par ses besoins médicamenteux la Grèce ne consomme pas plus de deux kgr. de morphine par an.

Le *haschisch*, poison préféré des classes ouvrières et travailleuses, le compagnon assidu du fatalisme de certains milieux est très répandu grâce à la tolérance législative et à l'activité obscure d'une contrebande très rémunératrice. Les initiés se rendent en bande aux locaux spécialement aménagés en fumeries, et là, ils se livrent aux douces béatitudes de la drogue aimée. Assis par terre à la manière arabe, ils se font passer à tour de main la pipe fumante (le narghileh).

Chaque séance dure plusieurs heures.

La quantité consommée de haschisch varie de 2 à 10 gr. par séance, suivant le nombre et la résistance des fumeurs.

Après une période plus ou moins longue d'excitation psycho-motrice, des phénomènes hallucinatoires entrent en scène. Ce sont pour la plupart des hallucinations visuelles, d'un caractère doux et harmonieux, où les préoccupations intimes du fumeur semblent jouer le principal rôle.

Mais ce qui semble donner un cachet spécial aux troubles psycho-moteurs haschischiques, c'est d'abord l'apathie akinétique du fumeur, qui n'entre pas activement dans l'élaboration sinueuse de son rêve et ensuite l'explosion par moment subite et incoercible d'impulsions impérieuses à caractère actif : rire désadapté, fugues panophobiques, combativité hostile contre les assistants, etc.

Chez d'autres, et en particulier chez les chroniques, on voit prédominer l'anidéisme apathique ou bien la simple rêverie recueillie et méditative.

Il est évident que sous l'influence de ces troubles le haschischomane est susceptible de présenter des réactions criminelles et antisociales dont l'importance médico-légale est d'un intérêt tout particulier.

Nous ne pouvons pas malheureusement nous étendre davantage sur le côté psychologique et clinique de l'intoxication haschischique. L'un de nous en a fait l'esquisse détaillée dans un article d'ensemble (1).

Les fumeries de haschisch celles qu'on appelle « Dekès » dans l'argot du milieu sont nombreuses. A Athènes il en existe un nombre élevé. Tous les sous-sols poussiéreux, les tavernes et bistros de la banlieue, les endroits louches et intentionnellement cachés, sont employés dans ce but. En novembre, la police parvint à en découvrir 63 ; vingt-deux ont été fermés. Pour les autres, il manquait la preuve légale exigée par la loi sur la contrebande.

L'*héroïne* est aussi largement répandue que le haschisch. Les héroïnomanes pour la plupart priseurs, ont commencé par le haschisch. Beaucoup s'adonnent au haschisch et à l'héroïne à tour de rôle. D'autres en usent simultanément.

L'armée fournit, croyons-nous, le plus riche contingent en héroïnomanes. Les méfaits de l'héroïne sont plus profonds que ceux du haschisch, ne fût-ce que par l'impossibilité absolue dans laquelle le malade se débat pour s'en débarrasser, même lorsque, sincère, il réclame éperdu, le secours du médecin.

***

L'*introduction des stupéfiants* se fait chez nous surtout par voie de mer, la navigation commerciale représentant l'intarissable fournisseur en opium, cocaïne, morphine. Des services douaniers chargés du contrôle des produits importés découvrent de temps à autre des quantités intéressantes de toxiques.

En voici quelques exemples démonstratifs.

Nous passons les autres sous silence pour épargner au lecteur des détails inutiles. Sur le « *Lotus* » venant de Constantinople on a confisqué le 1er décembre 1930, 1.200 kgr. d'opium. Sur le « *Théophile Gauthier* » on a surpris le 20 octobre 1930, 20 kgr. d'opium.

Sur le *Tanyx* (de la Compagnie Paquet) le 10 octobre 1930, 95 kgr. d'opium.

(1) PH. SCOURAS. — Les haschischomanes. « Iatricos-typos » en grec, 1932.

Sur le « *Patris* II » venant de Constantinople le 14 novembre 1930 trois sacs de haschisch. Ce dernier toxique est cependant en majeure partie un produit autochtone. Malgré la loi de 1920 qui interdit la culture du haschisch, les paysans de Péloponèse, de Macédoine et de Thrace le cultivent en cachette avec du blé. Ce moyen simple leur assure une certaine récolte de haschisch encore utile pour leurs propres besoins et les nécessités du trafic.

Les *procédés* employés par les importateurs clandestins pour tromper la vigilance des autorités sont si ingénieux, variables et nombreux, qu'il est impossible de les énumérer.

D'ailleurs tel procédé, utilisé hier, connu aujourd'hui, sera remplacé demain par un autre, tout aussi habile.

En voici les plus courants :

Les briquettes de charbon, les livres creux à l'intérieur, les talons des chaussures, les boîtes à double fond, les pots de confiture, les fausses étiquettes et déclarations des marchandises, les instruments de musique, les noix indiennes creusées, les sacs remplis de plâtre, les moteurs et articles de voiture, etc.

Dans le milieu militaire, les locaux disciplinaires et les prisons militaires, la toxicomanie constitue l'unique distraction des détenus.

Les moyens employés pour l'introduction clandestine des toxiques grâce à l'intérêt de quelques camarades compatissants sont des plus astucieux et parfois d'une invention digne du héros homérique ! L'un de nous en a rapporté des détails séduisants (1).

L' « aéroplane » consiste à attacher le paquet avec la drogue à une grosse pierre, qu'on lance de loin dans la cour de la prison. Les détenus avertis par le bruit ramassent le projectile précieux.

***

Considérant les dangers que fait courir à la santé de l'individu et de sa descendance, et aussi bien à la sécurité publique, l'usage injustifié des toxiques, la *loi* punit sévèrement les propagandistes et trafiquants des stupéfiants.

Les dernières améliorations apportées à la législation ont marqué d'heureux résultats, dans l'application des pénalités, et de la poursuite des commerçants des marchandises clandestines. Cependant, l'application de dispositions légales telle qu'elle est pratiquée à l'heure actuelle, laisse bien à désirer, ainsi que nous allons voir.

Voyons d'abord l'activité de la police de sûreté : Dans le courant de 1929 ont été arrêtées à Athènes et emprisonnées 159 personnes, dont deux femmes pour détention et vente illégale de produits toxiques (cocaïne, morphine, haschisch)...

En 1930 on en a arrêté 146, dont onze femmes, trafiquants de substances vénéneuses et pour la plupart toxicomanes eux-mêmes.

Il y a parmi ces derniers un petit nombre d'individus, qui se sont fait arrêter à plusieurs reprises (deux, cinq et douze fois).

Le droit de relégation et d'appel, ainsi que la possibilité de payement en sont, nous semble-t-il, les raisons majeures. Il faut cependant considérer la situation matérielle et morale du trafiquant, peu disposé à abandonner un métier, qui rapporte et qui est si bien adapté à ses goûts et à sa nature. Aussi la crise, qui sévit en Grèce avec la même acuité que partout ailleurs et le chômage doivent entrer en ligne de compte, dans l'appréciation de la valeur des chiffres enregistrés.

Les 40 ou 45 %, en effet, des toxicomanes-trafiquants arrêtés étaient des chômeurs et des sans-travail.

Les chiffres précédents iront en augmentant pour 1931 et 1932, années de la crise mondiale. Ainsi le nombre des débiteurs de toxiques arrêtés en 1931, monte à 231 et en 1932 on arrive à totaliser 449.

Cette progression ascendante du graphique n'est pas seu-

(1) D. KOURÉTAS. — Les toxicomanes dans l'armée et dans le milieu social « *Elliniki Iatriki* », mai 1932.

lement due à l'amélioration de nos services de sûreté, mais aussi et peut-être plus aux derniers événements de la crise et aux méfaits du chômage.

Le total des condamnations infligées à 270 d'entre eux remonte en tout en 36 années de prison et à 563.000 drachmes de dommages-intérêts.

En ce qui concerne la proportion relative, ayant trait à *l'âge* des condamnés, nous relevons : 18 % de mineurs, 52 % de 22 à 30 ans, 25 % de 30 à 40 ans. Un certain nombre comprend des personnes des deux sexes, ayant dépassé la quarantaine.

La législation actuelle nous semble être cependant insuffisante. La liberté dont jouissent les trafiquants, leur droit de relégation et d'appel ainsi que la facilité de racheter l'emprisonnement font que la détention et la vente illégale des stupéfiants peuvent être pratiquées, en dehors de tout risque sérieux. Nous verrons plus loin les mesures, qui d'après nous, doivent être mises en pratique.

* * *

Dans *le milieu militaire* les mêmes écueils se dressent devant le médecin ou le chef.

Il est évident que la réforme temporaire ou définitive des toxicomanes ne peut représenter qu'une demi-mesure bien aléatoire. Sur un nombre élevé de toxicomanes militaires, il doit y avoir des éléments sains, qui ne peuvent pas être considérés comme définitivement perdus pour l'armée. D'autre part l'antimilitarisme et la simulation, en cas de généralisation d'une telle mesure, ainsi que le fait remarquer l'un de nous (1) créeraient à coup sûr un état d'esprit spécial, qu'il est indiqué de combattre dans une collectivité consciente de sa destination.

Aussi, les condamnations auxquelles ces malades donnent prise ne font qu'exacerber leur état psychique antérieur, leur psychopathie latente. La prison finit par démolir complètement leur équilibre instable de sorte qu'à la fin de leur service militaire, ayant duré parfois cinq et six ans, ces malades ne sont plus bons à rien.

Nous voyons donc que la question est bien délicate. Les problèmes médico-légaux, que pose l'existence des toxicomanes dans l'armée méritent d'attirer l'attention soucieuse des chefs. Le service de santé est en train d'édicter à cet égard des dispositions nouvelles qu'il fera connaître à temps.

* * *

Les *troubles psychiques* des toxicomanes fournissent un contingent sérieux aux psychopathes des asiles publics, d'Athènes. Le pourcentage est jusqu'à présent, et pour les années que nous avons en vue de 10 à 11 %. Mais si on ajoute un un grand nombre de toxicomanes soignés à leurs frais, dans les cliniques et maisons de santé particulières et, si d'autre part, on met en ligne de compte un nombre élevé d'individus arrivés à la déchéance mentale complète (2), on verra que ce chiffre ne répond pas à la réalité sociale des ravages créés par le fléau. Car en raison de leur agitation perpétuelle, des troubles et de l'indiscipline, que les toxicomanes sont capables de provoquer dans l'établissement, l'administration des asiles se refuse parfois à signer leur billet d'entrée. Et comme d'autre part, il n'est pas prévu de quartiers isolés indépendants et entièrement réservés à ces malades, on peut facilement en déduire que le nombre des psychoses toxicomaniaques doit être dans la réalité bien plus élevé que ne le dit notre statistique.

Après ces restrictions imposées les chiffres que nous allons donner n'ont qu'une valeur toute relative :

En	1928	sur	959	aliénés	5	toxicomanes
»	1929	»	952	»	51	»
En	1930	sur	1231	aliénés	59	toxicomanes
»	1931	»	1317	»	113	»

(Asile public d'aliénés).

En dehors des *causes* prédisposantes individuelles, qu'il serait oiseux d'énumérer ici, les causes sociales de la toxicomanie doivent être recherchées, chez nous, dans l'ignorance des effets nocifs de la drogue, le manque d'instruction chez les masses inférieures de la société, ignorantes et fatalistes pour la plupart, l'agglomération des populations d'origine asiatique, après l'invasion des réfugiés, les méfaits du chômage.

Le snobisme y joue un bien moins grand rôle.

La bourgeoisie moyenne ignore presque totalement l'habitude des stupéfiants. Les classes supérieures de la société sont, comme ailleurs, volontiers morphinomanes.

Mais aussi l'indulgence de la loi, la complexité étrange des formalités législatives, le droit de la relégation et de l'appel, le bénéfice de surcharge des condamnations, en cas d'absence de faits nouveaux, favorisent l'expansion du trafic et l'exercice presque libre de la toxicomanie.

* * *

Conclusions. — Les toxicomanies sévissent donc en Grèce avec une intensité digne d'exciter la curiosité des pouvoirs publics.

Les chiffres et les statistiques rapportés plus haut peuvent se passer de commentaires.

La loi sur le monopole des produits toxiques (ordonnance d'avril 1835), celle de 1920, interdisant la culture du haschisch, les pénalités imposées jusqu'à présent se sont montrées dans une certaine mesure insuffisantes. Lorsque la quantité des produits confisqués remonte à 4.685.250 gr. pour 1932, celle du haschisch à 6.500 gr. pour 1930, le nombre des toxicomanes psychopathes internés dans les asiles à 10 à 11 %, le nombre des trafiquants condamnés à 449 pour 1932, nous pouvons en déduire que l'efficacité de nos moyens de répression ne touche pas à ses fins.

Faut-il renforcer les pénalités et simplifier l'application pratique des dispositions législatives ? Obtenir la revision d'une loi n'est pas chose facile. D'autre part chercher les moyens pratiques les plus appropriés à la lutte contre le fléau exige des dispositions administratives, que l'on ne peut pas malheureusement s'assurer à brève échéance, dans un pays en pleine réforme sociale.

D'ailleurs s'efforcer de restreindre autant que cela est possible la propagande et le trafic, ce n'est pas trouver la meilleure solution du problème. Car ainsi que le fait remarquer Dupouy (1), à propos de l'opium, si le commerce libre est interdit, l'amateur de drogues cherchera ce dont il a besoin dans le marché clandestin et par conséquent dans le trafic. Ce n'est donc pas le trafic qui crée, en réalité, la toxicomanie, mais bien l'inverse.

Nous croyons donc que le vœu émis déjà par d'autres auteurs (2) : que la surveillance concernant le trafic des substances vénéneuses soit plus vigilante et plus rigoureuse, ne peut que partiellement s'adapter aux exigences de l'heure actuelle.

Ce que nous croyons indiqué pour notre part, c'est la création spéciale des services hospitaliers pour toxicomanes et la surveillance de ces derniers bien après leur sortie de l'hôpital. Aussi inviter les Parquets à requérir contre les délinquants toutes les sévérités de la loi et appliquer des pénalités d'une rigoureuse exemplarité.

Au point de vue international un contrôle assuré par la S.D.N. serait apte à supprimer dans une certaine mesure le trafic des frontières.

---

(1) Kourétas. — Loc. cit.

(2) Il faut signaler à cet égard que, à l'Institut médico-légal d'Athènes, on fait l'autopsie de quinze toxicomanes par an, environ.

Il s'agit le plus souvent de toxicomanes chroniques voués à une vie de misère (vagabonde).

(1) Dupouy. — La question de l'opium. *Monde Médical*, 15 novembre 1929.

(2) Cazeneuve et Marcel-Briand. — (*Bulletin de la ligue d'Hygiène et de Prophylaxie mentale*, nos 1-2, juillet et octobre 1921).

Marcel-Briand. — *Bulletin de Médecine légale de France*, séance 12 juin 1922.

Mastite syphilitique et cancer du sein

Par le Docteur **Henri MALHERBE** (de Nantes).

Parmi les manifestations qui, au cours d'une syphilis, peuvent affecter la glande mammaire, il en est une dont on parle rarement : la mastite.

Elle paraît assez peu connue, puisque certains auteurs, bien à tort, la nient. On ne peut la confondre avec un accident primaire, ni avec les efflorescences secondaires qui évoluent sur le sein ; mais on a pu la prendre pour une gomme.

Pourtant dès 1866, Lancereaux avait nettement séparé cette mastite des productions gommeuses (1).

Voici comment, en clinique, se présente cette lésion spécifique.

Elle offre deux formes : une forme diffuse et une forme circonscrite.

En général le début est indolent. C'est par hasard que le porteur s'aperçoit de la lésion.

Dans la forme diffuse la mamelle est hypertrophiée en masse, ou bien il y a hypertrophie partielle et l'on voit une saillie anormale localisée en un point. Au palper on sent une tuméfaction dure, ligneuse, dont les limites se confondent avec le tissu glandulaire. La forme circonscrite présente des nodules multiples, bien limités, durs ; ils sont souvent situés dans la région rétro-aréolaire. Le plus souvent ils font corps avec la glande. Ces masses sont rarement sensibles à la pression. Ordinairement, la peau du sein reste normale.

On l'a vue parfois réagir. Elle rougit, s'irrite, et la suppuration survient : il y a eu évolution aiguë.

Le plus habituellement, les ganglions restent indemnes, quand ils réagissent, la réaction est modérée, indolore.

Voici, d'après les rares auteurs qui ont étudié cette mastite, les lésions histologiques qui la caractérisent :

Au milieu d'un bloc fibreux, on aperçoit des canaux glandulaires et galactophores à lumière dilatée. Autour de ces canaux, il existe des amas de cellules inflammatoires. A plus fort grossissement, dans le tissu interstitiel des glandes, on remarque des infiltrats constitués par des mononucléaires, des fibroblastes, quelques plasmocytes et mastocytes. L'épithélium glandulaire est tassé, aplati. Les vaisseaux sanguins sont atteints d'endo et périartérite.

Cette mastite est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. En général une seule mammelle est affectée. Elle évolue à la phase secondaire, parfois d'une façon précoce. Plus souvent, peut-être, elle apparaît à la période tertiaire.

Le traitement spécifique guérit totalement cette mastite.

Dans l'histoire de cette lésion spécifique du sein, il est un point intéressant à retenir et sur lequel on a à peine attiré l'attention.

Quel rapport peut-elle avoir avec un cancer ultérieur du sein ?

Dans quelle mesure, peut-elle être considérée comme une lésion précancéreuse ?

Jusqu'ici cette question n'a guère préoccupé les esprits. Elle mérite pourtant qu'on s'y arrête, car la mastite syphilitique est probablement plus fréquente qu'on ne pense.

Remarquons tout d'abord que, cliniquement, cette mastite plus d'une fois a dû être confondue et prise, surtout dans le sein féminin, pour un carcinome et sans doute opérée !

Si, en effet, pour les épithéliomes pavimenteux stratifiés le rôle de la syphilis a été minutieusement envisagé, comme le prouvent, par exemple, les études sur la leucoplasie bucco-linguale, état précancéreux type, a-t-on jamais fait pour les tumeurs du sein semblables recherches ? Les manifestations pathologiques antérieures d'un sein carcinomateux n'ont pas souvent préoccupé les opérateurs. Le chirurgien devant de tels cas ne songe pas ordinairement à rechercher, soit cliniquement, soit sérologiquement, la syphilis dans les antécédents du sujet (1) ; D'ailleurs la syphilis prédispose-t-elle au cancer ?

La syphilis et le cancer sont très répandus sur le globe. Il semble y avoir des zones de condensation et de raréfaction. Et autant qu'on peut leur faire confiance, les statistiques paraissent nous montrer que, où fleurit la syphilis, là est fréquent le cancer. Malheureusement le même médecin ne suit pas toujours assez longtemps le syphilitique qui se confie à lui pour savoir quel sera son avenir, quel sera le terme de son existence ?

Aussi quand les hasards de la pratique permettent de recueillir un fait comme le suivant, qui illustre si bien les considérations précédentes, il ne faut pas manquer de le faire connaître.

Observation. — Dans le courant de l'année 1918, Mme K... vient nous consulter pour une « grosseur » qu'elle porte depuis un mois sur le côté externe de la jambe gauche, au niveau de la tête du péroné. Cette femme âgée de 35 ans, a toujours joui d'une excellente santé. Mariée, elle n'a jamais eu, ni fausse-couche, ni grossesse et avant la venue de cette tumeur, elle n'avait chez elle, jamais rien remarqué d'anormal. Cette néoplasie à le volume d'une grosse prune.

Elle est mobile sur les plans profonds, mais adhère à la peau qui la recouvre et qui est rouge, enflammée, son centre semble en voie de ramollissement.

Nous rappelant que dix ans avant, nous avons soigné son mari pour la syphilis, nous pensons aussitôt à une contamination conjugale ignorée et nous diagnostiquons : gomme syphilitique probable.

En conséquence, sur cette lésion on fait des onctions avec une pommade à l'onguent gris mitigé, puis on institue un traitement mixte iodo-mercuriel. Le résultat excellent et définitif obtenu dans un mois confirme le diagnostic.

Nous conseillons alors à cette malade de se soigner sérieusement et de refaire de temps à autre des cures de précautions.

Elle n'en fit rien, aussi trois ans plus tard, en mai 1921, revint-elle nous trouver pour une lésion du sein datant de cinq à six semaines.

Par hasard, elle a senti dans son sein droit une masse qui ne lui causait ni gêne, ni douleur.

Au palper, sur le bord interne de la mamelle, on trouve une masse irrégulière du volume d'une petite mandarine mobile sous la peau avec la glande mammaire à laquelle elle semble adhérer. Cette masse est totalement indolore à la pression ou spontanément. Dans l'aisselle, on ne trouve aucune réaction ganglionnaire. En même temps, nous voyons sur la peau, entre les deux seins, une plaque d'érythème circiné d'apparence bien syphilitique.

Nons pensons pour le sein à la fameuse mastite syphilitique et aussitôt nous reprenons le traitement spécifique mixte, iodure et mercure et onctions de pommade mercurielle sur le sein.

Le 7 juin, nous revoyons Mme K... La tumeur mammaire a diminué des deux tiers. La plaque cutanée a disparu. Un mois plus tard, la guérison est entière, le sein paraît quasi normal.

Neuf ans plus tard, le 11 mars 1931 nous voyons à nouveau cette femme.

Cette fois elle porte dans le sein, à l'emplacement même où existait la mastite, une masse grosse comme un demi poing, irrégulière, dure, faisant intimement corps avec la glande. Siège d'élancements douleureux, cette tumeur évolue depuis trois mois. Elle s'est enflammée, a pris adhé-

(1) Lancereaux. — Traité de la syphilis, 1866, p. 221 et suiv.

(1) Pour ce qui est de l'examen sérologique, rappelons-nous que l'on peut avoir un cancer du sein, avoir eu antérieurement la syphilis et présenter pourtant une réaction Wassermann négative. Le cancer se manifeste en effet tardivement dans la vie ; et il y a de vieux syphilitiques qui ont un Wassermann négatif.

rences avec la peau qui présente à son niveau une ulcération suintante plus large qu'une pièce de deux francs. L'aisselle est occupée par une grosse adénite.

Le diagnostic paraît bien devoir s'orienter vers un épithéliome mammaire, développé sans doute sur la cicatrice de l'ancienne mastite. Un chirurgien consulté confirme le diagnostic : épithéliome. L'amputation du sein avec curage de l'aisselle est aussitôt pratiquée. Les suites opératoires furent simples ; vingt jours après, la cicatrisation était obtenue. L'examen histologique de la pièce montre qu'il s'agit d'un épithéliome colloïde du sein type.

L'année suivante. 17 juillet, Mme K... nous revient très fatiguée. Atteinte récemment de grippe (?) elle fait maintenant une pleurésie gauche. Très amaigrie, oppressée, elle tousse, crache, et fait le soir un mouvement fébrile à 37°5-38°. A l'auscultation, à droite, on note des râles diffus : à gauche, un souffle doux et à la base une large matité. Un gros épanchement occupe le tiers inférieur de l'hémithorax gauche. Comme le traitement mis en œuvre ne donne pas de résultat, le 29 juillet, une ponction thoracique évacue 600 grammes d'un liquide hématique.

Les examens de laboratoires faits à ce moment nous donnent les renseignements suivants:

Recherche du bacille de Kock dans l'expectoration et le liquide pleural : négative. Réaction Wassermann du liquide pleural : négative.

Examen cystologique :

Liquide fortement hémorragique.
Hématies.
Lymphocytose pure.
Pas de cellules atypiques.
Pas de bactéries pyogènes,

Soulagée en apparence pendant quelques jours, notre patiente fait bientôt une récidive de son épanchement. Une nouvelle ponction donne un demi-litre de liquide sanglant. Une radiographie de la cage thoracique faite aussitôt après cette seconde ponction, montre dans le poumon droit une ombre suspecte : néoplasie. En même temps l'épanchement gauche se reproduit

Vraisemblablement, une généralisation de l'épithéliome mammaire se faisait.

En outre, dans la cicatrice opératoire on notait une nodosité très dure récente, probablement récidive. A ce moment Mme K..., originaire d'une contrée lointaine, a regagné son pays natal.

Depuis, nous ignorons quel a été son sort, probablement fatal !

Était-il possible dans l'examen histologique de cette épithéliomatose mammaire née, *in œdem loco*, où 10 ans avant une mastite syphilitique évoluait, d'établir une relation quelconque entre ces deux manifestations morbides ?

Peut-être !

Dans ces dernières années, en effet, plusieurs auteurs : Letulle, Ménétrier, Grenet, Warthin ont attiré l'attention sur les syphilis tardives silencieuses et sur leurs lésions, assez fréquentes, paraît-il, au voisinage des cancers.

Sans avoir l'architecture habituelle des lésions syphilitiques, elles ressemblent à des inflammations chroniques banales. Ce sont des nodules plasmolymphocytiques qui s'orientent autour des vaisseaux atteints d'endopérivascularite manifeste. On les peut qualifier de lésions syphiloïdes plutôt que de lésions syphilitiques. Mais voici un fait encore plus important, Warthin dans ses infiltrats a pu, au moyen de sa technique de coloration si sensible du tréponème, rendre sa présence évidente (1). Quelle éclatante confirmation des rapports qui peuvent exister entre une manifestation spécifique antérieure et un cancer ultérieur ! On voit donc avec quel intérêt on peut poursuivre l'étude, seulement encore ébauchée, de tels faits. On voit combien l'histoire d'un cas comme celui que nous relatons ci-dessus mérite de retenir l'attention. Ce n'est pas sans raison que l'on a dit : la syphilis fait le lit au cancer !

(1) Cette technique est exposée en détails dans le n° 3, 1929, du *The American Journal of Syph.*, New-York.

FAITS CLINIQUES

Un cas d'hydrocèle guéri par l'injection d'eau peptonée

par M. A. TROLARD (de Tlemcen).

C..., 50 ans, architecte, ancien instituteur et ancien sous-officier de spahis, se décide en 1918 à se faire traiter pour une hydrocèle double datant de 14 ans, de la grosseur d'un œuf d'autruche. Un médecin lui fait de chaque côté la cure à la teinture d'iode. Le côté gauche guérit. A droite le liquide se reproduit et se maintient depuis cette époque. Il y a donc 28 ans cette année que l'hydrocèle existe à droite. Voulant en finir, le malade me consulte le 15 janvier 1932.

Le scrotum droit est gros comme le poing, tendu, indolore, transparent sous le stéthoscope.

A gauche, le testicule est souple ; pas de liquide ; l'épididyme se laisse bien pincer.

Les occupations du malade ne lui permettant pas de garder le repos nécessité par le retournement de la vaginale, ni supporter les douleurs de la cure par l'iode, je décide d'essayer la réaction peptonique ; je pense bien à la possibilité d'un choc, mais étant donnée la tension élevée 24-10, je suis persuadé qu'il le supportera. Le 21 janvier, le liquide est évacué, jaunâtre, un peu visqueux ; quantité : un verre de table. La glande et ses annexes ne présentent rien d'anormal à la palpation, sauf une inversion de l'épididyme. Par le trocart laissé en place, j'injecte 10 c.c. d'une solution de peptone de Witte à 5 p. cent.

Cette opération est faite debout, le lit unique de la maison étant occupé par la femme convalescente du malade. Quelques minutes après, l'opéré se sent mal, il pâlit, se cramponne au pied du lit, il souffre beaucoup. Je l'aide à s'étendre auprès de sa femme. Le pouls est fort, régulier ; quelques sueurs, pas de vomissements, ni de dyspnée. Pensant toujours au choc, j'attends une demi-heure, puis je pars rassuré, sans ordonner de cardiotonique. Dans l'après-midi, je suis rappelé d'urgence, mais, quand j'arrive, la crise est passée. Il y aurait eu deux heures après mon départ une grande défaillance, avec sueurs abondantes, refroidissement, ayant duré deux heures pendant lesquelles on me cherchait. Je trouve un pouls toujours puissant, les douleurs sont moins fortes que le matin. Je ne fais même pas de piqûre de camphre.

Le restant de la journée et la nuit se passent bien. Le lendemain, le malade part en auto à Oudjda, à 80 kilomètres.

Je le revois le 25, soit quatre jours après. Il n'est pas content, parle d'orchite, d'hématocèle, étale toutes ses connaissances livresques. Le scrotum est presque aussi gros qu'avant la ponction, un peu douloureux. Je pratique une nouvelle ponction : liquide louche, pas de sang.

Le 29, nouveaux reproches : toujours l'orchite ! Nouvelle et dernière ponction, qui donne un liquide de même aspect.

Pendant toute cette période, les douleurs sont supportables (elles sont plus accentuées sur le trajet du cordon). Pas de fièvre. Le malade a pu aller arpenter des terrains à 50 kilomètres de la ville.

Au bout d'un mois, tout est rentré dans l'ordre ; le liquide est résorbé ; les douleurs ont disparu.

Le 24 mars, on ne sent qu'un empâtement diffus à la partie inférieure du scrotum.

Le malade est enchanté, après avoir douté de ma méthode et me recommande la prochaine fois de faire une injection de novocaïne et..... une piqûre épiphylactique (sic.... oh, ces primaires !)

♦♦♦

CHRONIQUE

Histoire du transformisme

Dans son livre « *l'Evolution des Espèces* », M. JEAN ROSTAND (1) retrace l'histoire de l'évolution des idées transformistes de l'Antiquité à nos jours. Selon lui « l'homme demeurera la suprême réussite de la vie... Nous ne sommes pas un départ mais un terme ».

Il est curieux de considérer que les conceptions des anciens grecs se rapprochent sous une forme naïve, des conceptions qu'utiliseront les biologistes et transformistes modernes.

L'idée purement mécaniste qui fait naître toutes choses du *hasard*, est soutenue entre le Ve et le IIIe siècle avant Jésus-Christ, par quelques philosophes hellènes : ANAXIMANDRE *de Milet* (610-547) ramène tout à une origine aquatique, « jusqu'à ce que l'homme devienne apte à la vie indépendante, il a cherché abri et nourriture à l'intérieur de grands poissons ».

EMPÉDOCLE, *d'Agrigente* (495-435), considère trois périodes, jusqu'à ce que les animaux naissent par voie de génération, la première période des « *morceaux séparés* » surgis du sol, la deuxième période qui fit que le hasard permit à ces morceaux, soit de *s'unir*, soit de se *désagréger* et enfin, la troisième où la *sexualité* apparaît. DEMOCRITE (460 ?) fondateur de la théorie atomiste, EPICURE (341-270), plus tard, prétendent aussi que ne pourront subsister que les choses fortuitement conditionnées pour vivre.

ANAXAGORE, ARISTOTE (384-322), un peu plus tard, se montrent les promoteurs de notre théorie finaliste, attribuant à une sorte d'intelligence, toute l'harmonie organique, et s'insurgeant contre l'idée du « hasard créateur » qui ne peut engendrer que l'inachevé. Ce dernier discerne la « hiérarchie des vivants » et devançant le NATURA NON FACIT SALTUS de LEIBNIZ, s'avise qu'entre tous les êtres, il y a une gradation naturelle « l'homme est la fleur de la nature », car c'est lui en qui la faune a le mieux vaincu la matière.

Ils affirment que les conditions externes peuvent aussi avoir leur influence transformiste.

THÉOPHRASTE (370-285), dans son « Histoire des Plantes », soutient la doctrine d'Aristote, tandis que son contemporain STRATON (?-270) reprend les idées des atomistes.

Pour LUCRÈCE disciple romain (95-53), la terre est « génitrice de tout ce qui vit ». C'est lui qui le premier parle de la lutte des vivants pour la vie.

Il est certain que la thèse la plus simple serait de tout ramener à l'œuvre unique de Dieu, mais même des auteurs chrétiens tels que GRÉGOIRE DE NYSSE (331-396), SAINT-AUGUSTIN (354-430), NÉMÉSIUS (De la Nature de l'Homme), cette conception est erronée, car le « Créateur n'arriva pas d'un coup à la faculté de marcher et de sentir... Ce fut une création par degrés ».

Ce n'est qu'au XVIIe siècle, que le grand naturaliste SWAMMERDAM, discerne cette incontestable uniformité qui existe dans le corps de tous les animaux. (Cela sera trente ans plus tard, la théorie de NEWTON.) La notion d'espèce paraît alors s'éclaircir.

RAY commence à affirmer que, jamais, une espèce ne naît de la semence d'une autre. L'espèce est-elle quelque chose d'absolu, d'immuable ? Sous l'influence de la culture, ne peut-elle dégénérer ? Comment expliquer la variété des espèces : bosse des chameaux, races de chiens, noirceur des nègres ?

THOMAS BROWNE (1672) rejette toutes les anciennes théories d'après lesquelles les circonstances externes peuvent agir et incline vers une explication chimique. (Par exemple : les choses noircissent par le mélange d'une qualité entéroligne avec une humidité astringente, peut-être est-ce une réaction de même ordre qui expliquerait la noirceur du nègre).

C'est en 1719, MARCHANT « *Observations sur la Nature des Plantes* », que le botaniste communique à l'Académie des Sciences de Lyon, une note posant le problème de « *la transmutation des formes vivantes* », admettant la création de types primitifs considérablement diversifiés au cours des âges. (Il observa une mercuriale dans son jardin qui périt en décembre, et qui en avril de l'année suivante donna six plantes dont quatre semblables et deux différentes.)

LINNÉ (1707-78)), plus tard qui avait énoncé le célèbre axiome « SPECIES TOT SONT DIVERSÆ QUOT DIVERSAS FORMAS AB INITIO CREAVIT INFINITUM ENS » commence à se demander à son tour s'il n'a pas assisté à des changements d'espèces : outre « l'hybridation », il admet l'influence de « l'environnement ».

Les espèces sont-elles constantes ? Se reproduisent-elles par la communication des sexes sous une nouvelle forme, sans reprendre celles des plantes dont elles ont tiré leur origine ? Telles sont les questions qui préoccupent ADANSON au XVIIIe siècle. Malgré cela il retournera à la *thèse fixiste*.

Ce n'est que MAUPERTUIS (1698-1759), (dans sa « Vénus physique » et dans son « Essai de cosmologie »), qui formule le premier la thèse transformiste.

Il nie l'existence des *germes* : les prétendus ovules des mammifères n'existent pas, les animalcules spermatiques ne jouent pas le rôle qu'on leur prête. Chaque parent émet des sortes de « *particules organiques* » dont chacune forme une partie du fœtus. Ces *particules séminales* sont dotées de propriétés psychiques, conservant une espèce de souvenir de son ancienne situation. Si elles se trouvent trop rares, ou trop abondantes, il se formera des êtres anormaux. S'il survient un oubli total apparaîtra le monstre complet.

Les conditions extérieures ont aussi pour lui leur influence. En un mot il soulève toutes les grandes questions qui préoccuperont par la suite les biologistes :

1° formation de tous les êtres à partir d'un type original ;
2° productions nouvelles par variations individuelles et fortuites ;
3° influence des circonstances externes ;
4° hérédité des modifications acquises.

C'est lui qui donna la première expression *du mutationnisme* en attribuant la formation de nouvelles espèces à des degrés d'erreur.

J. O. DE LA METTRIE (1709-51) reprend la tradition antique estimant que la nature a procédé à l'aveuglette et réalisé toutes sortes de combinaisons avant que le le « *hasard* » n'ait amené celles qui devaient persister. (Dans ses livres « l'Homme Machine », « l'Homme Plante », il insiste sur le fait que la transition n'est pas violente des bêtes à l'homme.)

DENIS DIDEROT (1713-84) qui donne l'impression de ne pas admettre les théories de ce dernier, va en tirer tout le parti possible. Si l'existence d'un prototype est considérée vraie par MAUPERTUIS et fausse par BUFFON (jusqu'en 1770) on ne peut nier qu'il ne faille la considérer comme une hypothèse essentielle du progrès de la physique expérimentale et de la philosophie rationnelle.

Il ajoute « La religion nous épargne bien des écarts et bien des travaux » (Pensées sur l'interprétation de la nature) ». Pour lui les « besoins produisent les organes » (il a devancé sur ce point LAMARCK).

MONTESQUIEU (Pensées et fragments) émet aussi des phrases d'inspiration transformiste.

MAILLET (1659-1738) reprend la formule d'Anaximandre puisqu'il démontre que nombre d'animaux aquatiques se retrouvent dans les animaux terrestres.

Quant à J.-B. RENÉ CH. ROBINET les théories d'Aristote le contentent davantage. De plus il prétend que « l'homme n'est point le « *terme* » de la création (hermaphrodites, androgynes, etc.).

BUFFON tout d'abord se rallie à la thèse fixiste, le trans-

(1) *L'évolution des espèces.* (Histoire des idées transformistes). Hachette, éditeur, 1932.

BIBLIOGRAPHIE

Les vieilles provinces de France. *Histoire de Bretagne,* par Auguste DUPOUY, professeur au Lycée Michelet. Un fort volume in-8° écu de 440 pages, illustré de 16 planches hors texte. Broché, 24 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris (6e).

Quoiqu'un bon livre soit toujours actuel, on peut dire que celui-ci vient à son heure : celle où la France et la Bretagne fêtent le quatrième centenaire de leur union.

L'esprit de cette collection a été fort bien défini par son directeur M. A. Albert Petit : « Il est bon qu'un peu de patriotisme local flotte autour du clocher ou du beffroi natal. En s'intéressant au rôle joué par leurs aïeux dans le grand drame national d'où l'unité de la France est sortie, les habitants de nos anciennes provinces retrouvent leur titre de noblesse. »

On a écrit bien des *Histoires de Bretagne* : aucune, croyons nous, qui présente, en un seul volume de format moyen, de pareilles garanties de savoir, de discernement, d'intérêt.

Au lieu d'arrêter le lecteur, comme la plupart des précédentes, au mariage de la duchesse Anne ou à la Révolution, celle-ci le conduit jusqu'à l'an 1932. Trois copieux chapitres sont consacrés aux événements contemporains. Cette ampleur relative est une nouveauté.

L'impartialité du livre en est probablement une autre. M. Auguste DUPOUY, qui est breton, n'oublie pas qu'il est Français, ni surtout qu'il est historien. Ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé de l'Université, sa formation intellectuelle, son habitude des méthodes critiques le préservaient des abus contradictoires du régionalisme ou du centralisme : s'il a écrit un livre passionnant, ce n'est pas en le rendant tendancieux.

Ecrivain réputé, il s'était entraîné à la connaissance de l'ensemble par des études partielles, par quantité d'articles et de nombreux ouvrages sur les questions bretonnes. Habitué à dépouiller les documents, il est de ceux qui les éclairent à la lumière de la vie présente.

De plus, le lecteur s'apercevra vite que cette *Histoire de Bretagne* est une œuvre de style, digne en tout point d'un magnifique sujet.

Les vieilles provinces de France (Collection publiée sous la direction de M. A. ALBERT-PETIT). — Ouvrages parus dans la Collection : Histoire du Comté de Nice, par ROBERT LATOUCHE, professeur à la Faculté des Lettres de Grenoble. — Histoire du Limousin et de la Marche, par J. NOUAILLAC, professeur agrégé d'histoire. — Histoire de Bourgogne, 4e édit., par H. DROUOT, professeur au lycée de Dijon, et J. CALMETTE, professeur à l'Université de Toulouse. — Histoire de Lorraine, 3e édition, par G. MORIZET, professeur au Lycée Louis-le Grand. — Histoire de Normandie, 12e édition, par A. ALBERT-PETIT, professeur honoraire au lycée Janson-de-Sailly (*Couronné par l'Académie française*). — Histoire de Franche-Comté, 10e édition, par LUCIEN FEBVRE, professeur à la Faculté des lettres de l'Université de Strasbourg. — Histoire d'Alsace, 24e édition, par ROD REUSS, correspondant de l'Institut, directeur adjoint à l'Ecole des Hautes-Etudes. — Histoire de Savoie, 7e édition, par Ch. DUFAYARD, professeur au Lycée Henri-IV. — Histoire de Corse, 7e édition, par COLONNA DE CESARI ROCCA et LOUIS VILLAT, professeur à la Faculté des lettres de Besançon. — Histoire de Poitou, 7e édition, par P. BOISSONNADE, professeur à la Faculté des lettres de l'Université de Poitiers. — Histoire de Languedoc, 7e édition, par P. GACHON, professeur à la Faculté des Lettres de l'Université de Montpellier. — Histoire de Roussillon, 4e édition, par J. CALMETTE, professeur à la Faculté des Lettres de Toulouse, et P. VIDAL, bibliothécaire. — Histoire d'Algérie, 7e édition, par S. GSELL, professeur au Collège de France, G. MARÇAIS et G. YVER, professeurs à l'Université d'Alger. — Histoire d'Aunis et de Saintonge, 4e édition, par F. DE VAUX DE FOLETIER, archiviste de la Charente-Inférieure. — Chaque volume sur papier d'alfa, illustré de planches hors texte. Broché 18 francs.

Paraîtront prochainement : Histoire de Champagne, par CROZET ; Histoire de Berri, par MARCEL MARION, membre de l'Institut, professeur au Collège de France.

La Gaule antique vue dans Alesia, par Jules TOUTAIN. Un vol. in-12. Prix : 12 francs Delayance, éditeur. La Charité-sur-Loire, 1932.

M. Toutain a réuni quelques-unes des conférences qu'il a faites, des communications qu'il a présentées, des articles qu'il a écrits depuis plus de vingt ans sur l'antique Alesia et sur les fouilles que la Société des Sciences historiques de Sennur y a entreprises.

Son livre constitue ainsi un exposé très documenté des efforts tentés pour arracher au Mont Auxois tous ses secrets et les succès déjà remportés.

formisme l'intimide. (Si l'âne dérive du cheval pourquoi ces deux derniers ne dériveraient-ils pas d'un troisième ?) A mesure qu'il avance dans son « *Histoire des Quadrupèdes* » il évolue, comme Linné, dans le sens transformiste, les modifications externes doivent déterminer les changements d'espèces.

Tous les quadrupèdes dériveraient d'un certain nombre de souches principales et se distribueraient en autant de familles (phase d'un transformisme prudent).

Plus tard, dans *l'Histoire des Oiseaux*, il prétend que la succession du temps a mis au jour des moyens de variété, de perfection, d'altération ou de dégénération.

Puis enfin la troisième phase le ramène vers *son fixisme initial* « les espèces nobles sont constantes » les « molécules organiques indestructibles survivront toujours ». « La nature admet les composés les plus disparates pourvu que dans les rapports résultant de leur organisation ils puissent subsister et se reproduire ». « Tout ce qui peut être est ».

Continuateur d'Aristote, Buffon insiste sur l'unité de l'œuvre naturelle, sur les liens, les connexions, l'enchaînement des créatures vivantes, il parle de la « *Chaîne du grand ordre des êtres* ». « Changez des animaux de climat et de nourriture et leurs caractères se transformeront ». Influence thermique chez l'homme (Influences très lentes). Il admet ce que nous appelons « l'hérédité de l'origine » ; « un être modifié par les circonstances engendre des produits légèrement modifiés ».

Pour Erasme Darwin (le grand-père de Ch. D.) (1731-1802) « tous les êtres vivants se forment à partir d'un simple filament vivant sécrété du sang paternel qui a été le principe de toute vie organique ». Il a recouru pour l'explication de l'adaptation des structures organiques à « *l'action modifiante des mouvements et des efforts* ».

Après lui Kant (1724-1804), Herder (1744-1804), Kulmayer (1765-1844), Treviranus (1776-1837), Delaméthérie (1743-1817), Cabanis (1757-1808), Lacépède (1757-1825) avancent aussi des idées vaguement transformistes et insistent sur « *l'efficace lenteur du travail naturel* ».

C'est vraiment à Lamarck (précepteur du fils de Buffon) que revient l'honneur d'avoir forcé l'attention des savants sur le problème de *l'origine des espèces*. La vie, pour lui, débuta sur la terre par « *génération spontanée* ». Le simple pouvoir de la vie aurait suscité tous les organes sans qu'aucune cause modifiante ne puisse les anéantir : ceci pour les facultés constantes : respiration, digestion.

Pour les facultés d'importance inférieure, quelques causes peuvent les modifier (influence des circonstances) pattes, mandibules, etc. (Rechercher à ce propos au mot « *Facultés* » dans le Dictionnaire d'Histoire Naturelle ses propres théories).

« Le besoin crée l'organe » : on s'adapte aux circonstances » (tel l'animal des plaines dans une ménagerie).

Pour que le globe ne fut envahi, les petites espèces devaient disparaître, d'où « *combat pour la vie* ».

Il n'eut pas de succès à son époque, Cuvier lui-même lui tint rigueur en lui reprochant d'avoir « mêlé à la science des conceptions nuageuses fondées sur des bases imaginaires ». (Nous devons savoir que Cuvier fut le grand dogmatiste de la *fixité*.)

Par contre Geoffroy Saint-Hilaire (1772-1844) relègue à un second plan le rôle des habitudes dans la transformation des espèces. Les changements organiques sont dus à une asphyxie lente (diminution de l'oxygène du fait de l'absorption vitale). C'est lui qui devint l'instaurateur de la *tératogénie* (Science des monstres) (en secouant ou en perforant des œufs de poule, il arrive à faire naître des poussins monstrueux).

Petit à petit l'idée transformiste fait sourdement son chemin et sera soutenue encore par Dutrochet précurseur de la théorie cellulaire. Riedemann formule « *l'argument embryologique du transformisme* » tous les êtres vivants commencent l'existence d'une façon très simple et n'atteignent que progressivement à leur complexité ». Argument formulé aussi dans la « Création » de Boucher de Perthes ; puis encore Lyell (1797-1875), Chambers (1802-1871), Owen Spencer (Leader 1852) le milieu agit lentement mais sûrement. Schopenhauer soutient la transformation brusque des espèces. La force vitale s'accumule dans un couple d'animaux favorisés par des influences telleriennes ou astrales. Ce couple engendre une espèce et non un individu. Pourquoi ne pas admettre qu'une nouvelle espèce se produit lorsque l'évolution fœtale dépasse d'un degré la forme parentale ? (Le fœtus revêt les différentes formes des classes inférieures avant de prendre la sienne.)

Ce n'est que Charles Darwin qui impose vraiment au monde intellectuel *l'idée transformiste*. C'est lui qui le premier eut l'idée de faire jaillir le concept de la *sélection naturelle*. « La nature choisit le plus apte et le meilleur ».

1° toutes les espèces vivantes manifestent une variabilité incessante ;

2° les êtres se reproduisent avec une abondance excessive, seuls ceux présentant les caractères avantageux survivront (reprise de la théorie de Malthus). C'est par ce procédé de sélection que les êtres ont évolué en s'adaptant toujours plus à leurs conditions de vie.

C'est sur son inévitable corollaire « l'origine animale de l'homme » que les controverses allumèrent le plus de passion (« L'origine des espèces » est traduit même en hébreu).

En France Flourens, Elie de Beaumont se montrent hostiles. Naudin, Broca, etc., deviennent transformistes. Edgar Quinet aussi, Renan recherche le secret de la formation des espèces dans leur morphologie. Rien n'est stable dans la Nature. « Un jour viendra où on étudiera comment la faune est arrivée à l'état où nous la voyons au lieu de décrire la faune existante et c'est pourquoi je trouve que les hypothèses de Darwin sont dans la voie de la grande explication du monde et de la vraie philosophie ». (Lettre à Berthelot en 1863.)

A partir de 1880, la doctrine transformiste est acceptée en général : l'anatomie, la zoologie, l'embryologie, la paléontologie vont fournir chacune ses arguments. Les querelles ne porteront plus que sur le *processus évolutif*.

Les savants seront à la fois lamarckiens et darwiniens. Darwin lui-même regrette de ne pas avoir tenu compte de l'action du milieu, du climat indépendamment de la sélection naturelle (lettre à Moritz Wagner).

Certains professeront encore les « *variations brusques* », mais il semble pourtant que le darwinisme reste la théorie adoptée jusqu'au moment où le naturaliste allemand *Weissmann* (1883) prononce un discours qui va changer les choses de face. Deux lignées composent les cellules qui composent tout organisme : *le soma* (qui compose le corps), *le germen* (la propagation de l'espèce) ; ce dernier produisant *un soma* et *un nouveau germen* (conception qui tend à ruiner la thèse de l'hérédité acquise). Si le *soma* ne forme point le *germen*, si ce dernier dérive du *germen* qui le précède, comment admettre que des modifications intéressant *le soma* puissent s'inscrire dans le *germen* pour devenir héréditaires ?

Le *germen* offre une structure complexe : la substance héréditaire ou « idioplasme » est constituée par une foule de « déterminants » ou « particules » qui détermine un caractère à l'intérieur de chaque germe, lutte alimentaire qui fera sortir le plus fort en vainqueur.

Spencer qui voit dans *l'hérédité acquise* la condition *sine qua non* mène une campagne contre lui. Les idées lamarckiennes perdent de leur crédit malgré les expériences de Brown-Séquard sur l'hérédité de l'épilepsie et des mutilations.

Le *néo-darwinisme* va connaître aussi à son tour de rudes assauts, on conteste de plus en plus l'omnipotence de la sélection naturelle.

A ce moment deux botanistes Alexis Jordan et Ludwig Johannsen luttent contre le transformisme. Partant d'une plante unique ils réussissent à en isoler plusieurs dizaines de lignées distinctes. Si ces recherches sont exactes, il en ressort que les biologistes en affirmant la transformation

des espèces commettent la même erreur que les anciens chimistes en affirmant la transmutation des corps. N'est-il pas plus plausible de conjecturer que les petites espèces procèdent d'un type unique ?

Apparaît le célèbre botaniste hollandais DE VRIES qui reprend la question des espèces jordaniennes et va commencer à employer des méthodes de laboratoire (pour lui, c'est le jardin).

Il transplanta une plante de la famille des fuschias (l'œnothéra, découvert par Lamarck) qu'il avait remarquée dans un champ inculte : les plantes étaient défendues contre les insectes, fécondées par leur propre pollen, les graines recueillies et semées séparément. La première génération fut parfaitement typique, mais à la septième on observa 800 plantes *mutantes* dues à de brusques changements dans les cellules reproductrices. Le *mutationnisme* gagne alors avec DE VRIES. Dans tous les pays les biologistes seront de plus en plus nombreux pour rapporter l'évolution ou processus qui d'une petite espèce en tire une autre. *Le mutationnisme* issu des travaux de DE VRIES n'est qu'un darwinisme où la notion de variabilité faible, continuelle, ubiquitaire, a cédé la place à celle de variabilité forte, intermittente et individuelle.

C'est en 1900 que DE VRIES, CORRENS, TSCHERMAK découvrent les lois de *l'hybridation* (elles avaient déjà été révélées en 1865 par un moine tchèque MENDEL qu'on avait méconnu et qui tient actuellement une grande place dans l'histoire de la biologie). Ces lois de « *l'hérédité* » gouvernent alors tout ce qui se reproduit sexuellement. *Les* « *atomes héréditaires* », « *les facteurs* » constituent par leur assemblage ces structures bacilliformes que depuis FLEMMING on connaît au noyau de toutes les cellules sous le nom de « *chromosomes* ». Cette théorie *chromosomique* se développera à la suite des travaux de l'Américain THOMAS MORGAN (mutations de la prosophile). Le problème de la mutation est devenu « *un problème cellulaire* » (Gates). La notion de mutation s'étendra à tout changement, soit qualitatif, soit quantitatif, qui s'effectue dans la *substance chromosomique*.

La mutation s'est révélée comme un phénomène général de la nature vivante, se produisant à tout instant, avec une fréquence à peu près constante pour une même forme et un même facteur. La grande sélection s'opère chez les embryons (dans l'ontogenèse, dit Cuénot). Contrairement à tout ce qui a été dit par les lamarckiens et darwiniens les vivants sont loin d'être des chefs-d'œuvre (animaux à pattes trop longues, becs incommodes, etc., etc.).

Pour les *mutationnistes modernes* « le hasard et la mort » sont les grands artisans du monde vivant. N'ont-ils pas le tort d'escamoter le problème de l'adaptation ? Les êtres vivants sont des « machines merveilleuses de précision, de souplesse et d'opportunité » (Caullery). L'étonnante perfection mécanique de tous les petits détails de structure interdit de penser qu'ils aient pu apparaître d'emblée par le hasard d'une mutation. La nature est-elle proprement elle dans le n'importe quoi ou le calculé ?

« Le monde organisé, disait SCHOPENHAUER, n'est ni l'œuvre d'un pur hasard, qui l'aurait rassemblé arbitrairement comme un jeu de forces physiques ou chimiques, ni une œuvre d'art habilement créée à la lumière de la connaissance, à la suite de la réflexion et du calcul ».

En 1906-1907, LOEB, BLARINGHEM essayent d'obtenir expérimentalement des mutations. MORGAN soumet la drosophile à toutes sortes d'agents physiques et chimiques mais il ne parvient pas à susciter des mutations. *En* 1911, il trouve un *mutant* dans la descendance de mouches traitées au *radium*, mais sur une grande échelle l'expérience renouvelée ne lui donne que des résultats négatifs. De même avec les rayons X.

En 1926, Harrison et Garret sur des chenilles, font apparaître des mutations mélaniques par l'addition de sels de plomb à la nourriture.

Par contre, MULLER *en* 1927, par l'usage des rayons X, obtient une quantité imposante de mutations.

Les rayons bêta et gamma du radium (Hanson et Stadler) sont aussi actifs que les rayons X : l'effet mutatif semble dépendre des électrons libérés. Les mutations naturelles ne seraient-elles pas dues à la radiation ? radiations telluriennes ou cosmiques (émanées des nébuleuses, dit on) et qui sont plus pénétrantes que les rayons X puisqu'elles nous transpercent sans relâche, faisant éclater en nous à chaque seconde plusieurs milliers d'atomes.

Ces radiations cosmiques furent plus intenses dans le passé que maintenant (d'après les partisans de l'action évolutive des radiations) où leur affaiblissement est dû à la faible variabilité de la vie à l'époque présente.

GEOFFROY SAINT-HILAIRE, CAMILLE DARESTE (1867) se flattaient de faire apparaître de nouvelles races animales par l'usage des procédés qui produisent les monstres.

« Je ne doute pas, *disait* DARESTE, que les progrès de la science ne nous donnent un jour des procédés qui agiraient sur l'élément mâle ou l'élément femelle ».

RENAN, CLAUDE BERNARD croyaient à la possibilité de produire expérimentalement des formes nouvelles.

Grâce à Muller, le transformisme expérimental est-il réalisé ? Il nous dit : « Je parviens par le moyen de l'art, à produire des mouches naines, des mouches à ailes courtes, des mouches sans poils, des mouches à yeux blancs ». Jusqu'à présent la substance héréditaire paraît résister à l'influence des radiations.

Malgré cela des divergences existent sur le déterminisme de la mutation naturelle.

Pour certains, elle relève de causes intrinsèques sans que le milieu n'influence la substance héréditaire ; pour d'autres, influence brusque des circonstances externes, pour d'autres influence lente ; ROWER, LABBÉ tentent d'expliquer la genèse des espèces par le moyen de variations germinales intéressant toute la cellule. Variations en rapport direct avec les conditions externes influençant les éléments reproducteurs avant et pendant la *mutation* (ROWER). LABBÉ les rattache à des modifications chimiques du milieu : variations d'acidité.

Pour CUNNINGHAM, *mutations classiques* et *lamarckiennes* (apparition de tous les caractères adaptatifs).

Pour GUYÉNOT, *mutations chromosomiques* (petites variations) *et mutations cytoplasmiques* (grosses variations) ce qui soulèverait alors encore la question des mutations limitées au sexe féminin.

ETIENNE RABAUD, adaptation organique dérivée de l'élimination des variations incompatibles avec l'existence.

Parmi les théories spéculatives nous retiendrons celle de l'ologenèse qui appartient à Daniel Rosa. L'évolution s'est accomplie uniquement par l'effet des causes internes. La complication graduelle du patrimoine héréditaire entraîne automatiquement et périodiquement le dédoublement de l'espèce en deux espèces filles différentes l'une de l'autre, et différentes de l'espèce mère. Chaque espèce fille se dédouble à son tour et ainsi de suite. C'est en somme appliqué à la phylogenèse le processus même de la division cellulaire. Il est impossible, dit Rosa, que se produise une espèce en qui l'adaptation interne fasse défaut.

Quelle conclusion adopter après avoir exploré toutes ces théories différentes ? que penser du processus évolutif ?

Pour Cournot, l'ère des créations organiques est close, les espèces consolidées ont perdu leur flexibilité.

Que pouvaient être ces variations évolutives d'autrefois, actuellement absentes de notre nature ? Toutes les hypothèses sont permises, scientifiques et philosophiques. Pour expliquer le phénomène de l'évolution ne faudrait-il recourir à une interprétation métaphysique telle que l'élan vital de Bergson ?

Renonçons, dit J. ROSTAND, à l'idée séduisante d'une évolution indéfinie et n'adoptons pas l'idée téméraire de LANGEVIN qui prétend que nos descendants donneront naissance à des êtres qui seront par rapport à nous, aussi intelligents et aussi beaux que nous pouvons l'être par rapport aux formes protoplasmiques primitives (Conférence sur la science et la laïcité, février 1931).

C.-J. BEAUVOIS.


LORAGA

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er juillet 1932

Sur un cas de néphrose lipoïdique. — *MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et M. Laudat* rapportent l'observation d'une jeune femme de 24 ans qu'ils ont suivie depuis le début de son affection remontant à deux ans. Cette malade présente des œdèmes volumineux avec albuminurie importante, corps biréfringents dans les urines, tension artérielle normale, chiffre d'urée sanguine normal, baisse des protides avec inversion du quotient albumineux du sérum, hyperlipidémie avec hypercholestérolémie. Les modifications apparentes du corps thyroïde avec métabolisme de base diminué autorisent à penser qu'on se trouve en présence d'un cas de maladie humorale d'Epstein. Cependant, les cylindres granuleux et les hématies dans les urines, l'absence d'amélioration à la suite du régime hyperazoté et du traitement thyroïdien, l'action favorable de la déchloruration pendant un temps, l'augmentation des œdèmes sous l'influence de la chloruration, sont autant d'arguments venant témoigner qu'il ne s'agit pas de néphrose lipoïdique pure, maladie humorale, mais qu'il s'agit d'une affection rénale avec syndrome humoral particulier.

Cette observation est une des plus typiques qui aient été rapportées de néphrose lipoïdique chez l'adulte. Mais, même dans un tel cas, on s'aperçoit qu'il existe, dès le début en plus des signes humoraux, une atteinte rénale. Cette atteinte est des plus discrètes depuis deux ans que dure l'affection.

Syndrome pseudo-appendiculaire au cours d'une néphrite azotémique. — *MM. Pasteur Valery-Radot et M. Albeaux Fernet* rapportent l'observation d'un malade de 24 ans qui présenta un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec fièvre, simulant en tous points une appendicite aiguë. Il fut hospitalisé d'urgence dans un service de chirurgie pour y subir une intervention. L'examen clinique et les recherches de laboratoire décelèrent une néphrite azotémique avec acidose. Les hémorragies intestinales témoignèrent d'ulcérations siégeant vraisemblablement sur le cæcum ou la partie terminale de l'iléon.

Les auteurs montrent l'intérêt de ce syndrome pseudo-appendiculaire au cours d'une néphrite azotémique.

Un cas d'anémie myéloïde splénomégalique. — *M. Lequime.*

Infarctus rénal en pleine santé chez un homme de 61 ans. — *MM. Lemierre, Laudat et Laporte.*

Endocardite maligne aiguë à méningocoque A. — *MM. P. Melnotte et P. Fort* rapportent l'observation d'un malade présentant à l'entrée un syndrome d'endocardite maligne aiguë à localisation aortique.

Hemocultures d'abord négatives, puis positives à méningocoque A. Evolution rapide sans signes surajoutés en particulier aucun syndrome meningé. Sérothérapie tardive. Décès.

Granulie cancéreuse des poumons chez un tuberculeux opéré huit ans auparavant d'un cancer gastrique. — *MM. Costedoat et Codvelle* rappellent que la lymphangite cancereuse diffuse des poumons est un mode de généralisation des cancers gastriques dont on ne connaît que de rares observations. Le tableau clinique est le même que celui de la granulie bacillaire, mais l'évolution n'est pas fébrile et sur de bons clichés, les vaisseaux lymphatiques des deux poumons se dessinent sous forme d'un réseau à mailles très serrées et très visibles.

La confusion entre cet état et la granulie commune est à peu près inévitable, surtout lorsque, comme chez le malade dont MM. Costedoat et Codvelle présentent l'observation, les clichés radiographiques et les coupes histologiques, une tuberculose pulmonaire avait été identifiée avec certitude un an auparavant. Sur les coupes histologiques, le réseau lymphatique péribroncho-vasculaire était distendu par un torrent de cellules cancéreuses, les alvéoles étaient normales et on ne put trouver qu'un seul follicule tuberculeux, signature de la maladie antérieure. Peut-être cette dernière affection n'a-t-elle pas été étrangère à l'apparition et à la localisation si spéciale de la généralisation du cancer (linite plastique de la petite courbure de l'estomac) qui avait été opéré huit ans auparavant et n'avait nullement altéré la santé pendant ce long délai.

Scarlatine biotropique après injection de sels d'or. — *Codvelle et R. Sohier* rapportent l'observation d'un rhumatisant chronique qui, neuf jours après une injection de 0 gr. 10 cgr. de sels d'or, présenta une scarlatine typique authentifiée par le phénomène de Schultz-Charlton.

Le malade qui avait jusque-là, et malgré des contages répétés, paru immun contre la scarlatine, se trouvait au moment de l'apparition de l'éruption dans des conditions d'isolement qui rendent improbable l'éventualité d'une contamination récente.

L'injection de sels d'or semble avoir agi soit en exaltant le virus scarlatin latent soit en abaissant la résistance du sujet.

Les auteurs font remarquer en terminant que la notion de biotropisme, sans rien changer aux règles de prophylaxie anti-infectieuse, en exige le renforcement vis-à-vis de malades soumis à une cure chimiothérapique.

M. Coste a vu beaucoup d'accidents scarlatiniformes, mais jamais de scarlatine vraie. La toxicité des sels d'or varie selon les combinaisons et aussi selon les malades. Les tuberculeux pulmonaires font surtout des accidents toxiques, les dermatoses des accidents biotropiques. Il insiste sur certains accidents biotropiques observés chez les rhumatisants chroniques avec le solganal B.

Une observation de cérébellite syphilitique. — *MM. Coste et Bolgert* présentent un malade, âgé de 33 ans, qui était atteint d'un syndrome cérébelleux caractérisé par un nystagmus intense, de l'asynergie avec hypermétrie et dysmétrie et abolition des réflexes achiléens.

Aucun antécédent particulier, aucun signe clinique de syphilis nerveuse, pas de signe d'Argyll-Robertson en particulier mais le liquide céphalo-rachidien, outre albuminoses et lymphocytose, présentait un Bordet-Wassermann positif, de même que le sérum sanguin.

Réactions vestibulaires du type rappelant la sclérose en plaques.

Au cours de l'évolution apparaît une hémiparésie faciale gauche à type périphérique.

Ce malade, encore en observation, s'est amélioré au point de vue clinique très franchement sous l'action du traitement arsénobismuthique. Cependant, le liquide céphalo-rachidien n'est pas encore normal, et il convient de faire quelques réserves sur l'avenir éloigné du malade.

Cette observation assez rare de syphilis nerveuse localisée au cervelet est à rapprocher d'un cas assez analogue publié par M. Decourt il y a quelques mois à la même Société.

La kymographie. Son intérêt dans le diagnostic des anévrismes et des tumeurs qui les simulent. — *M. Aubertin.*

Un cas de maladie osseuse de Paget à détermination uniquement cranienne. — *MM. Schulmann et Meillaud* presentent une femme de 80 ans, dont les déformations osseuses portent uniquement sur les os du crâne, à l'exception du massif facial et de tous les os longs. L'épaississement cranien est considérable, et contraste avec l'exiguïté du massif facial. Les radiographies montrent un processus pagétique très intense et l'épaisseur de la voûte atteint de trois à cinq centimètres sur les clichés.

La malade est une ancienne syphilitique. L'étude du phosphore et du calcium sanguins ne fournit aucun renseignement utile, et l'interférométrie ne montre qu'un déficit global des glandes endocrines.

Les auteurs pensent que la maladie osseuse de Paget est souvent liée à la syphilis par un mécanisme indirect. Ils discutent le rôle du traumatisme dans le déclenchement et la localisation du syndrome, ainsi que la pathogénie de la surdité et de la chute des dents.

Suppuration pulmonaire, à type d'abcès putride d'emblée avec polynévrite traitée par injections intra-veineuses d'alcool à 33 %. Amélioration. — *MM. Laignel-Lavastine et P. George* présentent une malade de 39 ans, qui, entrée à l'hôpital de la Pitié pour une suppuration pulmonaire chronique datant de deux ans, à type d'abcès putride d'emblée, et pour une polynévrite des membres inférieurs, apparue un mois après le début des accidents pulmonaires, a été très améliorée par une série d'injections intra-veineuses d'alcool a 33 %. Sous l'influence de cette thérapeutique, l'expectoration très abondante et fétide, se tarissait presque complètement en même temps que s'amélioraient les signes physiques et radiologiques. Parallèlement s'améliorait la polynévrite et la malade, conti-

née au lit depuis deux ans, pouvait enfin marcher. Les auteurs discutent à ce propos, l'étiologie toxi-infectieuse à point de départ pulmonaire, de certaines polynévrites qu'on peut observer au cours de suppurations pulmonaires, et insistent sur l'heureuse influence des injections intra-veineuses d'alcool à 33 % dans le traitement de ces manifestations suppuratives pulmonaires.

M. Sergent n'a obtenu par cette méthode que des cédations suivies de récidive. Seule l'intervention chirurgicale est sûrement curative dans ces formes.

M. Rist a obtenu des succès par ces injections qu'il est légitime d'employer en attendant le délai qui doit toujours précéder l'intervention.

M. May rappelle les beaux résultats qu'il a obtenus avec l'aspiration bronchoscopique et dont l'un date déjà de quatre ans.

Syndrome cérébelleux au cours d'une diphtérie. — *MM. Hutinel et Albeaux Fernet.*

Zona et varicelle. — *M. Huber.*

Michelle VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Un nouvel antiseptique cytophylactique dans le traitement des plaies infectées

M. M. H.-L. Rocher et A. Laporte (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 25 juin 1931) emploient depuis deux ans un liquide antiseptique à base d'hypochlorite de soude obtenu par électrolyse des divers chlorures et de sels tampons ; cette solution contient une certaine quantité d'ozone et est rigoureusement neutre. Sa préparation ne demande que quelques minutes et est faite à proximité du lit du malade ou de la table d'opération ; la solution s'emploie de préférence à chaud, le courant d'électrolyse ayant pour effet passager de monter la température de la solution de départ à 37,° d'où l'absence de choc histologique.

Le pouvoir bactéricide de la solution est 5 fois moindre que celui de la solution de Dakin, ce qui s'explique par sa moindre teneur en hypochlorite : cette faible teneur d'éléments oxydants par unité de volume sera compensée par l'emploi d'un volume total d'antiseptique en excès, grâce au procédé de l'irrigation abondante ou du bain.

Cette faible teneur en substances chimiques explique pourquoi elle est dépourvue de toute action nocive sur les tissus et les cellules.

Enfin la pression osmotique, équivalant à celle du sérum sanguin, légitime le terme de cytophylactique de cette solution antiseptique ainsi préparée.

Les auteurs indiquent quatre modes d'applications :

1° Irrigation discontinue ou continue ; 2° bain électrolytique ; 3° Pansement humide simple renouvelé ; 4° Pulvérisation.

Les plaies traitées au moyen de ce nouvel antiseptique se sont cicatrisées rapidement. Rapidité de la cicatrisation, innocuité de la solution pour les tissus du fait de son isotonie et de sa neutralité, facilité et extemporanéité de sa préparation, tels sont les avantages de ce nouvel antiseptique.

Paralysie du deltoïde consécutive à un zona de la partie supérieure de l'hémithorax droit

M. A. Cade (*S. M des Hôp. de Lyon*. 30 juin 1931) présente un cas de paralysie du deltoïde droit consécutive à un zona de la partie supérieure de l'hémithorax du même côté. Cette paralysie s'accompagne d'amyotrophie et de troubles de la réflectivité dans le territoire de la racine intéressée. Le déficit moteur ne siège pas exactement dans le même territoire que l'éruption zostérienne. Semblable fait ne peut être interprété que par l'atteinte de la corne antérieure par le processus zonateux.

La deuxième observation, rapportée par M. Puig, concerne un enfant de deux ans et demi qui présente le 25 juillet un zona intercostal gauche (2e et 3e espaces) suivi d'une abondante éruption zonateuse dans le territoire des deuxième et troisième racines et des anastomoses brachiales. Quinze jours après la période de pleine efflorescence du zona, la plus jeune sœur de l'enfant (qui n'avait pas été isolée) présente une varicelle typique. Cette observation constitue un fait de plus à l'appui de la thèse de ceux qui pensent qu'il y a une parenté certaine entre zona et varicelle.

Le traitement du tétanos par la sérothérapie associée à l'anesthésie générale. Relation de deux échecs.

M. L. Langeron (Société médicale des Hôpitaux de Lyon, 9 juin 1931) rapporte deux observations cliniques de tétanos graves, l'un probablement post-abortum, l'autre consécutif à une blessure profonde du pouce, traités par la méthode de Dufour, anesthésie générale au chloroforme et sérothérapie simultanée intra-rachidienne et intra-musculaire.

Ces deux observations montrent, par l'échec observé, que cette méthode peut rester inefficace malgré la précocité de la thérapeutique et l'injection de doses suffisantes de sérum ; ces échecs, qui n'enlèvent d'ailleurs rien à l'intérêt de ce procédé, dont l'efficacité fréquente est démontrée par de nombreuses observations et s'appuie sur des notions expérimentales précises, doivent cependant être connus et retenus pour en permettre l'appréciation générale.

Morbidité et mortalité par infection puerpérale à la suite d'accouchements entièrement spontanés

E. Esparrac (*Thèse de Lyon*, 1931), étudiant la morbidité et la mortalité par infection puerpérale à la suite d'accouchements entièrement spontanés, apporte une statistique portant sur 3.643 accouchements de cette catégorie.

Le taux de la morbidité s'élève à 11 %, y compris les infections d'origine mammaire.

En faisant abstraction des infections puerpérales ayant pour origine une complication du côté des sens au cours de la période des suites de couches, le pourcentage de morbidité se réduit à 7,1 %. Le taux de la mortalité par infection puerpérale vraie dans de tels cas s'élève à un peu moins de 1 pour 1000, soit exactement 0,08 %, taux inférieur à celui obtenu en réunissant tous les cas de mort dans les suites de couches, à la suite d'une maladie caractérisée et indépendante de toute infection puerpérale (granulie, éclampsie, etc., et qui atteint presque le chiffre de 2 pour 1000.

A. Rolland (*Thèse de Lyon*, 1931), étudiant la morbidité et la mortalité par infection puerpérale chez les femmes ayant subi une intervention au cours du travail (à l'exclusion de toute intervention au cours de la période de délivrance), arrive à un pourcentage de morbidité de 23 %, la statistique portant sur 427 observations et les infections mammaires étant comprises.

En éliminant les infections d'origine mammaire le taux de morbidité se réduit à 20 %. L'auteur n'a relevé qu'un seul cas de mort par infection puerpérale, soit une mortalité de 2 pour 1000 environ.

Traitement de l'énurésie nocturne

M. Jules Comby, *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 22 avril 1932 :

Je ne crois pas à l'indication ni à l'efficacité habituelle du traitement spécifique ; mais je n'en condamne pas l'emploi ; il peut être indiqué à titre exceptionnel. Dans presque tous les cas, je m'en tiens au traitement que je vais formuler :

1° S'abstenir de vin et autre boisson fermentée ou distillée, de thé et café noir, d'aliments faisandés, acides, épices, de sauces grasses et fortes. Régime plus végétarien que carné, manger lentement, bien mastiquer, boire peu (un gobelet d'eau de 150 à 200 grammes à la fin du repas) ; le soir, repas sec ;

2° Vie au grand air sans fatigue physique, loin du bruit et de la foule ; pas d'excitation par les jeux en commun avec d'autres enfants, par les soirées et les spectacles. Vie calme, séjour à la campagne, pas de surmenage physique ni cérébral ;

3° Hydrothérapie chaude ou froide suivant l'intensité des cas : douche chaude quotidienne sans pression, verser sur le corps quelques litres d'eau à 37°-38° le matin ou le soir ; au besoin drap mouillé pendant une demi-heure matin et soir (drap trempé dans l'eau froide, essoré, étalé sur une couverture de laine, le tout enroulé autour du corps) ;

4° Frictions sèches matin et soir avec une lanière de crins actionnée par l'enfant ; s'il n'est pas en âge de s'en servir, frictions au gant de laine ou de crins par la mère, par la nurse ;

5° Solution de Joulie (acide phosphorique) d'un maniement facile et d'une réelle efficacité (Jeanbrau, A. Zuber et moi-même) :

Acide phosphorique médicinal...	17 grammes
Phosphate de soude............	34 grammes
Eau........................	250 grammes

A prendre trois fois par jour, par cuillerées à café, à dessert ou à soupe suivant l'âge ;

6° En cas d'échec, V gouttes le soir, au coucher, dans un peu d'eau, de la solution suivante :

Sulfate neutre d'atropine...... un centigramme
Eau distillée bouillie......... 10 grammes

Augmenter de I goutte par jour jusqu'à X, XV, XX suivant l'âge ; s'arrêter en cas d'intolérance (mydriase et vue trouble, rougeur vive des pommettes, strangurie). Si l'énurésie est diurne et nocturne, on donne le remède en trois fois dans la journée.

A ces deux médicaments on pourrait ajouter l'antipyre, la strychnine et les sumacs qui comptent aussi des succès à leur actif. Mais il faut se borner.

Une complication rare des quintes de coqueluche : l'invagination intestinale aiguë

L'invagination intestinale aiguë ne figure pas parmi les complications habituelles de la coqueluche. L'influence des efforts de toux quinteuse a été cependant signalée par quelques auteurs comme une cause susceptible de déterminer l'intussusception.

MM. Ferru, Lussault et Perrochon, de Poitiers, viennent de rapporter à la *Société de Pédiatrie* (20 avril 1932) le cas d'un nourrisson de cinq mois qui, au quinzième jour environ d'une coqueluche de moyenne intensité, fit une invagination intestinale aiguë typique.

Ces auteurs ont eu recours au lavement baryté, qui, administré à la vingt-huitième heure, a réalisé la désinvagination, résultat particulièrement appréciable chez ce nourrisson atteint de coqueluche, à qui furent ainsi épargnés les risques d'une anesthésie générale et d'une intervention.

Ils soulignent, à cette occasion, la valeur diagnostique et thérapeutique de la méthode du lavement sous pression, rénovée, transformée par le contrôle des rayons X qui en a supprimé les dangers, à condition de respecter certains principes fondamentaux, de vérifier la réduction par un deuxième lavement, ou même par une laparotomie, s'il y a le moindre doute dans l'interprétation de l'image radiologique.

Syphilome broncho-pulmonaire

M. Ch. Roubier rapporte, (*Journal de médecine de Lyon*, 20 octobre 1931) l'observation d'un malade chez lequel les données de la clinique et du laboratoire l'ont autorisé à porter le diagnostic de syphilome broncho-pulmonaire, diagnostic de grande probabilité dit l'auteur, mais non de certitude absolue en l'absence de constatations anatomiques.

Il s'agissait d'un ancien syphilitique, présentant tous les symptômes fonctionnels et généraux de la tuberculose avancée, et chez lequel, alors que l'auscultation restait à peu près négative, l'examen radioscopique fit découvrir, au niveau de la région hiliaire inférieure droite, une zone opaque assez étendue à contours vaguement arrondis, laquelle pouvait faire penser à un cancer du hile du poumon.

Un traitement mercurio-arsenical intensif amena une véritable résurrection : l'amélioration fut immédiate, les troubles fonctionnels et généraux s'amendèrent rapidement et complètement, comme dans les vieilles observations de phtisie vénérienne guérie par le traitement. Mais les modifications de l'image radiologique furent plus lentes à se produire et n'aboutirent qu'à une régression partielle de la zone opaque, non à sa disparition complète.

M. Roubier a trouvé quelques observations analogues à la sienne, dans lesquelles la lésion syphilitique du poumon fut une découverte de la radioscopie. Le syphilome broncho-pulmonaire paraît plus fréquent à droite ; son siège d'élection est la région hilaire, ou l'angle inféro-interne de l'hémithorax droit. Quant à la forme de l'image elle est très variable (soit vaguement arrondie ou ovalaire, soit polycyclique, soit triangulaire à base médiastine, etc...) et on ne saurait décrire un syndrome radiologique propre à la syphilis tertiaire du poumon.

L'examen à l'écran permettra de suivre l'évolution de la lésion sous l'influence du traitement, et d'assister soit à sa disparition complète si elle est récente, soit seulement à sa rétrocession lente et partielle si elle est de date plus ancienne.

(Ch. Roubier. Syphilome broncho-pulmonaire, considérations cliniques et radiologiques. *Journal de médecine de Lyon*, 20 octobre 1931).

Peut-on forcer un ouvrier atteint de hernie à subir la cure radicale ?

M. Leclerc (*S. de M. légale de France*, 11 avril 1932) estime que, malgré le risque grave de l'étranglement herniaire auquel s'expose le malade qui refuse l'intervention, on ne peut imposer l'opération de la cure radicale de hernie : 1° parce que cette opération ne peut être déclarée absolument sans danger ; 2° parce qu'on ne peut affirmer qu'elle assure une guérison définitive.



Echos et Glanures

« Je m'en vois escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le cas Gorguloff et la graphologie. — *Tel est le titre d'un article paru dans le* MERCURE DE FRANCE (15 juin 1932) *sous la signature de MM. J. Liaux et Edouard de Rougemont, En voici un extrait :*

... Cherchons les dominantes de l'écriture envisagée. Selon le précepte de Crépieux-Jamin, situons d'abord le personnage dans son milieu : l'écriture est-elle *inorganisée, organisée* ou *désorganisée* ?

L'écriture inorganisée est celle des enfants et des ignorants. Ce n'est pas le cas de l'écriture de Gorguloff. Son écriture est organisée. « Une écriture, est-il dit à la page 53 de l'A. B. C. de *la graphologie*, est organisée lorsqu'elle est tracée couramment et correctement ». Non seulement cette écriture est courante et correcte, mais elle est assez bien ordonnée et tracée, même avec un certain art, dans quelques-uns de ses détails.

... Nous ne pouvons cependant pas aller jusqu'à dire que cette écriture est combinée, autrement dit que « ses formes, plus ou moins liées et simplifiées, s'agencent bien », ce qui, pour Crépieux-Jamin, est le signe qualitatif par excellence de l'intelligence.

Sans doute dans ce graphisme, l'agencement est bon, les jambages sont liés, mais les liaisons n'ont rien d'original et il n'y a pas de ces simplifications de tracés tendant à « abréger, unir associer les éléments de l'écriture, pour en faire un instrument aussi avantageux que possible, en vue d'inscrire la pensée ». Cependant, on relève quelques groupements de lettres bien agencées, tendant à faciliter la vitesse du tracé. Donc supériorité intellectuelle relative et nous sommes loin de ces appréciations répandues dans la presse, au lendemain de l'attentat, tendant à représenter le personnage comme inculte, fruste et incapable d'avoir poursuivi les études supérieures conduisant au diplôme de Docteur en médecine.

... La graphologie, dans l'état actuel de cette science et à supposer même que nous eussions les documents nécessaires, ne nous permet pas de nous prononcer quant à la responsabilité de Gorguloff, disent MM. J. Liaux et Edouard de Rougemont.

Elle nous le montre comme un homme indiscutablement cultivé, dont l'esprit est clair, attentif et actif, mais dont les tendances sont mal coordonnées, provoquant des impulsions contradictoires et créant un état d'exaltation parfois très violent voisinant avec des mouvements de dépression et de révolte.

C'est un caractère taciturne, méfiant, extrêmement orgueilleux, susceptible, vindicatif et égoïste.

Les débuts de Pinel. — *De M. Henri Coupin* (La Nature, 1er juin 1932. LES VIEUX SAVANTS QUAND ILS ÉTAIENT JEUNES.)

Pinel était né dans le petit bourg de Saint-André-d'Alayssac, près de Castres (Tarn). Son père était chirurgien. Il reçut sa première instruction dans la maison paternelle et ne put être envoyé qu'à l'âge de dix-sept ans à Toulouse pour y continuer ses études. Comme ses parents n'étaient pas riches, il se vit obligé pour subsister de donner des répétitions de mathématiques et de composer des thèses pour les étudiants plus à leur aise et moins laborieux que lui. Dans la thèse que lui-même soutint en philosophie, on trouve le germe des idées qui le dirigèrent dans le reste de ses travaux : elle traitait « de la rectitude que l'étude des mathématiques imprime au jugement dans son application aux sciences ». Cependant comme les frais de réception étaient assez considérables, ce ne fut qu'en 1773, à l'âge de 29 ans, qu'il pût obtenir le titre de docteur en médecine. Il se rendit alors à Montpellier et s'y établit espérant que, dans une ville dont la réputation médicale attirait de toute l'Europe un si grand concours de malades, il pourrait trouver quelque pratique ; mais deux causes s'opposaient à ce qu'il obtint du succès : sa timidité et son peu d'assurance d'une part, et de l'autre la réputation qu'il s'était faite comme géomètre. Faute de malade, il avait continué d'instruire des élèves et, en même temps, approfondissait, pour lui-même, les parties les plus élevées des mathé-

matiques, dans l'intention de les appliquer à la physiologie.

Le célèbre ouvrage de Borelli sur la mécanique des anormaux faisait le sujet principal de ses méditations.

Il cherchait à y porter les lumières de l'analyse moderne dont il possédait toutes les ressources ; on le savait dans le public et celui-ci regardait comme impossible qu'un homme si fortement occupé de sciences abstraites devînt jamais un bon médecin. Pinel se figura qu'à Paris, où les sciences brillent de tant d'éclat, on n'aurait pas les mêmes préjugés et il y vint en 1777.

Le médecin dominical et l'accidenté. — *De* L'ŒUVRE, (22 juin 1932).

Un des petits problèmes de la route dangereuse du dimanche. L'automobiliste est parti, imprudent, pour atteindre la forêt fleurie et les vitesses vertigineuses.

Il a dû s'arrêter, devant un arbre, contre un mur, au fond d'un fossé, parce que sa voiture n'était pas un tank. Il s'est blessé ; il a blessé les siens.

Alors, au village voisin, des automobilistes complaisants alertent un médecin proche.

Parfois, il vient, déploie sa trousse, pince, coud et panse.

Parfois la victime est assez lucide pour songer qu'il y a là, en plus d'un geste d'humanité, un acte médical, et que le praticien, même le dimanche, a droit aux honoraires.

Mais souvent aussi, on transporte à la clinique, à l'hôpital, la victime dominicale, et le médecin en est pour ses frais de gaze, d'ouate, de teinture d'iode et d'eau oxygénée.

Les médecins du bord de la route protestent.

Il en est qui résolvent la question en prenant, le dimanche, un congé auquel ils ont droit comme tout le monde. Mais l'automobiliste imprudent se blesse même en semaine.

Il en est qui refusent, de se déranger pour soigner les blessés de la route. Et tout le monde leur donne tort.

Est-il juste, toutefois, que le médecin n'ait pratiquement pas de recours contre le blessé ambulant auquel il donne ses soins ? Non, n'est-ce pas.

On voudrait à ce sujet qu'une réglementation intervînt, qui fixerait, par exemple, un tour de garde pour les médecins, un tarif des interventions, et donnerait aux communes le droit, les moyens et le pouvoir de régler les honoraires du médecin, et de les recouvrer auprès de la victime, de la compagnie d'assurance ou du coupable.

Anatole France et le bismuth. Une anecdote. — *On lit dans Aux Ecoutes* :

On vendait dernièrement, à l'Hôtel Drouot, une lettre autographe de Courteline adressée à Anatole France. Le père de Boubouroche signalait ironiquement au maître cette phrase du *Mannequin d'Osier* : « Les deux vieux camarades faisaient leur partie de manille... », et Courteline proteste : « Eh bien ! la manille, comme le whist, ne se joue pas à deux... Je ne pousserai pas l'intolérance jusqu'à prétendre que votre *Histoire contemporaine* est dès lors condamnée à un oubli prochain et qu'il convient de la livrer, comme entachée de frivolité, d'insenséisme et d'extravagance, au mépris et aux huées de la foule... » Courteline trouve cette erreur bien incompatible avec la « scrupuleuse prudence du professeur Bergeret ».

Et ce n'est pas tout. Il cite encore une semblable erreur dans *La Terre*, de Zola, « faisant crier : Atout et atout ! à Bécu et à Jésus-Christ, jouant à un jeu — le piquet — où il n'y en a pas. »

La réponse d'Anatole France ne se fit pas attendre et nous la croyons tout à fait inconnue, de M. J.-J. Brousson lui-même.

Le maître confessa humblement sa totale incompétence en matière de jeux de cartes, faisant observer qu'elle n'avait d'égale que celle de Courteline en choses pharmaceutiques et médicales.

« Reprenant la lecture amusante des *Gaietés de l'Escadron*, lui dit-il en substance, je lis dans le conte intitulé *Nouveau malade* que le cavalier Vergisson, tireur au flanc, dans le but de filer d'heureux jours à l'hôpital militaire, s'est fait porter malade pour cause de dysenterie. Mais, il n'est pas très tranquille sur le sort que le major de l'hôpital réservera à ses déclarations ; son camarade Laigrepin, pour lui faire une bonne

blague, lui indique, contre une tournée générale à la cantine, le moyen d'avoir une dysenterie persistante et lui fait absorber douze paquets de bismuth. Vergisson rentre à l'hôpital et, malgré les efforts les plus méritants, ne peut vaincre une irréductible constipation.

« Voilà, dit Anatole France à Courteline, voilà où votre science médicale pèche par la base ; sachez, mon cher confrère, que le bismuth pris à forte dose constitue un laxatif des plus énergique. A la grande confusion de son camarade Laigrepin, le cavalier Vergisson aurait dû être soigné pour une réelle dysenterie. Vous le voyez, tout le monde peut se tromper, je vous renvoie la balle. »

Histoire vraie. — *L'Informateur médical* :

Une petite histoire privée à ajouter aux autres et qui a sur celles-ci le mérite d'une rigoureuse authenticité !

Un de nos jeunes médecins, aussi avantageusement connu comme gynécologue que comme transfuseur, est appelé auprès d'une brave israélite saignée à blanc par un placenta previa. Bien qu'en plein jour la transfusion dut être effectuée à la lumière, en raison de l'obscurité du local.

Sous l'influence du sang infusé, la malade, qui était dans le coma, reprend lentement ses esprits et ses premiers mots sont les suivants : « Allons bon ! qui a encore laissé l'électricité allumée ? »

Les concours de médecine, jugés par Paul Valéry. — ... Est-ce que l'on vous fait toujours réciter des leçons devant une pendule ?

— Une pendule ?... Vous voulez dire un compteur ?

— Oui, une sorte de taximètre.

— C'est à l'internat. Et à l'externat.

— Alors, on compte la quantité de souvenirs par unité de temps ?

— De souvenirs... exacts et congrus.

— Rien que mémoire ?... Et le jugement ? La faculté d'observation ?

— A ce stade des études, on n'en a pas besoin.

— C'est juste.

— D'ailleurs... ces qualités, quoique non officiellement évoquées devant le jury, ne trouvent pas moins, tout autour de lui, un vaste champ d'application.

— En somme c'est comme à Longchamp. Tuyaux, entraîneurs, doping...

— Mais naturellement !... Et les résultats, en moyenne, ne sont pas du tout mauvais.

(Paul Valéry. L'idée fixe ou Deux hommes à la mer. Edité par les Laboratoires Martinet.)

« En biologie la curiosité est toujours féconde ; mais trop de chercheurs la supportent malaisément ; ils veulent à tout prix une certitude. La moindre flamme jaillie du laboratoire les attire : pour elle, ils délaissent tout et l'empirisme séculaire (que respectait Claude Bernard), et le bon sens et le cœur tel que l'entendait Pascal. Les yeux fixés sur un maigre feu expérimental, ils rétrécissent leur pensée à la mesure du pauvre cône de lumière qui les éclaire ; ils attendent l'absolu, la simplicité, de ce qui ne peut leur fournir que relativité et complexité ».

(Prof. Pierre Mauriac. Du danger des explications simplistes en biologie et en médecine. *La Presse Médicale*, 15 juin 1932.)

BIBLIOGRAPHIE

François Rabelais, par Jean Plattard, professeur à la Faculté des lettres de Poitiers. Un volume in-8° carré de 340 pages soigneusement imprimé sur papier pur alfa, illustré de planches en phototypie. Broché ; 36 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris-6e.

En cette année 1932, quatrième centenaire de la publication du *Pantagruel*, où en est notre connaissance de la vie et de l'œuvre de Rabelais ? Cette physionomie que, depuis quatre siècles, on a si souvent déclarée énigmatique, comment pouvons-nous nous la représenter aujourd'hui ? — Michelet regrettait qu'il fût impossible d'écrire une vie de Rabelais, en raison de la pénurie de documents authentiques dont l'historien disposait de son temps. Cette documentation s'est, de nos jours, sensiblement accrue. L'érudition a recueilli depuis un demi-siècle sur la famille de Rabelais, sur ses amis, sur le crédit dont jouissaient ses protecteurs, sur la formation de son esprit, sa culture, sur les circonstances de la publication de son œuvre, sur ses adversaires, sur les rapports de ses fictions avec la littérature et l'esprit populaires, une foule de menus renseignements, d'actes notariés, de lettres, de signatures, etc., fragments et poussière d'histoire, qu'il s'agissait de mettre en œuvre.

C'est la tâche qu'a entreprise et heureusement menée à bien M. Jean Plattard, professeur à la Faculté des lettres de Poitiers, membre de la *Société des études rabelaisiennes* depuis sa fondation, secrétaire de la *Revue du XVIe siècle*, auteur de nombreuses et importantes études sur la vie et l'œuvre de Rabelais. L'ouvrage qu'il publie aujourd'hui offre aux étudiants, l'appareil d'érudition indispensable pour l'iniation aux recherches rabelaisiennes. Le livre lui-même, allégé de toute controverse, ou discussion, est destiné au grand public, qui y trouvera une biographie de Rabelais, délestée de toute légende et pourtant étoffée, riche, précise, éclairant les divers éléments si disparates, de l'œuvre littéraire du grand Chinonais.

Les voies de pénétration des membres. Tome I. — Membre supérieur, par F.-M. Cadenat. 1 vol. in 8° de 210 pages, avec 141 figures dans le texte : 75 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce livre n'est pas un précis de médecine opératoire mais un livre d'anatomie appliquée dans lequel sont étudiées les voies les plus sûres, les plus

larges et les moins mutilantes pour découvrir un organe ou une région donnée.

La chirurgie actuelle ne peut plus se contenter des incisions parcimonieuses qu'imposait jadis la crainte de l'infection. Il lui faut des voies larges qui lui permettent de parer rapidement à une hémorragie, d'avoir un jour suffisant sur un foyer de fracture ou d'exposer largement une articulation. Aussi la description des incisions linéaires est-elle complétée par celle des débridements et des larges volets explorateurs.

La base de cette étude est l'*Anatomie esthétique*. Chaque chapitre commence donc par une étude détaillée des formes qu'illustrent des figures juxtaposées de morphologie et de myologie permettant de prévoir les voies naturelles que l'opérateur peut utiliser. Un court *Rappel anatomique* avec planches de dissection remet en mémoire les points essentiels, ceux surtout qui présentent un intérêt pratique : les repères osseux, l'aspect des muscles et des tendons vus par le jour limité d'une incision, le point où les muscles reçoivent leurs nerfs, car, à quoi bon s'efforcer d'épargner un muscle si on doit sectionner son nerf moteur ?

Signalons parmi les voies moins connues étudiées dans ce premier volume : la *Voie delto-pectorale* et les débridements musculaires et osseux qui permettent de l'élargir pour atteindre le Paquet vasculo-nerveux ou l'articulation de l'épaule : la longue *Voie interne* qui, parallèle à la voie classique de ligature des artères axillaire et humérale, découvre la partie postérieure du creux de l'aisselle, la face inférieure de l'articulation de l'épaule, les nerfs circonflexes, radial et cubital. Parmi les voies anti-brachiales sont minutieusement décrites la *Voie radiale externe* qui permet de dégager le radius ou la branche postérieure du nerf radial et la *Voie large de découverte du nerf médian*.

Dans un chapitre terminal sont groupés les *maîtres-points* du membre supérieur et les différentes lignes d'incision, montrant ainsi la liaison et l'harmonie des *Voies de pénétration*.

En outre ce livre est largement illustré de dessins et schémas simples clairs et démonstratif. Il s'impose à l'attention des praticiens et des étudiants par sa clarté et son originalité. Il mérite de devenir rapidement classique.

Ce qu'il faut connaître de soi pour se bien porter, par le Dr CHAUVOIS. Un volume, broché : 8 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris-6e.

L'auteur, écrit le Dr Marchoux, est un orateur à la parole abondante, au vocabulaire très riche... Son talent s'emploie surtout à vulgariser la Science dont il clarifie les arcanes et sait dévoiler le mystère. Toutes ces qualités, le Dr Chauvois les reporte dans ses écrits. Comme sa parole, ceux-ci sont clairs, simplifiés et d'un universel entendement.

La vaccination contre la diphtérie, par Robert DEBRÉ. Un volume de 142 pages, 25 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

C'est à l'étude de la vaccination vis-à-vis de la diphtérie et en particulier du meilleur vaccin antidiphtérique, l'anatoxine de Ramon, qu'est consacré ce volume. C'est, en effet, en 1924 que G. Ramon découvre un produit nouveau qu'il nomme Anatoxine et dont la haute efficace fut bientôt démontrée.

Depuis cette date, un nombre croissant d'enfants et aussi d'adultes furent vaccinés, en France d'abord, puis dans les pays étrangers d'Europe et d'outre-mer, dans les milieux les plus divers.

C'est ainsi que l'anatoxine de Ramon a conquis la première place parmi les vaccins antidiphtériques ; elle a été acceptée par l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations, comme le meilleur vaccin contre la diphtérie et on peut la considérer comme destinée à remplacer, dans un délai prochain, les vaccins employés jusqu'à présent.

Le but de cet ouvrage, écrit par un des savants qui ont le plus contribué à diffuser cette méthode est de faire connaître au médecin, au point de vue scientifique et pratique, tout ce qu'il doit savoir pour appliquer la vaccination antidiphtérique : notions de la biologie indispensables, connaissance des différents vaccins existants et leur valeur comparée ; applications de l'anatoxine, notions pratiques sur l'application des vaccins. (Age du sujet mode d'introduction, doses, précautions à prendre, réaction de contrôle), etc.

Quant à la médecine préventive, elle retiendra des modes d'action de la

vaccination antidiphtérique cette notion importante : le sujet protégé tire parti des contacts ultérieurs avec le germe, que lui impose la vie en société. L'immunité produite par le vaccin, si elle a été suffisante pour empêcher la maladie, devient, par la suite, plus solide encore, grâce au jeu même des phénomènes naturels.

La vie hygiénique du tuberculeux, par F. Dumarest, Médecin-Chef du sanatorium F. Mangini, à Hauteville (Ain), Membre correspondant de l'Académie de Médecine. Un volume in-8° de 118 pages, 12 francs. Collection « Hygiène et diététique ». Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8 place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce livre s'adresse à la fois au médecin et au malade. Au premier il apporte les idées directrices et les bases doctrinales sur lesquelles se construit un traitement hygiénique rationnel.

Au second, il fournit des indications pratiques utiles, sans pourtant faire double emploi avec les nombreux manuels, dont plusieurs excellents, qui ont été publiés sur le même sujet.

Faisant état de toutes ces données nouvelles, à la lumière de sa longue expérience de la pratique phtisiothérapique et sanatoriale, l'auteur de ce livre a tenté une mise au point actuelle des divers chapitres de la cure hygiénique, en examinant successivement les bases théoriques et l'application pratique pour chacun d'eux.

Le moral des tuberculeux, le rôle du sanatorium, au double point de vue médical et social sont envisagés sous leurs divers aspects. Ces questions fournissent matière à d'intéressants développements où se reflètent les idées personnelles de l'auteur.

Enfin celui-ci a consacré un chapitre entièrement nouveau à ce que l'on pourrait appeler la vie sociale du tuberculeux bénin, inactif ou guéri, du tuberculeux qui a à peine été ou qui a cessé d'être un malade et dont le traitement fait de prévoyance, se résume à l'aménagement logique de l'existence.

Tel qu'il est, avec les aperçus personnels qu'il propose sur beaucoup de points encore controversés, ce livre ne peut manquer d'intéresser tous ceux que préoccupent des problèmes dont l'actualité est toujours pressante.

Les fantômes, roman par Marcel Hamon. Bibliothèque du Hérisson. Société française d'Editions littéraires et techniques, Edgar Malfère, directeur, rue Hautefeuille, 12, Paris (VIe), 12 fr.

« Que de bonnes chemises n'aurait-on pas fait avec toute cette toile, disait avec regret, en parcourant le Salon, l'un des prédécesseurs de M. Doumer à la Présidence de la République... »

Plus résistant que la toile le papier des romanciers redevient du papier et même... du papier pour romanciers.

Mais quel terrible signe de décadence que cette pullulation de fabricants de romans dont la plupart — Dieu merci pour le salut de l'espèce — ne sont pas lus.

Il ne s'en lit que trop encore.

Et les plus célèbres ne sont pas les moins sots.

Comme le violon, moins que la peinture, le roman ne supporte pas la médiocrité.

Si vous avez du génie soyez Homère, Walter Scott, Dickens, Balzac, Maupassant, Loti, Jack London...

Si vous avez le sens dramatique soyez encore *ad usum pecoris* Eugène Sue, Georges Ohnet, Pierre Benoit...

Sinon ne soyez rien du tout. Gardez-vous de compter au nombre de ces salisseurs de lettres qui, conjuguant leurs appétits grossiers avec les âpres désirs mercantiles d'un éditeur, sont, couverts parfois de masques, d'oripeaux arrachés maladroitement à la psychologie ou à la médecine, imposés par la soif du gain à la légèreté et à l'incroyable ignardise des foules.

Si je vous recommande le roman du Docteur Marcel Hamon, c'est parce qu'il s'écarte exceptionnellement de la tourbe.

Bourget et bon nombre d'autres n'ont heureusement pour lui, rien de commun avec lui.

Formé par la culture biologique — la meilleure de toutes parce que c'est celle qui a le plus d'envergure, de pénétration et de précision — Marcel Hamon traite dans une langue claire et saine des problèmes du *sous-moi*, de *l'autre-moi*, problème que rend particulièrement attachants la texture bretonne de l'auteur.

C'est mieux qu'un essai, bien mieux qu'une promesse.

Vous ne perdrez pas à le lire.

Quel plus bel éloge faire d'un roman contemporain ?

Dr G. Espé de Metz.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 30 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 23 JUILLET 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

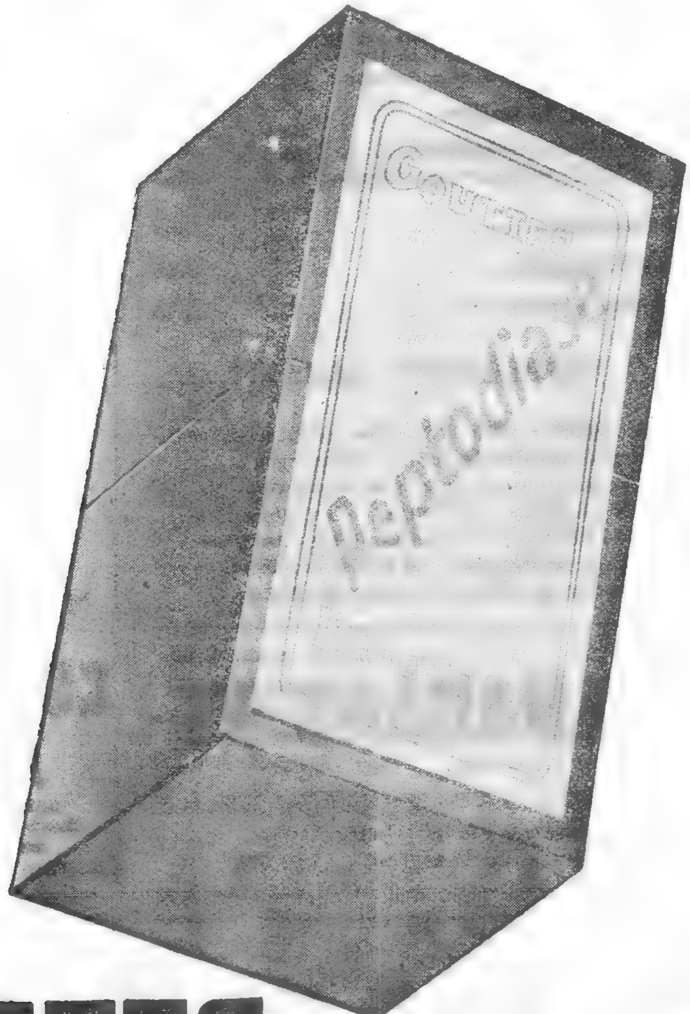
ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE



NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. le médecin général inspecteur Lanne, président du Comité consultatif de santé.

Au grade de commandeur. — M. le médecin général Poulain, directeur du Service de santé de la 13e région ; MM. le médecin général Faucheraud et le pharmacien général Bloch, des troupes coloniales ; M. le médecin colonel Dickson.

Au grade d'officier. — MM. Salinier, Decour, Contant, Martin Limasset, Baget, Charpentier, Minel, Capdevielle, Clot, Chauvin, Mulot, Sergeant, Guérin, Godar, François, Poncin, Paris, Besse.

Au grade de chevalier. — MM. Crozes, Fayolle, Peretti, Ambrogi, Messein, Chossut-Perret, Habert, Guillet, Tripeau, Gabrielle, Thibautit, Laplagne, Dano, Vidal, Curie, Ridard, Rouget, Bugeau, Geral, Malaterre, Brocard, Humblot, Morin, Ott.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — M. le Docteur Brouardel (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les Docteurs Baldet, Dalimier (de Paris), Paviot (de Lyon), Ratynski, Thalheimer, Weill-Hallé (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Bergeron (de Paris), Bost (de Villefranche-sur-Saône), Bouty et Coulaud (de Paris), Dalbes (de Capendu), Debeyre (d'Ablon), Fontaine (de Melun), Grimpret et Ecalle (de Paris), Andrieu (de Caylus), Lafond (d'Argenton-sur-Creuse), Loewy (de Paris), Moncany (de Corbeil), Arbeit et Mme Pouchet (de Paris), Nougaret (de Saint-André-de-Sangonis), Riche (de Paris), Rodiet (de Ville-Evrard), Rontin (de Paris), Roux (de Mardor), Sallé (de Nevers) Senglar (de Maréville), Salmont (de Neuilly-sur-Seine), Mme Mouisset (de Lyon).

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 2 juillet 1932, M. Paul Mathieu est nommé à compter du 1er décembre 1932, professeur de Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte à la Faculté de médecine de Paris (chaire nouvelle).

Agrégation des facultés de médecine. — Le nombre des candidats qui pourront être admis à la suite des épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) est modifié ainsi qu'il suit pour la catégorie suivante :

2e *Division. — Médecine générale*

1. — Médecine, 20 au lieu de 15.

Montpellier. — Par arrêté du ministre de l'éducation nationale en date du 7 juillet 1932, la chaire de chimie biologique et la chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie de la Faculté de médecine de Montpellier, la chaire de chimie analytique et toxicologie de la Faculté de pharmacie sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours à dater de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

— M. Bertin-Sans, est nommé professeur honoraire

M. Roux et M. Mourgur-Molines sont chargés à titre provisoire des fonctions d'agrégé de chirurgie.

M. Cabanac est proposé pour les fonctions de prosecteur.

MM. Carrière et Soulier sont proposés pour les fonctions d'aide d'anatomie.

Caen. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, s'ouvrira le lundi 19 janvier 1933, devant la Faculté de médecine de l'université de Paris. Clôture du registre d'inscriptions un mois avant l'ouverture du concours.

Nantes. — M. le Docteur Paul Véran, ancien interne des hôpitaux de Paris et chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Nantes.

M. le Docteur Jean Urbain-Monnier est nommé chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

Service de santé. — *Mutations.* — Le médecin colonel Marland, de la région de Paris, affecté comme adjoint du médecin général inspecteur, président du comité consultatif de santé, à Paris.

Les médecins commandants : Arlabosse, de l'hôpital Maillot, à Alger, à l'hôpital Villemin, à Paris ; Maliver, des troupes du Maroc, au 13e régiment d'infanterie, à Nevers ; Picot, de l'hôpital Villemin à Paris, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Les médecins capitaines : Thibault, du 30e d'artillerie, au 18e chasseurs, à cheval, à Saint-Avold ; Jalet, du 11e cuirassiers, à Paris, à l'hôpital Maillot, à Alger ; Debenedetti, du 510e chars de combat, au 1er bat. de dragons portés, à Versailles ; Rodet, du 152e d'infanterie, au 3e bat. de dragons portés à Lunéville.

Les médecins lieutenants : Moroni, du 120e train, aux troupes du Maroc ; Prat, du 18e chasseurs à cheval, aux troupes du Maroc.

Bordeaux. — *Chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie.* — Le Conseil de la Faculté, a proposé, à l'unanimité des voix, M. le Professeur Creyx en première ligne.

M. le Professeur agrégé Aubertin a été proposé en seconde ligne.

M. le Docteur Dubernard, stomatologiste adjoint des hôpitaux, est affecté en cette qualité à l'hôpital-hospice des Enfants.

Hôpital-hospice de Chambéry. — Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour la nomination d'un accoucheur des

hospices de Chambéry et professeur à l'Ecole de la Maternité pour le département de la Savoie et de la Haute-Savoie, s'est terminé par la désignation du Docteur Pizzera ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Aix-les-Bains. — Au cours des travaux effectués au nouvel établissement thermal d'Aix-les-Bains, on a découvert, à 2 mètres de profondeur dans le sol, une statue de marbre de 1 m. 50, sorte de cariatide représentant un corps de femme drapée dans des voiles délicatement sculptés. Malheureusement la tête manque. Cette statue est exposée dans le hall de l'établissement thermal d'Aix. (*Journal des Débats.*)

La lutte contre le cancer. — Le Conseil général de la Seine a voté le projet de convention destiné à fixer le régime de la section hospitalière de l'Institut du cancer. Il s'agit d'un nouvel hôpital qui serait cédé au département moyennant le payement d'une somme de deux millions et demi.

Ecoles de plein air. — Au cours de ses deux dernières séances, présidées par le Docteur G. Ichok, directeur des Services d'hygiène de Clichy, la Commission d'hygiène du Comité national des Ecoles de plein air a examiné les travaux présentés pour un concours, doté de six mille francs. Le premier prix de mille francs a été accordé à M. Nicolas, directeur de l'École de plein air du préventorium de Liesse (Aisne).

Le concours a été ouvert à tous les membres du personnel enseignant et traitant, ainsi qu'aux pupilles des écoles de plein air et de préventoria. Il s'agissait d'intensifier la propagande en faveur de la lutte contre la tuberculose. A cet effet, les éducateurs devaient envoyer : plans de campagne, choix de texte, résumés de leçons, graphiques suggestifs, tableaux illustrés, etc. Les pupilles dont les travaux devaient être adressés par les soins du personnel se sont distingués par leur originalité plutôt que par leur perfection sous quelque forme que ce soit : contes illustrés, récits vécus ou imagés, comptes rendus de leçons, images de propagande, enseignes lapidaires, etc.

Ministère des Postes, Télégraphes et Téléphones. — *Service médical à Rennes.* — Un concours sur titres aura lieu, en août 1932, au Ministère des P. T. T. à Paris, en vue de la nomination, à Rennes, d'un médecin au Comité médical régional siégeant dans cette ville.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés, au plus de 45 ans, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail et faire de la médecine générale.

L'Administration recherche particulièrement la collaboration des professeurs de Faculté ou d'Ecole de médecine, des professeurs agrégés, des chargés de cours, des médecins des hôpitaux et des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au Directeur régional des P. T. T. à Rennes, avant le 15 août prochain. Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

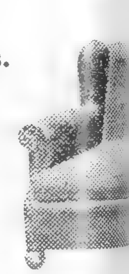
Faculté de médecine de Strasbourg. — *Clinique infantile.* — Un cours de perfectionnement de médecine infantile sera organisé sous la direction du Professeur Rohmer, à la Clinique infantile de Strasbourg, du 10 au 22 octobre 1932 avec le programme suivant :

1° *Alimentation, nutrition, troubles digestifs du nourrisson.* — Les bases scientifiques de l'alimentation du nourrisson ; Technique de l'alimentation artificielle ; Dystrophies alimentaires ; Etats de carence et de précarence ; Etiologie et pathogénie de la diarrhée ; Formes cliniques de la dyspepsie aiguë ; Hypothrepsie et athrepsie ; Les vomissements ; Entérites ; Prématurés et débiles (Professeur Rohmer). — L'eczéma du nourrisson ; Travaux récents sur le rachitisme (Docteur Woringer).

2° *Enfants plus âgés.* — L'amygdalectomie totale chez les enfants ; Indications ; Technique opératoire ; Résultats (Professeur Canuyt). — Les formes organiques de l'arriération mentale ; Les modifications apportées par l'âge infantile à la symptomatologie des psychoses (Professeur Pfersdorff). — Les lésions oculaires dans l'hérédo-syphilis (Professeur Weill). — Les troubles du développement physique des enfants ; L'alimentation des enfants plus âgés ; Dyspepsies et entérites chroniques après la première année (Professeur Rohmer). — Vomissements acétoniques ; Traitement des néphrites et des névroses chez les enfants. Indications et résultats de la transfusion sanguine chez les enfants ; (Docteur Phelizot). — Occlusion intestinale (Docteur Bindschedler). — Rôle de l'infection latente dans les maladie de l'enfance (Docteur Woringer).

3° *Maladies infectieuses.* — Notions actuelles sur la conduite de la sérothérapie de la diphtérie ; La maladie sérique ; Formes cliniques, pathogénie, traitement ; Encéphalite aiguë de l'enfant (Docteur Willemin-Clog). — Forme évolutive de début de l'infection tuberculeuse ; B. C. G. ; Forme inapparente de l'hérédo-syphilis ; Prophylaxie et traitement de l'hérédo-syphilis (Docteur Vallette).

4° *Travail social.* — Aperçu général sur les lois démographiques qui conditionnent la natalité et la mortalité infantiles. Lé-



gislation et œuvres privées. Le rôle du médecin (Professeur Rohmer).

Les conférences auront lieu tous les jours de 9 à 10, 11 à 12 et de 17 à 18 heures.

Tous les jours, de 10 à 11 heures, visite clinique avec examen de malades.

De 15 à 17 heures, démonstrations et travail pratique au laboratoire et à la biberonnerie. Visites d'œuvres de l'enfance.

Droit d'inscription : 300 francs. Pour l'inscription et tous les renseignements, on est prié de s'adresser au Professeur Rohmer directeur de la Clinique infantile, hôpital civil, Strasbourg.

Nécrologie. — Docteur Denis Augé, de Saint-Sernin-sur-Rance (Aveyron), décédé à l'âge de 77 ans. — Docteur Brauman, de Château-Renard (Loiret). — Docteur Pierre Durey-Comte, de Corbeil, décédé à l'âge de 74 ans. — Docteur Pierre Forest, de Meymac (Corrèze). — Docteur Goursolle, d'Amance (Haute-Saône). — Docteur Krigesky, de Damer. — Docteur Maxime Lang, de Montpellier. — Docteur Léon Malaquin, de Paris, 1, quai aux Fleurs (IVe). — Docteur Miodet, de Saint Dier-d'Auvergne (Puy-de-Dôme). — Docteur Henri Picot, de Cholet (Maine-et-Loire). — Docteur Roubaud, de Paris, avenue Maine, 43 (XIVe). — Docteur Stepinski-Vessière, de Paris, 35, rue Saint-Lazare. — Docteur E. Tayssen, de Paris. — Docteur F. Veuillot, de La Souterraine (Creuse). — Docteur Henri Vielle, d'Argenteuil. — Docteur David Nicolson, psychiatre (Angleterre), décédé à l'âge de 87 ans. — Professeur Bernhard Bang, de Copenhague, décédé à l'âge de 84 ans.

« Le médecin serait moins dénigré si sa carrière n'était cotée si haut, et peut-être surestimée. »

(Dr Gilbert-Robin. Grandeur et servitude médicales.)

BIBLIOGRAPHIE

Clinique médicale des enfants. Maladie infectieuse. Rhumatisme articulaire aigu, fièvre typhoïde, scarlatine, par P. NOBÉCOURT. Un volume de 420 pages avec 151 figures : 55 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint Germain, Paris.

Ce neuvième livre de clinique médicale des enfants contient des leçons sur quelques maladies infectieuses.

Les premières sont consacrées au rhumatisme articulaire aigu.

Parfois la localisation articulaire présente, par elle même, un intérêt clinique ; il en est ainsi pour le *rhumatisme cervical et cervico-sciatique*. Parfois des symptômes particuliers retiennent l'attention ; c'est le cas des *syndromes abdominaux douloureux*. Assez souvent surviennent des *manifestations pulmonaires et pleuro-pulmonaires* et *pleurales*, et notamment des *syndromes de congestion pulmonaire et pleuro-pulmonaire*. L'auteur consacre des leçons à ces diverses modalités.

Mais ce sont surtout les *cardiopathies* qui individualisent la maladie de Bouillaud. Etudier celle-ci c'est étudier les *endocardites*, les *péricardites*, les *myocardites*, les *pancardites* ; il leur consacre plusieurs leçons.

Enfin il donne une leçon sur l'*aortite rhumatismale*.

La fièvre typhoïde et les infections paratypiques ne sont pas rares chez les enfants de tous âges, bien qu'actuellement elles soient moins communes qu'il y a quelques années. Il n'est pas besoin d'insister sur la variété de leurs formes cliniques et de leurs manifestations Le professeur Nobécourt traite des *particularités de la fièvre typhoïde* et des *infections paratyphiques chez les enfants* ; des *débuts brusques ou rapides de la fièvre typhoïde* dans *l'enfance*, des *fièvres typhoïdes et paratyphoïdes de la première enfance*, des *syndromes encéphalo-méningés du début*, des *syndromes abdominaux douloureux*, qu'on peut observer aux dernières périodes de la maladie, du *cœur dans la fièvre typhoïde*, des *endocardites de la fièvre typhoïde et des endocardites typhiques*.

La scarlatine est plus fréquente que la fièvre typhoïde chez les enfants ; l'auteur est amené à en parler dans ce livre parce qu'une de ses leçons traite de *fièvre typhoïde et scarlatine intriquée*. En outre il donne des leçons sur des affections qui peuvent être soit des manifestations, soit des complications de la maladie : les *arthrites* et les *adénites*.

Les titres des leçons réunies dans ce livre expriment, par eux-mêmes, l'esprit qui les anime et le but que l'auteur vise. Il n'a pas l'intention de donner une étude complète du rhumatisme articulaire aigu, de la fièvre typhoïde et des fièvres paratyphoïdes, de la scarlatine ; c'est l'affaire d'un livre de pathologie. Il présente les malades que le hasard lui permet d'observer et met en relief les enseignements qui se dégagent de leur observation.

La méthode qu'il a suivie dans ces leçons est la même que celle qui l'a guidé dans ses précédents livres de clinique.

Traité de physiologie normale et pathologique, publié sous la direction de G. H. ROGER et Léon BINET. Tome IV : *Circulation*, par MM. J. DEMOOR, Ph. FABRE, H. FRÉDERICQ, H. HERMANN, P. MATHIEU, H. DE WAELE. Un volume de 592 pages avec 280 figures, broché : 90 francs ; relié : 110 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Division de l'ouvrage

Considérations générales sur la circulation du sang, par Pierre MATHIEU (Alger).

Le cœur : activité du cœur et ses conséquences. Physiologie générale du cœur. L'innervation extracardiaque. Physio-pathologie du rythme cardiaque, par H. HERMANN (Alger).

L'électro-cardiogramme normal et pathologique, par H. FRÉDERICQ (Liége).

La circulation artérielle et veineuse, par H. DE WAELE (Gand).

Pression sanguine dans les artères de l'homme, par Ph. FABRE (Paris).

Physiologie des capillaires, par Jean DEMOOR (Bruxelles).

Annuaire médical de Marseille et de la Provence 1932. — Cet annuaire du Dr PORCHERON, très précis parce qu'il est régional, contient en un format commode (400 pages) tous les renseignements relatifs au corps médical de six départements : B.-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Corse, Var, Vaucluse, et Principauté de Monaco. Il parait pour la quinzième fois, ce qui est le meilleur indice de son utilité et de sa vitalité.

Au début de l'ouvrage, on trouve, en une page spéciale, tous les postes vacants de la région : médecins, sages femmes, dentistes, pharmaciens.

Prix : 15 fr. 50, contre remboursement ; ou 14 francs par mandat et chèque postal à Editions « Quo Vadis », 107, rue Paradis, Marseille, C. C. Postal, 108-43.

La civilisation de la Grèce antique, par Maurice CROISET. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec deux cartes, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

La civilisation de la Grèce antique est considérée à bon droit comme une


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
ÉCHANTILLONS : J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

des sources principales de nos civilisations modernes. A aucun esprit cultivé il n'est permis d'ignorer ce que nous devons à la Grèce. Il est vrai que l'étendue de l'héritage qu'elle nous a laissé exige de qui veut le bien connaître de longues études. De là l'utilité d'un tableau d'ensemble qui permette d'en embrasser d'un coup d'œil toutes les parties essentielles et d'en discerner la haute valeur. C'est précisément la raison d'être de l'ouvrage de M. Maurice Croiset, *La Civilisation de la Grèce Antique*, qui vient de paraître dans la *Bibliothèque Historique*. Ce livre a pour objet d'offrir au lecteur qui veut être instruit de la vie du peuple grec et de son œuvre, une synthèse historique où l'une et l'autre sont représentées en raccourci dans leur longue évolution, à travers les quinze siècles environ de leur durée. Chacune des grandes époques de cette évolution y est étudiée tour à tour, de manière à en montrer les caractères propres et à faire sentir d'autre part comment elles s'enchaînent les unes aux autres. Et dans cette succession de siècles, où les divers éléments du peuple grec ont chacun une place proportionnée à leur rôle, c'est naturellement à Athènes et à la période de sa prédominance qu'est attribuée l'importance la plus grande.

M. Maurice Croiset, dont l'autorité dans le domaine des études grecques est universellement reconnue, fait honneur à la science française par cet ouvrage qui est un véritable chef-d'œuvre.

Le fils de Napoléon *Roi de Rome, Prince de Parme, Duc de Reichstadt* (20 *mars* 1811 22 *juillet* 1832), par Jean de Bourgoing. Avant-propos du Prince Joachim Murat. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique* avec 9 gravures hors-texte, 36 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le baron Jean de Bourgoing, membre du Comité du Centenaire de la mort du Roi de Rome a compulsé pendant des années à Vienne, non seulement les Archives de l'Etat et du Ministère de l'Intérieur, mais encore des documents inédits, *uniquement mis à sa disposition pour le présent ouvrage*, dans les archives et successions des personnes ayant appartenu à l'entourage du duc de Reichstadt (en particulier les archives du comte Dietrichstein, des comtes Esterhazy et Prokesch et du baron Obenaus).

Après avoir publié il y a deux ans les *Papiers intimes et Journal du Duc de Reichstadt*, le baron Jean de Bourgoing publie enfin aujourd'hui un travail historique définitif, une biographie complète du *Fils de Napoléon* qui, pour la première fois, fera connaître avec des documents contemporains à l'appui, dans tous ses détails, la vie, le caractère et l'entourage de l'Aiglon.

Nous voyons dans cette biographie que le duc de Reichstadt n'a pas oublié un seul instant son père et la France et qu'il put apprendre, surtout par les écrits de Sainte-Hélène et par d'autres livres sur l'époque de la Révolution et de l'Empire, l'histoire de l'Empereur. Nous apprenons que le Gouverneur du Prince, le comte Maurice Dietrichstein, nullement une créature de Metternich, ainsi que le dépeint la légende, ne voyait en son élève que l'héritier du trône impérial de France.

Les pages les plus émouvantes sont les notes marginales d'Antoine de Prokesch, le seul ami du duc de Reichstadt, le seul homme auquel l'enfant de France, qui se sentit toujours comme un étranger à la cour de son grand-père, confia toutes ses peines et tous ses plans d'avenir. Nous lisons comment Prokesch fut appelé à intervenir dans l'affaire de la comtesse Camerata et dans d'autres incidents, provoqués par la position équivoque dans laquelle le Duc se trouvait en Autriche. Ce ne fut qu'avec Prokesch que le Prince put parler de ses rêves en tant que fils de Napoléon et des événements survenus après la Révolution de juillet 1830 qui lui firent, à plusieurs reprises, entrevoir son retour en France. C'est surtout grâce à ces écrits de Prokesch que le baron Jean de Bourgoing a pu dépeindre le caractère de Reichstadt, son entourage, ses plans d'avenir, la famille impé-



riale, et tout ce qui s'est passé dans les trois dernières années, les plus intéressantes de cette vie si tragique, tant défigurée par les poètes, la légende et certains historiens. L'unique ami nous renseignera aussi sur les rapports du Duc avec les femmes, sur ses sentiments envers sa mère, à laquelle il ne pardonna jamais d'avoir oublié son père dans les bras de Neipperg à qui Marie-Louise, avant la mort de Napoléon, avait donné deux enfants.

Les 250 lettres de Marie-Louise adressées à Dietrichstein et les réponses de celui-ci, une correspondance allant de 1816 à 1831 donnent d'innombrables détails sur l'éducation, le développement physique et intellectuel, le caractère du Duc de Reichstadt, sur ses aspirations, la vie quotidienne au milieu de la famille impériale, qui tout en étant très bien intentionnée pour l'enfant sans patrie, ne sut ni comprendre son caractère si difficile, ni se rendre compte de la situation sans issue dans laquelle la politique avait mis le fils de celui qui avait fait trembler l'Europe pendant presque vingt années.

Il faut encore citer parmi les documents inédits, le journal du baron Obenaus, précepteur du Duc, et de nombreux rapports de police détruits par l'incendie des archives de la police autrichienne en 1927 et dont M. Jean de Bourgoing avait pris heureusement copie quelques temps avant.

On va célébrer à Paris, ce mois-ci, le centenaire de la mort de l'Aiglon et il est très probable que la translation de ses cendres, actuellement dans la crypte des Capucins à Vienne, se fera à Paris.

C'est dire l'intérêt émouvant que présente cette biographie. Dans son avant-propos, le prince Joachim Murat a tenu à remercier Jean de Bourgoing d'avoir pu enfin restituer la vraie figure du fils de Napoléon dont le souvenir est resté si vivant au cœur des Français. « Ce beau livre, dit-il, est le plus précieux monument consacré à la mémoire de l'Aiglon. »

L'ouvrage du baron de Bourgoing est illustré de gravures du plus grand intérêt ; en particulier un portrait par Isabey, du Prince de Parme à l'âge de trois ans, portrait dont l'original appartient à Mme la Maréchale Lyautey, née baronne de Bourgoing et la reproduction de la curieuse tabatière offerte par l'empereur d'Autriche François Ier en 1830 à un haut fonctionnaire de la cour, et sur laquelle figurent, parmi les portraits des membres de la famille impériale d'Autriche, ceux de Napoléon et du Duc de Reichstadt.

Le Napoléon de l'intelligence, Georges Cuvier (1769-1832), par John Viénot. Un volume in-16 carré, orné de 13 illustrations : 15 francs. Soixante exemplaires sur vélin surglacé : 40 francs. Librairie Fischbacher, 33, rue de Seine, Paris (6e).

Cette biographie fait connaître l'homme plutôt que le savant. Cuvier est placé dans son milieu, avec sa famille, ses collaborateurs, ses amis et ses relations qui s'étendaient au monde entier. Cette étude, vivante et attachante, repose à la fois sur une correspondance en partie inédite et sur des recherches d'archives.

C'est certainement le livre qui fera le mieux connaître Cuvier au public et ou pourrait ajouter le meilleur livre sur Cuvier.

Eugène Delacroix et sa « Consolatrice », par Raymond Escholier. Un volume in-16 de la Collection *Ames et Visages* (14,5 × 19,5), 216 pages. (Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint Michel, Paris, 5e), broché : 18 francs.

Depuis la grande exposition organisée au Louvre en 1930 et la réédition du *Journal*, Eugène Delacroix apparaît comme l'un des génies les plus représentatifs de l'art et de la pensée française.

M. Raymond Escholier, qui lui a consacré un ouvrage définitif, publie aujourd'hui, sur le peintre et sur l'écrivain, toute une correspondance inédite de ce « prince de l'esprit » avec sa secrète confidente, son amie de toujours.



On ne saura jamais tout des sentiments qui unirent Eugène Delacroix et Joséphine de Lavalette, baronne de Forget.

M. Raymond Escholier a cherché seulement, dans ces feuillets où se révèle un Delacroix inconnu, un Delacroix tendre et passionné, les réactions d'un des plus beaux génies français, ardemment épris d'une femme de son sang et de sa race, digne de son intelligence et de son cœur.

Que nous voilà donc loin des basses calomnies du rapin de Delacroix, Lassalle-Bordes, qu'ont accueillies complaisamment trop de biographes ! Non ! Delacroix ne fut point l'homme des amours ancillaires. . . La noblesse de ses sentiments est à la hauteur de son génie. A vingt-six ans il écrivait déjà sur son carnet : « La souveraine plaie de la vie, c'est cette solitude inévitable à laquelle le cœur est condamné. Une épouse qui est de votre force est le plus grand des biens. Je la préférerais supérieure à moi de tous points plutôt que le contraire. »

Nous sommes loin aussi du Delacroix misogyne, dépeint par Baudelaire, et que dément la lecture du *Journal* et de la *Correspondance*. Delacroix eut un cœur de chair, une âme tendre et frémissante, délicieusement ouverte à l'amitié féminine et à l'amour. Seulement, cet esprit fier et délicat avait le goût du mystère ; volontiers mystificateur et toujours diplomate (Delacroix avait de qui tenir !) il aimait à donner le change. C'est pourquoi le grand secret de sa vie a échappé si longtemps à ses biographes.

Voyage du Condottière Fiorenza, par André Suarès. 1 vol. Prix : 15 francs. Emile Paul, éditeur, 14, rue de l'Abbaye, Paris.

Les ouvrages d'André Suarès sont de ceux auxquels personne ne peut refuser le plus large tribut d'admiration. Ils révèlent à la fois la joie de la pensée et de la recherche passionnée de l'expression artistique.

Dans la bibliothèque de tous les lettrés figurent en bonne place : *Le Poète tragique*, *Présence*, *Cressida*, *Sur la Vie*, *Puissance de Pascal*, *Gœthe*, etc., et le tome I de cet admirable voyage du Condottière, *Vers Venise*.

Fiorenza représente la suite de cette magnifique aventure qui prolonge la grande tradition classique et la renoue à notre temps.

Fiorenza est le vieux nom de Florence, au temps de Dante.

Le Condottière a quitté la haute Italie, où la volupté même de Venise n'a pu le retenir. En ce livre II du *Voyage*, on le voit poursuivre la conquête du beau pays. Conquérir, c'est aimer ce qu'on a compris, et comprendre ce qu'on aime.

Il cherche partout la ville de son rêve, non pas pour y dormir, mais pour y grandir sans cesse, comme dans un climat propre. L'action perpétuelle est la condition d'un éternel esprit.

En Toscane, il est d'abord séduit par Florence, merveille de l'art. Un temps, il croit avoir découvert le lieu qu'il cherche : Fiorenza est la ville sacrée dont Florence n'est désormais que l'ombre. La fleur n'y est plus, la fleur qui est l'image de l'amour à son heure la plus vivante. Florence reste en Italie la capitale de l'intelligence. L'art est la plus haute expression et la plus naturelle de l'intelligence italienne. Ici, Giotto, Masaccio et Donatello ; Machiavel et Fra Angelico ; et, au-dessus de tous, Léonard, le plus vaste esprit ; Dante, le plus passionné des poètes ; Michel-Ange enfin, le plus puissant des artistes lancés à l'assaut de l'action.

Dans cette Florence, toute sorte de chefs-d'œuvre, les églises et les palais, les sculptures et les fresques. Le Condottière va-t-il s'y fixer. Non, Fiorenza est de marbre, toute faite désormais de ce qui fût plutôt que de ce qui est. Elle n'est la cité idéale que pour l'homme de vingt ans, écrivain ou artiste. Aux yeux du Condottière, Florence est le plus merveilleux des musées.

Sienne-la-Bien-Aimée viendra incessamment compléter cette inoubliable trilogie où l'âme de l'auteur, riche de toute la vie sensible, vibre avec intensité à toutes les expressions de la beauté.

Vaccin de Friedmann. *Vaccination anti-tuberculeuse, chirurgicale et pulmonaire*, par le Dr Gaston Daniel, Président de la Ligue française antituberculeuse. Eugène Figuière, éditeur, boulevard Montparnasse, 166, Paris (XIVe), 400 p., 25 fr.

Le vaccin de Friedmann (culture de bacilles tuberculeux de la tortue de mer) est employé en injections sous-cutanées seules ou en injections sous-cutanées et intra-veineuses (jamais en injections intra-veineuses seules).

Il existe trois formules de vaccin : très faible, faible, fort.

Cette méthode a suscité à l'étranger — surtout en Allemagne — une littérature relativement abondante. Citons parmi les dernières brochures : *Die besiegte Tuberkulose* (Walter de Gruyter et Cie, éditeur, Berlin) publiée par la Section allemande de la Ligue antituberculeuse internationale.

Le livre du Docteur Gaston Daniel est, à notre connaissance, le premier ouvrage important de langue française consacré à la question.

Il expose avec clarté l'historique de la méthode, les indications, les contre-indications (p. 65 et suivantes), l'emploi de ce vaccin à titre *prophylactique* (des animaux : bovidés, volailles) *préventif et curatif* de l'homme.

Voici la division de l'ouvrage : *historique, processus d'action, technique, résultats cliniques, comparaisons et conclusions*.

L'ouvrage est très correctement présenté par l'éditeur Figuière.

Dr G. S.-P.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les vernis cellulosiques

Conditions hygiéniques du travail dans les ateliers affectés à leur fabrication (1)

Par MM. **F. HEIM DE BALSAC** et **A. FEIL**

On sait quel essor remarquable a pris, dans l'industrie automobile, la peinture au pistolet. Ses débuts datent seulement de 1924, et, en ces quelques années, elle a conquis tous les marchés mondiaux de la carrosserie ; puis, débordant rapidement ce premier champ d'application, les vernis cellulosiques ont trouvé leur emploi dans les branches les plus diverses de l'industrie : dans le bâtiment, dans l'industrie du bois, dans la fabrication des meubles, des crosses de parapluie, des moteurs électriques, des transformateurs, dans l'industrie du jouet, dans la maroquinerie, les cuirs vernis, etc...

C'est qu'en effet, les vernis cellulosiques présentent sur les vernis gras, jusqu'ici utilisés, de précieux avantages. Tandis que les peintures grasses ont une dessication lente, changent de teintes, se craquellent, les produits cellulosiques sèchent très rapidement par évaporation des solvants volatils, laissent une pellicule très homogène, très stable, d'un éclat incomparable, insensible à l'action de la lumière, de l'humidité, de la température. Cette résistance des vernis nitrocellulosiques est une des raisons principales de leur succès. Leurs autres avantages sont leur très grande dureté, qui assure aux revêments une durée presque indéfinie, l'éclat incomparable des surfaces traitées, la rapidité de séchage qui permet d'appliquer plusieurs couches successivement ; leur grande fluidité qui rend possible l'emploi du pistolet pneumatique et permet d'augmenter considérablement le rendement de la main-d'œuvre.

Avant de donner le résumé des enquêtes que nous avons poursuivies sur les conditions hygiéniques du travail dans les usines de fabrication de ces vernis, il est indispensable, pour en discuter et en comprendre les résultats, de posséder quelques notions sur la composition chimique des vernis cellulosiques, sur leur fabrication, sur les procédés de leur application.

***

COMPOSITION DES VERNIS CELLULOSIQUES. — Les produits qui entrent dans la composition des vernis cellulosiques sont très nombreux. Chaque fabricant adopte une formule différente dont il garde jalousement le secret ; on se rend compte par cela même des difficultés auxquelles on se heurte quand on veut déterminer, pour une enquête, la nature des produits employés par les ouvriers.

D'une façon générale, on peut admettre que les matières solides sont dans une proportion de 15 à 25 pour cent et les matières liquides de 85 à 75 pour cent.

a) *Les matières solides* sont composées de nitrocellulose, de résines (colophane, copal, etc.) et surtout de pigments (poudres minérales, couleurs d'aniline, etc.). Certains pigments contiennent du plomb : les jaunes renferment de petites quantités de chromate de plomb, les rouges et les bruns, surtout ceux de provenance américaine, peuvent contenir de petites doses de céruse. Ces pigments doivent être dilués considérablement pour acquérir le degré de fluidité nécessaire pour la projection au pistolet à air comprimé, ce qui a pour effet de diminuer dans de fortes proportions la teneur de la peinture cellulosique en pigments et par conséquent en plomb. D'après Biot (1) qui a analysé quelques échantillons prélevés au pistolet même, au moment de l'emploi, la teneur en plomb serait en moyenne 1,40 %, ce qui est inférieur à 2 %, chiffre que l'on tolère dans les blancs de zinc. Il semble *a priori* (nos enquêtes confirment cette impression) que l'emploi des couleurs à la nitrocellulose n'expose pas sérieusement les ouvriers à l'intoxication saturnine.

b) *Les produits liquides* comprennent des dissolvants et des diluants. Les plus utilisés sont : les alcools éthyliques, méthyliques, l'acétate d'amyle, les éthers de l'acide acétique, l'acétate de butyle, d'éthyle, l'acétone, le benzol et le toluène. Si l'on excepte, le benzol dont la nocivité est reconnue [nous avons insisté sur cette toxicité dans un article précédent (2)], il ne semble pas, *a priori*, que les produits utilisés puissent occasionner des intoxications (3) particulièrement graves ou chroniques, leur grande volatilité permettant leur élimination facile par les aspirateurs.

FABRICATION DES VERNIS CELLULOSIQUES. — La fabrication des vernis cellulosiques comporte trois étapes principales :

1° La préparation des produits qui entrent dans la fabrication : nitrocellulose, gomme, pigments. Ces différents corps sont broyés, malaxés, dissous. Leur mélange doit être très intime, afin d'aboutir à une homogénéité parfaite des produits finis. Ces premières opérations sont très importantes : la bonne qualité d'un vernis, son adaptation au travail envisagé, dépendent avant tout du choix des constituants, en particulier de la proportion des solvants qui sont employés en mélanges très variés. Elles résultent aussi de l'homogénéité et de la finesse des pigments que l'on ajoute aux vernis, pour leur donner la coloration désirée ; ces pigments doivent être très finement broyés, l'épaisseur d'une couche de vernis ne dépassant pas 0 mm. 05.

2° Le mélange des trois solutions (cellulose, gomme, pigment) se fait dans de gros malaxeurs de 2.000 litres, pour obtenir des solutions de base, dont la couleur varie suivant la nature du pigment broyé.

3° Les différentes solutions de base sont ensuite mélangées dans des cuves spéciales, afin d'obtenir le produit fini dans la nuance que l'on désire.

Dans l'usine que nous avons visitée, ces diverses opérations se font mécaniquement, elles n'exigent pas, relativement à l'importance de la fabrication, un nombreux personnel.

Plusieurs laboratoires sont chargés de suivre la fabrication des produits, tant au point de vue de la teinte (laboratoire couleurs) que des constantes physiques (laboratoire contrôle). Les chimistes employés dans ces laboratoires font des prélèvements et des analyses des divers produits en cours de fabrication. Ils indiquent les corrections qu'il est utile d'effectuer à chaque traitement ; on obtient, grâce à cette méthode, des produits d'une constance de composition et d'une régularité parfaites.

A ces divers contrôles, exécutés par les laboratoires, s'ajoute celui de la démonstration où un essai pratique d'application est fait avant que l'ordre de mise en bidons soit donné. Lorsque les produits terminés possèdent les qualités requises, ils sont dirigés vers les ateliers d'embidonnage, puis dans les magasins où ils sont entreposés jusqu'à l'expédition.

***

Désireux de nous rendre compte des inconvénients que pourrait présenter la préparation des peintures cellulosiques pour la santé des ouvriers, nous avons conduit une enquête dans une des plus importantes fabriques de vernis cellulosiques du Nord-Est de la région parisienne.

L'usine que nous avons visitée est moderne, les ateliers

(1) Travail de l'*Institut d'hygiène industrielle* (Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris).

(1) BIOT.— L'emploi, dans l'industrie, des couleurs et des vernis à la nitrocellulose. *Bulletin du Service médical du Travail*, Belgique, 1930, n° 2, p. 94.

(2) HEIM DE BALSAC, AGASSE-LAFONT et FEIL.— Le benzolisme chronique professionnel dans l'industrie du caoutchouc. *La Presse médicale* n° 46, 7 juin 1924.

(3) Il en serait différemment si les vernis contenaient des produits chlorés : tétrachloréthane, trichloréthylène, tétrachlorure de carbone.

sont vastes, clairs, largement aérés. Les ouvriers travaillent dans d'excellentes conditions d'hygiène ; des blouses de travail, des lavabos sont à leur disposition. Une pièce est ménagée en infirmerie.

Les travailleurs de cette usine, au nombre de 150 environ, peuvent être classés en deux groupes, d'égale importance : ceux qui, chargés du nettoyage des cours, de l'emballage des produits, de l'entretien de l'usine, ne risquent aucune absorption des produits toxiques. Nous laisserons de côté cette catégorie d'employés, pour ne nous occuper que des ouvriers du second groupe, ceux qui manipulent les produits volatils ou les pigments. Ces ouvriers, les seuls qui nous intéressent au point de vue de la pathologie professionnelle, sont occupés à la *fabrication*, à *l'embidonnage* des produits, au *nettoyage* des récipients, aux *laboratoires*.

Nous donnons les résultats de notre enquête pour chaque catégorie d'ouvriers, puis nous les réunirons dans une même statistique, pour aboutir à une étude d'ensemble.



Photographie Berhes, Marenteau

Fig. 1. — Bâtiment de la fabrication. — Usine moderne de vernis cellulosiques, à Stains.

A. Examen des ouvriers par catégorie.

a) Fabrication. — Les ouvriers de la fabrication sont employés aux mélangeurs, aux broyeurs, aux autoclaves. Ces ouvriers, nous l'avons indiqué plus haut, sont chargés de préparer les solutions de nitrocellulose, de gommes, de pigments en les mêlant en proportion convenable avec des solvants dont la composition est, dans cette usine, la suivante : alcool éthylique, alcool butylique, acétate d'éthyle, acétate de butyle, toluène. Il n'entre dans leur composition ni benzol, ni tétrachloréthane.

Bien que les appareils soient clos et que les aspirateurs-ventilateurs soient disposés dans chaque pièce, on perçoit très nettement, dans les divers ateliers où se trouvent les ouvriers, cette odeur aigrelette, si particulière, de bonbons anglais.

Les seize ouvriers employés à la fabrication des vernis sont des hommes, tous sont Français. Ils sont âgés de 21 à 66 ans, huit ont de 20 à 25 ans, quatre de 35 à 50 ans, quatre ont dépassé 50 ans.

L'usine fonctionne depuis quatre ans seulement ; il n'y a donc pas de très anciens ouvriers : cinq sont à l'usine depuis moins d'un an, sept depuis un à deux ans, quatre depuis deux à quatre ans.

Peu d'ouvriers se sont arrêtés pour maladie : trois ont interrompu quelques jours pour troubles gastriques ; un pour rhumatisme ; un, chargé de mélanger les solvants, s'est arrêté huit jours pour une éruption qu'il attribue aux délayants. Cette éruption a débuté brusquement : un matin, l'ouvrier remarqua quelques boutons sur ses deux mains, ces boutons s'étendirent en quelques heures à l'avant-bras et ils disparurent en trois ou quatre jours.



Fig. 2. — Fabrication des vernis cellulosiques. Salle des mélanges.

L'interrogatoire et l'examen des ouvriers permettent de faire les constatations suivantes :

31 % des ouvriers examinés ont, par intermittence, depuis qu'ils sont à l'usine, des troubles gastriques (nausées, douleurs, crampes d'estomac). Nous relevons une tendance à tousser chez un même nombre de travailleurs. 25 % éprouvent quelquefois des étourdissements, des vertiges, et 31 % des maux de tête. Un ouvrier, occupé aux mélanges, ressent des crampes dans les doigts lorsqu'il laisse sa main trop longtemps dans le délayant. 12 % des ouvriers ont la gorge un peu congestionnée. Chez tous, les urines sont normales, ne renferment ni sucre ni albumine.

On ne note chez ces hommes ni troubles auditifs (bourdonnements d'oreilles), ni troubles visuels (mouches volantes, diplopie), ni lésion organique du cœur ; un seul ouvrier a un souffle extra-cardiaque.

La pression artérielle prise par la méthode auditive (appareil Vaquez-Laubry) donne les résultats suivants : 37 % ont une tension de 15 ou inférieure à ce chiffre ; 37 % ont de 16 à 18 ; 25 % de 19 à 25.

L'examen du sang, étalé sur lames, in-

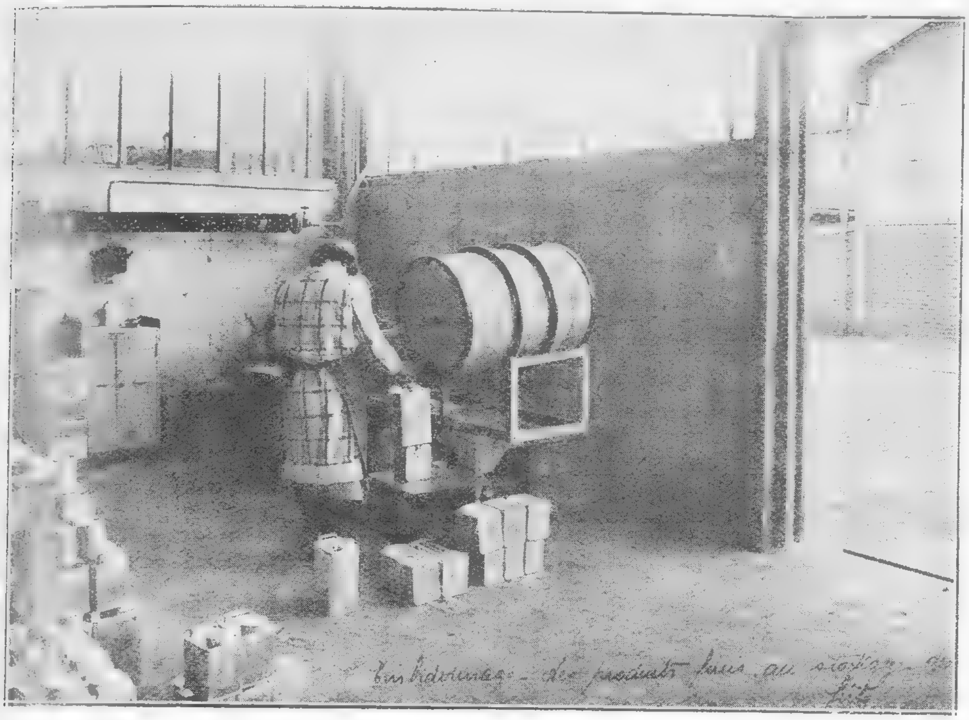


Fig. 3. — Embidonnage des produits finis.

dique que : 31 % des ouvriers ont une tendance à l'éosinophilie (3 et au-dessus) ; 12 5 % atteignent le chiffre élevé de 7 éosinophiles pour 100 leucocytes. Le nombre des lymphocytes (1) est le suivant : 31 % des ouvriers ont de 10 à 20 lymphocytes, 25 % ont plus de 20 lymphocytes. Les globules rouges sont normaux ; en particulier on ne voit pas d'hématies à granulations basophiles, éléments si fréquents dans le saturnisme.

b) Embidonnage.— Les produits finis, dont on a reconnu les qualités, sont dirigés vers l'atelier de l'embidonnage où des femmes les mettent dans des bidons de diverses grandeurs.

L'atelier est vaste, propre, aéré. Douze femmes y sont occupées. Ces ouvrières, âgées de 21 à 59 ans, parmi lesquelles six ont moins de 40 ans, font l'embidonnage depuis deux à trois ans, une seule est dans l'usine depuis moins d'un an.

Toutes sont en bonne santé, plusieurs ont augmenté de poids depuis qu'elles sont à l'usine. Aucune ne s'est arrêtée du fait de la profession, quelques-unes seulement pour des affections banales, grippe ou angine.

L'examen de ces ouvrières donne les renseignements suivants :

Plus de la moitié, 58 %, se plaignent de troubles gastriques, de nausées, de douleurs à forme de crampes gastriques. L'appareil pulmonaire a toujours été trouvé indemne, mais plusieurs ouvrières accusent les vapeurs qu'elles respirent dans l'atelier, d'irriter leur gorge, de les faire tousser ; plus rarement, elles éprouvent de l'oppression, de l'angoisse, comme si quelque chose les serrait à la gorge, suivant l'expression de l'une d'elles.

Parmi les autres symptômes, citons : les étourdissements, les vertiges (25 %), la céphalée (16 %) ; les bourdonnements d'oreille (16 %). 25 % des femmes ont des règles un peu difficiles et douloureuses. Aucune des ouvrières n'a d'albumine dans les urines, une seule a du sucre, en faible proportion.

Si nous ne trouvons rien du côté du cœur, par contre la tension artérielle est un peu élevée : 33 % ont de 16 à 18, et 25 % de 18 à 25.

L'examen du sang n'indique aucune anomalie du côté des globules rouges ; par contre, la formule leucocytaire montre, comme chez les hommes de la fabrication, une légère augmentation de la proportion des petits lymphocytes : 50 % des ouvrières ont de 10 à 20 lymphocytes pour cent globules blancs, 16 % en ont plus de 20. La proportion des éosinophiles dépasse la normale (trois pour cent) chez le quart des ouvrières.

c) Nettoyage des récipients. — Les ouvriers chargés de nettoyer les récipients qui ont contenu les solvants ou les peintures, travaillent manifestement dans de moins bonnes conditions que les autres ouvriers de l'usine. Leurs mains sont, en effet, souillées par les solvants qui restent sur les objets à nettoyer.

Ces ouvriers, âgés de 32 à 60 ans, sont à l'usine depuis un an à trois ans. Tous paraissent en bonne santé, ils ont le teint coloré ; aucun d'eux ne s'est arrêté pour une maladie imputable à la profession.

L'examen et l'interrogatoire permettent de relever les faits suivants : tous ressentent par intermittence des troubles d'estomac, généralement sous forme de crampes accompagnées de nausées, rarement de vomissements. Les vertiges et étourdissements existent chez 60 % des ouvriers examinés ; les maux de tête dans la même proportion ; les bourdonnements d'oreilles chez 20 % ; la gorge est congestionnée chez 40 %. Nous n'avons noté aucun trouble visuel ; rien non plus du côté du poumon ou du cœur ; 60 % ont une tension maxima au-dessus de 16. Tous les ouvriers ont des urines normales, ni sucre, ni albumine. L'examen du sang, étalé sur lames, montre, comme seule modification



Fig. 4. — Embidonnage des produits (peinture à la brosse).

(1) Nous réservons le terme de lymphocyte aux lymphocytes vrais dont le noyau occupe presque tout le globule. Nous les séparons des autres mononucléaires, petits et moyens, où l'on distingue une bande de protoplasma plus ou moins large autour du noyau.

appréciable, une assez forte proportion de lymphocytes (plus de 20 chez 40 % des ouvriers).

d) LABORATOIRES.— Les travailleurs des laboratoires sont en contact avec les mêmes substances, pigments et solvants, que les ouvriers des autres ateliers ; mais les produits sont ici en plus faible proportion.

Les neuf ouvrières examinées sont âgées de 25 à 47 ans et travaillent au laboratoire depuis deux ou trois ans. Une seule s'est arrêtée quinze jours pour une cause peut-être attribuable à la profession : céphalée persistante sans température.

Voici le résultat de nos examens : 30 % se plaignent, par moment, de l'estomac ; 11 % toussent et ressentent quelquefois un peu d'oppression au cours du travail ; 22 % ont des vertiges et des étourdissements ; 45 % des maux de tête ; 11 % des bourdonnements d'oreilles ; 11 % la gorge un peu rouge et irritée ; 45 % ont des troubles menstruels ; 22 % une pression maxima au-dessus de 16. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. L'auscultation du cœur ne révèle aucune lésion orificielle ; cependant, chez une des ouvrières, âgée de 41 ans, il existe un rythme à trois temps avec tension artérielle à 19.

L'examen du sang indique que 22 % des ouvrières ont plus de trois éosinophiles pour 100 leucocytes, et 78 % dix à vingt lymphocytes.

B. Étude d'ensemble et comparée des symptômes observés chez les ouvriers qui fabriquent les vernis cellulosiques.

Le tableau ci-joint donne le résultat de nos examens pour l'ensemble des quatre groupes d'ouvriers ; pour chaque catégorie de travailleurs ; enfin nous ajoutons à ce tableau une classification par sexe.

	Nombre d'ouvriers	Sexe	Troubles gastriques	Vertiges et étourdissements	Céphalée	app. respiratoire (toux)	gorge congestionnée	Troubles menstruels	Tension artérielle (plus de 16) à la Maxima	Eosinophilie (plus de 3)	Lymphocytose (plus de 20)
Totalité des ouvriers..	42		21 (50 %)	12 (28 %)	14 (33 %)	10 (23 %)	5 (12 %)		16 (38 %)	8 (19 %)	8 (19 %
Ouvriers classés par catégories de travail :											
Fabrication	16	H	5 (31 %)	4 (25 %)	5 (31 %)	5 (31 %)	2 (12,5 %)		7 (43 %)	3 (18 %)	4 (25 %)
Embidonnage.....	12	F	7 (58 %)	3 (25 %)	2 (16 %)	5 (41 %)	0	3 (25 %)	4 (33 %)	3 (25 %)	2 (16 %)
Nettoyages des récipients	5	H=1 F=4	5 (100 %)	3 (60 %)	3 (60 %)	1 (20 %)	2 (40 %)		3 (60 %)	0	2 (40 %)
Laboratoires......	9	F	4 (45 %)	2 (22 %)	4 (45 %)	0	1 (11 %)	4 (45 %)	2 (22 %)	2 (22 %)	0
Ouvriers classés d'après le sexe :											
Femmes....	25		15 (60 %)	7 (28 %)	8 (32 %)	5 (20 %)	2 (4 %)	7 (28 %)	9 (36 %)	5 (20 %)	4 (16 %)
Hommes...	17		6 (27 %)	5 (29 %)	6 (35 %)	5 (29 %)	3 (17 %)		7 (41 %)	3 (17 %)	4 (23 %)

Nous basant sur les chiffres de ce tableau et sur d'autres constatations que nous avons pu faire au cours de notre enquête, nous croyons devoir attirer l'attention sur les points suivants :

Il résulte des pourcentages relevés pour chaque atelier que les ouvriers, qui nettoient les récipients, sont les plus exposés. Les employés des laboratoires, qui travaillent dans de meilleures conditions d'hygiène, ont des symptômes moins accusés.

Le sexe a peu d'influence, les statistiques montrent sensiblement les mêmes pourcentages chez les hommes et chez les femmes. Il en est de même, en ce qui concerne l'âge des ouvriers.

Une prédisposition particulière de certains ouvriers paraît évidente ; les employés d'un même atelier réagissent de façon différente : les uns ne ressentent aucun trouble, les autres se plaignent de maux d'estomac, de céphalée, de vertiges, etc.

L'action des vernis cellulosiques est surtout manifeste pour les ouvriers qui sont depuis peu dans le métier ; l'interruption du travail rend plus sensible : l'un des ouvriers examinés avait des maux de tête, des nausées lorsqu'il reprenait son travail après quelques jours d'absence ; il n'en avait pas lorsqu'il faisait son métier régulièrement. L'accoutumance paraît jouer un rôle non négligeable.

Parmi les symptômes observés, une place à part doit être réservée aux troubles digestifs. Près de la moitié des ouvriers se plaignent de douleurs d'estomac. Ces douleurs, comparables à des crampes, surviennent en dehors de l'alimentation, ne sont pas calmées par l'absorption de nourriture. Elles apparaissent à tout moment de la journée, pendant le travail, durent de quelques minutes à un quart d'heure et cessent brusquement. Chez certains sujets prédisposés, les crampes gastriques se montrent tous les deux ou trois jours ; mais il est exceptionnel de les voir aussi fréquentes. Ces crises douloureuses s'accompagnent quelquefois de nausées, plus rarement de vomissements. L'appétit est habituellement conservé ; c'est même un fait curieux que ces ouvriers se plaignent de troubles gastriques et cependant gardent un parfait appétit et engraissent.

Les vertiges, étourdissements, céphalée, qui traduisent l'imprégnation du système nerveux central, sont assez fréquents mais habituellement peu accusés et n'incommodent pas les travailleurs.

Signalons chez quelques ouvriers, exceptionnellement d'ailleurs, une sensation de gêne thoracique et d'oppression. L'un des ouvriers occupés à l'embidonnage ressentait pendant quelques secondes comme une pression, au niveau de la gorge, qui l'empêchait de respirer.

Soulignons la rareté des manifestations cardiaques : sur 42 travailleurs examinés à ce point de vue, trois seulement (7 %) avaient quelques troubles légers (souffle extra-cardiaque).

En ce qui concerne l'hypertension artérielle, dont nous avons reconnu la fréquence, il est souvent difficile de juger la part qui revient dans la pathogénie, soit aux solvants, soit aux autres causes habituelles de sclérose rénale ou artérielle.

Remarquons la faible proportion de lésions cutanées : un seul ouvrier, sur 42, présentait une éruption pouvant être rapportée aux solvants.

Un autre point mérite de retenir l'attention : aucun des ouvriers examinés ne présentait de manifestations saturnines : pas de liseré, pas de colique de plomb, pas d'hématies à granulations basophiles. Certains pigments contiennent cependant du plomb, mais en quantité généralement trop faible, pour occasionner des accidents.

***

En résumé, au cours de cette enquête dans une fabrique de vernis cellulosiques, nous n'avons pas constaté d'intoxications sérieuses parmi les ouvriers les plus exposés à inhaler des vapeurs de solvants. Les seules manifestations notables ont été quelques signes du côté de l'appareil digestif (crampes gastriques, nausées) ; quelques troubles traduisant une imprégnation légère des centres nerveux (vertiges, céphalée) ; une modification atténuée de la formule leucocytaire (lymphocytose et éosinophilie) ; et, dans une certaine mesure, une élévation de la pression artérielle.

Nous n'avons pas l'impression que, dans les usines de vernis cellulosiques, lorsque l'aspiration et la ventilation sont efficacement organisées, des accidents dus aux vapeurs de solvants, puissent être nombreux et graves.

Cependant, il faut être réservé dans les conclusions ; les solvants cellulosiques diffèrent selon les marques ; certains contiennent peut-être des produits toxiques : tétrachloréthane, benzol, etc. Il n'est donc pas possible de généraliser les résultats recueillis dans une seule usine. C'est en multipliant les enquêtes, en comparant la composition des solvants avec les symptômes observés chez les ouvriers, qu'il sera permis d'étendre les conclusions et de fixer, avec exactitude, la nocivité des vernis cellulosiques.

Du rôle important du parenchyme hépatique dans les affections circulatoires du foie

Par le Prof. Karlo RADONICIC

Professeur de clinique médicale à l'Université de Zagreb

Il n'est guère sans doute d'organe du corps humain à propos duquel la conception et l'interprétation de l'état physiologique et des modifications pathologiques ne se soient aussi profondément modifiées que le foie en ces dernières années.

Pour confirmer cette assertion, je veux d'abord, à titre d'exemple, souligner l'importance de plus en plus grande, qu'on donne dans les processus pathologiques du foie à la cellule noble et c'est ainsi que le parenchyme est devenu le facteur principal dans l'appréciation des états pathologiques. Par suite il y eut revision des anciennes conceptions pathogéniques des cirrhoses. D'autre part, le problème compliqué des ictères a reçu lui aussi une impulsion nouvelle et, dans bien des cas, on a assigné aux cellules hépatiques l'importance qu'elles y ont méritée.

Ainsi s'est formé un nouveau chapitre dans la classification des jaunisses : les ictères hépatiques ou peut-être, plus exactement, parenchymateux.

On s'est expliqué de cette façon l'existence plus ou moins fréquente de formes de transition entre divers concepts nosologiques strictement distincts jusqu'à présent, et on en est venu à reconnaître qu'il ne s'agit souvent pas de différences essentielles, mais bien plutôt graduelles.

Dans l'étude des développements des infections du foie on a admis de plus en plus le mode descendant, abandonnant pour la majorité des cas l'idée d'un mécanisme ascendant.

Mon travail clinique m'a amené peu à peu à me persuader, en me basant sur l'examen attentif de cas de maladies, que notamment dans les troubles circulatoires, nous nous heurtons sans cesse à certaines imprécisions qui sont souvent en contradiction formelle avec les notions classiques. Sollicité par une foule d'observations isolées, je me suis trouvé amené à une nouvelle orientation dans la conception de la pathogénie de ces troubles et par elle à un point de vue personnel aussi sur la circulation physiologique sanguine (1).

On peut résumer les divers troubles circulatoires du foie en trois groupes : l'hyperémie passive, l'hyperémie dite active et le problème de l'ascite.

Le volume exceptionnel du foie est basé sur la richesse sanguine considérable de la glande, alimentée par deux sources diverses, d'une part la veine porte amenant le « sang fonctionnel » nécessaire aux diverses activités de la glande hépatique, et d'autre part l'artère du foie qui lui amène les quantités de sang nécessaires à l'alimentation des tissus. Dernièrement O. Hess a pu démontrer par des expériences sur des animaux qu'un reflux de sang venu de la veine cave inférieure dans le foie peut aussi se produire dans certains cas physiologiques. Il n'est pas étonnant par suite que la quantité de sang contenue en permanence dans le foie représente un quart de son poids, soit environ 500 c. c. Flügge a estimé que chez un chien pesant 20 kgr. la quantité de sang passant en une minute par la veine porte s'élève à 500 grammes, ce qui représente une quantité quotidienne de 720 litres (chiffre cité d'après Roger).

Si l'on tient encore compte de ce que les liquides ingérés traversent presque exclusivement le foie, on peut se faire une idée approximative du travail auquel est soumis cet organe. Les expériences de Fischler opérant sur des chiens la fistule d'Eck inverse, et obligeant ainsi tout le sang provenant de la veine cave inférieure à traverser le foie, ont montré qu'il est susceptible d'efforts encore plus considérables.

* * *

On comprend sous le terme d'*hyperémie passive* un engorgement du sang veineux en un point donné. Ce phénomène se produit, en ce qui concerne le foie, quand l'écoulement du sang dans l'oreillette droite du cœur se heurte à certains obstacles, dus à l'insuffisance cardiaque ou à des modifications pathologiques des organes respiratoires ou du médiastin ; ces obstacles sont dans ce dernier cas le plus souvent de nature mécanique, et provoqués par un amincissement de la veine cave inférieure au-dessus de son confluent avec les veines sus-hépatiques, ou par un rétrécissement de ces dernières. Le fait que c'est dans la grande majorité des cas le cœur qui provoque ces désordres a fait donner à cet engorgement du foie dans les ouvrages médicaux français, le nom de foie asystolique.

L'engorgement hépatique évolue particulièrement vite chez les enfants et atteint des proportions insoupçonnées. On peut constater dans certains cas un engorgement rapide chez les adultes même (par exemple les cas aigus observés par Ortner chez les touristes après une ascension épuisante), mais généralement un certain laps de temps s'écoule avant que l'hyperémie passive puisse être constatée cliniquement.

Les symptômes de cette hyperémie passive du foie sont connus : je me borne à souligner la grande variété des cas en ce qui concerne le degré et la durée de la période d'évolution du syndrome remarqué par tous les cliniciens.

On constate fréquemment des hyperémies très accentuées en même temps qu'une faiblesse cardiaque relativement modérée, et inversement on constate des cas d'affaiblissement prononcé du muscle cardiaque, de troubles circulatoires généralisés et intéressant tout l'organisme sans participation proportionnelle du foie. On a par exemple discuté, sans pourtant arriver jusqu'à présent à une solution claire, sur la question de savoir pourquoi, dans la maladie de Bamberger, l'engorgement du foie restait pendant longtemps l'unique symptôme et en constituait en quelque sorte un signe pathognomonique.

On a décrit souvent chez les enfants des états accentués d'engorgement du foie dans lesquels on ne pouvait constater ni anatomiquement, ni cliniquement aucune modification du cœur ni du péricarde : on trouvait tout au plus dans le voisinage immédiat du cœur des amas caséiformes qui firent donner à ces cas la désignation : « asystolie hépatique sans participation du cœur ».

* * *

Dans l'*hyperémie, dite active*, la situation est encore plus

(1) J'ai exposé mes vues à ce sujet dans un travail publié en 1925 dans le mémorial édité à l'occasion du cinquantenaire de la Société des médecins de Zagreb.

confuse, si possible. On se heurte dès la définition à de notables contradictions. Selon l'avis des pathologistes expérimentaux, on comprend sous ce terme, tout accroissement du contenu sanguin ou du sang circulant conditionné par un afflux augmenté. On a choisi pour cet aspect de la maladie la désignation d' « active » parce qu' « elle se présente dans les cas où l'activité de l'organe est accrue » (H. Pfeiffer). Tendeloo dit textuellement que « l'hyperémie artérielle (active, congestive, fluxionnaire) résulte d'une augmentation primaire de l'afflux sanguin. » La différence entre une hyperémie active et une inflammation n'est donc qu'une différence de degré et il est souvent difficile dans un cas concret de décider si l'on est encore en présence d'une hyperémie active ou déjà d'une inflammation.

Comment se présente l'hyperémie active du foie si l'on tient compte des principes ci-dessus évoqués ? Dans nombre d'aspects en question, il est difficile d'affirmer qu'ils sont liés à une recrudescence d'activité de l'organe. Ceci s'applique peut-être à tous, comme nous le verrons. La désignation d' « artérielle », synonyme d'active, ne s'applique pas dans un grand nombre de cas, notamment ceux où l'accroissement de l'afflux sanguin se produit par la veine porte, qui est anatomiquement une véritable veine. Même si, en considérant son rôle fonctionnel, on ne discute pas cette objection, où nous mène donc l'interprétation d'une congestion du foie par la voie de l'artère hépatique ? Peut-on croire ou même songer à admettre une recrudescence d'activité, alors que l'artère n'amène que le sang nutritif ?

Ainsi, nous ne saurions nous laisser entraîner à des définitions qui apparaissent se contredire l'une l'autre ; à moins que nous ne devions peut-être écarter toute idée d'hyperémie active ?

C'est ce qu'ont fait déjà Pollitzer et Stolz pour certains cas, jusqu'à présent compris comme une hyperémie active ; ces auteurs ont, en se basant sur les expériences connues de Pick et de ses collaborateurs, admis l'interprétation d'un spasme musculaire dans les veines hépatiques ou capillaires. Il s'agirait donc ici d'après eux plutôt d'une hyperémie passive.

La notion d'inflammation n'est guère plus sûre, puisque dans des préparations histologiques nous constatons des phénomènes de pure dégénérescence du parenchyme sans trouver des modifications inflammatoires classiques.

On trouve cités en première ligne dans les ouvrages spéciaux comme facteurs étiologiques les vices de digestion, comportant soit l'ingestion de quantités trop élevées d'aliments et de boissons, soit l'ingestion d'aliments nocifs. Certains faits secondaires d'origine climatique semblent y jouer un rôle important (foie tropical, indian liver), mais on attribue l'importance la plus considérable à l'excès d'alcool. Des modifications primaires des organes de digestion semblent jouer un rôle décisif (gastrectasie, constipation chronique). On tient alors compte de causes toxiques, mécaniques, infectieuses, climatiques, nerveuses et hormonales. L'hyperémie active est très semblable dans ses symptômes à l'hyperémie passive. Chiray et Lebègue, qui ont étudié les congestions du foie décrivent, d'accord avec d'autres auteurs (Huchard, Glénard fils, etc.), des symptômes céphaliques et encéphaliques : afflux de sang à la tête, notamment au visage, tendance au sommeil après les repas et insomnies nocturnes (narcolepsie de Huchard, maladie cérébrogastrique de Leven). Ils énumèrent ensuite les indices des modifications de l'élimination urinaire se traduisant par la diminution et le retard de la diurèse. Ils examinent en troisième lieu les phénomènes d'insuffisance hépatique, mais le signe le plus constant est pour eux l'augmentation de volume de l'organe. Pel attache une importance particulière pour le diagnostic d'une hyperémie active du foie à ses rapides modifications de volume. L'enflure du foie de son côté provoque dans la partie supérieure droite de l'abdomen des sensations désagréables qui peuvent devenir douloureuses. Ceci montre de façon évidente combien il sera difficile et parfois impossible de distinguer aussi en clinique ces états congestifs d'une hépatite proprement dite.

***

Disons enfin quelques mots de l'ascite. Il y a de nombreuses divergences entre l'apparition et le volume de l'ascite d'une part et les degrés de l'hyperémie passive du foie d'autre part, cette dernière étant estimée d'après l'accroissement de l'organe. Comment par ailleurs pourra-t-on dans les cas d'hyperémie active expliquer l'apparition d'un épanchement péritonéal ?

***

J'ai donc revisé pour ma part les opinions classiques sur les forces et tendances régissant la circulation du foie dans les cas normaux et pathologiques.

Après avoir soigneusement examiné la littérature à ce sujet je me suis aperçu, non sans quelque surprise, que ce problème était en quelque sorte mûr et près de sa solution, mais qu'on avait peut-être jusqu'alors manqué un peu d'audace pour déduire de l'abondance des faits des conclusions à longue portée. Je devrais pour éclairer la suite de cet exposé décrire dans leurs aspects essentiels au moins quelques-uns de mes cas cliniques extrêmement intéressants, mais le manque de temps m'oblige à y renoncer. Je voudrais pourtant souligner particulièrement le fait que beaucoup d'entre eux se présentaient sous la forme d'une hyperémie passive ou active du foie, que d'autres restaient obscurs et mystérieux mais que tous indiquaient une augmentation de volume de l'organe.

Après application parentérale de diurétiques, dits tissulaires, l'apparition rapide d'une diurèse importante, accompagnée d'une réduction parallèle du foie révélait logiquement des déplacements de liquide dans le foie dans ces cas mentionnés.

Il était donc nécessaire de préciser le mécanisme de ces déplacements aqueux. Pour répondre à cette question essentielle, il nous faut considérer l'aspect physiologique de la circulation portale.

On sait que dans le circuit sanguin le cœur joue comme facteur dynamique un rôle essentiel, aidé et soutenu par la pression artérielle. L'élan du flux sanguin se brise presque entièrement dans les capillaires ce qui a pour effet la différence de pression au débouché des artères et à la racine des veines. Le flux dans les veines est régularisé en partie par la différence de niveau entre l'origine des veines et leur point d'aboutissement dans l'oreillette droite ; il subit en outre l'influence de la succion exercée par le cœur lui-même et d'une série d'autres facteurs favorisant la marche du courant sanguin.

Si l'on considère la circulation dans la veine porte, on constate son caractère tout particulier. Elle se distingue par ce fait unique que l'arrivée de masses considérables de sang de la plus grande partie de la cavité abdominale dans la plus grosse glande de l'organisme est assurée par une veine ; puis par ce fait que cette veine procède d'un système capillaire et s'achève par un autre système capillaire. Enfin notons que chez l'adulte cette veine est un canal sans valvules (Hochstätter). Il faut se demander comment dans ce domaine la circulation peut être maintenue : l'élan du cœur y manque comme « spiritus movens » et la différence de niveau est infime par rapport au travail à effectuer. La pression dans la veine porte accuse un maximum de 24 mm. Hg pendant la digestion (Rosapelly, d'après Roger). Villaret l'estime à une moyenne de 5 mm. Hg, Basch a mesuré chez un chien une pression de 7 à 16 mm. après section du nerf splanchnique. Heidenhain parle d'une pression de 5,2 à 7,2 mm. La pression dans la veine cave inférieure est souvent encore plus basse.

Selon Burton-Opitz la pression dans la veine cave près

de l'oreillette mesure chez le chien 2,9, mais varie de 3-4 à 7-8 mm. (Roger). On comprend d'après ces variations de pression l'importance des résultats des intéressantes expériences d'O. Hess, qui confirme la possibilité physiologique d'un reflux du sang de la veine cave inférieure vers le foie par la veine hépatique. Entre la veine porte et la veine cave inférieure, la chute de pression atteint au maximum 32 mm. ; cette différence serait sensible dans le cas d'un passage direct de la veine porte à la veine cave inférieure. Mais on ne doit pas oublier qu'entre ces deux domaines se trouve le foie avec son important réseau capillaire. Un simple calcul nous permet d'apprécier combien la situation hémodynamique est défavorable. La chute de la pression du sang au passage dans les capillaires intestinaux est importante, la différence entre la pression artérielle et la pression dans la veine mésentérique n'étant pas inférieure chez le chien à 151 mm. (d'après les tables de Burton-Opitz). Si l'on admet que la résistance dans les capillaires du foie est égale à celle des capillaires intestinaux, alors qu'elle est en réalité plus forte, on se demande ce qui reste des énergies hémodynamiques dans la veine porte.

On sait par des expériences de passage artificiel du sang dans certains organes survivants que, dans le cas d'afflux rythmés du sang, la masse liquide refoulée est supérieure à celle refoulée consécutivement à un afflux régulier, ce qui défavorise encore le courant de la veine porte. On en conclura que les capacités hémodynamiques seules ne suffisent pas à assurer normalement une circulation sanguine du foie.

Quels en sont les autres facteurs ?

En premier lieu le rôle des capillaires : Parisini insiste sur la contractilité de ces vaisseaux ; Tigerstaedt de même, Krogh a noté chez la grenouille et le cobaye un acroissement des capillaires dans un cmq de surface du muscle au travail. Richards a confirmé ces observations en observant dans le rein de la grenouille une quantité plus considérable de glomérules en action sous l'influence des diurétiques. D'accord avec ces auteurs je tiens compte du rôle auxiliaire important des capillaires, mais seulement comme facilitant la circulation en diminuant les résistances. Ce qui ne suffit pas à résoudre les difficultés évoquées ci-dessus. J'attache beaucoup d'importance aux expériences de Koppe sur les moyens qui facilitent la circulation, mais ils n'ont pas à ma connaissance leur équivalent chez l'homme. Pick et ses collaborateurs ont souvent étudié les systèmes d'arrêt dans les veines et les capillaires du foie : j'y reviendrai ; qu'il me suffise ici d'indiquer que l'action de ces systèmes est inhibitive et ne peut donc être considérée comme favorisant la circulation.

Ainsi le fonctionnement du système veineux à l'intérieur du foie n'éclaircit pas le mystère. D'autres facteurs étudiés par divers auteurs peuvent être considérés au maximum comme des adjuvants.

Il faut donc chercher quelle autre force d'impulsion joue le rôle essentiel dans la circulation hépatique. Heger a trouvé par ses expériences faites sur des animaux qu'un sérum introduit dans un foie préparé à cet effet ne s'écoule pas régulièrement mais selon un rythme variant de force en décroissant. Après la mort de l'organe, l'écoulement est régulier. Faut-il avec Heger attribuer ce fait aux modifications de calibre des capillaires ? Son observation est précieuse parce qu'elle affirme l'influence du tissu vivant du foie sur la circulation. Je considère plus importantes encore les indications de Seregé et Soulé selon lesquelles une solution de ferrocyanure s'écoule plus vite par le lobe droit que par le lobe gauche du foie. Ceci est d'autant plus curieux que le lobe droit, sensiblement plus volumineux, allonge d'autant le parcours, ce qui laisserait prévoir un résultat contraire. Cet exemple nous fait croire à une puissance particulière sise dans le foie qui favorise la circulation en relation avec la masse du parenchyme : ce qui nous incite à considérer l'activité glandulaire du foie.

Claude Bernard a eu le grand mérite d'écarter la notion du foie comme organe servant uniquement à produire la bile et a établi dans des remarquables travaux son importance pour les échanges des hydrates de carbone. Ces recherches en ont suscité une foule d'autres, qui ont fait considérer de nos jours le foie comme centre des échanges métaboliques. Fischler considère à bon droit que la physiologie du foie sert de préface à l'étude générale de la physiologie des échanges. Cet organe participe à presque tous les détails de ce vaste ensemble physiologique.

Les données cliniques et le résultat des expériences mettent hors de doute que la glycogénie occupe une place d'honneur parmi les fonctions du foie. L'opinion s'affirme plus souvent de nos jours dans les ouvrages médicaux que des relations intimes existent entre la formation du glycogène et les autres phénomènes métaboliques.

On note particulièrement la richesse en glycogène du foie qui peut atteindre 20 % du poids de l'organe. Son accumulation est nécessaire pour que l'alimentation du sang en sucre s'effectue normalement. La réduction des stocks s'accomplit sous l'effet d'une série de ferments. Mais cette capacité remarquable en glycogène semble servir non seulement à maintenir dans le sang une dose constante de sucre, mais encore à assurer peut-être, comme l'indiquent nombre de faits, le fonctionnement normal de l'ensemble de l'organe, ce dont nous pourrons aisément nous persuader. La disparition des réserves de glycogène fait apparaître entre autres l'acide glycuronique, important pour la désintoxication qu'il assure en s'accouplant avec des corps aromatiques. Fischler parle d'une intoxication glycoprive, consécutive à un défaut total d'hydrates de carbone, etc...

Les intenses échanges nutritifs dans le foie exigent, pour l'accomplissement des opérations chimiques, une quantité correspondante de liquides. Les oxydations et les désoxydations se succèdent à une vitesse vertigineuse : dans ces processus chimiques certaines quantités d'eau vont être absorbées, puis dégagées. La formation du glycogène n'absorbe pas moins de 4 grammes d'HOH par 1 gr. de ce corps. On appréciera davantage l'importance de ce fait si l'on considère que la quantité quotidienne de sucre formée par l'organisme est relativement considérable : Seegen l'estime à 7 à 800 gr. Même exagéré, ce chiffre souligne l'importance des échanges d'hydrates de carbone pour le mouvement de l'eau dans le foie. Combien considérable dès lors apparaît l'action chimique intensive des cellules du foie dont Pel estime le nombre à un milliard ? L'intensité des échanges chimiques se reflète entre autres dans l'élévation de température du sang dans les veines du foie ainsi que l'a noté Cl. Bernard et dans le manque total d'oxygène dans le sang qui sort du foie.

Le foie a besoin aussi pour la production de la bile d'une importante quantité d'eau. La pression de la bile étant supérieure à celle notée dans la veine porte, l'écoulement de ce liquide est de son côté soumis à l'activité du parenchyme. Les quantités de bile produites en un jour ont été déterminées chez l'homme et l'animal par divers auteurs qui les estiment de 300 à 1500 c.c.

Il faut attribuer aux déplacements de l'eau conjugués avec l'activité des cellules, les variations de volume du foie. Colrat signale que les bouchers ont remarqué que son volume varie chez les animaux selon les périodes d'abatage. Non seulement l'absorption de nourriture, mais aussi la qualité des aliments ingérés influe sur le volume du foie, toute alimentation riche en hydrates de carbone provoque son augmentation.

Schœndorff a noté en pareil cas une augmentation de 2,6 à 9,5 pour cent par rapport au poids du corps chez des chiens. Des travaux de divers auteurs français indiquent qu'il en est de même chez l'homme. Mongour note l'augmentation de volume du foie après les repas : Chiray et Lebègue l'ont constatée aux rayons X. Violle a noté le rôle de l'eau et notamment l'influence de la diges-

tion qui ralentit la diurèse, fait signalé déjà par Gilbert dans les cas pathologiques sous le nom de opsiurie, etc. Les expériences de Violle sont particulièrement intéressantes parce qu'elles soulignent le rôle de l'alimentation. Fischler a comparé le foie d'un chien, après une fistule d'Eck usuelle, avec une fistule d'Eck inverse, et noté le volume différent du foie dans les deux cas, dans le premier il diminuait, dans le second il s'accroissait, les cellules étant plus volumineuses et leurs noyaux plus écartés l'un de l'autre.

Pour ces différentes raisons il nous semble certain que le tissu hépatique intervient dans les déplacements aqueux. Plusieurs auteurs ont exprimé ce point de vue, notamment Rosenbach et plus nettement encore Hess qui dit : « Je suis tenté de mettre dans la machine circulatoire humaine, le foie au premier plan, tout à côté du cœur (moteur), du système canaliculaire (artères, veines, capillaires) et des appareils auxiliaires (poumons, diaphragme, etc. » Pick ajoute : « Il est hors de doute que ses cellules dirigent les échanges aqueux, toute oxydation ou réduction étant impossible sans eau ».

***

Maurice Villaret a procédé à de très intéressantes expériences faites sur des foies d'animaux privés de circulation par suppression totale de la masse sanguine à la suite d'une saignée à blanc, et auxquels il a injecté, par la veine porte et les veines sus-hépatiques une gélatine colorée. Il a constaté que les colorants se retrouvaient, chose étrange, à des endroits qui ne correspondaient pas selon une conception purement mécanique à la voie choisie.

En se basant sur ces expériences, il a conclu que le foie agit comme une véritable pompe aspirante et refoulante autonome.

De cet exposé physiologique, quelle conclusion pathologique pouvons-nous tirer ? M. Villaret même a insisté dernièrement sur le fait que les troubles de la circulation intrahépatique peuvent s'exagérer dans des cas pathologiques par un dérangement des fonctions hépatiques. *On peut affirmer sans crainte d'erreur que la pathologie du foie est le plus souvent aussi une pathologie de la cellule hépatique. Les maladies primaires du tissu interstitiel et des vaisseaux sont relativement rares et dans ces cas encore le parenchyme est co-intéressé.* Ceci résulte de l'intensité des échanges entre le sang et les tissus et, par ailleurs, du fait que la cellule hépatique très différenciée est extrêmement sensible à toute sorte de préjudices. Les corps nocifs disposent de nombreux moyens d'accès et le foie subit le premier assaut des produits nocifs provenant de l'appareil digestif. On s'est étonné souvent, du point de vue clinique, que les maladies du foie soient pourtant sensiblement moins fréquentes qu'on ne pourrait s'y attendre *a priori*.

On se l'explique notamment par la capacité du tissu hépatique de se refaire rapidement et par l'abondance des réserves du parenchyme. Il convient d'ajouter que nous ne constatons que les modifications les plus importantes et ne disposons pas de moyens sûrs d'enquête fonctionnelle. On admet généralement que l'augmentation de l'urobilinurie indique des désordres de l'activité hépatique, mais ce symptôme est trop fréquent, pour être apprécié aisément.

En commençant par l'hyperémie passive du foie : toute élévation de la pression sanguine dans la veine cave inférieure influence défavorablement l'écoulement du sang veineux du foie. Les cellules péricentrales supportent une pression plus élevée, leur alimentation souffre, les déchets du métabolisme dans le sang, particulièrement le dioxyde de carbone, produisent une action délétère sur le parenchyme.

L'activité du tissu hépatique s'en trouve restreinte et est suivie de modifications morphologiques de dégénérescence. Le désordre progresse vers la périphérie et aux phénomènes nécrobiotiques succèdent des proliférations du tissu conjonctif, c'est-à-dire un durcissement du foie (foie cardiaque).

Nous avons vu plus haut quel rôle important joue le glycogène dans le développement des fonctions hépatiques. Si l'on prend en considération, à propos de l'engorgement suraigu des alpinistes, la consommation accrue du glycogène dans le cas d'efforts physiques exagérés ; on est tenté d'expliquer l'engorgement ultra-rapide par deux faits concomitants : la décompensation cardiaque et la faiblesse fonctionnelle passagère du foie.

La fréquence et l'intensité des cas d'engorgement chez les enfants s'expliquent par la sensibilité de leurs tissus. Tenons compte à ce propos des cas aigus accompagnant la diphtérie infantile. Les divers auteurs ne sont pourtant pas d'accord ; les uns interprètent la tumescence du foie comme cardiaque, les autres comme une conséquence de la paralysie des vaisseaux.

Le facteur toxique, qui est en cause dans ces cas de troubles hépatiques dans la diphtérie, apparente ces faits au groupe dont il va être question maintenant.

J'ai envisagé longuement le syndrome de la soi-disant hyperémie active du foie et fait quelques réserves sur l'opinion des classiques.

Le fait que le syndrome est lié à des éléments agressifs infectieux et toxiques et que de nombreux signes cliniques indiquent tous un trouble fonctionnel du foie, confirme la conception d'une lésion primaire du parenchyme. En considérant les arguments exposés à propos de la circulation de la veine porte, on sera amené à insister sur l'analogie avec l'hyperémie passive et à identifier un mécanisme analogue. C'est ce que démontre aussi l'ensemble des troubles concernant l'échange d'eau dont l'importance s'accentue dans les cas d'une infection hépatique pure.

Je tendrais à voir dans ce groupe de maladies une affirmation expérimentale de l'explication cellulaire du circuit sanguin de la veine porte.

Si l'on considère la cellule hépatique comme victime d'un dommage primaire il sera difficile d'en fixer les limites et de déterminer des distinctions artificielles. En effet, la transition d'un cas donné de l'hyperémie simple à une cirrhose vraie se présente souvent. Il importe peu à notre sujet de savoir pourquoi la cirrhose évolue ou non selon les cas à partir d'une hyperémie simple, la base restant la même dans les deux cas.

On sait que dans l'ictère simple, la cellule hépatique est malade : le chloroforme et d'autres poisons provoquent une hyperémie simple en cas d'empoisonnement léger, un ictère grave dans les cas d'intoxication massive.

L'ictère simple peut aussi de son côté, on le sait, se transformer en ictère grave. Ceci suffit à mon sens, à souligner l'unité pathogénique.

J'ai indiqué précédemment que les troubles du métabolisme de l'eau attestent que le parenchyme a souffert. Il me faudrait préciser ce point de vue pour le rendre plus exact.

Depuis la découverte de l'opsiurie chez les hépatiques par Gilbert et Lereboullet, les cliniciens sont très attentifs au volume du foie par rapport aux échanges d'eau.

Les auteurs allemands et surtout les français ont souvent étudié ce sujet du point de vue théorique et pratique. Chiray et Lebègue, qui donnent la bibliographie française de la question, ont insisté surtout sur les congestions digestives du foie. Landau et Papp ont cherché dans le sang l'hydrémie après injection intraveineuse de liquides chez des malades du foie, et constaté que la durée de l'hydrémie est augmentée. Ils concluent de leurs observations que le foie n'agit pas par réflexe d'adaptation mécanique mais par la participation de ses cellules.

Adler a constaté chez les ictériques l'insuffisance d'élimination d'urine. L'expérience des auteurs confirme l'existence de l'opsiurie de Gilbert, non seulement dans le stade initial des cirrhoses, mais aussi chez d'autres malades du foie.

Par des mensurations d'urine ou des analyses du sang, ils ont abouti de nouveau à la constatation de désordres du régime aqueux dans l'organisme des hépatiques.

Pollitzer et Stolz ont fait avancer la question en démontrant que des injections de 2 c. c. de novasurol provoquent des déjections urinaires importantes. Saxl et Heilig ont introduit le novasurol comme diurétique en thérapeutique.

On le considérait d'abord comme le produit diurétique le plus efficace, aujourd'hui nous avons dans le salyrgan, le novurit et le neptal des agents encore plus puissants et beaucoup moins toxiques. La majorité des auteurs expliquent, on le sait, l'effet de ces diurétiques par la modification qu'ils provoquent de l'état colloïdal des tissus.

Cela nous prouve d'une part que chez les malades du foie les rétentions aqueuses se produisent apparemment dans le foie lui-même, d'autre part, que le changement de la pression du gonflement colloïdal libère l'eau retenue. Cela permet d'apprécier l'importance de l'étude des effets diurétiques pour l'explication du problème posé.

***

Je résumerai ainsi, en guise de conclusion, cet exposé :

1. L'état du foie est essentiel en ce qui concerne la circulation sanguine de l'organe, non seulement dans les conditions physiologiques mais aussi dans les cas pathologiques.
2. Chaque fois que le parenchyme est atteint d'une façon diffuse et appréciable, le circuit de la veine porte s'en trouve compliqué, ce qui se manifeste notamment par des modifications de l'émission d'urine.
3. Le foie représente par conséquent l'un des éléments les plus importants de la « Vorniere » (avant rein) au sens que Volhard la conçoit.
4. D'un point de vue pathogénique, il faut interpréter de la même façon les hyperémies passives et actives, les unes et les autres étant provoquées en dernière analyse par des modifications des tissus et notamment du parenchyme.

Sur un cas d'hyperthermie excessive

Par le Dr M. SACORRAFOS
Professeur de Clinique pathologique
à la Faculté de médecine d'Athènes

On connaît depuis longtemps l'action des centres nerveux sur le thermogenèse et l'apparition, en cas de lésions de ces centres, d'une hyperthermie non accompagnée des autres troubles qu'on observe dans les maladies infectieuses. On a ainsi rapporté (Boddie) le cas d'un homme qui a subi une fracture de la région cervicale de la moelle épinière avec paralysie du tronc et des membres supérieurs, et qui a présenté avant sa mort une température de 42°. On a également observé plusieurs cas analogues chez des personnes dont les centres nerveux étaient atteints, tandis que l'état général était relativement bon. Il y a certaines maladies, comme le tétanos, et certains empoisonnements par des alcaloïdes qui produisent une élévation intense de la température ; la strychnine, par exemple, peut porter la température jusqu'à 44° au moment des convulsions.

Il s'agit là d'états pathologiques intéressant particulièrement le système nerveux, mais qui s'accompagnent d'un état général grave. Le paludisme comporte des symptômes généraux sérieux, surtout sous la forme dite maligne, mais on ignore si le virus de cette maladie agit directement ou indirectement par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins. On sait aussi que dans la forme maligne du paludisme on a trouvé les vaisseaux sanguins du cerveau pleins de parasites. Il y a plusieurs cas où les vaisseaux capillaires de la substance blanche et de la substance grise du cerveau étaient, pour ainsi dire, bourrés de globules rouges remplis de plasmodes. Mais il y a aussi des cas de paludisme où le sujet atteint d'un accès fébrile se porte en général bien, malgré une température de 40° et plus.

Cette indifférence à la température élevée, qu'on rencontre assez souvent au cours du paludisme, et qui n'a pas suffisamment attiré l'attention des observateurs, n'appartient pas exclusivement à cette maladie. Nous l'avons, en effet, observée dans deux cas de fièvre de Malte ; de même dans un cas de dengue pendant la dernière pandémie d'Athènes, où nous avons noté une température de 42° sans que les facultés intellectuelles aient été aucunement troublées, le malade ne se plaignant que d'une céphalée intense et d'une soif ardente. Nous avons par ailleurs, constaté de la bradysphygmie, avec une respiration de 30 par minute. Pourtant il s'agit là de maladies infectieuses graves qui auraient dû être accompagnées des symptômes habituels.

Le cas que nous rapportons aujourd'hui présente un exemple d'hyperthermie excessive chez un paludéen. Le voici :

Le 21 octobre de l'année dernière, I. P..., âgé de 65 ans, maçon de son état, condamné à l'emprisonnement, nous a été amené de l'hôpital militaire de Lamia à l'hôpital municipal et nous a raconté ce qui suit :

Jusqu'à son emprisonnement, qui a eu lieu six mois auparavant, il s'était bien porté et n'avait jamais souffert de paludisme. Il y a un mois, il a commencé à accuser du malaise avec myasthénie, inappétence et céphalée, cette dernière survenant surtout vers le soir. Ces symptômes se sont progressivement accompagnés de frissonnements qui ont été par la suite remplacés par un frisson précédant la fièvre. La fièvre, d'après le récit du malade, était accompagnée de céphalée, sensation de cuisson, et inquiétude ; la chute de température survenait au milieu de sueurs abondantes, après lesquelles le malade revenait à son état normal. Ces accès fébriles devenaient de plus en plus violent, et les symptômes concomitants de plus en plus accusés. La température du malade n'a pas été prise en prison, mais il pense lui-même que la fièvre était très élevée. Le médecin de la prison lui a administré de la quinine, et quelques jours après le malade guérit complètement, il reprit des forces, l'appétit revint et la céphalée disparut. Mais comme l'usage de la quinine ne fut pas continué, les accès revinrent et l'état général empira. Le malade fut alors transféré à l'hôpital militaire de la ville, où, par l'emploi systématique de la quinine, il fut complètement débarrassé de la fièvre. Cependant, il paraît que, craignant d'être reconduit en prison, et voulant prolonger son séjour à l'hôpital, le malade cessa de prendre de la quinine. Bientôt les accès recommencèrent. Il fut alors transporté à l'hôpital municipal d'Athènes et placé, le 21 octobre 1931, à la clinique pathologique que nous dirigeons.

Le lendemain, lors de notre visite habituelle, nous l'avons examiné. Son état général était relativement bon, le teint du visage était pâle, mais non pas de cette pâleur sale caractéristique du paludisme chronique ; la rate présentait une augmentation moyenne de volume, dépassant de deux travers de doigt les fausses côtes ; sa consistance n'était pas bien dure et sa surface était plutôt lisse ; le foie dépassait un peu les fausses côtes et la matité hépatique commençait à la sixième côte sur la ligne mamillaire et à la huitième côte sur la ligne axillaire ; les bruits du cœur étaient normaux, le deuxième bruit aortique résonnant : aux poumons on constatait des râles sibilants diffus des deux côtés : l'examen cytologique du sang montra une diminution des globules rouges

(3.800.000) et des globules blancs (5.360) avec la formule leucocytaire suivante : polynucléaires neutrophiles 58 %, grands mononucléaires 26 %, lymphocytes 14 %, éosinophiles 2 % ; la recherche du plasmode donna un résultat négatif, tenant peut-être au fait qu'au moment de la prise du sang le malade était sans fièvre ; aussi, nous nous sommes abstenus de tout traitement, en attendant le retour des accès, d'autant plus que l'état général du malade, comme nous avons dit plus haut, était relativement bon.

Il n'y avait certes aucun doute sur la nature de la maladie ; en effet, l'histoire de la maladie, le lieu d'origine (Lamia), la mégalosplénie et l'augmentation du volume du foie, la formule leucocytaire, et surtout l'abaissement de la température et la disparition de tous les symptômes concomitants du paludisme (céphalée, myasthénie, inappétence) après l'administration de la quinine, sont des signes suffisants pour poser le diagnostic du paludisme, malgré l'absence de l'agent pathogène. On sait d'ailleurs que la recherche de cet agent dans le sang périphérique des paludéens ne donne pas toujours un résultat positif.

L'absence de fièvre s'est prolongée du jour de l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'au 3 novembre suivant. A cette date, dans la matinée, le malade fut pris d'un frisson intense d'une durée de plus d'une heure, suivi d'une élévation de la température à 40°, qui dura six heures, après lesquels la lysis survint avec des sueurs abondantes et la température descendit au-dessous de la normale (36°3). Le sang pris au moment de l'accès donna de nouveau à l'examen un résultat négatif. La fièvre réapparut trois jours après, accompagnée de frissons et des mêmes symptômes qu'avant et la température monta au même niveau qu'à l'accès précédent. Un nouvel examen du sang fut également négatif. Le 10 novembre le malade fut soudainement saisi d'un frisson très intense et la température s'éleva à 42°5, persistant pendant deux heures environ, tandis que l'examen du sang fournit encore un résultat négatif. On fit au malade une injection intraveineuse de quinine colloïdale répétée le lendemain : les jours suivants, on administra le médicament *per os*, à la dose de 2 gr. par jour. Cependant, deux jours après, la température s'éleva de nouveau à 42°5 pour baisser une demi-heure après. Il faut remarquer que, aussi bien pendant les deux accès précédents qu'au cours de ces derniers, la fréquence de la respiration ne dépassa pas 30 par minute, et celle du pouls était de 93 aux deux derniers accès et c'est seulement au premier qu'elle s'éleva à 120, avec 36 respirations.

L'apyrexie dura jusqu'au 2 décembre, c'est-à-dire pendant vingt jours, bien que, selon son aveu même, le malade ne prit pas régulièrement la quinine, de peur que, considéré comme guéri, il ne fût reconduit en prison. Mais quelques jours avant cette date, tandis qu'il était toujours sans fièvre, il commença à accuser de la fatigue, de l'inappétence et de la céphalée vespérale et il attribuait ces symptômes à son séjour dans la salle de l'hôpital ; c'est pourquoi il obtint la permission d'en sortir et de séjourner dans l'enceinte de l'hôpital. Le 2 décembre, pendant qu'il se trouvait dans cette enceinte, il fut soudainement pris d'un frisson très intense, qui l'obligea de rentrer dans la salle de l'hôpital et de s'aliter. Comme le frisson continuait et qu'il était accompagné de trismus des dents, pâleur de la face, petitesse du pouls et anxiété, les assistants et les infirmières accoururent à son chevet et lui mirent sous l'aisselle le thermomètre qui se brisa tout de suite. L'assistant en appliqua avec précaution au même endroit un autre, qui se brisa aussi. Comme les deux thermomètres utilisés étaient gradués jusqu'à 42° C et qu'il y avait encore un espace vide d'un demi-centimètre environ, nous avons supposé que la température du malade dépassait 42° et nous avons posé un autre thermomètre qui se trouvait dans la clinique, gradué jusqu'à 42°5, dont la colonne de mercure pouvait dépasser cette limite de 2 centimètres, c'est-à-dire que la température pouvait atteindre 44° sans danger de brisure du verre. En effet, ce malade présentait une température de 43°6 pour la première fois observée chez un paludéen. On a vérifié le thermomètre en l'appliquant à des malades dont on avait pris la température avec d'autres thermomètres, et à deux sujets bien portants, et il fut trouvé exact. Le thermomètre appliqué de nouveau cinq minutes après montra la même température, contrôlée non seulement par les assistants et les infirmières, mais aussi par deux médecins étrangers à la clinique qui suivaient la visite. En conséquence on ne saurait admettre aucune erreur au sujet de la température du malade. On lui fit immédiatement des frictions à l'eau froide avec alcool, des injections d'un gramme de quinine colloïdale et d'autres de caféine, d'adrénaline et de camphre. Une demi-heure après, la température descendit à 43°, et en baissant progressivement elle arriva à la normale dans l'espace de deux heures. Pendant plusieurs jours la quinine fut utilisée sous la surveillance des assistants et quelques jours après, le malade, considéré comme guéri, fut reconduit en prison.

Il est à remarquer que notre malade ne paraissait guère influencé par cette température inusitée, car son intelligence était restée lucide, il avait conscience de ce qui se passait autour de lui et en général il ne présentait aucun des troubles qu'on observe au cours des maladies infectieuses graves, sauf de la céphalée dont il se plaignait ; sa langue était normale ; il est à remarquer aussi que, malgré cette température très élevée, les respirations n'ont pas dépassé 36 et les pulsations étaient à 100 par minute.

Nous nous sommes donc trouvés en présence d'un cas particulier qui rappelle les anciennes opinions sur l'existence d'une *hyperthermie fébrile* et une *hyperthermie non fébrile*.

Nous croyons que nous devons rattacher cet état au parasympathique et l'attribuer à une excitation intense de ce système, surtout dans la périphérie, ce qui entraînait une très grande vasodilatation périphérique d'où une perte abondante de chaleur. On sait bien, du reste, que le virus paludéen exerce une action sur le parasympathique qui n'est pas égale de la périphérie aux organes internes, et peut même provoquer une rupture de l'équilibre entre le sympathique et le parasympathique. On observe une action analogue au début de l'accès, au stade du frisson mais en sens inverse, car alors on note une vasoconstriction périphérique avec vasodilatation centrale. Ce n'est que de cette façon que nous pouvons expliquer cette élévation excessive de la température ne durant que très peu de temps, et redevenant normale dans le délai de deux heures, l'état général demeurant constamment bon. C'est d'ailleurs par le même mécanisme qu'il se produit dans la dengue une élévation marquée de la température, avec un bon état général, une bradysphygmie et un ralentissement relatif de la respiration, tous symptômes qu'on ne saurait expliquer que par une irritation des centres nerveux, surtout ceux du parasympathique.

« Il n'y a pas longtemps, j'ai eu l'occasion d'examiner une jeune femme, cousine d'un collègue chirurgien, enceinte de quatre mois et qui avait une douleur à droite ; on me la montrait pour savoir s'il fallait l'opérer tout de suite ou plus tard. Je n'ai pas eu de mal à convaincre mon collègue qu'il ne s'agissait pas d'appendicite, mais seulement de douleurs musculaires. Ce chirurgien m'a honnêtement avoué ignorer ces faits et avoir été heureux de les connaître pour en faire son profit. Soyez persuadés qu'un certain nombre d'appendices sont enlevés ainsi à tort pendant la grossesse : ou si le chirurgien craint d'opérer parce que la femme est enceinte, son expectative est armée d'une épée de Damoclès qui n'a rien de rassurant pour la malade ! (METZGER. Réactions douloureuses au cours de la puerpéralité. *Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier*, 1 vol. 1932, Vigot, édit.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Une observation d'hyperexcitabilité du sinus carotidien. — Le sinus carotidien est, comme on le sait, une zone vasculaire assez limitée, comprenant la partie terminale, dilatée, de la carotide primitive la bifurcation carotidienne avec la partie toute initiale, des carotides interne et externe, et enfin le petit corpuscule intercarotidien.

Un homme de 67 ans, alors qu'il s'habille et met son faux-col, est pris subitement d'un malaise. Il constate, aussitôt après, une certaine gêne à se servir de sa main droite. L'examen montre un peu de diminution de la force musculaire au niveau des doigts et du poignet. L'interrogatoire apprend que depuis une dizaine d'années ces malaises se reproduisent assez souvent, consistent en une sensation subite d'arrêt du cœur n'allant pas jusqu'à la perte de connaissance et ne durent que deux ou trois secondes. Particularité importante à noter : le malaise apparaît *toujours* au moment où le malade s'habille et *met son faux-col*.

L'hypothèse d'un réflexe ayant comme point de départ le sinus carotidien est envisagée et confirmée par l'épreuve suivante. La carotide étant légèrement comprimée du côté gauche en arrière du bord supérieur du larynx, un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire, le malade s'affaisse et se relève deux secondes après. L'état syncopal ne se produit que par la pression du côté gauche et non du côté droit. Comment expliquer cette sensibilité particulière du sinus carotidien chez cet homme, syphilitique de longue date et qui s'est mal soigné ? On peut penser qu'une zone d'artérite syphilitique s'est développée dans la zone du sinus carotidien, mais ce n'est là qu'une hypothèse. Dans un cas semblable publié par Roskam (*Presse Médicale*, 1930) la syphilis n'était pas en cause.

Voici donc un nouveau syndrome clinique caractérisé par des accès syncopaux traduisant une hyperexcitabilité du sinus carotidien. Il suffit d'en connaître l'existence pour en faire facilement le diagnostic. De nouvelles observations ne tarderont certainement pas à être publiées, qui permettront de se rendre compte de sa fréquence, et peut-être aussi d'élucider ses causes qui, jusqu'ici, sont parfaitement obscures.

Comme traitement, on peut essayer la radiothérapie sur le sinus carotidien. Roskam aurait eu un résultat favorable avec la trinitrine et l'atropine.

(R. de Brun. Le réflexe cardio-inhibiteur du sinus carotidien. *Journal des Praticiens*, 18 juin 1932.)

Parmi les méningites aiguës staphylococciques, on peut isoler une forme rachidienne, dont le point de départ est un foyer de spondylite. L'infection microbienne gagne l'espace épidural, puis la dure-mère. L'épidurite et la pachyméningite peuvent rester localisées en regard du foyer osseux, puis l'infection diffuse vers les méninges molles et réalise une méningite spino-cérébrale.

(P. Harvier et A. Maison. Spondylite, épidurite et méningite à staphylocoques. *Paris Médical*, 18 juin 1932.)

La valeur des méthodes biologiques dans le diagnostic des kystes hydatiques a été discutée ces derniers temps. Des critiques parfois sévères ont été formulées.

Nous ne partageons pas l'avis des auteurs qui les ont faites dit M. Bressot. Nous pensons précisément que rares sont les cas où le clinicien peut, à lui seul, affirmer l'existence d'un kyste hydatique, puisque la ponction exploratrice est formellement proscrite dès qu'une telle lésion est soupçonnée ....

Si nous n'estimons ni constantes ni spécifiques les méthodes de laboratoire, si elles ont leur part d'aléa et parfois d'erreur, nous trouvons sévère l'opinion des auteurs qui les jugent « non recommandables » ; elles méritent un meilleur sort. S'en priver serait une faute. Nous pensons que, dans la majorité des cas, le diagnostic de kyste hydatique demande pour être fait les données combinées de l'examen clinique, de l'exploration radiologique et des réactions biologiques.

(E. Bressot. L'aide du laboratoire dans le diagnostic des kystes hydatiques. *La Presse Médicale*, 26 mars 1932.)

Syphilis

La question des syphilis arséno-résistantes et arséno-récidivantes est toujours à l'ordre du jour. R. Bacquelin vient de consacrer sa thèse à l'étude critique des différents cas d'arséno-résistance et d'arséno-récidives rapportés dans la littérature. L'arséno-résistance est la résistance au traitement arsenical, de manifestations de la syphilis habituellement et rapidement influencées par ce traitement, c'est-à-dire des manifestations récentes des deux ou trois premières années. L'arséno-récidive comprend toutes les récidives quelles qu'elles soient, survenues au cours ou au décours d'un traitement arsenical, et malgré le traitement arsenical. On peut distinguer : 1° les arséno-résistances et les arséno-récidives *cliniques* ; 2° les arséno-résistances et les arséno-récidives *humorales*. Pour MM. Marcel Pinard et Even les arséno-résistances et les arséno-récidives *fausses* sont fréquentes, et tiennent à une faute de traitement ; par contre les arséno-résistances et les arséno-récidives *vraies* sont rares. Il est utile de rappeler que le traitement arsenical doit observer :

1° *La règle des doses.*

Si le médecin choisit l'arsenic, il doit se soumettre aux règles depuis longtemps formulées par Erlich : 1 cgr. 5 par kilogramme par injection, et autant de grammes par série que le sujet pèse de dizaines de kilogrammes, c'est-à-dire que pour un individu pesant 60 kilogrammes, on devra atteindre la dose de 0 gr. 90, par injection, et la dose de 6 grammes par série. C'est ce que nous appelons la règle des doses.

2° *La règle des intervalles*, c'est-à-dire que l'intervalle entre deux séries ne doit être que de vingt et un jours.

3° *La règle des séries*, à savoir : le traitement d'attaque doit comporter trois séries si le malade est pris à la phase présérologique et, s'il est pris à la phase sérologique, trois séries, plus autant de séries qu'il en a fallu pour négativer les réactions sérologiques. Avant d'affirmer une arséno-résistance ou une arséno-récidive il faut toujours penser à la possibilité d'un mauvais arsenical ou d'une mauvaise série de fabrication. On a incriminé aussi le tréponème, le terrain. On a prétendu que les tréponèmes pouvaient d'emblée ou secondairement être rebelles à l'arsenic.

Si le médicament et le tréponème ne peuvent être incriminés, il ne peut s'agir que d'une question de terrain, où doit dominer la notion d'insuffisance hépatique.

(Marcel Pinard et Roger Even. Les syphilis arséno-résistantes et arséno-récidivantes. *Paris Médical*, 26 mars 1932.)

Dermatologie

La douche filiforme est un mode de traitement qui mériterait une meilleure place dans l'arsenal thérapeutique. Elle consiste en la projection sur la peau d'un filet d'eau animé d'une grande vitesse lui conférant une certaine pression et le rendant rigide. Il s'agit là d'une méthode ancienne, qui fut découverte par de Laures lequel avait, en 1865, réalisé un appareil et donné à la méthode le nom d'*aquapuncture*. Elle ne fut utilisée pendant longtemps que comme agent révulsif local. Paul Bénard, de Saint Christau, publia en 1894 un travail sur la question, mais ce sont les travaux de Veyrières qui remirent la méthode en discussion. Cet auteur eut l'idée d'appliquer la douche filiforme à certaines des affections cutanées qu'il traitait à la Bourboule. Depuis l'appareil primitif de Laures, on a construit différents modèles plus ou moins compliqués. Ils sont basés sur le même principe et répondent aux exigences de la méthode : l'obtention d'un jet aqueux, d'un calibre aussi réduit que possible (1 /10 mm, 1 /4, 1 /2 mm. au maximum) projeté à une pression pouvant varier suivant les besoins de 2 à 20 atmosphères.

La douche est très bien tolérée par la peau saine.

Aux endroits frappés par le jet, la peau se déprime en un petit godet de la grandeur d'une lentille, sans jamais se rompre, même pour des pressions de 18 à 20 atmosphères. C'est ce qui a valu à la douche le nom de « curette intelligente » que lui a donné Veyrières. Dans un lupus, par exemple, le jet arrache, dilacère, emporte électivement le tissu malade et respecte complètement les îlots restés sains. Nous pensons que cette « intelligence » s'explique très simplement : la résistance de la peau saine est due à son élasticité. Là où une lésion, même légère, a altéré les fibres élastiques, la pression extérieure provoque la rupture du tégument ; le jet pénètre jusque dans l'hypoderme par effraction à travers une petite plaie contuse et emporte électivement les déchets des réactions inflammatoires. L'avantage d'une telle méthode sur l'ancienne scarification qui passe à travers tout, aveuglément, est évident. Cette action mécanique de la douche n'est d'ordre véritablement *chirurgical*, mais ce n'est pas le médecin qui dirige l'opération, c'est l'interréaction des propriétés physiques du jet filiforme et des propriétés physiques de la peau saine ou malade.

La douche provoque une série de réactions physiologiques intenses, capables de bouleverser complètement la vie cellulaire intime de la peau.

Ainsi, chez les acnéiques, non seulement les nodules torpides, les pustules sont vidés et rapidement cicatrisés, les cocons séborrhéiques, les comédons emportés, mais , au bout de quelques séances, le teint grisâtre, terreux, un peu blafard de l'acnéique est remplacé par une coloration rosée, un aspect sain et propre qui remplit le patient de joie et il n'apparaît plus de nouvelles lésions.

L'ischémie locale qui se produit aux endroits frappés par le jet filiforme est remplacée après le déplacement du jet par une rougeur assez vive qui reste d'abord exclusivement localisée au trajet du filet. Une coloration érythémateuse diffuse persistant pendant plusieurs heures remplace peu à peu les traînées rouges.

L'auteur pense qu'on peut rattacher aux réactions nerveuses réflexes les bons résultats obtenus dans des dermatoses telles que la pelade, les prurits et les névrodermites.

Les applications de la douche filiforme se font au minimum une fois par semaine. Elle peut être installée à peu de frais dans n'importe quel local. On l'a accusée d'être extrêmement douloureuse ; il y a là une grande exagération.

Intoxications. — En résumé, par suite de sa triple action chirurgicale, circulatoire et nerveuse, la douche donnera de bons résultats dans les affections suivantes :

Le lupus, sauf s'il siège au pourtour immédiat des narines ;
Les acnés banales, couperoses, parakératoses, séborrhée ;
Le lichen localisé ;
Le prurit, les névrodermites ;
La pelade.

Elle est évidemment contre-indiquée dans toute dermatose aiguë suintante ou suppurante. Elle se prête admirablement à des cures mixtes, combinées par exemple aux ultra-violets, à la diathermie et à tous les autres agents physiques.

(Alechinsky, de Bruxelles. Etude physiopathologique de l'action de la douche filiforme en dermatologie. *La Presse Médicale*, 15 juin 1932.)

Thérapeutique

L'huile de paraffine pure, donnée à la dose d'une cuillerée à café au début et au milieu (ou à la fin) de chaque repas, est susceptible, dans les cas d'anaphylaxie alimentaire, de faire disparaître les accidents. On peut associer à ce traitement toute autre méthode antianaphylactique (peptonothérapie ou régime d'élimination).MM. Ch. Richet fils et R. Couder rapportent cinq observations — une d'urticaire datant de huit mois — deux d'urticaire eczématisée datant de cinq mois dans un cas, de cinq ans dans l'autre — une de diarrhée glaireuse persistant depuis vingt ans — une de vertiges intenses avec douleurs abdominales datant de six mois, qui disparurent en quelques jours à la suite du traitement par l'huile de paraffine. Ce traitement n'a pas que des succès à son actif, il a échoué dans trois cas. L'huile de paraffine n'agit pas comme laxatif, mais en constituant sur la muqueuse digestive un vernis semi-protecteur, qui retarderait et ralentirait l'absorption des protéines anaphylactisantes.

Pourtant, de nombreuses expériences sur le cobaye n'ont aucunement mis en évidence se retard d'absorption des cristalloïdes et des colloïdes. Au contraire, certains poisons sembleraient être absorbés plus rapidement.

Aussi, le mécanisme de cette action est-il beaucoup plus complexe qu'il ne paraissait à première vue et reste-t-il encore obscur.

Les faits cliniques nous paraissent, en revanche, évidents.

(Ch. Richet fils et R. Couder. Le traitement de l'anaphylaxie alimentaire par l'huile de paraffine. *La Presse Médicale*, 11 juin 1932.)

Le sérum hémolytique proposé par Laignel-Lavastine dans le traitement de la sclérose en plaques — a été expérimenté par E. Paulian et C. Fortunesco dans quatre scléroses en plaques, une maladie de Parkinson, un état de parkinsonnisme et un cas de maladie de Friedreich. Voici leurs conclusions :

« Le sérum hémolytique a été introduit toujours par la voie sous-cutanée, en commençant toujours par la dose de 1 centimètre cube et montant jusqu'à 3 centimètres cubes, selon les réactions locales et générales.

« Dans quelques cas il a donné de grandes réactions locales et générales.

« Les résultats ont été: améliorations appréciables dans les cas récents de sclérose en plaques, à peu près nulles dans les anciens ainsi que dans d'autres maladies comme la maladie de Parkinson, le parkinsonnisme et la maladie de Friedreich. Jamais des guérisons cliniques. »

« Il est précieux agent thérapeutique de choc, mais, seul, il n'apporte pas les bénéfices que l'on obtient en l'associant à la radiothérapie profonde et à l'ionisation calcique et iodée transmédullaire.

(Em. Paulian et C. Fortunesco. Le traitement des maladies nerveuses par le sérum hemolytique. *Paris Médical*, 25 juin 1932.)

La diète aux pommes crues est utilisée par Moro, de Heidelberg, dans le traitement de la diarrhée infantile. Il s'agit là d'une méthode simple, inoffensive et d'une efficacité réelle, semble-t-il. Elle consiste dans l'ingestion de pommes très mûres, pelées, très finement râpées, auxquelles on a enlevé le cœur et les pépins. La quantité à administrer est variable selon l'âge et l'appétit, elle est de 500 à 1.500 gr. par jour, répartis en cinq repas. Continuation de ce régime pendant deux jours, et adjonction seulement, quand la soif est trop vive, d'un peu de thé sucré à la saccharine. Le troisième jour on donne du lait et une alimentation pauvre en graisse (soupe aux farines, cacao à l'eau et biscottes) ; le quatrième jour au plus tard, retour à l'alimentation normale.

Les auteurs qui ont expérimenté cette méthode ont confirmé les résultats de Moro et ne signalent aucun inconvénient. Moro recommande d'appliquer ce régime plus particulièrement aux jeunes nourrissons et aux cas qui peuvent être suivis et bien surveillés. On donnera suffisamment de liquide pour éviter le danger de la déshydratation. La diète aux pommes est parfois mal accepter par les parents.

(René Mignot. La diète aux pommes crues dans le traitement de la diarrhée infantile. *La Presse Médicale*, 18 mai 1932).

Le régime dissocié bien compris et bien appliqué constitue aussi bien vis-à-vis des glycosuries que vis-à-vis de certains troubles digestifs ou nutritifs une arme thérapeutique très efficace. Il apparaît à la fois comme le régime d'hygiène du diabétique et comme un régime d'épreuve dont l'insuccès orientera l'esprit du médecin vers la recherche d'une lésion organique causale et le renseignera sur la gravité de cette lésion. Avec ce régime beaucoup de malades voient disparaître en quelques jours les troubles qui leur imposaient des traitements pénibles et souvent inefficaces.

En quoi consiste-t-il ? Deux principes essentiels le caractérisent et le dominent :

1° Il faut éviter de donner, au cours du même repas, des aliments farineux en même temps que des aliments riches en azote animal (viandes, poissons, œufs, lait, fromages), comme s'il y avait *incompatibilité* entre les farineux et les aliments azotés. Parmi les farineux (légumes secs, pommes de terre, riz, pâtes, pain, etc), certains, comme les légumes secs, portent l'incompatibilité en eux-mêmes, car ils sont à la fois riches en albumine et en hydrates de carbone. Aussi leur introduction dans le régime dissocié doit-elle être restreinte et très surveillée.

2° Les repas riches en azote animal doivent être des repas pauvres en liquides : aussi faut-il diminuer beaucoup, non seulement les liquides eux-mêmes, mais encore les aliments qui en apportent, tels que potages, crudités, salades, fruits crus aqueux, etc. Au contraire, les liquides sont permis à volonté dans les repas sans azote animal. Les légumes verts cuits, et les fruits cuits, sont des aliments qui peuvent être pris indifféremment dans tous les repas, qu'ils soient azotés ou farineux. Les graisses crues (beurre, huile, etc.) peuvent être consommées dans les deux repas.

Pratiquement, les malades peuvent adopter par exemple : *a*) un petit déjeuner liquide, fruitarien, farineux sans lait, ou un café au lait sans pain.

b) Un repas carné à midi.

c) Un repas végétarien ou végétarien-farineux le soir au dîner.

Ainsi, dans le régime dissocié simple, tous les aliments sont permis, sauf les mets qui, par leur préparation culinaire, violeraient le principe de la dissociation. Dans le cadre du régime dissocié, toutes les possibilités de restriction sont offertes vis-à-vis de chaque catégorie d'aliments, soit les azotés, soit les corps gras, soit les farineux. On peut également n'adopter dans ce régime qu'un ou deux groupes d'aliments pour réaliser par exemple un régime hyperazoté, un régime farineux ou un régime strictement végétarien, d'après le trouble nutritif qu'il faut combattre.

(J.-J. Rouzaud et G. Soula. Les indications du régime dissocié. *La Presse Médicale*, 30 mars 1932.)

Varia

Chez les sujets a passé paludéen, nous avons observé, dans une proportion variant de 8 à 9 p. 100 des cas, des accidents de lithiase biliaire.

(E. Tamalet. Lithiase biliaire d'origine paludéenne. *Journal médical français*, mai 1932.)

***

On crée tous les jours des néologismes ; certains s'imposent, d'autres encombrent inutilement notre langage. Il en est comme *allergie* qui ont perdu leur signification primitive et dont le sens reste assez imprécis. Von Pirquet avait créé le mot allergie pour désigner la sensibilité à la tuberculine considérée comme un signe d'infection bacillaire. Depuis on en a fait une force bienfaisante ou malfaisante qui comme le sabre légendaire de Joseph Prudhomme, joue tantôt un rôle immunisant, tantôt un rôle prédisposant.

(J. Noir. Le latin, langue médicale internationale. La révision nécessaire de la terminologie médicale. *Le Concours Médical*, 12 juin 1932.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juillet 1932

La radiographie et ses applications cliniques. — *MM. Delherm, Thoyer-Rozat, Codet et Fischgold.* — Les auteurs appliquent dans le service de radiologie de l'hôpital de la Pitié, cette méthode nouvelle qui consiste dans l'inscription des mouvements du cœur et des autres organes sur un film radiographique.

Cette méthode leur paraît susceptiple de donner une aide importante à la clinique dans certains cas de diagnostic difficile entre l'anévrisme et les tumeurs médiastines, dans les affections de l'artère pulmonaire et même dans certains troubles de la contractilité du myocarde (alternance).

D'après les auteurs, cette méthode qui nécessite une technique extrêmement simple et n'impose au malade aucune préparation spéciale, pourrait être appliquée à l'étude d'autres organes mobiles (duodénum, vésicule).

Une série de projections a illustré la communication

Les aliénés en liberté. — *M. Claude.* — L'Académie de médecine, après avoir pris connaissance des moyens de préservation sociale qui peuvent être recommandés dans le but de s'opposer aux attentats commis sur les personnes par les aliénés en liberté, émet les vœux suivants :

1° Application plus stricte des articles 18 et 19 de la loi du 30 juin 1838, particulièrement lorsque les certificats médicaux auront signalé un état dangereux d'aliénation mentale chez certains sujets ou que des plaintes confirmées par une enquête de police auront démontré le caractère dangereux des personnes atteintes de troubles mentaux. De nombreux exemples tout récents nous ont montré que ces articles ne sont pas appliqués dans certains cas.

2° *a)* Diriger le plus tôt possible par voie administrative, soit sur l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, les sujets reconnus dangereux en raison de démonstrations publiques ou d'actes ayant un caractère morbide indiscutable, soit sur des établissements d'aliénés sur certificat médical.

b) Diriger sur les établissements de prophylaxie mentale les sujets suspects de troubles mentaux dans un but de traitement ou autres mesures thératipeuques.

c) Dans le cas où ces mesures ne pourraient être prises en raison du caractère spécial de certaines situations, soumettre, par l'intermédiaire de l'autorité administrative, les sujets à une commission médico-judiciaire qui statuerait sur l'internement de ces malades dans certains cas, ou tout au moins, interviendrait par des procédés d'admonestation ou d'intimidation afin de chercher à modifier le comportement anormal ou pathologique de ces personnes.

3° Création d'un service de surveillance actif des aliénés sortis des asiles, et suivis pendant un temps assez prolongé, dans les conditions de la liberté surveillée des mineurs.

Les méthodes actuelles de certaines pratiques de coiffures sont-elles toujours inoffensives ? — *M. André Feil,* étudie au point de vue de l'hygiène, l'ondulation permanente indéfrisable ; il se demande si cette pratique récente, dont les avantages pour la chevelure sont indiscutables, ne présente pas pour la santé quelques inconvénients. Il n'est pas rare que les femmes qui s'y soumettent soient plus ou moins incommodées : certaines éprouvent une grande lassitude, une sensation de lourdeur de tête, quelquefois de véritables douleurs ; elles peuvent avoir des vertiges, de l'insomnie. Ces malaises durent le jour de l'application et disparaissent le lendemain. Chez quelques personnes, nerveuses ou prédisposées, les signes sont plus accentués, persistent deux jours, parfois davantage.

A côté de ces légers inconvénients, sans conséquence grave, ne peut-il se produire des accidents plus sérieux ? l'auteur cite plusieurs faits qui semblent le prouver ; il rapporte en particulier l'observation d'une jeune fille décédée de méningite un mois après l'application d'un indéfrisable. De tels accidents sont heureusement tout à fait exceptionnels si on les compare au nombre considérable de femmes qui ont la coquetterie de se soumettre aux ennuyeuses et fatigantes pratiques de l'ondulation permanente.

Il est prudent toutefois de déconseiller cette méthode de coiffure chez les tuberculeux pulmonaires, par crainte d'une localisation du bacille sur les méninges ; chez les épileptiques ; chez les personnes âgées ; chez les artério-scléreux et chez les hypertendus pour qui la forte élévation de température peut-être aussi le passage de l'électricité, risquent de favoriser une hémorragie cérébrale.

La thoracectomie précordiale dans les cardiopathies autres que la symphyse du péricarde. — *M. Lenormant* apporte une serie de sept observations personnelles de résection chondro-costale pour des cardiopathies autres que la symphyse du péricarde : dans un cas, il s'agissait d'accidents d'insuffisance cardiaque chez un gibbeux par mal de Pott, dans les autres de gros cœurs rhumatismaux, le plus souvent avec lésions orificielles associées.

Deux malades ont succombé à la suite de l'intervention, l'un par insuffisance cardiaque, l'autre par infection pleurale. Parmi les survivants, deux n'ont tiré aucun bénéfice de l'opération et sont morts en asystolie quelques mois plus tard ; deux ont eu une amélioration temporaire et surtout subjective ; chez un dernier on a noté, non seulement une disparition presque complète de troubles fonctionnels (reprise d'une activité normale), mais une modification importante de signes objectifs (retour du cœur a ses dimensions normales) ; malheureusement, cet homme a été emporté, au bout de dix-huit mois, par une broncho-pneumonie.

Dix-sept observations analogues publiées antérieurement accusent une mortalité opératoire de quatre cas ; au bout d'un an, un tiers seulement des opérés restent vivants, mais la plupart d'entre eux présentent une amélioration considérable qui, chez certains, a pu être suivie pendant des années. Les tentatives de ce genre sont donc légitimes ; la collaboration du cardiologue et du chirurgien est indispensable pour en poser les indications ; les résultats seront meilleurs si l'on opère précocement, avant que l'insuffisance cardiaque ne soit devenue irréductible.

L'opération doit être faite sous anesthésie loco-régionale et consister en une résection chondro-costale gauche suffisamment étendue (4 arcs costaux sur une longueur de 10 à 12 centimètres).

Détermination directe sur l'homme des critères des pressions artérielles maxima et moyenne. — *P. Piollet, P. Dodel, R. Boucomont.* — La confirmation de la valeur des critères sphygmomanométriques cliniques doit être recherchée par des mesures directes, c'est-à-dire faites sur l'homme dans l'artère même.

Au cours d'amputations les auteurs ont relié l'artère à un manomètre compensateur et se sont servi du brassard du Pachon comme garrot.

Ils ont pu ainsi noter la courbe oscillométrique et vérifier l'identité du chiffre de la pression moyenne lue sur le manomètre compensateur avec le chiffre donné par l'oscillation maximale. Ils ont de plus contrôlé l'exactitude de la maxima auscultatoire à l'appareil de Vaquez, celle-ci coïncidant avec l'apparition de l'ondée sanguine sur le membre amputé.

Hypoglycémie et choc. — *M. Lévy-Solal* rapporte des faits démontrant que, d'une façon générale, l'intensité du choc est réglée par l'hypoglycémie. Ses recherches physiologiques, ses observations cliniques, ses déductions thérapeutiques sont confirmées par les résultats expérimentaux de MM. Cade et Barrot. On ne doit pas perdre de vue ces états hypoglycémiques chez les diabétiques après l'accouchement.

L'emploi des correctifs de la fermentation panaire et le préjugé du pain extra-blanc au 1er Congrès international de la panification tenu à Rome, du 20 au 25 juin 1932. — Au 1er Congrès international technique scientifique de panification, qui s'est tenu à Rome du 20 au 25 juin 1932, le pharmacien Colonel Bruère du laboratoire de l'Intendance aux Invalides et le docteur Chevalier de l'Office national des recherches, se sont vivement élevés contre l'emploi des améliorants chimiques et les procédés de blanchiment des farines, interdits en France.

En outre ils ont combattu le préjugé du pain extra-blanc et précisé que l'addition des correctifs de la fermentation panaire était un leurre pour le public, le rendement ne pouvant être augmenté que par fixation supplémentaire d'eau dans le pain.

Terrains magnésiens et cancer. Grand Duché de Bade. — *M. Pierre Delbet* présente un travail de *L. Robinet*, de Moret-sur-Loing, sur la répartition comparative des terrains magnésiens et du cancer pour le Grand Duché de Bade.

C'est une suite à des études semblables faites par l'au eur pour la France, puis pour l'Alsace-Lorraine, l'Angleterre et le Pays de Galles. Dans le Grand Duché de Bade se vérifie une fois de plus que c'est dans les terrains privés de magnésie que le cancer se développe avec le plus d'intensité.

Le professeur *Delbet* montre deux cartes dressées par M. *L. Robinet*, l'une de la mortalité par cancer, et l'autre de la répartition des terrains magnésiens et plus particulièrement du trias, étage où se rencontre la dolomie qui est un carbonate double de chaux et de magnésie.

C'est la région du Nord du Grand Duché de Bade que recouvrent les terrains magnésiens, c'est également dans cette région Nord que l'on constate les densités cancéreuses les plus faibles (8,3 pour 10.000 hab.). Par contre, c'est dans la région sud où les terrains magnésiens ne se trouvent qu'en quantité très faible que se notent les plus forts coefficients de mortalité par cancer (moyenne : 11,6).

M. le professeur *Delbet* insiste sur les conclusions de l'auteur et constate que jamais les grosses densités de cancérose ne se rencontrent dans les terrains très magnésiens.

Examen bactériologique des beurres. — *M. Dienert.*

La mort de Gœthe. — *M. Georges Dumas.*

Sur un signe nouveau de la mort réelle : l'épreuve diathermique. — *M. H. Bordier* (de Lyon). — Le diagnostic de la mort réelle se fera aisément par le moyen proposé : si, après le passage d'un courant de diathermie de 1.500 à 2.000 milliampères, la température axillaire ou buccale n'augmente pas, on doit conclure à la réalité de la mort. Si au contraire la circulation sanguine n'était pas complètement arrêtée, si elle existait à un rythme même imperceptible, la température axillaire subirait une élévation, si *faible soit-elle.*

L'épreuve de la diathermie, en plus de sa précieuse propriété de pouvoir mettre en évidence la persistance de la circulation sanguine, si ralentie soit-elle, offre un moyen de rappeler à la vie des sujets dont la circulation est à peine existante et d'empêcher, par suite, que cet état n'aboutisse à la mort définitive : le courant de diathermie, par l'intense hypérémie produite dans les tissus et par leur échauffement, pourrait, après un temps plus ou moins long, rétablir progressivement la circulation d'une manière de plus en plus active et réveiller ainsi les contractions cardiaques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Seance du 8 juillet 1932

Deux cas d'hydronéphrose à symptomatologie abdominale antérieure. — *MM. Ch. Flandin, A. Escalier, P. Soulié* et *F. Joly* apportent deux observations d hydronéphrose à symptomatologie purement abdominale antérieure.

La première simulait un abcès du foie, la seconde une splénomégalie. Tous les éléments de forme, de consistance, de siège ainsi que l'absence de contact lombaire et du ballottement transmis conduisaient à l'erreur de diagnostic qui ne fut évitée que par la ponction exploratrice. Dans les deux cas, l'intervention chirurgicale fut suivie de guérison,

Kératodermie plantaire et palmaire chez une hypothyroïdienne. Guérison par la thyroïdine. — *M. J.-C. Mussio Fournier* (Montevideo) rapporte l'observation d'une femme de 60 ans, manifestement hypothyroïdienne, et atteinte d'une kératodermie palmo-plantaire intense, sillonnée de fissures douloureuses. Le traitement thyroïdien fit disparaître à la fois les troubles thyroïdiens généraux et la kératodermie.

Instabilité cardiaque familiale. — *M. J.-C. Mussio Fournier* (Montevideo) rapporte l'histoire d'une famille dans laquelle l instabilité cardiaque apparaît comme une véritable méiopragie constitutionnelle familiale.

Méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoque A avec association du streptocoque. — *MM. Plazy* et *Germain* (Toulon) relatent un cas de méningite cérébro-spinale aiguë dans lequel la ponction lombaire décela au deuxième jour de la maladie conjointement du méningocoque A et du streptocoque. Guérison rapide après emploi copieux de sérum antistreptococcique de Vincent par voies intra-rachidienne, intramusculaire et intraveineuse, et de sérum antiméningococcique polyvalent. Dans la convalescence, au milieu d'accidents sériques d'ailleurs bénins, apparut une orchiépididymite unilatérale, d'origine probablement sérique.

Les résultats du traitement de la maladie de Basedow par les rayons X. — *MM. Marcel Labbé* et *E. Azerad* ayant eu l'occasion de suivre des malades traités par les rayons X et la galvano-faradisation alternés ont obtenu les résultats suivants : 1° Maladie de Basedow moyenne et grave : 28,5 % de guérison, 47,6 % de grande amélioration ; 14,2 % de petites améliorations (demi-échec) ; 9,5 % d'insuccès complets. 2° Basedow léger : 25 % de guérison, 75 % de grandes améliorations. 3° Goitre avec hyperthyroïdie : 33,3 % de guérisons ; 66,6 % d'améliorations.

En somme la physiothérapie, toujours inoffensive, peut supporter la comparaison avec la chirurgie qui, il est vrai donne souvent des résultats plus rapides et plus complets.

Un cas d'intoxication par le tétrachlorure de carbone. — *MM. Ph. Pagniez, A. Plichet* et *N.-K. Koang* relatent le cas d'un malade qu'ils ont eu l'occasion d'observer à l'Hôpital Saint-Antoine.

Il concerne un homme de 30 ans qui, à la suite d'un travail chez un teinturier, dans une atmosphère contenant des vapeurs de tétrachlorure de carbone, fut pris de troubles gastro-intestinaux sévères, suivis, huit jours après, d'accidents néphrétiques. Ceux-ci se sont caractérisés par un œdème généralisé très important, une oligurie très marquée, une hypertension modérée et une azotémie s'élevant jusqu'à 3 gr. 75.

Tous ces accidents ont regressé régulièrement en quatre semaines et paraissent n'avoir laissé aucun reliquat.

Il est intéressant de relever que deux autres ouvriers furent exposés aux mêmes conditions d'intoxication avec des résultats différents. L'un d'eux, qui n'avait séjourné cependant que quelques heures dans l'atmosphère toxique, a eu des accidents absolument analogues qui ont abouti à la mort ; l'autre, pour qui la durée de séjour avait été, au contraire, notablement plus longue, n'a eu que des troubles fugaces et peu importants qui ne l'ont pas obligé à s'arrêter.

L'emploi de plus en plus répandu du tétrachlorure de carbone, pour certains usages et en particulier comme solvant des graisses dans les teintureries et comme agent d'extinction des incendies, a multiplié, dans ces derniers temps, les cas d'intoxication. Celle-ci paraît, contrairement à ce qu'on avait pensé d'abord, une éventualité à envisager, même quand le tétrachlorure n'est pas mis en contact avec un foyer incandescent. Dans cette dernière condition, en effet, le tétrachlorure de carbone donne naissance à la production de phosgène dont on connaît les effets redoutables.

M. Flandin signale la possibilité d'intoxications au cours de frictions, *M. Abrami*, au cours du traitement par pilules des parasitoses chez les nègres de l'Afrique occidentale française.

Un cas d'intoxication par le tétrachlorure de carbone. Guérison. — *MM. Charles Richet fils* et *Raymond Couder*.

Septicémie et méningite aiguë à entérocoque à point de départ otitique. — *MM. Jame* et *Jude* rapportent l'observation d un indigène nord-africain qui, après une période fébrile de nature indéterminée présente une otite moyenne aiguë suppurée évoluant à bas bruit à partir de laquelle se déclencha toute une serie de localisations septiques : Sinus latéral, poumons, méninges. Un entérocoque typique fut isolé du sang, du foyer thrombo-phlébitique et du liquide céphalo-rachidien.

Les auteurs envisagent la localisation rare de l'entérocoque au niveau de l'oreillette moyenne à partir du rhino-pharynx, le rôle important des infections otitiques latentes dans le déterminisme des septicémies dites cryptogénétiques et font remarquer la discrétion des réactions cellulaires constatées au niveau du liquide céphalo-rachidien due probablement à la virulence du germe infectant démontrée par l'évolution rapidement mortelle et l'inoculation à la souris.

Anémie rhumatismale et formes anémiques de la maladie de Bouillaud. — *MM. F. Meersseman, E. Friess* et *A. Lemaistre* communiquent quatre observations de syndromes anémiques, qu'ils rattachent à la maladie de Bouillaud. La première concerne un sujet qui, ayant dans ses antécédents une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, présente une anémie à 3.360.000 hématies, qui cède rapidement au traitement salicylé. Dans les trois autres observations, le syndrome anémique, tantôt léger, tantôt plus grave (1.550.000 globules dans un cas), s'est installé au cours d'un épisode fébrile et s'est occompagné de douleurs rhumatoïdes plus ou moins vagues ; la médication salicylée a eu une action heureuse et rapide sur l'anémie et l'ensemble des symptômes, alors que les traitements purement hématologiques n'avaient eu qu'un effet

Des services automobiles P.L.M. relient la station thermale de Saint-Nectaire aux gares de Clermont-Ferrand et d'Issoire

Deux services P. L. M. d'autocars facilitent l'accès de la station thermale de Saint-Nectaire. Ils la relient tous les jours, l'un jusqu'au 25 septembre à Clermont-Ferrand, l'autre jusqu'au 15 septembre à Issoire.

Ces services assurent la correspondance à Clermont-Ferrand et à Issoire avec les trains en provenance ou à destination de Paris, Sète, Marseille.

Les principales gares P. L. M. délivrent pour Saint-Nectaire, Murols et le Mont-Dore, des billets directs qui permettent aux voyageurs de faire enregistrer, dès le point de départ, leurs bagages pour l'une de ces trois stations et de se décharger, ainsi, de tout souci de leur transbordement à Clermont ou à Issoire.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITÉRANNÉE

Service automobile T. P. L. M. Paris-Clermont-Ferrand domicile à domicile

En remettant vos colis pour Clermont-Ferrand *jusqu'à 18 heures* aux bureaux du Service, 74, rue Saint-Sauveur, ou 247, rue de Bercy, à Paris, votre destinataire les recevra, chez lui, le *lendemain dans la matinée*, par les camionnettes du Service. Le transport coûte : 5 fr. 10 pour les colis de 1 kgr. ; 6 fr. 10 jusqu'à 3 kgr. ; 7 fr. 10 jusqu'à 5 kgr. ; 15 fr. 50 jusqu'à 10 kgr., etc... Même organisation au départ de Clermont-Ferrand, 12, avenue des Etats-Unis, sur Paris domicile.

Si vos colis sont moins pressés, demandez le tarif réduit du service de grande vitesse, livraison à domicile dans les 48 heures ou le tarif plus réduit encore du service accéléré de petite vitesse qui livre dans les quatre jours.

Une importante amélioration dans la rapidité des transports est ainsi réalisée, grâce à une heureuse collaboration du rail et de la route, dont la Compagnie P. L. M. a pris l'initiative.

médiocre et lent. Les auteurs estiment que ces faits permettent de penser qu'il existe des formes anémiques de la maladie de Bouillaud et que, au moins pour certaines anémies fébriles cryptogénétiques, l'étiologie rhumatismale mérite d'être envisagée et le traitement salicylé mis en œuvre.

Méningite cérébro-spinale à méningocoque B : surinfection à streptocoque. — *MM. L. Jame, A. Jude* et *R. Sohier* apportent l'observation d'un jeune sujet atteint de méningite cérébro-spinale à forme suraiguë, amélioré par la sérothérapie spécifique et chez lequel s'est développé, après des accidents sériques précoces, une surinfection à streptocoque hémolytique. (Culture du liquide céphalo-rachidien et hémoculture positives.)

Ils pensent que ce streptocoque est un germe de sortie fixé secondairement sur une méninge irritée ; la réaction sérique ayant peut être eu une action favorisante.

Ils remarquent que ces infections secondes, parmi lesquelles celles à streptocoques demeurent assez rares, peuvent expliquer en partie les échecs de la sérothérapie antiméningococcique.

Syndrome de Raynaud guéri par des injections de bismuth. — *MM. Sézary* et *Horowitz* rapportent l'observation d'un cas grave et très douloureux de syndrome de Raynaud, rebelle aux traitements usuels et en particulier à l'acetylcholine, qu'ils ont traité avec succès par deux séries d'injections de bismuth, sur la constatation d'une aréflexie achilléenne unilatérale, sans antécédents ni signes de syphilis. La guérison a subi victorieusement l'épreuve de l'hiver 1931-1932, pendant lequel le malade, boucher, exposait ses mains quotidiennement au froid de la glacière. L'indice oscillométrique a été très amélioré. Ce cas est à ajouter à ceux, déjà assez nombreux, ou les divers traitements antisyphilitiques ont guéri le syndrome de Raynaud.

Le rôle du dolichosigmoïde dans la production des entérorrhagies.— *M. A. Cain* et *Mlle Barnaud* ont constaté parfois des entérorragies de sang rouge dont l'abondance peut-être assez grande pour mettre la vie en danger et qui méritent le nom de *solitaires*, car elles sont isolées, sans prodromes et le plus souvent monosymptomatiques. L'examen rectoscopique est négatif. En dehors des cas où un ulcère duodénal peut être décelé, l'examen radiologique a mis en évidence l'existence d'un dolichosigmoïde. L'hémorragie est révélatrice soit d'un volvulus, soit d'une sigmoïdite hémorragique.

Tuberculose de l'adulte à localisations multiples. — *MM. F. Bezançon, Etienne Bernard, J. Célice* et *R. Wahl* rapportent deux observations de sujets chez lesquels ont évolue parallèlement une tuberculose pulmonaire et de multiples tuberculoses externes. Parmi celles-ci : de nombreuses synovites, synovites articulaires, synovites des gaines tendineuses des muscles des membres, synovites des bourses séreuses et d'autre part des gommes hypodermiques et des lésions cutanées. La multiplicité de ces localisations, la diversité de leur tendance évolutive (stagnation, fistulisation etc., et d'autre part l'évolution parallèlement favorable des lésions pulmonaires donnent à ces cas un cachet spécial. En particulier les localisations pulmonaires ont supporté avec succès les thérapeutiques propres aux tuberculoses externes réalisant ainsi des processus où le terrain semble jouer le rôle primordial.

Abcès putride pleuro pulmonaire consécutif à une angine de Ludwig opérée un an auparavant et guéri par une thérapeutique associée : sérum antigangréneux, polylysat de Duchon et novarsénobenzol. — *MM. Flandin, Escalier* et *Joly*.

Tuberculose du corps thyroïde et maladie de Basedow. — *MM. Abrami, Baumgartner, Richtwitz* et *Jean-Weill* présentent une malade atteinte de goitre exophtalmique typique, chez laquelle l'examen de la pièce opératoire révéla, à côté des lésions habituelles de la maladie de Basedow, la présence de nombreux follicules tuberculeux.

Cette observation pose à nouveau la question des rapports entre la maladie de Basedow et la tuberculose.

Œdème aigu du poumon mortel au cours d'une encéphalite. — *MM. Bezançon, Etienne Bernard, L. de Gennes* et *J. Delarue*.

Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. Ses résultats et son enseignement. — *MM. Paul Jacquet* et *Léon Gally*. — Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique repose sur l'existence de trois signes associés dont l'apparition successive s'échelonne sur plusieurs semaines et dans l'ordre suivant : irritabilité rétractile du cæcum, point douloureux, encombrement baryté de l'iléon passé la sixième heure après la prise d'un repas baryté.

L'irritabilité rétractile du cæcum très nette, existe seule au début. *Le point douloureux de l'appendicite répond dans 80 % des cas, non pas à l'appendice mais au défilé iléo cæcal* et dans 20 % des cas seulement à l'appendice lui-même. Les auteurs insistent sur l'importance de cette notion nouvelle et sur le caractère incertain qui en résulte de la sensibilité localisée à l'appendice donnée jusqu'à présent comme le seul signe caractéristique.

Physiologiquement d'autre part chez le sujet normal l'iléon se vide quatre heures après la prise d'un repas baryté. L'existence d'un résidu iléal à la sixième, huitième et parfois à la dixième heure, résistant à l'action évacuatrice rapide du second repas pris au cours de l'examen, à la condition bien entendu qu'il n'y ait pas de stase gastrique est franchement pathologique. Souvent cette stase iléale appendiculaire s'accompagne d'hyperkinésie (fragmentation de l'image barytée de l'iléon, effacement spasmodique permanent de la dernière anse iléale, bulles gazeuses visibles dans les anses distendues).

Chez 400 malades présentant la triade radiologique qu'ils ont décrite et qui ont été opérés, les auteurs ont trouvé chaque fois des lésions macroscopiques très nettes, de type folliculaire (appendice turgescent, congestion diffuse du cæcum, périviscérites fréquentes, ponctuations ecchymotiques de la muqueuse, sécrétion canaliculaire fréquente de type séro-hémorragique ou franchement purulent) ou scléro-atrophique. Ces données radiologiques sont d'un ordre très général, qu'il s'agisse de folliculite primitive ou d'irritation de l'appendice par lésion de voisinage.

Les auteurs insistent sur la fréquence insoupçonnée de ce syndrome anatomo radiologique, souvent épisodique, spontanément curable et restant méconnu. Ils insistent également sur la participation du côlon qui est quasi-constante à toutes les époques de l'appendice (typhlocolite du début, syndromes colitiques divers et manifestations entéralgiques de la période d'état, fragilité persistante du côlon chez les anciens appendiculaires, pérennité possible de la colite douloureuse après l'opération). La colite fait partie intégrante en réalité du complexe appendiculaire chronique au même titre que les lésions de l'appendice et ne saurait s'en dissocier.

Pour terminer Jacquet et Gally expriment cette opinion que le diagnostic précis ne résout pas *ipso facto*, bien loin de là, le problème du traitement de l'appendicite chronique qu'il permet de poser simplement sur des bases solides. Eclectique, échappant à toute systématisation, il dépend notamment dans ses modalités de la participation ou non d'autres organes au processus douloureux (côlon, voies biliaires, carrefour supérieur, solarite associée) et ne saurait être dominé par aucune règle stricte.

Rhumatisme de Bouillaud et tuberculose. — *MM. G. Paisseau, P. Ducas* et *Jean Weill*. — Le rhumatisme articulaire aigu avec endocardite ou maladie de Bouillaud était resté en dehors des discussions soulevées par la question du rhumatisme tuberculeux lorsque les auteurs viennois, Reitter et Lowenstein, firent connaître leur procédé d'hémoculture permettant de déceler l'existence de bacillémies tuberculeuses au cours d'un très grand nombre de maladies de Bouillaud.

Les auteurs ayant de leur côté obtenu un résultat positif par l'inoculation de sérosité pleurale et de sang ont recherché la présence du bacille tuberculeux par l'inoculation et l'hémoculture dans un certain nombre de rhumatismes articulaires aigus avec endocardite.

Chez neuf sujets les inoculations de sang ont donné un seul résultat nettement positif, plusieurs des animaux inoculés ayant présenté des adénopathies bacillifères sans que les réinoculations aient permis d'obtenir un retour à la tuberculose typique.

Les hémocultures pratiquées à des stades divers chez dix-sept sujets ont donné un seul résultat positif où il s'agissait d'un bacille paratuberculeux non virulent pour les animaux de laboratoire.

Les résultats rapportés par Lowenstein concernant, à côté de bacilles de type humain, une importante proportion de bacilles acido-résistants de types divers, aviaires, paratuberculeux, il convient de faire des réserves sur la signification exacte des bacillémies observées au cours des polyarthrites aiguës avec endocardite.

Par contre, chez un malade atteint de maladie de Bouillaud typique les inoculations faites avec le liquide pleural et le sang ont donné des résultats positifs concordants : un liquide pleu-

ral hémorragique prélevé au début de la maladie a provoqué une tuberculose d'abord atypique qui, après trois réinoculations a fait retour à la tuberculose généralisée du cobaye. Le liquide d'un nouvel épanchement pleural ultérieur contenait des bacilles acido-résistants qui n'ont pas tuberculisé l'animal. Les bacilles acido-résistants rencontrés dans ces conditions présentent des particularités qui les rapprochent surtout des formes filtrables du bacille tuberculeux.

Ces constatations bactériologiques rapprochées d'un certain nombre de particularités cliniques présentées par le malade permettent d'envisager la possibilité de maladies de Bouillaud réalisées par l'infection tuberculeuse.

Elections de MM. Chevalley, Escalier et Jame (du Val-de-Grâce).

Michelle Valentin.

Echos et Glanures

« Je m'en vois escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

Montaigne.

Ce que devrait être le programme de l'enseignement secondaire. — Voici l'opinion du professeur Marfan (*La Presse médicale*, 2 juin 1932. Maurice Mordagne):

« A mon sens, et c'est là que l'action des journalistes médicaux peut être extrêment utile, il faut proclamer la faillite de la conception actuelle du baccalauréat en trois sections pour la première partie. La bifurcation ne devrait exister que pour la deuxième partie et la spécialisation ne commencerait qu'à ce moment-là pour être vraiment profitable.

A l'entrée au collège, l'enseignement des sciences doit être très restreint. L'on doit commencer le latin en huitième et le grec en sixième ; on y joindra le français et l'arithmétique ; pour l'histoire et la géographie on se bornera à des faits essentiels d'une nation et d'une période déterminées. En quatrième, on commence l'étude des mathématiques élémentaires, celle de la géométrie en particulier, parce qu'elle oblige l'élève à raisonner. Pas d'étude prématurée des sciences expérimentales qui exigent une certaine maturité d'esprit et encombrent la mémoire. En ce qui concerne les langues vivantes, il serait bon que tout lycéen en possédât une au moment de son baccalauréat et qu'il connût les principales époques de la civilisation correspondante. »

Comment. — « Je dois pour conclure cet entretien ajouter, qu'il ne faut plus bourrer de mots sans valeur éducative le cerveau des enfants. Il faut donc alléger le programme secondaire, sinon l'enfant n'apprend rien : c'est sa réaction de défense contre le surmenage. Les programmes devraient être établis par des professeurs non spécialistes, les autres ayant perdu depuis trop longtemps toute notion de culture générale. »

Et maintenant le Professeur Marfan qui a vu beaucoup d'enfants intelligents, mal dirigés dans leurs classes, me confie : « Il faut exiger de l'élève l'effort continu, générateur de volonté et ennemi du surmenage ; on ne développe pas assez la mémoire qui permet de conserver à l'esprit des idées très belles quand le professeur sait choisir les textes qu'il donne à apprendre. Il est enfin urgent de rétablir le professeur principal qui aurait en mains comme autrefois les élèves pour le français, le latin, le grec et même l'histoire jusqu'en quatrième ; les connaissant mieux, il développerait plus aisément leur effort.

« Ceci dit, je crois que la réforme demandée doit réussir malgré certains adversaires puissants. Peut être faudrait-il cependant modifier le recrutement du Conseil supérieur de l'Instruction publique et donner aux lettres et au secondaire un nombre raisonnable de représentants. »

Les robes universitaires françaises. — *De M. E.-F. Gauthier in* Journal des Débats (*8 juillet* 1932). (*Les robes universitaires au centenaire de l'Universié d'Amsterdam*) :

... Nos robes professorales françaises sont inintelligibles en soi. Elles sont de couleurs éclatantes, soies jaunes, rouges, violettes ; une joie de l'œil. Mais, à ne considérer qu'elles, on ne comprend pas. Elles sont du Premier Empire, elles tranchent sur les autres robes comme un mobilier Premier Empire à côté d'un mobilier Louis XIV ou Henri II. Mais la comparaison cloche, parce qu'un fauteuil empire est tout de même fait pour s'asseoir. Une robe de professeur français n'a évidemment jamais été un vêtement fait pour être porté : c'est un schéma, un emblème.

Pourquoi une robe ? A Amsterdam on comprend tout de suite. Une robe est un vêtement comme un autre, qui survit d'ailleurs d'une vie un peu étriquée dans notre robe de chambre et dans notre pardessus. Il fut un temps où la robe jouait le rôle essentiel dans la vie de tous les jours.

Evidemment ce temps est passé. C'est pour cela peut-être que nos collègues japonais se sont présentés à Amsterdam en jaquette ou en habit : les seuls pour qui la robe chez eux soit un vêtement vivant et actuel ; il leur a répugné peut-être de la profaner dans une mascarade.

Pourtant les robes des professeurs étrangers ne sont que désuètes, elles ont été réelles : un peu des plantes d'herbier, qui ont vécu au grand air ; et alors elles sont touchantes, passionnantes comme le passé. Nous avons ces robes-là en France : celles des dominicains, des bénédictins, des petites sœurs des pauvres. Mais nos robes universitaires sont malheureusement tout autre chose.

Elles n'ont jamais vécu ; elles sont une création administrative, ce qu'il y a de plus froid au monde. C'est évidemment pour cela qu'elles donnent un peu une impression de toc. Elles n'en sont peut-être que plus intéressantes comme symbole d'un époque.

Waterloo anecdotique. — *Extrait des mémoires du brigadier général anglais Cavalié-Mercer qui commandait à Waterloo une batterie d'artillerie à cheval.* La Revue Universelle, *11 juillet* 1932. *La bataille de Waterloo vue par un officier anglais*) :

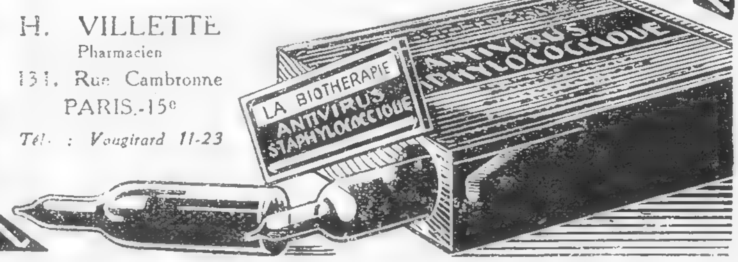
... Pendant des scènes aussi passionnantes, les émotions de cette nature ne sont que de courte durée. Ce qui arriva ensuite bannit entièrement le canonnier Hunt de ma pensée. Comme pour contre-balancer cet événement tragique, notre feu en produisit un si comique qu'il excita le rire de tous. Deux ou trois officiers s'étaient glissés jusqu'à nos canons pour voir l'effet produit. Un d'eux était un médecin qui, comme une ondée était venue, portait un parapluie. A peine les grosses réponses avaient-elles commencé à arriver parmi nous que ces messieurs, se figurant être plus à l'abri dans leurs propres corps, quoi qu'ils fussent à quelques yards seulement à l'arrière, commencèrent à se disperser au pas gymnastique, le docteur et les autres, le premier portant toujours son parapluie. Il n'avait cependant pas fait deux pas, qu'un coup passa trop près, à ce qu'il pensa, car il se laissa tomber à quatre pattes, ou je devrais plutôt dire à trois pattes (il en avait une occupée à tenir bien correctement au-dessus de lui l'écran de soie) et le voilà parti rampant comme un singe, la tête tournée par-dessus son épaule d'un air effrayé, comme pour guetter la venue du prochain coup, tandis que nos hommes faisaient résonner les champs de leurs acclamations et de leurs rires...

. . . .

Les boulets aussi labouraient le sol dans toutes les directions, et la grêle des balles était telle qu'il semblait dangereux d'étendre le bras de crainte qu'il ne fût emporté. En dépit de la situation sérieuse où nous nous trouvions, je ne pouvais m'empêcher d'être un peu amusé de l'étonnement exprimé par notre tendre chirurgien (Hitchins) qui entendait pour la première fois cette sorte de musique. Il était près de moi tandis que nous montions la côte et, percevant ce carillon infernal près de ses oreilles il commença à regarder avec ébahissement autour de lui de la manière la plus extravagante et comique possible, se tournant d'un côté et de l'autre et s'écriant : « Mon Dieu, Mercer, qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce que c'est que tout ce bruit ? Que c'est curieux ! que c'est vraiment curieux ! » Et lorsqu'un boulet passait en sifflant : « Là ! Là ! qu'est-ce que tout cela ? » Ce fut avec la plus grande difficulté que je lui persuadai de se retirer, il insista longtemps pour rester près de moi et ce fut seulement en lui faisant remarquer combien il était utile, au cas où nous serions blessés, qu'il fût sain et sauf et capable de nous assister, que j'obtins qu'il se retirât...

Lamartine, éleveur de sangsues. — Lamartine faillit devenir marchand de sangsues.

C'est à l'époque où ses ressources étaient plus que médiocres. Il songea à utiliser les terres qu'il possédait en Asie-Mineure et qui lui avaient été données par le sultan pour y faire l'élevage


LA BIOTHERAPIE
ANTIVIRUS
STAPHYLOCOCCIQUE

des sangsues. Son devis était tout prêt — il comptait sur un revenu net et annuel de 35.000 francs lorsqu'il renonça tout à coup à cet extraordinaire projet.

— Non, vraiment, dit-il à ses amis, je ne pourrais m'habituer à voir sur mon papier à lettre, sur mes enveloppes et sur ma porte, cette inscription : « Alphonse de Lamartine, éleveur de sangsues. »

Et il vendit les terrains.

(*L'Ami du Peuple.*)

La bibliophilie et la crise. — *Aux Ecoutes* (9 juillet 1932) :

— Les livres, une autre valeur de sécurité qui a f... ichu le camp !

Eh bien ! non, ou plutôt oui et non : un classement est en train de s'établir, qui ne manque pas d'une certaine justice.

Tout d'abord, les ouvrages sottement illustrés, établis à la va vite par des éditeurs débarqués de Soukharas ou de Samarkande, ont baissé de prix : qui donnera un prix réel, par exemple, aux éditions bariolées de feu Lapina ?

Les *Histoires naturelles* de Jules Renard, avec illustrations de Toulouse-Lautrec, les ouvrages illustrés de Bonnard, par Picasso, ont gardé leur cote.

Chose effarante, les ouvrages si charnellement illustrés par Lobel-Riche n'ont pas baissé. « C'est, disait un bibliophile; que le bifteck a toujours son prix. »

Quant aux livres anciens, les vraies raretés sont recherchées : on vient de vendre 91.000 francs, à l'Hôtel, l'exemplaire de Groslier de *il Libro del Cortegiano*. Encore est-il que cet exemplaire avait une « légère piqûre de vers »...

Les romantiques tiennent également bien. Ce qui est bizarre, dans nombre de cas.

Le XVIIIe siècle a baissé de 25 %.

Evidemment, cette baisse est moins forte que celle des valeurs en Bourse, et il vaut mieux avoir fait collection d'incunables que de papiers de la femme Hanau, voire de Kreuger.

Comment Ollier faisait la sieste. — *Passage détaché d'un chapitre du* MANUEL SCIENTIFIQUE D'ÉDUCATION PHYSIQUE (3e édit. 1932. Masson édit.) *du Docteur Boigey intitulé* : LA SCIENCE DU REPOS.

Voici comment l'un de nos maîtres regrettés, l'illustre chirurgien lyonnais Ollier, s'octroyait un repos volontaire : « Comment je m'y prends ? Je me retire dans mon cabinet. J'éteins le jour de mes fenêtres ; j'allume un cigare ; je m'assieds et j'accomplis l'opération. Je ne sais comment rendre la chose en paroles ; mais c'est un état qui ressemble au sommeil, comme le sommeil ressemble à la mort. Il consiste à ne rien faire, absolument rien.

— Je ferme les yeux et j'essaye d'arrêter tous les mouvements. Je ne pense à rien.

Il ne faut qu'un peu d'habitude pour étouffer ainssi la pensée. Dans ce farniente délicieux, je reste quinze à vingt minutes. C'est l'état le plus favorable à la digestion, et c'est ce qui explique l'habitude des animaux de dormir après les repas. J'aimerais mieux perdre de gros honoraires que ces vingt minutes de chaque jour ».

« Un paralytique général ». — *André Gide : Pages de Journal.* LA NOUVELLE REVUE FRANÇAISE (1er juin 1931.)

Le Docteur M... trouvait toute naturelle cette expression aujourd'hui banale : « Un paralytique général ». Impossible de trouver aussitôt des exemples pour en signaler la bizarrerie ; je lui demande enfin s'il dirait de même : un fiévreux intermittent, un phtisique galopant, un tuberculeux intestinal ?...

Louis et la mort de l'abbé Prévost. Une anecdote. — *Journal des Débats* :

On lit dans le *Dictionnaire historique* de l'abbé F.-X. Feller ces détails sur la fin de l'auteur de *Manon Lescaut* :

« Sa mort fut accompagnée d'une circonstance tragique. Il fut frappé le 23 octobre 1763, dans la forêt de Chantilly, d'une attaque d'apoplexie, à la soixante-sixième année de son âge. On le crut mort, et on le porta chez le curé du village le plus voisin. La justice fit procéder à l'ouverture du corps. Un cri fit connaître au chirurgien que l'abbé était encore en vie ; mais c'était trop tard, le coup mortel était porté. Accident tragique qui rappelle celui du cardinal d'Espinosa, dont les circonstances sont absolument les mêmes. L'abbé ne mourut cependant pas tout de suite ; on le transporta à Paris et l'on appela le fameux chirurgien M. Louis : c'est à cette occasion qu'on lit dans le *Journal Général*, par M. de Fontenai, 1792, n° 188, cette anecdote digne de la philosophie du jour : « Ancien ami « de M. l'abbé Prévôt, M. Louis l'abandonna pour cette seule « raison que, chrétien éclairé, mais longtemps égaré, il avait « jugé devoir consacrer à la religion ses derniers moments. »

Cette dernière anecdote est également rappelée à l'article LOUIS (Antoine), chirurgien.




CONSTIPATION HABITUELLE
CASCARINE LEPRINCE
Laxatif parfait réalisant le véritable traitement des
CAUSES de la CONSTIPATION
AFFECTIONS du FOIE
ATONIE du TUBE DIGESTIF
Eumictine
Santalol, Salol, Hexaméthylène-Tétramine.
Antigonococcique
Diurétique
Analgésique
Antiseptique
Blennorragie...
Cystites
Néphrites
Pyélites
Pyélo-Néphrites
Pyuries
PHOSPHOTHÉRAPIE RATIONNELLE
par le RHOMNOL
Pilules et Saccharure à base d'Acide Nucléinique
Ampoules à base de Nucléinate de Soude
et le
NEO-RHOMNOL
A BASE :
de Nucléinate de Strychnine et Cacodylate de Soude } AMPOULES
ou de Nucléinate de Strychnine et Méthylarsinate de Soude } COMPRIMÉS
NEURASTHENIE-INFECTIONS
CONVALESCENCES
TRAITEMENT RATIONNEL ET SCIENTIFIQUE DU
DIABÈTE
par les
Pilules du Dr Sejournet
Complexe à base de Santonine
ANTIDIABÉTIQUES-RECONSTITUANTES
Ne nécessitant qu'un régime facile à établir
.Une pilule à chaque repas.
Spécifique de l'Hypertension
GUIPSINE
en pilules aux principes utiles du GUI
RÉGULATEUR du TRAVAIL du CŒUR
non vaso constricteur
Diurétique, Antialbuminurique, Antihémorragique
MÉDICATION ÉLECTIVE DE TOUS LES ÉTATS SPASMODIQUES
Régulatrice du Système Nerveux Sympathique
FREINOSPASMYL
2 à 4 Comprimés par jour
Le Médicament des Inquiets
LABORATOIRES DU DOCTEUR MAURICE LEPRINCE
62, Rue de la Tour - PARIS (16e)

FONDÉ EN 1873. — N° 31 LE NUMÉRO : 50 Centimes 30 JUILLET 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Guerre. — SERVICE DE SANTÉ. — (Active.) Mutations :

Médecin colonel. — M. Marland est affecté comme adjoint du médecin général inspecteur, président du Comité consultatif de santé, Paris.

Médecins commandants. — MM. Arlabosse est affecté à l'hôpital Villemin, Paris ; Maliver, au 13e d'inf., à Nevers ; Picot, à la région de Paris et détaché à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris.

Médecins capitaines. — MM. Thibault est affecté au 18e chass. à cheval, Saint-Avold ; Jalet, à l'hôpital Maillot, à Alger ; Debenedetti, au 1er bat. de dragons portés à Versailles ; Rodet, au 3e bat. de dragons portés à Lunéville.

Médecins lieutenants. — MM. Moroni et Prat sont affectés aux troupes du Maroc.

(Réserve). Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé :

Au grade de médecin colonel. — M. le médecin colonel retraité Daussat.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — M. le médecin lieutenant-colonel retraité Colin.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins commandants retraités Baget, Botte.

Au grade de médecin capitaine. — M. le médecin capitaine démissionnaire Guerriero.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Aimes (de Montpellier), Beltrami (de Marseille), Borrel (de Strasbourg), Boucher (de Grenoble), Canuyt (de Strasbourg), Chalier (de Lyon), Charpentier (de Dijon), Delannoy (de Lille), Dumont (de Paris), Granel (de Montpellier), Gueguen (de Nantes), Imbert (de Lyon), Lebailly (de Caen), Legrand (de Lille), Lévy (de Strasbourg), Lévy, Manceau et Massia (de Lyon), Portmann (de Bordeaux), Robert (de Clermont-Ferrand), Romieu (de Marseille), Santy (de Lyon), Simonin (de Nancy), Sourdin (de Rennes), Strohl (de Paris), Vigot (de Caen), Villemin (de Bordeaux), Zuber (de Nancy).

Officiers d'Académie. — MM. les Docteurs Aurousseau (de Paris), Auvigne (de Nantes), Mlle Bègue (de Bordeaux), Benoit (de Strasbourg), Boulanger-Pilet (de Paris), Boulay (de Charleville), Caille (de Rennes), Chambon (de Lyon), Charbanne (de Poitiers), Chenet (de Rennes), Couture (de Lyon), Couvreux (de Paris), Dallongeville (de Nantes), Delaye (de Lyon), Dombray (de Nancy), Dufilho (de Bordeaux), Dumas (de Lyon), Durif (de Clermont-Ferrand), Mlle Fache (de Toulouse), Fernier (de Nancy), Ferru (de Poitiers), Guillermin (de Lyon), Ichard (d'Albi), Jacquinet (de Reims), Josserand et Kofman (de Lyon), Kreis (de Strasbourg), Leroux (de Nantes), Massé (de Bordeaux), Meerseman (de Lyon), Merklen (de Nancy), Nanal (de Paris), Pailloux (de Marseille), Piéchaud (de Bordeaux), Pommé (de Lyon), Quiquaudon (de Clermont-Ferrand), Renoud (de Grenoble), Rivière (de Bordeaux), Saint-Girons (de Paris), Mme Vincent (de Lyon).

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille de vermeil.* — MM. les Docteurs Marini (de Mahdia), Cassoute (de Marseille).

Médaille d'argent. — MM. les Docteurs Mouriquand (de Vichy), Vidal (de Montpellier), Delattre (de Reims), Porez (de Lille).

M. Castella, interne en médecine à l'hôpital Saint-Roch, à Nice.

Médaille de bronze. — MM. les Docteurs Defaix (de Fuveau), Pringault (de Marseille), Thomas (d'Aix), Léger (de Saint-Pierre-le-Moutier), Garnier (de Chabonnet-sur-Loire), Franquet (de Reims), Mlle Phelisot (de Strasbourg), Loewenberg (de Strasbourg), Chavent (d'Ugine), Reinie (de Paris), Casabianca (d'Hyères).

MM. Capus, interne en médecine à Marseille ; Vial, interne des hôpitaux de Lyon ; Naggiar et Lemaitre, internes à l'hôpital Saint-Louis ; Brehant, Richier et Mlle Abricossoff, internes au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades ; Joly, interne à l'hôpital Ambroise-Paré ; Girard, ancien interne en médecine à la maison d'arrêt et correction de Saint-Lazare.

MM. Weill, externe à l'hôpital Ambroise-Paré ; Dumeau et Farnarier, externes des hôpitaux de Marseille ; Mlle Peillard, externe à l'hôpital de la Charité, à Lyon ; Mlle Guignard, externe au bastion 29.

M. Bosch, étudiant en médecine à Marseille.

Hôpital Broussais (96, rue Didot, 14e). — *Maladies du cœur et des vaisseaux.* (Cours complémentaire. Service de M. le Docteur Ch. LAUBRY.) — OBJET DU COURS : 1° Séméiologie fonctionnelle et physique ; 2° Questions à l'étude dans le service.

Ce cours qui aura lieu du lundi 10 au samedi 22 octobre 1932, se fera sous la direction de M. le Docteur Ch. LAUBRY, chef de service, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de MM. les Docteurs Daniel ROUTIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin assistant de l'hôpital Broussais ; Jean WALSER, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie ; G. MARCHAL, médecin des hôpitaux ; L. DEGLAUDE, chef du laboratoire d'électrocardiographie ; A. JAUBERT, chef de laboratoire ; A. VAN BOGAERT et L. MATTON, assistants étrangers ; R. HEIM DE BALSAC, radiologiste du service ; P. SOULIÉ, G. POUMEAU-DELILLE, R. DEGOS, J. ANTONELLI, Mlle BROSSE, J. LOUVEL, internes et anciens internes du service.

HORAIRE ET PROGRAMME DU COURS. — Lundi 10 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Introduction à l'étude de la séméiologie. — 11 heures, Dr ROUTIER : Les palpitations et leur traitement. — 15 heures, Dr WALSER : Notions générales d'électrocardiographie.

Mardi 11 octobre, 9 h. 30, Dr WALSER. Les algies cardio-thoraciques et leur traitement. — 11 heures, Dr ANTONELLI : Myocardite éthylique. — 15 heures, Dr HEIM DE BALSAC : Notions générales de radiologie cardiaque.

Mercredi 12 octobre, 9 h. 30, Dr MARCHAL : Les angines de poitrine et leur traitement. — 11 heures, Dr SOULIÉ : Infarctus de la cloison. — 15 heures, Dr DEGLAUDE : Interprétation des tracés électro-cardiographiques.

Jeudi 13 octobre, 10 heures, Dr LAUBRY : Consultation clinique. Données de l'inspection. — 15 heures, Dr HEIM DE BALSAC : Aspect radiologique du cœur chez les mitraux.

Vendredi 14 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Dr ROUTIER : Les signes généraux chez les cardiaques. — 15 heures, Dr HEIM DE BALSAC : Aspect radiologique de l'aorte à l'état normal et pathologique .

Samedi 15 octobre, 9 h. 30, Dr MATTON : Œdèmes et métabolisme de l'eau chez les cardiaques. — 11 heures, Dr LAUBRY : La syncope et son traitement.

Lundi 17 octobre, 9 h. 30, Dr WALSER : La dyspnée commune chez les cardiaques. — 11 heures, Dr POUMEAU-DELILLE : Interprétation radiologique des images hilaires. — 15 heures, Dr DEGLAUDE : Interprétation des tracés électro-cardiographiques.

Mardi 18 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Les dyspnées paroxystiques et leur traitement. — 11 heures, Dr VAN BOGAERT : Les rythmes à trois temps. — 15 heures, Dr JAUBERT : Etude bactériologique des endocardites infectieuses et leur prémubition.

Mercredi 19 octobre, 9 h. 30, Dr SOULIÉ : Les réactions cardio-vasculaires normales et pathologiques à l'effort. — 11 heures, Dr MARCHAL : Diagnostic des souffles cardiaques. — 15 heures, Dr BROSSE : Examen de la circulation artérielle périphérique

Jeudi 20 octobre, 10 heures, Dr LAUBRY : Consultation clinique. Données de la palpation. — 15 heures, Dr LOUVEL : Examen de la circulation veineuse.

Vendredi 21 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY: Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Dr DEGOS : Les lésions valvulaires d'origine indéterminée. — 15 heures, Dr VAN BOGAERT : Enregistrements mécaniques. Exercices pratiques.

Samedi 22 cotobre, 9 h. 30, Dr MATTON : La vasomotricité chez les hypertendus. — 11 heures, Dr LAUBRY : Traitement de l'hypertension artérielle.

Tous les jours, à 16 heures, examen de malades dans les salles, sous la direction des internes du service. Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Docteur MATTON, à l'hôpital Broussais. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

L'initiation médicale des missionnaires. — La Faculté de médecine de l'Université catholique de Lille organisera, pour la septième fois, pendant les prochaines vacances, à l'usage des missionnaires et de leurs collaborateurs, des cours d'initiation médicale. Cet enseignement sommaire et pratique permet aux missionnaires de s'assurer les connaissances indispensables pour les soins de leur propre santé et de celle de leurs confrères dans les pays dépourvus de médecins où ils devront séjourner. En outre, il leur permet d'exercer auprès des indigènes la pratique sommaire de l'art médical. Les religieuses et les autres collaborateurs des missionnaires feront à Lille une expérience déjà suffisante pour leur permettre de tenir un dispensaire.

Les cours et cliniques à l'usage des missionnaires commenceront le 2 septembre et se termineront le 15 octobre 1932. Un diplôme de formation médicale sera délivré aux missionnaires qui auront suivi ces cours et exercices pratiques de médecine pendant toute leur durée et auront subi les interrogations et épreuves requises.

Ministère de l'Education nationale. — *Commission du Codex.* — MM. Roger, doyen honoraire de la Faculté de médecine, et Radais, doyen honoraire de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, sont nommés vice-présidents de la Commission du Codex.

Sont nommés membres de la Commission du Codex : MM. Lantenois (Marcel), et Penau (Henry), membres de la Société de pharmacie de Paris.

Tout membre absent sans excuse à quatre séances consécutives sera considéré comme démissionnaire.

Création d'une clinique chirurgicale pour malades de situation modeste. — Le Conseil municipal de Paris vient de prononcer le renvoi à l'administration d'une proposition tendant à accorder au Syndicat des chirurgiens des hôpitaux de

Paris l'attribution d'un terrain avec bail emphytéotique, pour construire une clinique chirurgicale de trois cents lits.

Service de santé des troupes coloniales. — Le médecin général des troupes coloniales Bouffard est placé dans la section de réserve du Corps de santé militaire des troupes coloniales.

Bordeaux. — Par décret en date du 19 juillet 1932, M. Seillier, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

Lyon. — Le 8 juillet se sont terminées les épreuves du diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon. Sur 70 candidats qui s'étaient inscrits au début de l'année, 49 ont été reçus dans l'ordre suivant :

Mention très bien. : MM. Chabannes, Juillet, Petchot-Bacqué, Escallon, Duguet.

Mention bien : MM. Péret, Ferrari, Mme Giorgi, MM. Deramaix, Robert, Samari, Nik-Nafs, Olivier, Sautet, Hote-Bridon, Vincent.

Mention assez bien : MM. Uchowsky, Cadéot, Perrier, Raponsky, Mlle Barral, MM. Chon, Spencer, Vernus, Bloch, Petit, Coulon, Roche, Mlle Delos, MM. Rousson, Franck, Mlle Grangette, MM. Paranoff, Decay.

Mention passable : MM. Prades, Bolot, Gellie, Rimbaut, Ben Drihem, Guignen, Nedeltcheff, Grima, Saddier, Durrieu de Madron, Maurin, Coyault, Vittet, Rouvière, Salem.

Le 9 juillet a eu lieu l'assemblée des anciens diplômés d'hygiène. A cette occasion, il a été procédé à la remise du prix de l'association décerné à l'élève classé premier au diplôme.

Les lauréats ont été : pour l'année 1931, M. Couture ; pour l'année 1932, M. Charbannes.

Caen. — A l'occasion du V[e] centenaire de l'Université de Caen, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Professeurs Lebailly et Vigot, de l'Ecole de médecine de Caen.

Congrès international de la lithiase biliaire. — Le Congrès international de la lithiase biliaire qui doit se tenir à Vichy du 19 au 22 septembre, sous la présidence de M. le Professeur Paul Carnot, membre de l'Académie de médecine est, dès à présent, assuré d'un très beau succès, en raison du nombre et de la qualité des adhésions reçues tant de France que du Corps médical étranger.

Nous rappelons que les inscriptions sont reçues jusqu'au 1[er] août.

Toutes les demandes de renseignements, adhésions et cotisations doivent être adressées à M. le Docteur J. Aimard, secrétaire général du Congrès international de la lithiase biliaire, 24, boulevard des Capucines, Paris (IX[e]).

Société française d'ophtalmologie. — Cette société qui groupe plus de quatre cents Français et près de huit cents Etrangers, célèbre, cette année, son quarante-cinquième Congrès et les fêtes du Cinquantenaire de sa fondation.

Une séance solennelle, présidée par M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, vient d'avoir lieu, à la Faculté de médecine. Le ministre a été accueilli par le Professeur Terrien, représentant le doyen. Le secrétaire général Docteur René Onfray a fait, ensuite l'historique de la Société, de ses travaux et des savants éminents qui ont contribué depuis un demi-siècle aux progrès considérables de l'ophtalmologie.

Des envoyés de toutes les sociétés étrangères ont félicité la Société. Puis le Docteur Morax a parlé au nom de l'Académie de médecine, le Docteur Clovis Vincent, au nom de la Société de neurologie et le Docteur Bourgeois, au nom de la Société française d'oto-rhino-laryngologie.

Syndicat national de l'industrie française des sparadraps et tissus adhésifs. — Afin de défendre l'industrie des sparadraps contre une concurrence étrangère, qui devient de plus en plus menaçante, il a été formé un syndicat national de l'industrie française des sparadraps et tissus adhésifs, dont le siège social est établi : 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris.

Le Conseil d'administration à la composition suivante : président, M. H. Huerre (anciens établissements Vigier) ; vice-président, M. Desnoix (maison Desnoix et Debuchy) ; secrétaire-trésorier, M. Cavailles (laboratoires du Dr R. Cavailles).

Les maisons et sociétés ci-après, font partie du syndicat : Bruneau (Cutiplaste) ; Cavailles (Coloplastre) ; Coquelu (Coplast) ; Desnoix (Plastima) ; Fournier (Sparaplast) ; Kraus (Francoplast) ; Le Perdriel (Sparadrap Le Perdriel) ; Pennel et Flipo (Dermoplaste) ; Robert et Carrière (Zédéno) ; Sauter (Sparablanc) ; Vigier (Albuplast).

Nécrologie. — Docteur J.-P. Cossa, de Nice, 77, route de Levens. — Docteur Charles Guéret, de Sète (Hérault). Poète et littérateur de talent, il se fit applaudir sur diverses scènes parisiennes. En 1910, il fit jouer aux arènes de Béziers, *Les Deux Cortèges.* — Docteur Antoine Mollière, de Lyon, décédé, dans sa 53[e] année. Il était le fils de feu Humbert Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Docteur Annie Raphael (Mlle), de Paris, 40, rue Beaujon (VIII[e]), médecin du dispensaire Rockefeller. — Mathiot-Beaugendre externe des hôpitaux de Paris, décédé accidentellement en mer. — Lucien Monnier, interne à l'hospice général du Havre, décédé accidentellement en mer. — Docteur Pagliani, de Turin, membre correspondant de l'Académie de médecine. — Docteur William Dove Macfarlane, chirurgien gynécologue (Ecosse), décédé à l'âge de 62 ans. — Capitaine médecin Coldstream, chirurgien civil de Peichaver (Inde anglaise), mortellement blessé par un infirmier, à l'hôpital de Lady Reading.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement des hémorragies dans les ulcères peptiques

Par le Dr Max EINHORN, de New-York

La science médicale reconnaît aujourd'hui comme étant d'importance primordiale dans le traitement des ulcères peptiques compliqués d'hémorragies, le repos absolu au lit, l'emploi de glace sur la région épigastrique, l'injection soit de thromboplastine, soit de sérum et l'emploi de sédatif pour combattre l'anxiété et la douleur. Le malade est gardé à jeun pendant deux ou trois jours et reçoit pour toute nourriture une solution de glucose (5 %) injectée dans le rectum selon la méthode de Murphy. Pour combattre la soif, on permettra au malade de sucer de petits morceaux de glace. L'emploi de pompe ou de tube stomacal ordinaire est contre-indiqué à cause de leur action traumatisante. Quant au tube duodénal, les avis sont partagés. Les uns s'y opposent formellement. D'autres reconnaissent sa grande valeur dans le traitement des ulcères peptiques non compliqués mais s'abstiennent de son usage dans les cas d'hémorragies aiguës.

Ma grande expérience en cette matière m'oblige à me prononcer en faveur du tube duodénal non seulement dans le traitement des ulcères chroniques simples mais aussi dans celui des ulcères compliqués d'hémorragie aiguë. Dans ces vingt et une dernières années, j'ai utilisé l'alimentation duodénale dans le traitement des ulcères peptiques et souvent je l'ai employée peu de temps après une hémorragie (6 à 12 heures). Je n'ai jamais eu à regretter ce procédé ; bien au contraire j'ai toujours remarqué son action bienfaisante.

Afin de vulgariser cette méthode de thérapeutique des hémorragies aiguës compliquant les ulcères peptiques, je décrirai deux cas que j'ai traités en juin et juillet dernier à l'hôpital Lenox Hill.

Cas numéro I. 16 juin 1931. — Hyman R..., âgé de 39 ans, a toujours été en bonne santé jusqu'au 12 juin 1931 lorsqu'il ressentit une certaine faiblesse accompagnée d'un manque d'appétit. Le lendemain il remarqua que ses selles étaient noires. Les deux jours suivant les selles gardèrent ce même aspect de goudron et la faiblesse devint plus intense. Le 15 juin, vaquant à ses affaires il perdit connaissance. Après quelques instants une transpiration abondante apparut. Ne pouvant marcher, on le transporta chez lui et le lendemain je le faisais admettre dans mon service à l'hôpital Lenox Hill de New-York. Les principaux symptômes étaient une grande faiblesse accompagnée de diarrhées prolongées ainsi que des sensations de brûlures dans la région rétrosternale et épigastrique.

Au point de vue physique, le malade était très pâle, accusant de la douleur à la palpation de la région supérieure de l'abdomen. Les selles avaient l'apparence de « marc de café » et contenaient du sang. Diagnostic : ulcère de l'estomac avec hémorragie.

Le premier jour, le traitement consista : Repos absolu, vessie de glace sur la région gastrique, adrénaline (1/1000) 8 gouttes t. i. d. dans une cuillerée à café d'eau et injection de thromboplastine. Numération globulaire : Erythrocytes = 3.110.000 ; Hémoglobine = 60 % ; Leucocytes = 8.600 ; Polynucléaires = 62 % ; Mononucléaires = 5 % ; Lymphocytes = 31 % ; Eosinophiles = 2 % ; Urine, gravité spécifique = 1.014 ; pas d'albumine ; pas de sucre. L'état de faiblesse du malade ne permit pas un examen plus détaillé.

Le deuxième jour (17 juin) le tube duodénal était introduit et on donna par la bouche une cuillerée à café d'eau albuminée toutes les heures. Le 18 juin à 7 heures du matin, le tube a atteint le duodénum. L'alimentation duodénale a commencé à 8 heures du matin et continua jusqu'au 2 juillet, date à laquelle le tube fut retiré et l'alimentation par voie orale recommencée.

Pendant cette période le malade ne ressentit aucune gêne. Quelques jours après avoir commencé l'alimentation duodénale, l'examen des selles ne révélait plus la présence de sang. Le malade reprit ses forces graduellement et quelques jours plus tard quittait l'hôpital se sentant très bien.

Cas numéro II. 24 juin 1931. — Le Docteur Francis A..., âgé de 40 ans nous rapporte l'histoire suivante :

Le 17 juin 1931 le malade a reçu un coup violent dans la région moyenne de l'abdomen, à droite de l'ombilic. Il ressentit immédiatement une certaine faiblesse qui l'obligea à s'asseoir. Il prit un peu de whisky et après quelques instants il continua son travail. Le lendemain il ressentit un certain malaise dans l'abdomen mais sans douleur véritable. Dans la nuit du 18 juin, après s'être couché, il ressentit une forte colique suivie d'une évacuation intestinale de couleur noire et d'apparence « marc de café ». Pendant la nuit il eut trois évacuations semblables de couleur et d'apparence. Le lendemain il était abattu, faible et vomit une fois. Le vomitus était noir. Le malade se plaignait surtout d'un état de faiblesse progressif.

Il fut admis dans mon service de l'hôpital Lenox Hill le 24 juin 1931 grâce à l'obligeance du Docteur A. Saint-George.

L'examen nous révéla un pouls rapide, régulier, *sans arythmie* ; pas de dilatation ; souffle apical systolique. L'abdomen était légèrement douloureux, sans rigidité. Le malade se plaignait de douleurs dans la nuque avec céphalée.

Température le 24 juin — 101 F. 1/2
Température le 25 juin — 104 F.
Température le 26 juin — 102 F.
L'analyse du sang indiquait:
Erythrocytes = 3,300.000 ; Hémoglobine = 50 %
Leucocytes = 11.000 ; Polynucléaires = 64 %.

Diagnostic. — Ulcère peptique aigu post-traumatique et compliqué d'hémorragie.

Traitement. — Glace sur l'abdomen. Adrénaline et thromboplastine. Le 26 juin, introduction du tube duodénal. Le 27, alimentation duodénale. Température 101 F., le 28 et le 29, 99 F. ; le 30, 99 F. Dès lors la température oscilla entre 98 1/2 et 99 F. 1/5.

Le malade ne se plaignit plus et son apparence s'améliora de jour en jour. Une nouvelle analyse du sang faite le 10 juillet nous révéla :

Erythrocytes = 4.300.000 ; Hémoglobine = 67 % ;
Leucocytes = 11.000 ; Polynucléaires = 70 %.

Le 12 juillet le tube duodénal est enlevé et l'on recommence l'alimentation *per os*. Le 15 juillet le malade quitte l'hôpital se sentant parfaitement bien et est soumis à une diète libérale. Deux ou trois semaines plus tard le Docteur F. était en état de pratiquer à nouveau.

Remarques

Dans les deux cas d'ulcères peptiques compliqués d'hémorragie que je viens de décrire, le tube duodénal a été employé relativement de bonne heure. Dans certains cas urgents, j'ai introduit le tube duodénal immédiatement après l'hémorragie. Naturellement le médecin doit déterminer en premier lieu si l'état du malade permet cette simple instrumentation. Depuis que j'ai adopté l'usage du tube duodénal dans les hémorragies dues aux ulcères peptiques, je n'ai jamais eu à recourir à la transfusion ; l'alimentation duodénale permettant à l'organisme de refaire son propre sang.

L'acétylcholine et l'expression biliopancréatique

Par M. LOEPER, A. LEMAIRE et DANY

Le foie et le pancréas sont associés dans leurs réactions et dans leurs lésions, comme ils le sont dans leur développement et leur physiologie.

Tout un ensemble de causes réflexes ou chimiques assure leur fonctionnement synergique. Et les mêmes maladies : cirrhoses, infections ou intoxications, voire, ainsi que nous l'avons montré (1), l'ictère dit catarrhal semblent y déterminer des altérations ou des troubles parallèles.

De toutes les méthodes d'exploration le tubage duodénal est certes celle qui apporte sur la fonction des deux organes les renseignements les plus suggestifs et les plus rapides. Il permet d'apprécier à la fois la quantité et la qualité de la bile, et la richesse fermentaire lipasique, tryptique ou amylolytique du suc pancréatique.

En ce qui concerne la bile, il est à peine besoin de rappeler qu'il donne même sur son origine vésiculaire ou canaliculaire, sur le mécanisme cholagoque ou cholérétique de son afflux des indications capitales.

Malheureusement le tubage duodénal nécessite l'administration d'un repas spécial à l'œuf par exemple, ou d'une solution excitante de sulfate de magnésie à 30 %.

Or, le repas d'épreuve rend assez malaisé le dosage des ferments pancréatiques; et la solution magnésienne, terriblement concentrée, produit un énorme afflux de liquide qui, malgré ce qu'on a pu dire, dilue la bile et les ferments et nuit à l'appréciation exacte du résultat.

Certains auteurs ont tenté d'obtenir des renseignements plus topiques par l'emploi parentéral de substances très électives telles que la pilocarpine et l'extrait hypophysaire.

Ils les ont injectées sous la peau et ont obtenu ainsi des résultats dépourvus de toute critique. Mais si leurs conclusions touchant l'excitation du cholécyste et la production des contractions patentes sont indiscutables, celles touchant la sécrétion biliaire et surtout la sécrétion pancréatique sont vagues ou hypothétiques.

Nous avons voulu reprendre cette étude et nous nous sommes, pour la mener à bien, adressés à l'acétylcholine.

Nous donnerons ici les résultats obtenus et tenterons de les interpréter.

* * *

Il n'est pas de physiologiste ni même de médecin qui ne connaisse actuellement les propriétés remarquables de l'acétylcholine.

Les travaux de MM. Villaret et J. Besançon nous ont fait voir son action élective sur le vague et sa puissance léiotonique qui se traduisent naturellement par une contraction des fibres lisses des viscères et par un relâchement des fibres lisses des artères.

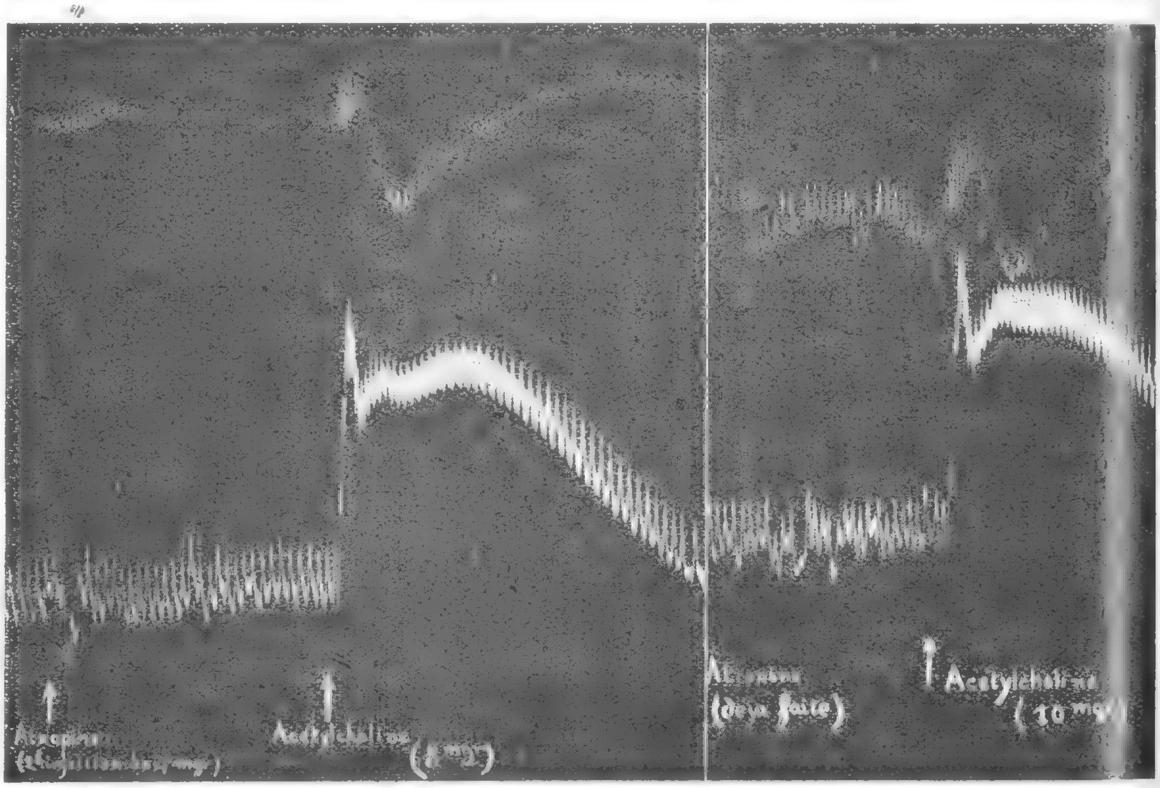
L'action sur les viscères ne s'exerce pas seulement sur l'estomac, sur l'intestin ou l'uretère, mais aussi sur la vésicule et sans doute sur les canaux biliaires de gros calibre.

La contraction de la vésicule a été signalée pour la première fois par Ischyama et Adachi.

La contraction du cholédoque est seulement possible et probable puisque MM. Bérard et Mallet Guy dans leur très beau livre nous ont appris que le canal cholédoque se contractait comme la vésicule.

L'inscription de ces contractions n'avait jusqu'ici point été réalisée sur la vésicule *in situ*. Les tracés que nous avons recueillis nous semblent très suggestifs; la similitude, l'identité même de la réaction vésiculaire du chien après chaque injection veineuse de 5 milligr. d'acétylcholine est assez frappante pour que l'on ne puisse la considérer comme fortuite ou contingente. Fait tout à fait démonstratif, elle va de pair avec un abaissement parallèle, proportionnel, mais un peu plus durable de la pression artérielle.

L'intervention du vague apparaît incontestable puisqu'une injection préalable de 4 milligr. d'atropine inverse symétriquement et parallèlement les deux réactions, transformant comme on l'a déjà dit, l'hypotension artérielle en hypertension mais aussi, comme cela on ne l'a pas dit encore, l'hypertonie vésiculaire en hypotonie (1).



L'acétylcholine est donc un cholécystokinétique ce qui va un peu à l'encontre de l'opinion de Chabrol qui lui refuse une action cholagogue. L'expulsion de bile qui est consécutive à son administration résulte certainement de cette contraction. Nous avons voulu vérifier le phénomène chez l'homme et les radiographies affirment cette contraction.

Il y a plus, l'acétylcholine agit aussi sur le pancréas. Déjà Desgrez avait indiqué que la choline augmentait la sécrétion pancréatique : avec 0,01 ctgr. pour 1 kilogr. il obtenait 8 à 10 gouttes en 4 minutes.

En utilisant l'acétylcholine, qui apparaît plus active, MM.

(1) M. LOEPER, A. LEMAIRE et P. SOULIÉ. — La participation du pancréas au syndrome de l'ictère catarrhal. *Société des Hôpitaux*, février 1932. La même opinion a d'ailleurs été émise par Carrié, *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, avril 1932, et par Pavel, *Société des hôpitaux de Bucarest*, janvier 1932.

(1) La technique que nous avons utilisée pour cette étude expérimentale a été déjà indiquée dans *Nutrition*, tome I, n° 4, 1931. M. LOEPER, A. LEMAIRE et J. TAUZIN. *Influence de quelques agents pharmaco-dynamiques sur la motricité de la vésicule biliaire*. Doin, éditeur.

Villaret, Justin Besançon et Even (1) ont obtenu par injection de 1 à 4 centigr. 4 cmc. de liquide pancréatique en 20 minutes.

Il est difficile de dire s'il s'agit là d'une véritable excitation sécrétoire ou d'une sorte *d'expression* des canaux pancréatiques par la contraction de leurs fibres lisses.

La deuxième hypothèse nous paraît plus vraisemblable que la première, tout au moins le deuxième mécanisme plus important que le premier.

Quoiqu'il en soit, l'injection d'acétylcholine chez l'animal agit sur les canaux biliaires et sur le pancréas et fait affluer dans le duodénum la bile et le suc pancréatique.

***

Après ces expériences nous nous sommes cru autorisés à employer l'acétylcholine pour explorer chez l'homme la fonction bilio-pancréatique .

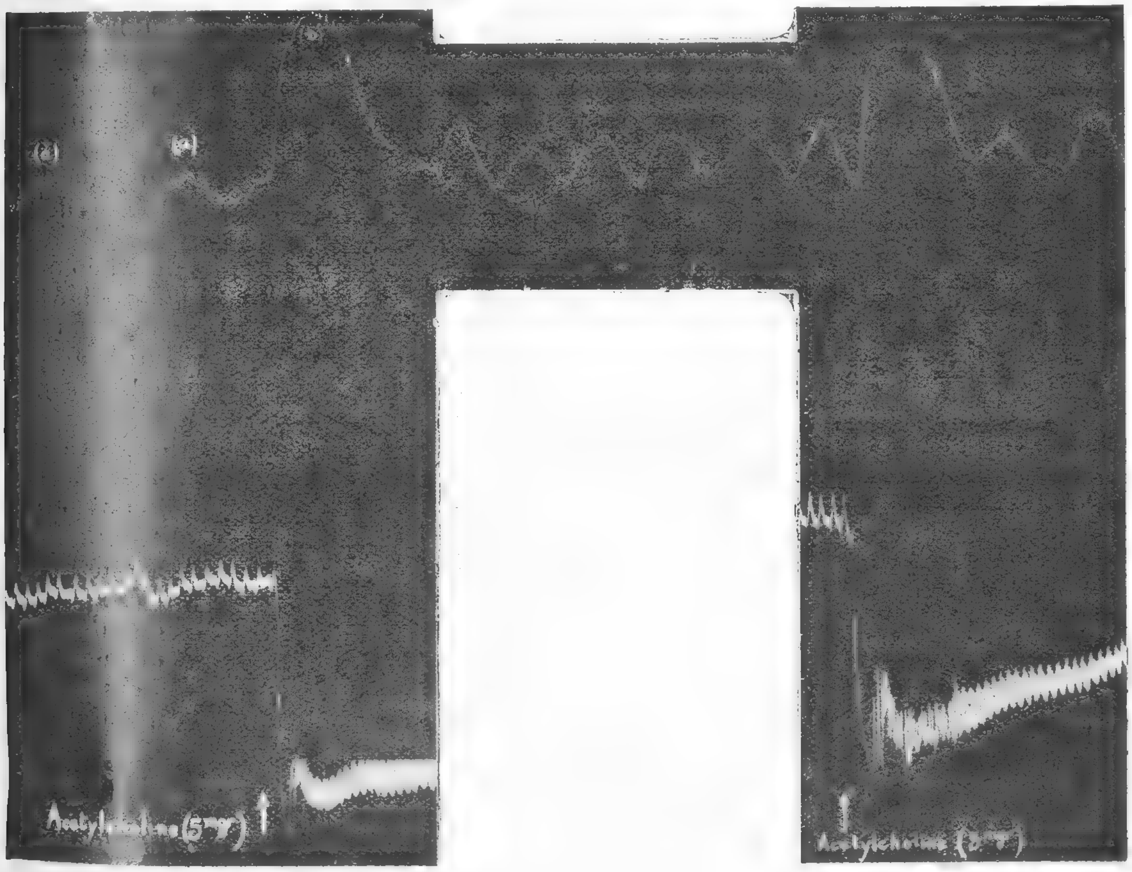
Nous introduisons dans le duodénum la sonde de Einhorn et dès qu'elle est en place, nous injectons dans les veines 0,05 à 0,10 ctgr. d'acétylcholine.

L'injection veineuse chez l'homme peut paraître osée surtout si l'on se rappelle que l'acétylcholine par cette voie est infiniment plus toxique, que par voie musculaire ou sous-cutanée.

Mais déjà J. Besançon avait constaté son innocuité même à la dose de 0,10 ctgr. chez le chien et de 40 chez l'homme, et dans aucune de nos observations nous n'avons vu survenir un accident véritable. Et l'effet est infiniment plus certain et plus rapide.

Un seul incident se produit pourtant parfois : l'expulsion du tube par une contraction brutale du duodénum. Cette expulsion, pour gênante qu'elle puisse être, témoigne au surplus de l'action considérable du médicament sur les fibres lisses du tube digestif.

(1) C. R. de la Soc. de Biol., 4 mai 1929 et *Thèse de doct. ès sciences* de Justin Besançon. Masson 1929.



Voici les résultats obtenus :

Non hépatiques	Dates	Liquide duodénal Avant Bile A	Lipase	Liquide duodénal d'acétylcholine Bile B	Lipase
1° Néphrite	»	+	22	+	25
2° Fatigue générale	»	+	27	+	32
Hépatiques					
1° M. Ictère catarrhal					
période d'état	8/2	+	9.5	0	0
polyurie	11/2	+	8.7	+	9.9
»	15/2	+	8.5	0	0
»	17/2	+	7.2	+	10
»	24/2	+	11.5	0	0
R. Ictère catarrhal	8/1	+	8	+	7
état polyurie	16/1	+	9	+	9.5
D. Ictère (?)	1/12	+	8	0	0
état polyurie	10/12	+	8	+	8.5
polyurie	8/1	+	11.5	+	13
L. Ictère	2/9	+	4.5	+	9
état	5/9	+	7	+	9
polyurie	9/9	+	9.5	+	18

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte, l'acétylcholine fait apparaître la bile B c'est-à-dire vide la vésicule biliaire mais elle fait aussi apparaître une proportion plus grande de lipase c'est-à-dire qu'elle agit aussi sur le pancréas.

L'afflux de la bile B aussi bien que celui de la lipase est moindre chez les hépatopancréatiques et même chez les sujets atteints d'ictère catarrhal que chez les sujets normaux et l'ascension dans les diverses épreuves successives de la bile et de la lipase, suit exactement l'amélioration de la maladie, quand elle est curable, atteignant son maximum quand se produit la polyurie.

Cette ascension n'est pas pourtant toujours continue, il y a des décharges passagères, des réponses favorables succédant à des intermittences, à des réponses négatives ou minimes.

***

Quand on étudie parallèlement ou plutôt successivement l'action du sulfate de magnésie et celle de l'acétylcholine, on est frappé de certaines divergences, le sulfate de magnésie se montrant parfois plus actif et parfois moins.

Ces divergences sont attribuables sans doute d'abord à une action différente des deux substances dont l'une l'acétylcholine est avant tout léiotonique et dont l'autre le sulfate de magnésie semble plutôt paralysant du sphincter d'Oddi. Elles sont attribuables aussi à l'action épuisante de l'une des substances sur la sécrétion bilio-pancréatique d'où résulte dans un examen ultérieur une réponse plus ou moins négative.

En voici la preuve dans ces tableaux :

COMPARAISON DE LA RICHESSE EN LIPASE DE LA BILE B APRÈS ACÉTYLCHOLINE ET APRÈS MAGNÉSIE

Non hépatiques	Acétylcholine	Magnésie
1° Néphrite	25	0
2° Fatigue	32	0

Hépatiques		Acétylcholine	Magnésie
1° M. Ictère	1er dosage	0	0
	2° dosage	9.9	15
	3e dosage	10	12
	4e dosage	10	14.5
	5e dosage	0	8.3
R. Ictère	1er dosage	7	8.5
	2e dosage	9.5	1.2
D. Ictère	1er dosage	0	0
	2e dosage	8.5	10
	3e dosage	13	14
L. Ictère	1er dosage	9	0
	2e dosage	9	7.5
	3e dosage	18	15.5

***

De cette étude nous croyons pouvoir donner les conclusions suivantes :

1° L'acétylcholine agit puissamment sur les fibres lisses des voies biliaires et sans doute aussi sur celles des voies pancréatiques.

Son action s'exerce par l'intermédiaire du vague : elle est donc un léiotonique indirect dont l'atropine est susceptible d'inverser les effets.

2° Elle permet d'explorer les fonctions bilio-pancréatiques par l'examen du liquide dont elle provoque l'afflux dans le duodénum.

3° Pour que l'exploration soit rapide et parfaite l'acétylcholine doit être introduite dans les veines à la dose de 0,10 ctgr.

L'injection se fait sans aucun accident sauf parfois le rejet du tube qu'il faut introduire à nouveau.

4° L'afflux du liquide billiaire résulte d'une contraction brutale de la vésicule et peut être aussi du cholédoque.

Il n'a donc rien de sécrétoire.

L'afflux du liquide pancréatique résulte peut-être d'une excitation de la glande mais aussi sans doute d'une contraction de ses canaux.

L'acétylcholine permet donc d'*exprimer* les canaux bilio-pancréatiques plutôt que d'exciter les glandes correspondantes.

5° L'épreuve de l'acétylcholine est indiquée dans les ictères catarrhaux et dans les inflammations si souvent combinées, couplées, du foie et du pancréas. Elle peut être un élément de diagnostic et de traitement.

6° En raison de son action très fortement kinétique l'acétylcholine est *contre-indiquée* dans les lithiases biliaires où la contraction de la vésicule, la mobilisation du calcul pourraient provoquer une crise douloureuse.

« En 1854, dans un petit essai « La théorie de la démarche », Honoré de Balzac, pour faire comprendre la complexité d'une question, écrivait : « Il est aussi difficile de déterminer où elle commence et où elle finit que de dire où commence et où finit le grand sympathique, cet organe intérieur qui a lassé la patience de tant d'observateurs ». Notre patience a pourtant été sans bornes, cela ne veut pas dire que nous y voyons beaucoup plus clair que du temps de Balzac ».

(Prof. Pierre Mauriac. Du danger des explications simplistes en biologie et en médecine. *La Presse Médicale*, 15 juin 1932.)

« Il est préférable, pour le médecin qui interroge, de laisser parler le malade, sans le questionner, spontanément, au gré de sa mémoire, car il est prouvé que les erreurs sont beaucoup plus nombreuses dans l'interrogatoire que dans le libre récit. Lorsque tout semble avoir été raconté, le médecin pourra, par quelques demandes plus précises, relier entre eux les divers faits exposés et tenter d'éclairer ce qui a pu paraître obscur ou contradictoire. »

(E. Schulmann. *L'interrogatoire des syphilitiques. Etudes cliniques de syphiligraphie.* Un vol. 1932. Masson, édit.)

A propos du traitement du cancer

Par A. Bréchot

Tout récemment le *Monde Médical* vient de consacrer un intéressant numéro au traitement du cancer. Celui-ci constitue le problème le plus passionnant de la médecine contemporaine. L'on doit penser que toute tentative nouvelle mérite d'être prise en considération.

Il y a de longues années que cette question fait l'objet de nos réflexions

Il y a 10 ans j'ai pratiqué de nombreuses auto et hétéro-hémothérapies, malheureusement la science disposant de traitements plus ou moins actifs, toute expérimentation est ordinairement faite dans de mauvaises conditions en s'adressant aux cas avancés N⁴ inguérissables non améliorables par la chirurgie, le radium ou la radiothérapie.

C'est sur des cas de ce genre que nos tentatives portaient.

Nous injections soit le sang total frais soit le sérum frais ou vieilli en ballons stériles pendant 2 et 3 mois.

Dans d'autres cas nous avions pensé à déterminer par le cuivre un choc colloïdal et à prélever pendant la période de choc le sang à injecter.

Nous avons également essayé d'injecter à des néoplasmes à évolutions rapides le sang de malades atteintes de squirrhe ou de fibrome.

Tous ces faits ne nous ont jamais donné une guérison authentique ce qui ne nous étonne nullement étant donné l'état avancé des malades traités.

Ce que nous avons pu observer au cours de l'hémothérapie c'est essentiellement un relèvement momentané de l'état général et parfois une secrétion plus abondante suivie d'une diminution réelle sur l'état primitif en particulier dans un cas de néo-utérin N⁴ et dans un cancer ulcéré du sein inopérable.

Malheureusement ces traitements sont difficiles à faire admettre aux malades ordinaires peu compréhensifs et cachectiques qui craignent qu'on ne les affaiblissent en prenant leur sang en particulier pour l'hétéro-hémothérapie.

Aussi ces traitements que j'avais utilisés chez deux malades dans mon service de Broussais ont-ils été presque immédiatement interrompus par le départ de celles-ci.

Depuis j'ai pensé que l'on pouvait essayer de nouveaux traitements dans un ordre logique de faits et c'est pourquoi je désirais avoir à ma disposition un service de curiethérapie.

Je pense que l'on obtiendrait peut-être dans le sang et dans les urines, après avoir provoqué la lyse de cellules cancéreuses par les rayons profonds ou par le radium, des éléments pouvant être le point de départ d'une auto ou d'une hétéro-vaccination.

Nous avons actuellement un certain nombre de malades en cours de traitement les unes par hémothérapie, le sang était pris après des séances de rayons ou l'apposition de radium, les autres traitées par urinothérapie dans les mêmes conditions c'est-à-dire après lyse des cellules néoplasiques par rayons X ou par radium.

Je dirai, quand le temps nécessaire sera écoulé, avec mes collaborateurs les Drs Gagey et Guiquet quels résultats furent obtenus, ce qui me paraît intéressant c'est l'utilisation du sang en période de lyse cellulaire ou l'utilisation dans cette même période d'urine.

Nous pouvons déjà dire que les injections d'urine sont parfaitement supportées. Nous pratiquons tous les deux jours une injection d'urine filtrée allant de 10 à 40 cmc.

BIBLIOGRAPHIE

La protection contre le danger aéro-chimique. *Rôle des infirmières, secouristes et assistantes du devoir national. Eléments d'instruction à leur fournir*, par le professeur Jacques PARISOT, de Nancy, et Mme A. ARDISSON. Un volume in-8 160 pages, 6 photographies et 1 plan hors texte. Préface de M. le médecin-général inspecteur SIEUR. Berger-Levrault, Nancy. Prix, broché : 10 francs.

Si l'on demeure atterré à l'idée qu'un nouveau conflit peut encore un jour ensanglanter le monde, doit-on, malgré la répugnance de semblable éventualité, rester sourd à certaines manifestations venues du dehors, qui sans prendre jusqu'alors un caractère de gravité, ne permettent pas moins de conclure que la sagesse des peuples n'a pas encore trouvé les assises d'une paix durable ?

La France, cependant, ne peut, dans cet ordre d'idées, être taxée d'esprit belliqueux. N'a-t-elle pas à chaque occasion, fourni maintes preuves de son profond attachement à la paix. Les déclarations de ses délégués lors des grandes conférences internationales, n'apportent-elles pas, elles non plus, la mesure de sa clairvoyance et de son esprit de justice, pour juguler toute cause de conflit ? Mais elle se doit aussi de prévoir sa propre sécurité.

C'est ainsi que s'est posé pour le Docteur Jacques Parisot le délicat problème d'envisager les mesures de protection à prendre contre le danger aéro-chimique. Ce serait là, sans nul doute, la nouvelle forme d'une guerre future comme nous l'a magistralement exposé le lieutenant colonel Vauthier dans son récent ouvrage : *Le danger aérien et l'avenir du pays.*

Dans un premier chapitre, le Docteur Jacques Parisot, avec précision, donne un aperçu sur la situation des peuples, au regard de la guerre et du danger aérien, en particulier. Si les exemples de 1914-1918 n'étaient là pour nous persuader du contraire, l'on adopterait volontiers une sereine quiétude en se basant sur les engagements qui devraient nous garantir contre l'emploi des gaz toxiques.

Ce sera le grand mérite de l'auteur de nous avoir éclairé sur les conséquences terribles des nouveaux procédés d'extermination que la science met aujourd'hui à la portée des peuples. Procédés déloyaux, direz-vous ! le gaz, arme *humanitaire*, répondront d'aucuns.

Avec une rare compétence, à laquelle ajoutent encore les fonctions qu'a occupées l'auteur durant la guerre, il nous expose les désordres de toute nature produits par les bombardements par explosifs et projectiles incendiaires, et par l'attaque chimique qui forme le but principal de son étude.

En marge des dégâts, le Docteur Parisot énonce les moyens de protection que l'expérience lui suggère, et dont il a pu déjà apprécier les heureux effets curatifs. Il prend soin, en sa qualité de médecin et d'hygiéniste, de dicter les sages conseils qui suivent :

« Vis-à-vis de tous ces risques auxquels sont soumises les vies humaines, il n'existe, en réalité, aucune assurance ni aucune solution capables de donner aux peuples la *sécurité totale et définitive, en dehors de la suppression totale et définitive de la guerre elle-même.* » Paroles de sage mesure auxquelles doivent tendre tous les actes des nations civilisées.

Ce livre sera lu par tout bon Français auquel il apportera les éclaircissements nécessaires sur cette question angoissante, et des conseils d'ordre pratique sur la conduite à tenir en maints cas. Il sera, en outre, comme le désire le médecin-général inspecteur Sieur dans sa judicieuse préface, le *vade-mecum* de tous ceux et de toutes celles qui, déjà, se dévouent pour annihiler, le cas échéant, les désastres de toutes sortes d'une guerre chimique.

Dans une deuxième partie, Mme A. Ardisson, infirmière-major S. S. B. M., dévouée collaboratrice de l'auteur, a apporté ses connaissances d'ordre théorique et pratique, en vue de la formation des infirmières et de leurs collaboratrices qui, une fois de plus, seraient appelées à prodiguer toutes les ressources de leur cœur généreux.

P. VALETTE.

L'héliothérapie, par le Docteur Henri DAUSSET. Un volume in-8° (20 × 13) de 112 pages : 15 francs. Gauthier-Villars et Cie, éditeurs, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

L'auteur, chef du service central à l'Hôtel-Dieu, a non seulement exposé les résultats de son expérience personnelle de plusieurs années, mais il a également résumé les opinions, les techniques et les résultats publiés par de nombreux auteurs.

Dans la première partie du volume, le lecteur trouvera une rapide étude physique de la question, une deuxième partie lui indiquera les techniques diverses, enfin les résultats sont brièvement exposés et complétés par les indications climatiques ou documentaires.

Technique chirurgicale estomac et duodénum, par P. RHÉAUME. Un volume de 266 pages avec 234 figures : 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le but de cet ouvrage est de faire connaître en les exposant avec détails des techniques variées et toutes modernes de chirurgie gastro-duodénale. Le monde médical connaîtra ainsi la manière dont cette chirurgie est pratiquée en Amérique du Nord, l'auteur étant, de par sa situation au Canada, dans des conditions particulièrement favorables pour la lui exposer.

Où déjeunerons-nous ? Indicateur des bons restaurants de France, par Gaston DERYO. Préface de Curnonsky. 1 vol. in-16. Prix : 10 fr. A. Michel, édit., 22, rue Huyghens, Paris.

Petit guide d'aspect séduisant, sans publicité, sincère et précis. A emporter pour les vacances.

La Société Française sous Napoléon III, par André BELLESSORT. Un volume in 16. Prix : 15 francs. Librairie Académique Perrin, 35, quai des Grands-Augustins, Paris (VIe).

Sorti d'un coup d'Etat qui transforma notre vie nationale, abîmé dans une catastrophe qui la bouleversa, le Second Empire ne ressemble à aucune période de notre histoire. Ses caractères sont plus tranchés que ceux de la Restauration ou de la Monarchie de Juillet. Il a eu ses conceptions à lui, ses méthodes, ses types, son romanesque, ses plaisirs, sa société. Voici ce que l'auteur a voulu dégager et préciser. Dans l'image qu'il a tracée, il s'est attaché à ne faire ressortir que les traits qui n'auraient pas existé sans l'avènement de Napoléon III.

Le sujet ainsi compris, nous avons l'impression d'entendre le récit d'une singulière aventure. Ce mot, si souvent appliqué au Second Empire, est certainement le plus exact. L'absurde Révolution de Quarante-huit, les flots de sang versé, les stériles débats du combat de la tribune, les menaces du socialisme avaient inspiré à la France le désir et le besoin de l'ordre. Par peur de l'anarchie, elle s'abandonna, sur la foi d'une légende et d'un nom, à un homme qui lui promettait avec même quelque chose de plus.

Voici les titres des chapitres qui donneront une idée de la variété de l'ouvrage : L'Empereur. L'Impératrice et la Cour. Les Hommes de l'Empire. La Gloire Militaire. Le Clergé et le Gouvernement. Les Embellissements et la Vie de Paris. L'Idéal romanesque. Le Théâtre. L'opposition libérale. La République. La République sous l'Empire.

Le Livre Blanc. — Formulaire de spécialités pharmaceutiques groupées par indications, publié sous le contrôle d'un groupe d'anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris. (Editions Henri Perrier, 3 rue Aubriot, Paris). Prix du volume : 25 francs.

Les spécialités pharmaceutiques sont de plus en plus prescrites par le corps médical, mais leur nombre est si grand qu'il est nécessaire qu'une sélection soit faite parmi elles et que le médecin puisse avoir facilement à portée de sa main un aide-mémoire pratique. Nos lecteurs qui ont eu l'occasion depuis un an de se servir du *Livre Blanc* apprendront, non sans intérêt, qu'une nouvelle édition sensiblement plus complète que la première vient de paraître.

De nouvelles consultations et une table des maladies groupées par catégories ont été ajoutées à la première partie. Les notices de la deuxième partie ont été revues et des prix indiqués, la troisième partie, cette année mentionne les principaux produits fabriqués par chacun des laboratoires, donne une liste très complète de maisons de santé, sanatoria, préventoria, etc., et comporte aussi des renseignements sur les stations thermales.

La présentation élégante et soignée, la tenue scientifique, la commodité du format font du *Livre Blanc* un ouvrage remarquable, qui fait gagner du temps et simplifie la tâche du médecin et est, pour ces raisons, particulièrement apprécié par lui.

CHRONIQUE

Poids maternel et poids fœtal. Mal de Pott et grossesse. Colite et grossesse. Colibacillose post-partum. Avortement.

Rapport entre le poids de la mère et le poids du nouveau-né. — TOOMBS (1) a étudié la possibilité de réduire le volume du fœtus par l'appropriation, *ad hoc*, du régime alimentaire de la mère. Il ne croit pas que la restriction des protéïnes ait d'effet, et il voit dans la constitution des procréateurs la vraie cause du volume produit de la conception. Il étaye cette vue, sur la valeur du facteur héréditaire, par les remarques faites dans les haras et principalement par les éleveurs de mulets ; tout montre que la genèse humaine ne fait pas exception aux lois de MENDEL.

A l'appui de sa thèse, il divise 250 cas de sa pratique privée en quatre groupes :

1° femmes ayant augmenté de vingt livres ou plus, et bébés pesant sept livres ou plus, 74 soit 29.6 pour cent :

2° femmes ayant augmenté de vingt livres ou plus, et bébés pesant moins de sept livres, 31 soit 12.4 pour cent ;

3° femmes ayant augmenté de moins de vingt livres, et bébés pesant plus de sept livres, 98 soit 39.2 pour cent ;

4° femmes ayant augmenté de moins de vingt livres, et bébés pesant moins de sept livres, 47 soit 18.8 pour cent.

Il admet qu'une limitation de l'alimentation peut influer sur le poids du fœtus ; mais, de ses chiffres, il ne croit pas pouvoir déduire *qu'il en soit forcément* ainsi.

***

Mal de Pott et grossesse. — Dans les nombreux travaux consacrés aux déformations du bassin causées par le mal de Pott, il n'est guère question de l'influence exercée par la grossesse sur la tuberculose vertébrale. TASSOVATZ vient d'en publier une observation intéressante (2).

Il rappelle que KOENIG et POECK ont pu suivre l'évolution de douze grossesses chez 7 malades atteintes du mal de Pott, dont six avaient subi l'opération de HENLE-ALBEE : or onze fois le mal de Pott avait présenté, déjà dans la première moitié de la gestation, des aggravations passagères ou durables. Chez deux malades, ils ont vu apparaître au cours de la grossesse un nouveau foyer tuberculeux (à la hanche) à évolution rapide, dont une malade est morte. Une autre malade a présenté après son accouchement un affaissement de la colonne vertébrale.

Il rapporte, ensuite, une observation personnelle.

Primipare de 27 ans avec mal de Pott datant de la troisième année. Ponctions multiples d'abcès. Grossesse de quatre mois.
Sur la radiographie, on constate une tuberculose très étendue de la colonne dorsale inférieure et de toute la colonne lombaire avec large destruction de toutes les vertèbres, qui forment une scoliose à angle aigu. On voit aussi un grand abcès froid, avec calcification. Le thorax est raccourci, cyphoscoliotique. La capacité abdominale est très réduite ; les dernières côtes descendent dans les fosses iliaques. La radiographie du poumon montre une ancienne fibrose hilaire et périhilaire avec ganglions sclérosés. Les sommets sont clairs.

Pensant que l'accroissement de l'utérus gravide menaçait la solidité précaire de la colonne vertébrale, pensant que « si on laissait cette grossesse évoluer un affaissement avec compression de la moelle n'aurait pas tardé à se produire, précédé ou suivi d'un réveil des lésions bacillaires », on décida d'interrompre la grossesse. La voie vaginale fut rejetée (primipare, grossesse avancée). On fit donc une hystérotomie avec stérilisation par ablation de la portion isthmique des trompes.

***

Colite et grossesse. — CHARLES S. BARNES et HELEN M. HAYES (1) ont consacré un intéressant travail à l'étude de la recto-colite ulcéreuse pendant la gestation. Après avoir rappelé la définition et la synonymie de cette affection, sa symptomatologie et sa bactériologie, ils rapportent trois observations (avec trois coupes histologiques) de colite ulcéreuse compliquant la gravidité ou le puerpérium.

La première est celle d'une femme de 42 ans, dix fois gravide. Elle est admise à l'hôpital au début de l'accouchement et après deux mois et demi de surveillance pré-natale, au cours desquels son poids diminua de quatre livres et sa tension systolique s'éleva de 108 à 143.
Traces d'albumine dans l'urine. Le travail dure huit heures et demi et se termine par la naissance d'un enfant bien constitué. Douleurs abdominales accusées durant le puerpérium ; selles fréquentes fétides et rarement vraiment sanguinolentes Tympanisme, prostration. Fièvre à type rémittent, herperthermie. Issue fatale au neuvième jour. Vers la fin de la vie : globules rouges 2.870.000, blancs 9.600. Réaction de Widal négative. Hémoculture négative *ante* et *post mortem*. Les deux observations suivantes présentent avec celle-ci de grandes analogies et en plus l'indication de la thérapie suivie.

Les auteurs signalent la pauvreté bibliographique de cette complication de la grossesse. Les symptômes propres de la colite étant généralement voilés par ceux de l'état gravide ou puerpéral, la difficulté du diagnostic est grande. Il faut employer le lavement opaque. Le traitement délicat peut nécessiter l'iléostomie.

***

La colibacillose est fréquente dans le *post-partum* et pose parfois des problèmes troublants. DUJOL (de Saint-Etienne) (2) vient d'en faire une excellente étude que je tiens à résumer ici.

La colibacillose du *post-partum* n'est qu'une conséquence de la colibacillose gravidique, qui peut avoir été fruste. Certaines femmes qui ne présentent aucun autre signe anormal ont pendant toute une partie de leur grossesse de petites traces d'albumine sur lesquelles le régime n'a aucun effet. Ces femmes présentent tout simplement des pyélonéphrites latentes qui souvent n'évoluent pas, mais peuvent aussi constituer des foyers d'appel, qui donneront naissance après l'accouchement à des accidents plus ou moins sérieux.

Le colibacille peut reproduire dans le *post-partum* tous les accidents que cause également le streptocoque : *a*) les *formes vulvaires* et vaginales (plaques grisâtres, désunion et infiltration des sutures) ; *b*) *l'endométrite* qui se caractérise par une abondance particulière de lochies dont la coloration est roussâtre et dont l'odeur rappelle un peu celle de l'urine fermentée ou de matières fécales, (il n'est pas rare que l'on retrouve le colibacille en très grande abondance au niveau du col) ; *c*) d'autres fois l'intestin seul est touché : constipation, diarrhée, météorisme, parésie intestinale avec poussées fébriles tenaces ou intermittentes d'intensité variable (c'est l'ancienne stercorémie) ; *d*) les phlébites pelviennes (certaines phlegmatias sont dues au colibacille ; ce sont des phlébites moins franches, moins œdémateuses que les phlébites à streptocoques, mais tout aussi tenaces); *e*) l'infection peut se localiser sur l'appendice, la vésicule et donner naissance à des syndromes qui ne diffèrent pas de ceux que l'on observe en dehors de la grossesse ; *f*) c'est surtout

(1) PERCY W. TOOMBS. — The relationship between mother's gain during pregnancy and infant's birth weight. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, décembre 1931, n° 6, vol. XXII.

(2) TASSOVATZ. — A propos de l'interruption de grossesse dans un mal de Pott. Communication à la *Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Strasbourg* le 4 juillet 1931.

(1) CH. S. BARNES et HELEN M. HAYES. — Colite ulcéreuse compliquant la gravidité et le puerpérium. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, n° 6, vol. XXII, décembre 1931.

(2) G. DUJOL. — La colibacillose du *port-partum*. *La Loire médicale*, janvier 1932, p. 37.

l'appareil urinaire qui est touché (cystite, pyélonéphrite) ; g) d'autres fois la localisation rénale n'existe pas, ou plutôt est latente, (car on la trouve presque toujours), et on se trouve alors en présence de phénomènes septicémiques dus au colibacille et dont le diagnostic est souvent d'autant plus malaisé que c'est un germe relativement répandu, et qu'il est assez difficile de le déceler dans le sang. Il faut, dit DUJOL, toujours penser au colibacille, quand on se trouve au cours de puerpérium en face d'accidents fébriles chez une femme dont l'accouchement a été normal et pratiqué avec de sérieuses garanties d'asepsie. Il est rare que l'on ne retrouve pas alors quelque phénomène rénal qui permette d'orienter le diagnostic.

DUJOL rapporte alors quelques observations où l'allure générale de l'infection faisait craindre une infection puerpérale, alors qu'il ne s'agissait en réalité que de colibacillose :

I. — Observation d'une jeune femme qui, après son premier accouchement normal a présenté vers le huitième jour des troubles fébriles à allure scepticémique pour lesquels on pense à une infection puerpérale alors qu'il s'agit d'une infection colibacillaire d'origine intestinale qu'un traitement approprié jugule rapidement.

II. — Accouchement prématuré pour placenta proévia. Le troisième jour, la parturiente présente une élévation brusque de la température à 40° et la fièvre se maintient en plateau à 40° pendant quatre jours. Craignant une infection puerpérale, on pratique un examen bactériologique des urines et du sang, l'un et l'autre négatifs, ainsi qu'un séro-diagnostic. Sous l'influence d'une purgation, la température baisse brusquement. Quelques jours d'apyrexie, puis poussée brusque à 40°, au cours de laquelle un examen montre du colibacille dans les lochies. Nouvelle chute de température après purgation. Deux autres à poussées thermiques brusques se produisent de la même façon à quelques jours de distance. D. pratique alors une vaccination anti-colibacillaire et la température ne se renouvelle pas. (Une courbe très impressionnante accompagne cette observation.

III. — Accouchement parfaitement eutocique. La délivrance aurait été complète. Pourtant, dès le 3e jour, la fièvre s'allume en même temps qu'il existe du météorisme et de la subocclusion intestinale. A chaque purgation, la fièvre baisse, puis reprend. Une faible douleur à la pression du rein, la présence de traces d'albumine font penser à une pyélonéphrite latente. A ce moment une analyse des lochies montre du colibacille au niveau du col, et une culture des urines en montre également en grande quantité. Sous l'influence d'un traitement vaccinal, la température a baissé mais lentement, mais l'état général n'a jamais été très mauvais.

IV. — Dystocie du siège, extraction relativement facile. La température monte le 4e jour et reste en plateau accompagnée d'une diarrhée profuse qui persiste après une défervescence obtenue par le vaccin anticoli. Du 11e au 17e jour, apyrexie relative, puis reprise de la température. L'hémoculture est négative, mais on sent un peu le rein droit douloureux, et dans les urines on relève un peu de pus et du colibacille. Nouvelle chute à la suite d'un traitement vaccinal. Deux jours d'apyrexie et reprise des accidents fébriles. A ce moment D. demande alors à un spécialiste de pratiquer un lavage du bassinet. Celuici est d'ailleurs fait le jour où la température a fait sa défervescence. Mais la guérison est alors obtenue rapidement.

V. — Les formes précédentes ont été relativement bénignes.

Voici un cas où la septicémie est sévère. Il s'agit d'une jeune femme qui pour une 3e grossesse a eu un accouchement dystocique nécessitant un forceps haut. Il y a eu également de la rétention choriale. Aussi l'apparition de la température vers le 3e jour ne surprend pas. Le chorion est expulsé d'ailleurs le 9e jour. Mais dès le 2e jour ont apparu des phénomènes marqués de parésie intestinale. Une parésie vésicale lui succède nécessitant un cathétérisme qui ramène une urine fortement purulente, que des lavages vésicaux pratiqués journellement améliorent mal, jusqu'au 16e jour où la malade expulse par l'urètre deux mèches de gaze tressées et finement roulées dont l'auteur ne s'explique pas la provenance.

Pendant tout ce temps l'involution utérine se poursuit régulièrement, les lochies sans odeur ont disparu le 10e jour.

Au 17e jour, apparition d'une phlébite gauche. Le 20e, point de côté brusque en arrière. Il s'agit évidemment d'un infarctus. Il s'en produit trois successivement, l'un à gauche en arrière, le 2e à droite en arrière, le 3e à gauche en avant. L'état devient inquiétant. Pourtant l'hémoculture est négative, le pouls se maintient entre 100 et 110. Il n'y a pas de frissons. Du côté du rein, on réveille une très légère douleur. La température persiste très élevée, malgré une amélioration nette des foyers pulmonaires et de la phlébite. Aussi dès qu'on peut mobiliser la malade, pratique t-on un cathétérisme urétéral qui montre du pus en quantité modérée dans le rein droit. Il ne se produit pas d'amélioration nette, malgré plusieurs lavages du bassinet. Mais au cours d'une des cystocopies pratiquées, le Dr Fontanilles a la surprise de constater l'existence d'un diverticule vésical par où s'écoule un pus abondant. Seule la désinfection de ce diverticule au nitrate d'argent va amener une sédation de la température et encore relativement lentement.

L'infection dans ce cas a donc eu son origine dans un diverticule vésical, à la suite de la présence d'un corps étranger dans la vessie, et de ce point de départ a gagné tout l'arbre urinaire et la circulation générale.

VI. — La dernière observation concerne une forme particulièrement grave puisqu'elle se termina par la mort.

L'accouchement fut spontané, mais dut être suivi d'une délivrance artificielle pour hémorragie faite d'ailleurs dans d'excellentes conditions. Deux jours sans fièvre. Le 2e jour ballonnement du ventre avec tympanisme. Subocclusion. Le 4e jour débacle de gaz, le 5e de selles diarrhéiques. Le 3e jour douleur dans le côté droit, et quelques jours après au palper bimanuel sensation de gros rein. Urines 60 cg. d'albumine, un peu de pus. Le 6e jour colibacilles très abondants dans l'urine. Le 7e jours frissons qui se répètent toutes les 24 heures. L'involution utérine est pourtant normale (8e jour 8 cm.) Lochies normales. Rien au toucher. Pendant ce temps la diarrhée continue, puis fait place à la constipation. Le 14e jour, on ne sent plus l'utérus, son involution est complète. Le 15e jour, une nouvelle culture des urines montre des colibacilles en abondance. Le séro-diagnostic T. A. B. est négatif, et l'hémoculture montre dans le bouillon initial et dans le repiquage un bacille présentant les apparences du colibacille. Le foie est gros et douloureux. Par contre on ne sent plus le rein.

Une phlébite droite fait son apparition le 21e jour et une certaine amélioration paraît se dessiner. Malheureusement le 26e jour apparaît une phlébite gauche et le soir à la suite d'un mouvement malencontreux se produit une embolie mortelle en quelques heures,

Pour faire le diagnostic, peut-on compter sur le laboratoire ? En partie seulement. Le colibacille est à la fois trop commun dans les sécrétions vaginales et trop difficile à cultiver dans le sang. Pour tirer une conclusion au niveau des lochies il faut trouver des germes en très grand nombre et à l'état presque pur. Par contre, la présence de colibacilles nombreux, et surtout de pus dans les urines recueillies aseptiquement a une valeur diagnostique plus grande.

Du côté clinique, certains signes doivent retenir l'attention.

1° On a noté à plusieurs reprises le début par des phénomènes de subocclusion.

2° La température présente une courbe plus irrégulière que dans l'infection puerpérale vraie ; il y a des périodes de rémission, et des exacerbations brusques.

3° Le pouls, rapide d'emblée dans la streptococcie, est ici long à s'émouvoir. Le plus souvent il n'atteint pas 120 alors que la température est à 40° ou 41°.

4° L'état général reste longtemps bon. Il ne s'altère qu'à la longue par la persistance de la fièvre, ou la présence d'une complication.

5° La langue est saburrale, il y a diarrhée ou constipation et, fait à retenir, des selles très fétides.

6° Par ailleurs l'involution des organes génitaux paraît se poursuivre au rythme à peu près normal. Les lochies ont la teinte et l'odeur habituelles.

7° Enfin il est rare qu'on ne trouve pas de signes urinaires, dysurie, présence de petites quantités d'albumine qui ne sont autres que du pus, ou douleur à la pression rénale, à droite de préférence.

Le traitement consiste essentiellement :

1° dans la désinfection intestinale par les purgatifs salins, et par de petites doses répétées et prolongées de sulfate de soude, ou de calomel ;

2° dans la désinfection urinaire par des médicaments à base de salol, salicylate de soude, bleu de méthylène, etc. ;

3° dans le régime. Le régime lacté est le plus convenable, mais en raison de la longueur de l'affection celui-ci est souvent mal toléré : il faut alors recourir au régime hypoazoté, ou lacto-végétarien ; les fruits crus ou cuits, les aliments sucrés, les farines, les légumes verts en constitueront la base ;

4° dans la vaccinothérapie, qui doit être continuée longtemps ;

5° la sérothérapie serait un bon moyen dans les formes septicémiques ; mais elle nécessite des doses assez élevées et prolongées ; aussi, en raison des prix du sérum, peut-elle rarement être effectuée aux doses qui seraient nécessaires ;

6° on peut aussi avoir recours aux désinfectants intraveineux, électrargol, septicémine, pyoformine, etc... mais il ne semble pas que les résultats en soient très probants ;

8° enfin et surtout si l'infection ne cède pas rapidement aux traitements précédents, il ne faut pas hésiter à avoir recours à l'arme la plus puissante que nous possédions : le cathétérisme urétéral avec lavage du bassinet, instillation de nitrate d'argent, ou injection intrapyélique d'une petite quantité de sérum. Le lavage du rein produit souvent chez ces malades l'effet d'un coup de bistouri dans un abcès. On n'y recourt jamais assez souvent, ni assez tôt.

***

Avortement. — Dans une conférence faite à la Maison-Blanche et reproduite dans l'*American Journ. of Obstetrics*, Fred Taussig (1) énumère comme causes de l'avortement spontané les lacérations du col, les lésions utérines, les infections pelviennes, les traumas divers (chute, coït, etc.) chez les femmes à utérus irritable, l'action nocive de la vie mouvementée actuelle, de l'automobile, les infections locales éloignées, (amygdales, dents), les troubles des glandes endocrines, la syphilis, les affections des reins. Un diagnostic précoce et une bonne surveillance prénatale peuvent en réduire le nombre.

Puis les avortements criminels retiennent longuement son attention, il en étudie les différentes causes en France, Russie, Italie, aux Etats-Unis ; les facilités de perpétration, le peu d'efficacité préventive des moyens légaux.

Taussig expose ensuite la mortalité maternelle : statistiques, rapports entre la mortalité puerpérale consécutive à l'accouchement normal et à celle de l'avortement ; variations du taux de léthalité selon les procédés mis en œuvre, selon la race ; causes de mort maternelle ; moyens pour en réduire le nombre ; expérience russe.

Il n'est pas exagéré d'estimer annuellement à 700.000 les avortements aux Etats-Unis. Il y a toute raison de présumer que ce chiffre croîtra, dans chaque décade, pareillement à ce qui se passe dans les autres contrées civilisées. Cet accroissement résulte en partie de la diminution de la mortalité infantile, en partie du changement de l'état social et économique de la femme et, en partie, du fait des conditions économiques résultant de la guerre mondiale. L'accroissement s'observe surtout parmi les femmes mariées qui ont trois enfants ou davantage.

Toutes les tentatives légales pour lutter contre l'avortement sont restées sans effet. Le contrôle de la naissance pourrait être un facteur efficient de réduction.

Les décès maternels par suite d'avortement ont été estimés à 15.000 annuellement. Les décès par infection puerpérale consécutive aux avortements sont sept fois plus fréquents que ceux par sepsie après l'accouchement normal. L'expérience russe de l'avortement légal indique une diminution de la mortalité consécutive aux interventions pratiquées ouvertement à l'hôpital, comparativement aux pratiques secrètes, illégales d'autrefois. On peut attendre une atténuation de la mortalité maternelle par l'amélioration du savoir des étudiants et des médecins dans la conduite à tenir dans les avortements ainsi que dans la prévention et le traitement de l'infection.

La question d'avortement, vitale pour la race humaine, demande une étude soigneuse et plus ouverte, libérée des entraves politiques et des dogmes religieux. On devrait enseigner aux femmes à respecter leurs devoirs, comme mères envers l'état social ; et l'Etat, en retour, devrait comprendre ses devoirs à l'égard de la maternité, garantissant des secours financiers et autres, surtout aux mères d'enfants nombreux, suffisants à leur éviter la détresse économique et à leur assurer le bien-être physique.

Il faudrait apprendre aux femmes que l'interruption de la gestation, même dans les premiers mois, n'est pas sans danger comme elles semblent le croire, mais comporte des risques considérables quant à leur vie et leur santé future.

Henri Vignes.

(1) Fred J. Taussig. — Abortion in relation to fetal and maternal welfare. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, n° 6, vol. XXII, décembre 1931.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 juin 1932

Mesure de la pression artérielle moyenne. — *M. P. Ménard* rappelle que la pression moyenne ne variant que dans de faibles limites, il convient d'effectuer cette mesure avec beaucoup de précision. Les manomètres métalliques ne peuvent pas servir pour cette mesure, parce que, même livrés exacts par le constructeur, ils se dérèglent très rapidement. L'auteur a imaginé et présenté, dès 1921, un manomètre à mercure inversable, sans bouchon et sans robinet, à oscillations amorties, qui donne des chiffres exacts et permet de mesurer la pression moyenne.

Traitement de l'insomnie. — *M. Grimberg* montre l'efficacité comme calmant et tonique nerveux des bains à l'oxygène naissant. Ce dernier est obtenu par addition au bain de perborate de soude et d'un catalyseur.

Hémoptysies trachéales non tuberculeuses. — *M. L. Leroux* signale que l'hémoptysie, en l'absence de preuve clinique ou radiologique de tuberculose, peut être due à de banales lésions de la muqueuse trachéo-bronchique, analogues aux lésions si fréquentes de l'épistaxis nasal. Seule, la bronchoscopie montre la lésion causale et permet la cautérisation thérapeutique. Son emploi habituel montrera la fréquence de ces lésions.

Notions nouvelles sur les hémoprotides. — *M. Lematte* explique pourquoi l'analyse des protéines du sang (qu'il nomme hémoprotides) n'a pas donné les résultats attendus en séméiologie. A l'avenir, il faudra tenir compte des nouvelles découvertes qui nous ont appris que le noyau azoté des protides est intimement lié aux métaux biotiques. L'analyse des hémoprotides ne sera vraiment utile que lorsqu'on saura analyser et doser les complexes (métaux métalloïdes).

Dose dite d'excitation en radiothérapie. — *M. Guilbert.* — Les rayons X sont essentiellement des agents de destruction, d'hystolyse. Le mécanisme de leur action, les recherches histologiques expérimentales faites après des applications de faibles doses, le démontrent. Les effets d'excitation fonctionnelle obtenus en thérapeutique avec les faibles doses sont des interprétations incomplètes des résultats. La transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes ne saurait donc être attribuable aux rayons X. Pour éviter, dans le cas de cancer latent, impossible à diagnostiquer, de diminuer la résistance organique au cancer avec des doses insuffisantes, il faudrait renoncer aux doses fractionnées, aux séances répétées.

Maladie sérique à forme typhoïde. Guérison rapide par l'hyposulfite de magnésium et l'extrait pancréatique. — *M. Blechmann* et *Mlle Lecoq* rapportent le cas d'une jeune enfant, sujette à l'urticaire et à l'acétonémie, atteinte de diphtérie deux mois après des oreillons graves compliqués de pancréatite.

Très rapidement, les injections de sérum purifié provoquè-

rent des réactions locales et générales intenses, avec aspect typhique et adynamie. Une hémoculture révéla la présence de paracolibacilles. Un traitement par l'hyposulfite de magnésium et l'extrait pancréatique amena la guérison en quatre jours.

A propos de la radiothérapie des fibromes. — ***M. Lehmann*** signale la possibilité des radiummétrites tardives, survenant quelques années après une application de radium. Il préfère donc les rayons X au radium pour le traitement des fibromes et conseille d'opérer ces radiummétrites plutôt que de les irradier.

A propos des dolichocolons. — ***M. Surmont*** insiste sur les points suivants. Il déconseille la méthode des repas multiples ; préconise le complément de la radiographie par la radioscopie ; évite de préjuger du fonctionnement de l'organe d'après sa forme ; rappelle la fréquence et le caractère familial de l'affection ainsi que l'utilité de la stéréo-radiographie horizontale dans les cas complexes.

P. Prost.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La cataplexie

La cataplexie n'est pas une entité morbide, mais un syndrome « caractérisé essentiellement par l'inhibition générale du tonus d'attitude. Brusquement, à la suite d'une vibration émotive, agréable, pénible ou anxieuse, le malade, s'il est debout, s'effondre ou fléchit fortement les genoux ; s'il est assis, la tête tombe sur la poitrine, la colonne vertébrale se fléchit, tout de même qu'on le voit dans l'endormissement physiologique. Partielle, l'inhibition du tonus se traduit toujours dans les mêmes conditions par la chute d'un bras levé et menaçant, ou la flexion de la tête, ou encore l'ouverture de la mâchoire. Parfois tout se borne au relâchement du sphincter vésical, comme on le voit à la suite du rire paroxystique.

Cet état, dont la durée peut s'étendre de quelques secondes à quelques minutes, s'accompagne d'une conservation plus ou plus moins parfaite de la conscience ; les malades ainsi frappés voient et entendent ce qui se dit et ce qui se passe autour d'eux, et conservent un souvenir précis de l'attaque dont ils ont été atteints ». Lhermitte et Tournay. *Revue de Neurologie*, juin 1927). La cataplexie pure, dont l'individualisation définitive est due à Lhermitte, est une affection rare ; elle est en général associée à la narcolepsie, formant alors le *syndrome de Gélineau* (1886), syndrome caractérisé à la fois par des attaques de sommeil et par une tendance à la perte du tonus musculaire sous l'influence d'une émotion. G. Poisson (*Thèse de Lyon*, 1931, n° 35) vient de consacrer sa thèse à cette question et apporte quatre observations originales qui lui ont été communiquées par Devié.

Le terme de « cataplexie », dû à Henneberg, a prévalu sur les dénominations proposées par d'autres auteurs, à savoir : « Perte soudaine du tonus musculaire d'origine affective » (Redlich), « Blocage du tonus », « épilepsie statique » (André Thomas), « Petit mal narcoleptique » (Friedmann), « Absence narcoleptique », etc.

Ce syndrome plus souvent « observé que remarqué » (Gerhart), se rencontre en clientèle plutôt qu'à l'hôpital ; il est souvent méconnu et catalogué par le médecin non prévenu, dans la série des équivalents épileptiques ou considéré comme une manifestation pithiatique. Voici les principaux éléments de ce syndrome :

1° *L'attaque est presque toujours provoquée par un choc émotif ou psycho-sensoriel.* Les états émotifs les plus divers tels que : anxiété, peur, pitié, ennui, colère, amusement ou joie, peuvent la déclencher. Le rire excessif, le « rire de bon cœur » est la cause occasionnelle la plus fréquemment retrouvée. En lisant les quatre observations de G. Poisson, on relève deux fois le rire comme cause de l'attaque de cataplexie :

Obs. 2. — X..., 28 ans. Les malaises ont commencé il y a cinq ans. Depuis cette époque le malade a remarqué que lorsqu'il riait, de temps en temps ses jambes se pliaient sous lui à tel point que lorsqu'il marchait, il devait s'arrêter. Tant qu'il ne riait pas rien d'anormal ne survenait. Ces accidents d'abord relativement espacés sont progressivement devenus habituels. Presque toutes les fois qu'il rit, il sent ses forces lui manquer ; sa tête tombe sur sa poitrine ; il doit s'appuyer ou se laisser tomber doucement pour éviter une chute brutale. Ces phénomènes durent tant qu'il rit, généralement quelques secondes et une fois finis le malade « redevient comme avant ».

Obs. 3. — Mme X..., 48 ans. En outre depuis dix ans, toutes les fois qu'elle rit ou qu'elle est émue Mme X... a l'impression qu'elle va tomber. Il y a dix jours, pendant un accès de rire, elle est tombée et s'est relevée immédiatement.

Un malade de Wilson, apprenant qu'il avait gagné 5 livres à la suite d'un pari, présenta une attaque de cataplexie. Il n'est pas nécessaire que les modifications affectives soient extériorisées par des pleurs ou par le rire franc. Un malade de Levin faisait une crise lorsqu'il pensait à quelque chose de drôle sans même sourire. Le choc émotif est généralement facile à retrouver, les malades étant frappés par la coïncidence du rire, de la colère ou d'une sensation affective quelconque avec le début de leur attaque.

2° *Les crises sont souvent précédées d'une aura qui est variable suivant les sujets.* L'aura n'est pas signalée par tous les auteurs, ni chez tous les malades.

L'aura, quand elle existe, revêt différents aspects : tantôt c'est une sensation de fatigue générale, accompagnée ou non de céphalée, tantôt une sensation de constriction, ou une sensation « de chaleur montante », « une sensation paralysante » disait un malade de Redlich. De légers mouvements involontaires : oscillations de la mâchoire inférieure, ouverture de la bouche, ont été signalés ; certains malades, en tombant émettent un « grognement inarticulé », ou murmurent quelques paroles inintelligibles (Sommer).

3° *La perte du tonus musculaire constitue le principal symptôme de la cataplexie.* Elle entraîne la chute du malade, qui, bien que souvent brutale, n'a pas la soudaineté de la chute de l'épileptique.

Le cataplectique ne se blesse jamais en tombant et l'on ne retrouve pas chez lui les stigmates traumatiques de l'épilepsie. La chute est indépendante du temps et du lieu ; la résolution musculaire est en général complète : les membres, soulevés du plan du sol, retombent en masse inerte ; à la palpation, muscles mous, ayant perdu leur consistance normale. Les malades sont « incables de se relever s'ils sont à terre, incapables de parler ou de refréner l'inhibition d'un sphincter », leur attitude ressemble à celle d'un dormeur plongé dans un sommeil physiologique profond, avec cette différence qu'ils restent conscients.

4° *Au cours de la crise on peut observer des troubles vasomoteurs* : pâleur de la face, hypersudation, perturbations du pouls. Ils ne sont pas constants, et chez un même individu, tantôt présents, tantôt absents.

5° *Il n'y a pas d'obnubilation de la conscience pendant la crise.* Cette persistance de lucidité est un des signes les plus importants pour le diagnostic.

Le sujet voit, entend et peut raconter après sa crise ce qui s'est passé et ce qui a été dit auprès de lui.

6° *L'attaque est en général de courte durée*, variant de quelques secondes à quelques minutes.

7° *La fin de la crise est soudaine.* Les malades peuvent se relever sans être aidés et reprendre aussitôt leur tâche. Dans un des quatre cas relatés par G. Poisson (obs. II), le malade déclare qu'il « redevient comme avant ». Donc pas d'amnésie comme chez les épileptiques.

8° *La fréquence des attaques est variable.* Entre les crises le catapletique mène une vie normale (hormis le cas assez fréquent où le syndrome cataplectique est associé à un syndrome narcoleptique et où l'attaque cataplectique alterne avec des crises de sommeil).

Dans la littérature on ne trouve qu'une observation (Wilson. *The narcolepsie*, Brain, 1928) rapportant un examen neurologique fait au cours d'une attaque

A côté de la forme totale, qui est la plus commune, il y a les *formes partielles* où la perte du tonus se localise soit à un membre, soit à un segment de membre, voire même à un groupe musculaire.

Dans un cas rapporté par Wilson, le malade avait un fléchissement plus ou moins complet des genoux et se redressait aussitôt. Entre la forme complète et la forme « larvaire » (Levin), il y a tous les intermédiaires.

On peut observer des *formes atypiques* caractérisées par des mouvements involontaires (mouvements de la tête, protusion de la langue, clignement des paupières, crampes des muscles de la face et des muscles masticateurs, tremblement).

Sous le nom de *cataplexie du réveil*, on a décrit une variété particulière de cataplexie se produisant uniquement le matin au moment où le malade se réveille. « Immédiatement après le réveil matinal, alors que la conscience est parfaitement éveillée, le sujet bien qu'il en ait le désir et la volonté, se trouve comme paralysé, dans l'incapacité de relever les paupières, d'ouvrir la bouche et de faire aucun mouvement des membres. Cet état


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium
dissimulé et
stabilisé

s'accompagne d'une impression d'angoisse diffuse et extrêmement pénible ». (Lhermitte et Tournay).

La cataplexie à l'état pur est relativement rare. On la rencontre le plus souvent associée à la narcolepsie, formant le syndrome décrit par Gélineau.

Parmi les affections avec lesquelles le diagnostic peut être embarassant, il en est deux qu'il convient de mettre au premier rang : ce sont l'*épilepsie* et l'*hystérie*. L'attaque cataplectique est en général déclenchée par un choc émotif (ce n'est cependant pas une règle absolue), or la crise comitiale est parfois, elle aussi, déclenchée par une émotion (épilepsie affective). Le cri initial ne se retrouve que dans un petit nombre d'observations de cataplectiques, et ce n'est pas un cri rauque et strident comme chez l'épileptique, mais plutôt un grognement, des paroles inintelligibles. Les troubles vaso-moteurs sont communs aux deux affections, mais on n'observe pas de convulsions toniques ni de mouvements cloniques comme dans les crises comitiales. Un élément de diagnostic important entre les deux est la conscience relative que gardent les cataplectiques pendant leurs crises. Pas d'amnésie comme chez les comitiaux.

Le fait que dans la cataplexie « le trouble paroxystique du tonus n'est nullement influençable par la suggestion ou la persuasion », plaide contre l'hystérie.

L'affection décrite par Oppenheim (1902) sous le nom de *Laschlag*, caractérisée par une chute sur le sol, sous l'influence d'un rire explosif, est parfois bien difficile à différencier. A noter que dans le Laschlag la diminution tonique paraît moins accusée et qu'il y a une obnubilation plus ou moins marquée de la conscience.

Quant au syndrome décrit par les Allemands sous le nom de *Pycknolepsie* (« petit mal », « petit mal narcoleptique » ou absence narcoleptique »), on le rencontre exclusivement chez des enfants de 4 à 12 ans et disparaît à la puberté. Ce sont des sujets qui présentent pendant quelques secondes, une impossibilité de se mouvoir volontairement, de penser, de parler.

Le diagnostic différentiel pourra se poser avec d'autres syndromes s'accompagnant de chute et qu'il faut avoir présents à l'esprit :

Syncope, vertige d'origine auriculaire (malade tombant toujours du même côté), *maladie d'Uneverricht* (chute, intégrité de la conscience, attaque de courte durée, mais toujours accompagnée de myoclonies du tronc et des membres), *ictus laryngé, myoplégie paroxystique, myopathie type Leyden-Mœbuis, attaque narcoleptique*.

L'étiologie de la cataplexie est inconnue ; on est réduit à relever certaines circonstances, d'ailleurs très inconstantes qui entourent l'apparition de ce syndrome : traumatisme cranien, éthylisme, hérédo-spécifité, troubles endocriniens, anomalie de la selle turcique, puberté, règles, grossesse, épistaxis, diplopie, encéphalite épidémique, tumeur cérébrale, sclérose latérale amyotrophique, etc.

Quant à la pathogénie, elle est des plus obscure, il semble qu'il s'agit là d'un trouble vaso-moteur dans la région des centres régulateurs du tonus statique :

L'évolution et le pronostic sont en général bénins, mais varient suivant que la cataplexie est pure ou associée à d'autres syndromes et suivant la cause provocatrice.

Au point de vue thérapeutique on a essayé sans succès divers traitements, ce qui a fait dire à Lhermitte et Tournay qu'il s'agissait d'une affection « en général rebelle à toute méthode thérapeutique ».

On recherchera cependant s'il y a une cause à laquelle peut se rapporter l'affection et dans ce cas on fera le traitement causal. (Malade hérédo-syphilitique d'André Thomas dont les chutes disparurent par le traitement spécifique). La cataplexie étant une affection essentiellement « akinétique », il n'y a rien à attendre des sédatifs (bromures, gardénal).

C'est du côté d'une médication stimulante du système nerveux que s'oriente actuellement la thérapeutique. Des résultats encourageants ont été obtenus avec la strychnine et les extraits thyroïdiens.

L'association chez le même malade de la strychnine avec les extraits thyroïdiens, voire même avec la caféine et la kola, paraît être actuellement le traitement le plus recommandable. Dans un cas récent Devic aurait vu disparaître la cataplexie avec des doses journalières de strychnine ne dépassant pas cinq milligrammes, mais cette médication aurait été sans influencer sur la narcolepsie.

Echos et Glanures

« Je m'en vois escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci , ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Les chiens de rue de Constantinople et les médecins. — « *Je désirerais, écrit le Docteur P. Remlinger que ces pages me fissent pardonner quelques centaines de cadavres que, directeur pendant dix ans de l'Institut Pasteur de Constantinople, je me trouve forcément avoir sur la conscience...* ». *Voici un passage de cet article paru dans le* MERCURE DE FRANCE (1er *juillet* 1932), *et intitulé* : LES CHIENS DE CONSTANTINOPLE. LEUR VIE. LEUR MORT).

Vingt-trois ans — c'était 1909 ! — se sont écoulés depuis qu'avec une absence totale de commisération, les malheureux chiens de Constantinople, les « Sokak-Kieupek » (chiens de rue), comme les appelaient les Turcs, ont été déportés en masse sur un îlot rocheux de la mer de Marmara et sont morts d'inanition. Les souvenirs de ceux qui les ont connus commencent à s'estomper. On me pardonnera donc, écrit le Docteur P. Remlinger d'essayer de fixer le caractère, les habitudes, les mœurs de ces braves bêtes, de tenter aussi de les laver de certains reproches

. . . .

Nous signalerons une affinité bien mystérieuse à coup sûr, mais extrêmement curieuse entre les chiens de la rue et les médecins. Le Docteur Mavroyenni Pacha raconte qu'un jour il trouva à sa porte un chien du quartier à qui une voiture avait brisé le tibia. Il levait sur lui des yeux suppliants.

Mavroyenni réduisit la fracture, posa un appareil et donna l'hospitalité au chien jusqu'à sa complète guérison. Celle-ci obtenue l'animal retourna à la rue. A quelque distance de là, quelle ne fut pas la surprise de notre confrère en retrouvant à sa porte son chien accompagné d'un congénère à qui un accident identique était survenu.

Nouvel appareil, nouvelle adoption et nouvelle guérison. De ce fait, je rapprocherai le suivant.

Il m'a été rapporté par un distingué pharmacien de Scutari, M. Théagène Akestoridis. Un chien littéralement éventré par une voiture, se traîna jusqu'à la pharmacie en implorant par ses regards et ses gémissements aide et assistance. Des sutures furent pratiquées et l'animal guérit parfaitement.

Tous les membres du corps médical n'inspiraient pas, hélas à nos braves chiens, la même confiance et c'était parfaitement compréhensible. C'est ainsi que l'excellent Docteur Chakir Pacha, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine, était pour eux l'objet d'une méfiance des plus accusée et des plus légitime. Lorsque l'Ecole se trouvait à la Pointe du Sérail, les chiens très nombreux et très familiers en cet endroit se sauvaient avec empressement comique dès qu'il voyaient poindre le fez de son garçon de laboratoire.

Le malheureux ne parvenait à capturer un chien qu'en alliant la patience d'un bénédictin à la ruse d'un apache. Encore se faisait-il mordre et cela si souvent qu'il vint un jour demander à subir préventivement le traitement antirabique ! Nos braves chiens avaient remarqué que bien peu de leurs congénères sortaient vivants du laboratoire de Chakir et ceux à qui pareille chance était échue avaient certainement fait un récit peu engageant des tribulations auxquels ils avaient été soumis.

. . . .

Nous avons vu qu'on pouvait évaluer à soixante ou quatre-vingt mille le nombre des chiens de rue.

Logiquement, on serait en droit d'en déduire qu'à Constantinople la rage était fréquente. Il n'en était rien.

Le nombre des Constantinopolitains obligés de suivre le traitement antirabique ne dépassait pas annuellement 200 tandis que celui des provinciaux était quatre ou cinq fois plus élevé. Pourquoi cette rareté ? Etait-elle due à une immunité des chiens de la rue ? Non. Dès notre arrivée en Turquie, nous avons, ainsi que nous venons de le dire, inoculé, dans des conditions rigoureusement identiques, des chiens de Constantinople et des chiens que nous avions fait venir de Vienne. La proportion des atteintes et des survies s'est montrée la même dans les deux cas.

On sait que, chez le chien, la rage se présente sous deux formes principales, la forme furieuse bien connue et la forme paralytique, celle-ci se prêtant naturellement bien moins que celle-là à la diffusion de la maladie.

La rareté de la rage chez les chiens de rue, était-elle due à la prédominance de la forme paralytique ? Certainement non. La rage furieuse était chez eux deux fois plus fréquente que l'autre et même la rage paralytique était plus rare à Constan-

tinople qu'à Paris... C'est croyons-nous aux mœurs très particulières des chiens de rue, à leur répartition sévèrement maintenue en groupes distincts et aussi à leur instinct subtil qui les portait à fuir leur congénère atteint de rage, qu'il fallait demander l'explication de ce curieux paradoxe.

Ainsi que nous l'avons vu, les chiens «errants» n'étaient errants que relativement. Ils étaient répartis par segments de rues, segments d'autant plus étroits que la densité de la population était plus abondante. Même atteints de rage, les chiens demeuraient dans la zone où ils étaient nés, où s'était écoulée leur vie et il leur était impossible d'aller, par leurs morsures, répandre la maladie dans les différents quartiers. Dans un même quartier, la transmission de l'affection était rendue difficile par le merveilleux instinct de ces animaux qui les portait à éviter leurs congénères malades et à les isoler du reste de la communauté... Quoi qu'il en soit, c'est dans les mœurs si particulières de ces animaux plutôt que dans des modifications du virus ou de la maladie elle-même qu'il fallait chercher, croyons-nous, la cause de la grande rareté de la rage à Constantinople...

Les blessés de juin 1832 et les médecins. — Le Docteur Henri Bouquet, vient de rappeler dans *Le Temps* cette page d'histoire qui fut tout à l'honneur de notre profession :

« Les deux journées d'émeute qui, les 5 et 6 juin 1832, ensanglantèrent les quartiers des Halles, du Temple, Saint-Martin et Saint-Antoine ont été contées à bien des reprises et ont fourni à Victor Hugo d'admirables pages des *Misérables*. On voudrait ici évoquer leur souvenir en ce qui concerne les conflits moraux qui mirent aux prises à cette époque d'une part le ministère et la préfecture de police, de l'autre les médecins. Les journaux professionnels d'alors nous fournissent à cet égard des renseignements particulièrement précieux.

Les premiers jours, ils se contentent de constater en le déplorant que les hôpitaux parisiens, qui venaient de voir passer dans leurs salles les victimes du choléra et qui peu à peu se vidaient en raison de l'extinction progressive de l'épidémie, se remplissaient de nouveau, les blessés des jours d'émeute y étant portés en grand nombre. Ils donnent les chiffres des entrées dans ces établissements dont les plus envahis sont l'Hôtel-Dieu et Saint-Louis, en raison de la proximité des lieux où l'on se bat. Viennent ensuite l'hôpital du Grenier-d'Abondance et le Val-de-Grâce. Dès ce moment, les articles sur le choléra, qui remplissaient jusqu'alors les colonnes de ces journaux, sont remplacés par des leçons cliniques sur les plaies par armes à feu.

Mais le 10 juin, l'allure de ces journaux change subitement. C'est qu'une ordonnance vient de paraître au *Moniteur*, signée Gisquet, préfet de police et conseiller d'Etat, contresignée du comte d'Argout, pair de France et ministre du commerce. Dans ce document, on lisait :

Art. 1. Tous les médecins, chirurgiens, officiers de santé et pharmaciens de Paris et ceux des communes rurales du département de la Seine et de celles de Sevres, Saint-Cloud et Meudon, qui auront administré des secours à des blessés depuis le 4 de ce mois exclusivement, seront tenus d'en faire, dans les 24 heures, la déclaration aux commissaires de police de Paris et aux maires *extra-muros*, sous peine de 300 francs d'amende.

Art. 2. Cette déclaration contiendra les noms, prénoms, profession et demeure de tous les individus qui auront fait appel les médecins, chirurgiens, pharmaciens et officiers de santé pour panser leurs blessures ou qui se seront fait transporter chez eux pour y être traités.

Elle indiquera aussi la cause des blessures, leur gravité et les circonstances qui y auront donné lieu... (1).

Ce fut, dans le corps médical, une explosion unanime d'indignation. On ordonnait aux médecins (en se basant sur un édit de 1666 et une ordonnance de police de 1788) de violer le secret professionnel au détriment de blessés qui leur demandaient secours et que l'on voulait, une fois guéris, livrer aux conseils de guerre ! De cette indignation, les journaux médicaux, avec un beau courage civique, se faisaient l'écho.

« Le médecin, dit la *Gazette médicale de Paris*, est dans ce cas comme le prêtre ; l'un ne décharge pas la conscience du coupable pour le livrer plus pur à la justice, pas plus que l'autre ne

(1) C'est Gendrin qui avait fait cette proposition au préfet de police. Et il n'eut pas lieu de se louer de son intervention. Malgré des talents incontestables, la Faculté et l'Académie lui fermèrent leurs portes et l'administration n'osa le décorer qu'à la fin de l'Empire. (E. Callamaud, *Chronique médicale*, 1903, p. 402.)

l'arrache à la mort pour le remettre mieux portant aux mains de l'exécuteur. Le prêtre et le médecin exercent des ministères de religion et d'humanité qui cesseraient d'être ce qu'ils sont si on les faisait servir d'instruments de délation... Nous l'affirmons d'avance, quelles que soient les nuances d'opinion qui partagent les médecins de Paris, tous seront d'accord pour refuser de souscrire à une mesure qui enlèverait à leur profession les seuls avantages qui lui restent, l'indépendance et la dignité. »

La *Gazette des hôpitaux*, de son côté, publie un éditorial intitulé : « Attentat à la moralité médicale » et où l'on lisait : « Nous soutenons que lors même que la loi exigerait un action vile et basse, un abus de confiance, le médecin probe devrait s'y refuser et subir en silence la peine qui lui serait imposée. Le public rendrait justice à ses motifs et sa conscience l'absoudrait. Nous espérons que l'Académie remplira son devoir. »

L'Académie de médecine fut, en effet, saisie du problème qui était résolu d'avance pour tous les médecins. Elle le fut par plusieurs de ses membres, parmi lesquels Desportes. Prudemment, elle se réfugia dans l'abstention. Son bureau déclara qu'il ne s'agissait pas là d'une question scientifique, qu'elle n'avait pas à indiquer leur devoir aux médecins et que chacun était libre de se conduire comme il le jugerait bon. Son président fut d'ailleurs félicité par le comte d'Argout pour cet habile *distinguo*. Mais à l'Académie même, la plupart des membres disaient leur indignation, jusqu'à Marc, médecin du roi. Les protestations arrivaient en foule aux journaux et le 14 juin la *Gazette des hôpitaux* annonçait que, au dire des journaux ministériels, l'ordonnance ne serait pas mise à exécution. Il n'y a pas, en effet, de preuve qu'elle l'ait été, mais il n'y en a pas davantage de son retrait officiel.

La querelle était à son apogée quand un nouveau sujet de protestation fut fourni aux médecins et surtout aux chirurgiens. Il s'agissait de la garde qui était montée dans les hôpitaux, au chevet des blessés, et de l'ordre donné par le ministre d'Argout qu'aucun blessé même guéri ne pût quitter l'hôpital où il avait été soigné. Les chefs de service ripostèrent que lorsqu'un blessé serait en état de sortir, ils lui signeraient son *exeat*, attendu que ce n'était pas à eux à exercer une mesure de police. Quand un de ces infortunés donnait des signes de guérison prochaine, on le mettait dans une salle spéciale avec piquet de soldats à la porte, rondes fréquentes la nuit, le tout sans préjudice des groupes en armes qui gardaient les issues de l'hôpital. Devant cette menace perpétuelle qui pesait sur eux, devant les perspectives que quelques agents de police ne manquaient pas de faire luire à leurs yeux, conseil de guerre et peloton d'exécution, la fièvre ou le délire s'emparaient d'eux, les blessures s'éternisaient ou s'aggravaient, ils succombaient souvent avec des cauchemars de terreur. L'illustre Dupuytren ne craignait pas, dans une de ses leçons cliniques, de s'élever contre cette mesure barbare : « Depuis le 13 vendémiaire, dit-il, je suis attaché aux hôpitaux ; en aucun temps, après une réaction quelconque, sous la République, sous l'Empire, sous la Restauration, jamais je n'ai vu mettre à l'index des blessés par le parti vainqueur, jamais l'autorité n'a eu la pensée de faire juger par des conseils de guerre des malheureux qui avaient expié leur faute par des blessures, par la perte d'un membre, par le risque de la vie ! » La *Gazette des hôpitaux* s'élève vigoureusement contre ces mœurs sauvages, cite des cas de mort dans le délire parmi les blessés menacés et terrorisés, et déclare : « Puissions-nous avoir contribué à faire révoquer des ordres dont on aurait bientôt à rougir. » L'article est intitulé : « Les hôpitaux en état de siège. » Elle stigmatise le fait d'avoir inscrit sur les pancartes des blessés : « Prévenu d'assassinat », inscription que quelques jours après le *Moniteur* déclarait inexacte. La *Gazette médicale de Paris* consacre à cette surveillance un long article où l'on lit : « Il y a dans cette police qui épie tous les progrès de la guérison et qui semble rappeler sans cesse au coupable le sort auquel il est voué, quelque chose de révoltant. » Et, dans un feuilleton, on trouve encore ces précisions : « Cette intervention de la police est jusqu'ici sans précédent. En 1827, les blessés des dragonnades de la rue Saint-Denis ne furent point inquiétés par la police de Charles X ; les guéris sortirent librement. En 1830, les Suisses et les soldats de la ligne furent également respectés par les vainqueurs. Ils est probable que ces ordres rigoureux seront retirés. »

Tout nous prouve qu'ils ne le furent pas. Le 15 juillet, la *Gazette des hôpitaux* annonce qu'il y a toujours, dans les établissements d'assistance, des soldats et des agents de police qui vont et viennent. Le 15 août, elle déclare que des blessés sont retenus dans les hôpitaux, quoique guéris, que tous ceux qui sont sortis sont contraints de se présenter à la préfecture de police, et que quelques-uns sont soumis, libres en apparence,

à la surveillance dans les rues. Ce n'est qu'en septembre que ce sujet a disparu ou à peu près de notre presse professionnelle.

L'ennui.— *Dans la* Revue des Deux-Mondes (15 *juillet* 1932) *un article de* M. *Charles Richet, intitulé : « Les Deux Visages de l'Ennui ». En voici un extrait :*

L'étymologie du mot ennui est des plus obscures. Littré, tout en reconnaissant qu'il s'agit d'une hypothèse, fait venir le mot ennui de deux mots latins, *in odio*, en haine, c'est-à-dire désagréable. Mais je proposerais de le rattacher plutôt à *in noxiâ* en nuisance.

Pourquoi est-on ennuyeux ? D'abord parce qu'on parle de soi. Ne racontez pas vos dyspepsies, vos rhumatismes, vos insomnies : c'est toujours ennuyeux pour votre auditeur. Même pour le médecin que vous allez consulter. Il est forcé de vous écouter et vous le déclarez un mauvais médecin s'il ne paraît pas se passionner pour vos insomnies, vos dyspepsies et vos rhumatismes.

Ne soyez pas interrogateur ! Ne cherchez pas à pénétrer dans la vie des gens ! Ne demandez pas de détails à vos interlocuteurs sur leurs repas, sur leurs promenades, sur les gages qu'ils donnent à leurs domestiques, sur les villes d'eaux qu'ils ont visitées, et sur les prix payés dans les hôtels. Ne soyez jamais prolixe. Plus on est bref, moins on est ennuyeux. A moins d'être spirituel — ce qui est rare et difficile — ne faites pas de longs récits. Je prendrai en horreur la solitude quand je rencontrerai des gens qui ne me parleront ni de leur famille, ni de leur santé, ni de leurs habitudes, et qui ne s'occuperont pas davantage de ma famille, de mes habitudes, de ma santé. J'ai tellement souffert de l'ennui à moi infligé par les autres, que mon constant effort est de ne pas infliger cet ennui aux autres.

. . . .

Il faut savoir s'ennuyer, surtout quand on est très jeune. La préparation d'un examen, quand on doit *potasser* des matières qu'on n'aime pas, est vraiment insupportable. Pour un étudiant en médecine, pâlir sur des préparations anatomiques et en retenir les moindres détails, c'est tout simplement nauséeux, comme pour l'étudiant en droit d'approfondir les subtilités du droit romain.

Mais malheur à l'étudiant qui ne s'est pas copieusement ennuyé étant jeune ! L'ennui dédaigné prend sa revanche. Un jour viendra où l'homme regrettera d'avoir jadis négligé l'anatomie ou les pandectes.

Plus tard il y a les professions où il faut savoir s'ennuyer sans en avoir l'air. Cela, c'est un art que les personnages officiels pratiquent souvent fort bien. Oserai-je dire que le Président de la République doit subir des harangues parfois fort longues, et dépourvues de tout intérêt, mais il est forcé d'écouter jusqu'au bout et d'acquiescer, et de sourire.

M. Charlet Richet raconte le fait suivant ;

A ce propos, je raconterai un petit fait qui m'est personnel, M. Poincaré étant Président de la République. Il s'agissait de l'inauguration de la statue de mon illustre maître Marey à l'Institut Marey, dont j'étais le directeur. J'étais à côté de M. Poincaré et je lui dis tout bas : « *Rassurez-vous, Monsieur le Président, je vais vous donner un vrai plaisir, je ne ferai pas mon discours* ». M. Poincaré se mit à sourire et mon discours ne fut pas prononcé.

Peut-être le meilleur moyen de ne pas trop s'ennuyer en entendant des discours qu'on prononce, c'est de penser à celui qu'on va prononcer, lequel discours va du reste ennuyer les autres comme les précédents orateurs vous ont ennuyé.

Même pour les gens qui ne sont ni ministre, ni Président de République, il faut savoir s'ennuyer. La vie sociale serait impossible si l'on voulait se soustraire à toutes les *corvées* : réunions de famille, conversations de salons, mariages, enterrements, toutes cérémonies qu'il est impossible de toujours éviter. Faites quelque bien aux hommes, si vous le pouvez, mais que votre générosité n'aille pas jusqu'à vous laisser ennuyer sans profit pour votre interlocuteur et pour vous.

. . . .

Ainsi, tout compte fait, nous arrivons à cette conclusion que l'ennui est en étroit rapport avec l'intelligence. Si l'on osait tracer la courbe qui relie ces deux fonctions on verrait sans doute que la capacité d'ennui croît avec l'intelligence, mais qu'elle ne monte pas indéfiniment. A un degré supérieur d'intelligence, l'ennui ne peut plus guère exister ; car une grande intelligence trouve en elle-même des ressources qui rendent impossible l'ennui.

L'accroissement du nombre des élèves de l'enseignement secondaire. — Le chiffre total n'était encore, en 1900, que de 108.000 et en 1913 de 137.000. Après la guerre, il passe, en 1920, à 160.000 (cet accroissement provient, pour la plus grande part, des établissements des trois départements recouvrés). En 1924, il n'est encore que de 166.762. En 1927, il atteint péniblement 167.811 et en 1928, 169.278. La progression s'accélère en 1929, où il s'élève à 174.097. Soudain, en 1930, il monte à 187.640 ; en 1931, nouveau bond, formidable cette fois, jusqu'à 207.335.

Ainsi, en deux ans, l'enseignement secondaire, vient de conquérir 33.000 élèves. Alors que l'accroissement annuel était jusqu'alors, en moyenne, d'environ 2.000, il atteint, pour chacune des deux dernières années, le chiffre moyen de 16.500.

(*L'Œuvre.*)

« Les idées, sont comme les clous, les lancer c'est poser le clou, mais cela ne suffit pas pour qu'il ne soit pas balayé, il faut l'enfoncer, et l'enfoncer encore. » (Antonin PONCET. *Cité par A. Chabalier* IN L'ŒUVRE MÉDICO-CHIRURGICALE D'ANTONIN PONCET. Th. de Lyon, 1932.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 32 LE NUMÉRO : 50 Centimes 6 AOUT 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

ÉDUCATION NATIONALE. — *Au grade de commandeur.* — M. Louis Lapicque, professeur à la Faculté des sciences, membre de l'Institut.

GUERRE (Réserve.) — *Au grade d'officier.* — MM. Faure (J.-B.-F.), Demilly, Flach (G.-A.-E.), Thévenot (A.-F.-L.), Gaussel, Lemaistre, Piollet, Lemierre (André), Carrive, André (Ch.-P.), Gayet, Zeller Brenta, Dide, Lacapère et Azoulay.

(Réserve. Troupes coloniales.) — MM. Gibert, Pujol et Philippe (J.-A.).

(Réserve.) — *Au grade de chevalier.* — MM. Brissart, Chapelle, Delmas, Lagleize, Dupinet, Pince, Vaissade, Riff, Laplace, Delfosse, Desjardin, Kraut, Galup, Wintrebert, Lajoux, Cornillon, Triau, Charrier, Mignard, Jouen, Marrel, Lesage, Favier, Chambrette, Coste, Minon, Lafond, Leblanc, Esparbès, Hure, Couffon, Durand, Job, Onillon, Huriez, Druhen, François, Lecaplain, Reynaud, Combes, Coste, Gorisse, de Chabert Ostland, Nebouk, Bourgoin, Mourniac, Chazarain, Marchal, Deverre, Léothaud, Pezet, Brossard, Railliet, Chavoix, Gravost, Ferran, Maréchal, Constant, Solirène, Sigwalt, Verhaeghe, Vilbonnet, Vlceschouwer, Renault, Roy, Peyrache, Juif, Gèzes, Castay, Canel, Simacourbe, Zellmeyer, Fanjoux, Capdequi-Peyranère, Haas, Moreau, Loubet, Rollin, Vincent, Delmas-Marsalet, Coulet, Boutet, Lascazas de Saint-Martin, Poisson, du Castel, Gerest, Pillet, Lagarrigue, Miginiac, Robert, Fort, Bettinger, Lathoud, Thomas de la Pintière, Duguyot, Dupont, Brehier, Martin, Prudhomme, Lebhar, Tessier, Bidel, Bassal, Garin, Anjaleu, Hautefeuille, Pieri, Jegourel, Doin, Beltrami, Elicagaray, Surjus, Botte, Bouffier, Giraud.

(Réserve. Troupes coloniales.) — MM. Baillon, Bourquel.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Docteurs Aimes (de Montpellier), Beltrami (de Marseille), Borrel (de Strasbourg), Boucher (de Grenoble), Canuyt (de Strasbourg), Chalier (de Lyon), Charpentier (de Dijon), Delannoy (de Lille), Dumont (de Paris), Granel (de Montpellier), Gueguen (de Nantes), Imbert (de Lyon), Lebailly (de Caen), Legrand (de Lille), Lévy (de Strasbourg), Lévy, Manceau et Massia (de Lyon), Portmann (de Bordeaux), Robert (de Clermont-Ferrand), Romieu (de Marseille), Santy (de Lyon), Simonin (de Nancy), Sourdin (de Rennes), Strohl (de Paris), Vigot (de Caen), Villemin (de Bordeaux), Zuber (de Nancy).

Officiers d'Académie. — MM. les Docteurs Aurousseau (de Paris), Auvigne (de Nantes), Mlle Bègue (de Bordeaux), Benoit (de Strasbourg), Boulanger-Pilet (de Paris), Boulay (de Charleville), Caille (de Rennes), Chambon (de Lyon), Charbanne (de Poitiers), Chenet (de Rennes), Couture (de Lyon), Couvreux (de Paris), Dallongeville (de Nantes), Delaye (de Lyon), Dombray (de Nancy), Duffilho (de Bordeaux), Dumas (de Lyon), Durif (de Clermont-Ferrand), Mlle Fache (de Toulouse), Fernier (de Nancy), Ferru (de Poitiers), Guillermin (de Lyon), Ichard (d'Albi), Jacquinet (de Reims), Josserand et Kofman (de Lyon), Kreis (de Strasbourg), Leroux (de Nantes), Massé (de Bordeaux), Meersseman (de Lyon), Merklen (de Nancy), Nadal (de Paris), Pailloux (de Marseille), Piéchaud (de Bordeaux), Pommé (de Lyon), Quiquaudon (de Clermont-Ferrand), Reboud (de Grenoble), Rivière (de Bordeaux), Saint-Girons (de Paris), Mme Vincent (de Lyon).

Marseille. — Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Chaire de clinique médicale (Professeur Olmer) : chef de clinique titulaire, Docteur Olmer : adjoint, Docteur Buisson.

Chaire de clinique médicale (Professeur Gaujoux) : chef de clinique titulaire, Docteur M. Recordier ; adjoint, Docteur D. Léna.

Chaire de dermatologie : chef de clinique titulaire, Docteur Vidal ; adjoint, Docteur Assada.

Service de Santé. — *Mutations.* — Les médecins commandants : Despujols, de l'hôpital militaire Maillot d'Alger, à l'hôpital militaire Saint-Nicolas, à Bordeaux ; Attane, de l'hôpital militaire Plantières de Metz, à l'hôpital militaire Maillot à Alger ; Fricker, du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, Paris, à l'hôpital Gaujot, à Strasbourg ; Hombourger, des salles militaires de l'hospice mixte du Mans, au ministère de la Guerre.

Les médecins capitaines : Désormeaux, du 43e d'artillerie, aux salles militaires de l'hospice mixte du Mans ; Seilhan, de la 12e compagnie régionale du train, à l'hôpital militaire Plantières à Metz ; Accoyer, des troupes du Levant, au 18e génie, à Nancy.

Le pharmacien commandant Manceau, de l'École du Service de santé militaire, à Lyon, maintenu au titre d'agrégé libre.

Troupes coloniales. — *En Indochine.* — Les médecins capitaines : Sainz, du 3e d'infanterie coloniale ; Goinet, du 24e tirailleurs sénégalais ; Chevais, du 23e d'infanterie coloniale.

En Afrique occidentale française. — Le médecin commandant Clouet, du 8e tirailleurs sénégalais ; les médecins capitaines Bernier, du 12e tirailleurs sénégalais ; Michaud, du 2e d'artillerie coloniale.

A Madagascar. — Les médecins commandants : Pujol, du 51e mitrailleurs indochinois : Herdhebaut, du 3e d'artillerie coloniale.

En Afrique équatoriale française. — Les médecins commandants : Retière, du 4e tirailleurs sénégalais ; Lafargue, du 52e mitrailleurs indochinois.

Au Cameroun. — Les médecins capitaines : Iliou, du 23e d'infanterie coloniale ; Chapuis, du 3e d'infanterie coloniale.

Au Togo. — Le médecin capitaine Thomas-Duris, du 16e tirailleurs sénégalais.

AFFECTATIONS EN FRANCE. — *Au 2e d'infanterie coloniale.* — Le médecin capitaine : Guillaume, rentré de Chine.

Au 3e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Bouny, rentré du Cameroun.

Au 21e d'infanterie coloniale. — Le médecin capitaine Mazé, rentré du Cameroun.

Au 23e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Le Vilain et le médecin capitaine Rivoalen, rentrés de l'Indochine.

Au 12e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Bernier, du 24e tirailleurs sénégalais.

Au 14e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Mazurier, rentré de l'A. O. F.

Au 16e tirailleurs sénégalais. — Les médecins capitaines : Raboisson, rentré du Togo ; Meynieu, du 52e mitrailleurs indochinois.

Au 24e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Moustardier, rentré de l'Indochine.

Au 41e mitrailleurs malgaches. — Le médecin capitaine Cavalade, rentré du Cameroun.

Au 51e mitrailleurs indochinois. — Le médecin commandant Miquel, rentré de Tunisie : le médecin capitaine Perramond, rentré de l'A. O. F.

Au 52e mitrailleurs indochinois. — Le médecin capitaine Beaudiment, rentré du Cameroun.

Au 1er d'artillerie coloniale. — Les médecins capitaines : Dabbadie, rentré de l'A. O. F. : Huchon, rentré de la Guyane.

Au 3e d'artillerie coloniale. — Le médecins capitaine Weiss, attendu du Maroc.

Au 11e d'artillerie coloniale. — Le médecin capitaine Crenn, rentré de Madagascar.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales à Marseille. — Le médecin commandant Bonneau, du 24e mitrailleurs malgaches : le pharmacien commandant Riqueau, rentré de l'Indochine.

A l'hôpital militaire de Fréjus. — Le médecin commandant Mury, rentré de Madagascar.

A l'hôpital militaire de Rennes. — Le pharmacien capitaine Demeule, rentré de l'Indochine.

Affectation Outre-Mer. — *A la disposition du général commandant supérieur des troupes du groupe de l'Indochine.* — Le médecin commandant Combaudon, du 14e tirailleurs sénégalais.

La déclaration obligatoire de la tuberculose. — On a récemment publié une interview de M. Justin Godart, dans laquelle le ministre de la Santé publique nous dit son intention de prendre un décret rendant obligatoire la déclaration de la tuberculose. La question fait depuis longtemps l'objet de vives controverses dans les milieux médicaux.

En décembre 1927, la Fédération nationale des syndicats médicaux français, qui groupait notamment les quatre syndicats médicaux de la Seine, avait voté, par acclamations, l'ordre du jour suivant :

« *L'assemblée générale de la Fédération nationale des syndicats médicaux français décide de se refuser à la déclaration de la tuberculose par le médecin traitant, dans quelque cas que ce soit.* »

Les syndicats médicaux demeurent dans les mêmes dispositions.

Ecole centrale de puériculture. — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront le jeudi 17 novembre 1932, à 16 heures, 5, rue Las Cases, Musée social.

Pour tous les renseignements et inscriptions, s'adresser au Comité national de l'enfance, 26, boulevard de Vaugirard.

IVe Voyage Cévennes-Pyrénées. — Le prochain voyage Cévennes-Pyrénées se groupera le 27 août à Montpellier, et sera inauguré le dimanche 28, dans la plus ancienne Faculté de France, sous la présidence de son Doyen, M. le Professeur Euzière. La direction scientifique sera assurée par les Professeurs Paul Delmas et Giraud (Histoire et Pathologie médicale). Le voyage parcourra les rives de la Méditerranée et les Cités médiévales de Maguelone et d'Aigues-Mortes. Le 29, une réception aura lieu à la Source Perrier, puis, sous la direction de M. Espérandieu, membre de l'Institut, l'on visitera les Monuments romains de Nîmes : les Arènes, le Temple de Diane, la Maison carrée, la Tour Magne et le Pont du Gard. On s'engagera ensuite dans les Cévennes, avec l'ascension de l'Aigoual (1.547 mètres), le parcours en bateau des Gorges du Tarn : l'exploration de l'Abîme de Bramabiau, de l'Aven-Armand et de la Grotte des Demoiselles : enfin, la visite de La Malou et de ses cliniques pour le traitement des maladies du système nerveux. Puis, par la Montagne Noire et Mazamet, grand centre industriel on se rendra à Carcassonne, où la première partie du voyage se terminera le dimanche 4 septembre, après une visite détaillée de la cité, dirigée par le conservateur M. Embry.

La deuxième partie du voyage s'étendra de Carcassonne à Luchon, par les Gorges de l'Aude, Alet, Usson-les-Bains, Font-Romeu, le sanatorium des Escaldes et la grande route des Pyrénées : Col de Puymorens (1.918 mètres), Gorges de l'Ariège, Ax-les-Thermes, Audinac, l'Abbaye de Saint-Lizier, Antichan et Saint-Bertrand-de-Comminges. Cette deuxième partie se terminera à Luchon, le mercredi 7 septembre, par la visite détaillée de cette station et une ascension à Superbagnères.

La troisième partie commencera Luchon et continuera par la grande route des Pyrénées : Bagnères-de-Bigorre (réception des Montagnards pyrénéens), Lourdes (visite du bureau médical, des piscines, de la grotte, de la basilique et procesion aux flambeaux) : — puis le Col du Tourmalet (2.122 mètres), Barèges, le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Argelès et les Eaux-Bonnes. La dissociation aura lieu à Pau le 13 septembre, après la visite du château de Henri IV et des sanatoria. Cette partie du voyage sera présidée par M. le Professeur Sigalas, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, et dirigée par M. le Professeur Creyx (Hydrologie et Climatologie).

Rappelons que ce voyage appartient à la série des voyages médicaux internationaux dans le Midi de la France, organisés sous le patronage des Facultés de Bordeaux, Lyon, Marseille et Montpellier, par l'initiative des grandes Fédérations médicales de la région (Société medicale du littoral méditerranéen, Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées). Le plus grand confort possible y est assuré dans les meilleures conditions économiques. Tous les parcours sont effectués en auto-cars. A l'aller et au retour, les voyageurs seront munis de permis de





parcours à demi-tarif sur les chemins de fer français. Pour les conditions d'admission, écrire sans tarder au secrétariat du voyage. Le nombre des places est limité. Il est indispensable de bien préciser la partie du voyage à laquelle on désire prendre part, ainsi que les itinéraires que l'on veut suivre à l'aller et au retour. Les adhérents éventuels sont donc instamment priés de donner, dès à présent, ces indications à l'adresse : Voyage Cévennes-Pyrénées, à La Malou (Herault).

Ier Congrès de la Société française de gynécologie (3, 4 et 5 octobre 1932.) — Le Ier Congrès de la Société française de gynécologie s'ouvrira le lundi 3 octobre, à 16 heures, à la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Vulpian sous la présidence de M. F. Jayle, président de la Société française de gynécologie.

Lundi 3 *octobre*, discussion de la première question : *Hypophyse et ovaire*, rapport présenté par MM. Jayle et Hallion. Communications relatives à cette question et communications de gynécologie médicale.

Mardi 4 octobre, à 16 heures, discussion de la deuxième question : *La diathermie en gynécologie*, rapport présenté par M. Xavier Bender. Communications relatives à cette question et communications de physiothérapie gynécologique.

A 20 heures, deuxième dîner de la Société française de gynécologie, et soirée artistique, au « Bœuf à la Mode », 8, rue de Valois.

Mercredi 5 octobre, à 8 h. 15, derrière la Madeleine, rendez-vous des congressistes pour la visite des laboratoires du Docteur Roussel (Institut de sérothérapie et préparation de la folliculine cristallisée). A midi, déjeuner offert par le Docteur Roussel.

A 15 heures : *Chirurgie gynécologique*. Communications, présentations de pièces opératoires, présentation d'instruments, projections.

De 17 h. 30 à 20 heures, réception des congressistes et des dames par Mme Jayle et M. le Président.

Les réseaux de chemins de fer français ont accordé aux congressistes, à leurs femmes et filles non mariées une réduction de 50 %. *Exprinter*, 26, avenue de l'Opéra, Paris, Ier, est chargé de leur faire parvenir les bons de réduction et de pouvoir à leur logement.

Des séances opératoires et des visites de services hospitaliers, dss réceptions spéciales pour les dames sont prévues. Des excursions à prix réduits seront organisées par *Exprinter*. Les demandes d'inscription doivent être adressées *avant le 1er septembre* au secrétaire général : Docteur Maurice Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris, 9e.

Médaille pénitentiaire. — MM. G. Bernard, Le Filliatre, à Paris ; Drand, à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) ; Morin, à Lyon (Rhône) ; Paoli, à Ajaccio (Corse).

Nécrologie. — Docteur Albert Brochin, de Paris, 86, rue de Grenelle (VIIe), ancien chirurgien de l'hôpital Péan, médecin de la maison-mère des Sœurs de Saint Vincent-de-Paul, décédé à Chaville. — Docteur Louis Christine, de Roquebrune (Var), décédé dans sa 53e année. — Docteur de Gagemon (Madame). — Docteur Louis Guillaumot, de Saint-Denis-de-Cabanne (Loire). — Docteur Pellier, d'Aillevillers (Haute-Saône). — Docteur François Guermonprez, de Lille, professeur honoraire à la Faculté de libre de médecine, mort le 12 juillet, âgé de plus de quatre-vingts ans. Il était titulaire de la médaille de 1870, et en 1914, à plus de soixante ans, il faisait toute la campagne.

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Sur quelques cas d'appendicite chronique chez l'enfant (1)

Par M. le Professeur NOBÉCOURT

Vous avez déjà vu cette fillette à la salle Parrot. Son histoire est intéressante. La voici.

Lucette est née le 6 septembre 1923.
Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire.
En avril 1931, elle a la rougeole.
Depuis longtemps, elle souffre de troubles digestifs, sur lesquels nous ne possédons que des renseignements insuffisants. Depuis une époque indéterminée, elle présente de temps en temps, par accès, des douleurs abdominales, une fièvre à 40°, des vomissements, de la constipation, qui durent pendant un ou deux jours.

Le 4 mai dernier, se produit un accès semblable aux précédents. Le médecin diagnostique une appendicite chronique, mais, étant donné la tuberculose de la mère, il pense à la possibilité d'une péritonite tuberculeuse. Il nous envoie l'enfant pour que nous l'examinions et décidions de l'opportunité d'une opération.

Lucette entre le 10 mai 1932 à la salle Parrot. Elle est âgée de 8 ans et 8 mois.

Sa taille de 128 cm. est supérieure à la moyenne de son âge, 118 cm. 5 ; elle a la taille d'une fille de 10 ans et 3 mois. Son poids est de 23 kgr. au lieu de la moyenne (22 kgr.).

Sa température est le matin de 37°2, le soir de 37°5 ; son teint est coloré, son appétit est bon. Mais on constate une langue blanche, de grosses amygdales, une légère constipation.

L'abdomen a un aspect normal. Au niveau de la fosse iliaque droite, il existe une très légère résistance musculaire et un point de Mac Burney ; fait particulier, la douleur provoquée s'accompagne d'un signe de Babinski et de la flexion du genou à gauche.

Le foie est un peu gros ; il dépasse d'un travers de doigt le rebord costal et mesure 13 cm. 5 sur la ligne mamelonnaire. La rate est normale. L'examen du cœur et des poumons ne montre rien de particulier. Les urines, dont le volume est d'un litre par vingt-quatre heures, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Les selles sont normales. L'étude coprologique de MM. Bidot et Comninos n'y révèle d'autre particularité que la présence d'un grand nombre de spirilles et d'une petite quantité de mucus.

MM. Duhem et Liège pratiquent l'examen radiologique de l'abdomen. Le 11 mai, Lucette ingère deux doses de lait baryté, à quatre heures d'intervalle. On l'examine 8 heures après le second repas.

La baryte se trouve dans les dernières anses iléales, le cæcum, les côlons ascendant, transverse et descendant. Dans la station debout, il y a de la ptose des angles hépatique et splénique des côlons ; dans le décubitus, ceux-ci s'élèvent normalement. Le cæcum donne une image irrégulière ; sur le bord externe apparaît une profonde incisure. L'iléon est net et bien rempli. La pression sur le fond du cæcum provoque de la douleur.

Nous poursuivons diverses recherches.

(1) Leçon du 4 juin 1932.

La cutiréaction à la tuberculine est positive.

La radiographie du thorax ne révèle rien de notable. La réaction de Besredka et la sérofloculation à la résorcine de Verne sont négatives, ce qui permet d'éliminer une tuberculose en activité.

Le Bordet-Wassermann et le Hecht sont négatifs.

Nous portons donc le diagnostic d'appendicite chronique.

Le 1er juin, le Docteur Aurousseau pratique l'appendicectomie.

Il constate un cæcum mobile, un appendice rétro-cæcal adhérent au cæcum, long, sans aucune réaction péritonéale.

Voici l'appendice qu'a préparé le Docteur Brunet. Il est long, gros dans sa seconde moitié, plus étroit dans sa première ; à 2 centimètres de l'orifice on voit une sorte de col étroit. Il a une teinte congestive, plus rose qu'à l'état normal ; il n'y a pas d'ecchymoses, ni de zones nécrotiques. La paroi est incisée dans la partie volumineuse ; elle est très épaisse, infiltrée, ferme ; la muqueuse est rouge foncé, épaisse, tomenteuse, avec de petites ulcérations. Le cathétérisme de la partie étroite avec une sonde cannelée fait découvrir, à 2 cm. de l'orifice, un anneau de striction contre lequel elle bute.

Il existe donc bien une appendicite chronique.

Les suites opératoires sont régulières. Comme vous pouvez le constater, Lucette paraît en bon état.

***

L'appendicite est très commune chez les enfants. Tous les médecins doivent savoir la reconnaître et juger de l'opportunité de l'intervention chirurgicale.

Il en existe deux grandes FORMES CLINIQUES : *l'appendicite aiguë* et *l'appendicite chronique.*

Nous voyons, rarement l'appendicite aiguë dans les services de médecine des hôpitaux, car les malades sont conduits directement dans les services de chirurgie.

Nous voyons par contre, souvent l'appendicite chronique à la consultation et dans nos salles ; j'en reçois souvent à ma consultation privée.

Je vous parlerai aujourd'hui de l'APPENDICITE CHRONIQUE. Je n'ai pas l'intention de vous en donner une étude complète ; je vais simplement raconter quelques observations et exposer les considérations qu'elles suggèrent.

L'appendicite chronique, du point de vue clinique, est très polymorphe. Son diagnostic est souvent difficile. Il faut éviter deux écueils : soit la reconnaître, soit l'affirmer à tort.

Le médecin peut être appelé à examiner l'enfant dans deux ordres de circonstances.

Ou bien l'enfant se plaint du ventre, la douleur abdominale est le symptôme cardinal.

Ou bien l'enfant présente soit des troubles digestifs qui font penser à une affection gastrique, intestinale ou hépatique, soit des troubles de l'état général, de l'amaigrissement, de la fièvre, etc... Le syndrome appendiculaire est larvé et découvert au cours d'un examen systématique.

***

Etudions d'abord le PREMIER GROUPE DE FAITS : L'ENFANT SE PLAINT DU VENTRE.

L'importance et le caractère de la douleur sont assez divers.

Dans une *première modalité, la douleur s'installe insidieusement, sans accès précis,* c'est la *forme simple* ou *pure de l'appendicite chronique.*

Voici quelques observations qui montrent comment se comportent les malades.

Georges est né le 8 avril 1928. Il est élevé au biberon. Il a de la constipation habituelle.

Au début de novembre 1930, à 2 ans et 7 mois, il com-

mence à se plaindre du ventre, généralement après les repas ; il s'arrête pendant ses jeux, ou se réveille la nuit en disant qu'il a mal au ventre. L'appétit reste bon, la langue est souvent blanche, la constipation augmente ; les selles sont dures, sèches, brunes et souvent fétides. Cependant l'alimentation est bien comprise, suffisamment variée. L'enfant n'a pas de fièvre.

Je vois Georges le 4 février 1931, trois mois environ après l'apparition de ses troubles. Il est âgé de 2 ans et 10 mois.

Il est bien constitué. Il pèse 14 kgr. 600, son poids est supérieur à la moyenne de son âge (12 kgr. 450) ; il mesure 92 cm. 5, taille supérieure à la moyenne de son âge qui est de 87 cm. 5.

Je trouve un ventre un peu ballonné et, au niveau de la fosse iliaque droite, une légère défense musculaire avec un point de Mac Burney très net.

Par ailleurs, l'examen ne montre rien de spécial.

Je pose le diagnostic d'appendicite chronique et conseille l'intervention.

Françoise est née le 14 octobre 1925, à terme, avec un poids de 2 kgr. Ses parents sont des hépatiques. Jusqu'à 1 an, elle est nourrie au sein de sa mère et se développe régulièrement.

A 2 ans et demi, elle subit l'ablation des végétations adénoïdes ; à 3 ans, elle a une entérite aiguë.

Depuis, elle a mauvaise mine, un teint jaune, des troubles trophiques des ongles, un sommeil agité, elle se plaint du ventre, elle est anorexique, a parfois une haleine mauvaise. Ses selles sont assez bonnes. Sa température est normale. Ses urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Elle ne grossit pas.

Je la vois le 21 juillet 1931. Elle a 5 ans et 9 mois. Sa taille de 107 cm. 5 est celle d'une fille de 6 ans 7 mois ; son poids de 16 kgr. 800 est conforme à celui de son âge. Son abdomen est souple ; la pression au niveau de l'appendice provoque de la douleur.

Françoise présente donc de la cholémie familiale et une appendicite chronique qui indique une intervention.

Jacques est né le 18 février 1926. Il est élevé au sein maternel pendant un mois, puis au lait stérilisé et au lait sec.

Il présente des troubles gastro-intestinaux, il est un constipé habituel, avec des selles dures, quelques glaires. Il est sujet à l'urticaire.

A la fin de décembre 1931, lorsqu'il a 5 ans et 10 mois, il se plaint du ventre, il perd l'appétit. Le médecin pose le diagnostic d'appendicite chronique. Il a de temps en temps de la sensibilité du côté droit du ventre.

Je le vois le 8 mars 1932. Il a 6 ans. Il mesure 114 cm. 5, au lieu de 108 cm., et a la taille d'un enfant de 7 ans 2 mois ; son poids de 18 kgr. 900 est supérieur au poids moyen de son âge (16 kgr. 950) et conforme au poids moyen pour sa taille.

Son abdomen est souple ; je ne trouve pas de point douloureux au niveau de l'appendice, mais constate les points douloureux para-sous-ombilicaux.

Le foie est gros ; sur la ligne mamelonnaire il mesure 13 cm. et dépasse le rebord costal de 3 cm. et 9 cm. sur la ligne médiane.

Il n'y a donc pas de signes d'appendicite ; je ne puis que réserver le diagnostic.

Je demande un examen radiologique. Le Docteur Renaudeaux ne constate rien de particulier après un lavement baryté : après injection de baryte, il note une gêne de l'évacuation iléale avec hyperkinésie, un appendice partiellement perméable, encore visible au bout de trois jours, paraissent fixé en arrière de l'iléon. Il n'existe aucun signe précis d'appendicite.

Je revois Jacques quelques jours plus tard. Il ressent des douleurs plus fortes dans le ventre. Je trouve alors, dans la région iliaque droite, une légère résistance musculaire et un point de Mac Burney net. Je conseille l'appendicectomie.

L'enfant est opéré par le Docteur André Martin. Il trouve un appendice bourré de calculs stercoraux, un liquide péritonéal abondant et deux ganglions dans le méso-appendice. Jacques avait donc bien une appendicite chronique.

Ces trois observations montrent comment se comporte *la forme simple de l'appendicite chronique.*

Le début est insidieux.

Les symptômes sont discrets.

Le symptôme capital est la douleur dans la région iliaque droite.

Les caractères de la douleur sont difficiles à préciser, même chez les grands enfants et surtout chez les jeunes.

Elle est permanente ou survient par intervalles. Son intensité est plus ou moins grande. Certains enfants accusent une sensation de pesanteur, de tension, de tiraillements.

La douleur revient à certaines heures, souvent deux, trois, quatre heures après les repas, probablement au moment du transit iléo-cæcal. Assez souvent elle revient au lit vers deux ou trois heures du matin ; l'enfant se réveille en se plaignant du ventre : Jalaguier et son élève Rastouil ont bien décrit cette douleur nocturne.

La douleur est encore provoquée ou exagérée par la marche, la course, la gymnastique ; probablement par suite des rapports entre l'appendice et le psoas iliaque ; l'enfant s'arrête et déclare qu'il souffre.

Chez les filles, qui ont atteint l'âge de la puberté, la douleur apparaît ou s'exagère au moment des règles.

La douleur peut présenter des irradiations diverses qui peuvent être trompeuses, car alors l'enfant la localise ailleurs que dans la fosse iliaque droite.

L'irradiation vers l'ombilic est fréquente ; d'ailleurs c'est à son niveau que les jeunes enfants indiquent en général le siège de leurs douleurs abdominales.

L'irradiation vers le bassin s'accompagne souvent de polliakiurie, de douleurs à la miction ; elle peut faire penser à la lithiase vésicale.

L'irradiation vers la hanche peut faire penser à une coxalgie.

L'irradiation vers le foie peut faire penser à la lithiase biliaire, du reste exceptionnelle chez l'enfant.

L'irradiation vers les lombes éveille l'idée d'une lithiase rénale.

Ces irradiations diverses dépendent de la direction de l'appendice vers le haut ou le bas.

Tantôt la douleur ne s'accompagne pas d'autres symptômes.

Tantôt elle est intriquée avec des troubles digestifs ; de temps en temps surviennent des nausées, des vomissements alimentaires ; il y a de la constipation avec ou sans phases de diarrhée ; l'anorexie est fréquente.

Enfin certains enfants maigrissent et ont un petit état fébrile.

La douleur abdominale doit toujours faire penser à la possibilité de l'appendice. Il faut donc examiner attentivement l'abdomen.

Cet examen demande beaucoup de soin, car souvent l'enfant se défend et répond de travers aux questions qu'on lui pose ; il faut se fier aux constatations objectives, plutôt qu'aux phénomènes subjectifs.

Pour procéder à l'examen de l'enfant il faut découvrir complètement non seulement le ventre, mais aussi les membres inférieurs.

On procède avec douceur, en explorant comparativement les deux côtés.

Le plus souvent l'inspection n'apprend rien de particulier.

La palpation légère tantôt ne révèle rien, tantôt provoque à droite un peu de résistance et de défense du muscle grand droit ou de la région de la fosse iliaque.

Une pression plus forte est exercée avec la pulpe de l'index, lentement et graduellement, au besoin jusqu'à la paroi postérieure, au niveau des points appendiculaires, point de Mac Burney, point de Lanz, etc... L'enfant accuse ou non de la douleur. Mais surtout on remarque une grimace, un mou-

vement de défense, une rougeur passagère du visage, une flexion du genou, une extension du gros orteil, véritable signe de Babinski, et divers autres symptômes qui tous traduisent des réflexes provoqués par l'excitation de l'appendice.

Quelquefois on perçoit, dans la profondeur, un corps allongé, en forme de plume d'oie, qui roule sous le doigt, douloureux ; ce peut être un gros appendice ou un cæcum contracté.

Dans certains cas on perçoit un empâtement profond.

Quand les symptômes sont bien caractérisés, le diagnostic d'appendicite est des plus vraisemblable ; mais souvent on ne trouve pas de symptômes nets et on reste hésitant.

Il convient d'éviter certaines *causes d'erreur*.

Après avoir constaté des symptômes à droite, on retrouve les mêmes symptômes à gauche, ce qui leur ôte beaucoup de leur valeur. Parfois la douleur provoquée à la pression ne siège pas exactement au point appendiculaire mais au niveau du plexus iliaque, au point para-sous-ombilical et on retrouve la même localisation au point symétrique à gauche ; ces points douloureux, communs chez les enfants, sont trompeurs ; ils peuvent d'ailleurs coexister avec une appendicite,

Il est souvent utile de pratiquer le toucher rectal, qui permet d'explorer un appendice descendant dans le petit bassin.

La *radiologie* peut aider au diagnostic.

Enriquez et Guttmann, en 1913, MM. Guy-Laroche, Brodin et Rousseau, en 1922, ont montré qu'après un lavement bismuthé on peut préciser, sur l'écran, le siège de la douleur, à une certaine distance du bas-fond cæcal, et son déplacement par le passage du décubitus dans la station debout.

Dans ces dernières années, on a publié de nombreuses études sur les symptômes radiologiques de l'appendicite chronique. On pratique l'exploration six ou sept heures après l'ingestion d'un repas opaque ; celui-ci donne des résultats plus intéressants que l'exploration après un lavement.

D'après la communication de MM. Paul Jacquet et Léon Gally à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 23 janvier 1931, sur *Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique*, on constate une triade symptomatique.

Le premier symptôme est le retard du transit iléo-cæcal ; les dernières anses de l'iléon contiennent encore beaucoup de baryte, alors que, dans les conditions normales, le résidu est infime.

Le deuxième symptôme est réalisé par des spasmes de l'iléon et du cæcum.

Ceux-ci donnent lieu à des aspects divers.

En général, le cæcum est rétracté en masse ; son bord interne est rectiligne, son bord externe et le fond présentent une ou plusieurs incisures profondes. Les spasmes de l'iléon sont rapides, transitoires, très localisés.

Le troisième symptôme est un point douloureux sur le bord interne du cæcum ou à 2, 3 cm. de lui ; ses rapports topographiques avec l'image iléo-cæcale ne changent pas avec les déplacements.

Cette triade constitue le *syndrome radiologique indirect de l'appendicite*.

Ce syndrome n'est pas pathognomonique ; il indique la probabilité ou la possibilité de l'appendicite, mais il ne permet pas de l'affirmer, car il peut très bien être provoqué par d'autres causes d'irritation. Chez l'enfant toutefois l'appendicite en est à peu près la seule cause ; il acquiert donc chez lui une valeur particulière ; sa constatation confirme l'interprétation des autres signes cliniques, quand ils ont laissé un doute.

Par contre l'absence du syndrome ne permet pas d'éliminer le diagnostic d'appendicite.

Les symptômes locaux, cliniques et radiologiques, se retrouvent dans les autres modalités de l'appendicite chronique où l'enfant se plaint du ventre.

Dans une *deuxième modalité* qu'il existe ou non une douleur discrète plus ou moins habituelle, il se produit des *périodes d'exacerbation*.

L'attention est alors plus nettement attirée sur l'appendicite.

Voici quelques observations.

Janine est née le 8 décembre 1915, à terme, avec un poids de 4 kgr. Elle est élevée au sein. A 3 ans, elle a la rougeole. A 12 ans apparaissent ses premières règles ; pendant quelques temps les menstruations sont irrégulières.

En juillet 1928, à 12 ans et 7 mois, Janine a des douleurs abdominales, des nausées, de la constipation, sans fièvre. Ces symptômes durent trois jours. Le diagnostic d'appendicite est écarté.

Le 12 janvier dernier, à 16 ans, apparaissent un état nauséeux, une douleur assez forte dans la fosse iliaque droite, de la constipation, quelques vomissements alimentaires ; la température monte à 38° et même à 38°6. On constate un point de Mac Burney net. Ces symptômes durent huit jours.

Le 13 février, M. Liège trouve encore le point de Mac Burney.

M. Duhem pratique l'examen radiologique, six ou sept heures après l'ingestion d'un repas baryté.

On retrouve la baryte dans les dernières anses iléales, le cæcum, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse. La palpation du cæcum provoque son élévation et son effilement, ainsi qu'un spasme du bord externe en regard de l'abouchement iléo-cæcal. La dernière anse iléo-cæcale est très dilatée.

La pression provoque une douleur maxima sur le fond du cæcum et de la sensibilité au niveau de la dernière anse iléale, près de son abouchement cæcal.

Le 7 mars, le Docteur Houdard fait l'appendicectomie. Il trouve un appendice long, très vascularisé, un cæcum flasque.

A l'examen histologique, on constate une appendicite chronique très accentuée, avec une sténose au début de la cavité et une sclérose étendue de toute la paroi.

Janine guérit.

Raymond est né le 30 janvier 1918.

Sa mère a été opérée de l'appendicite vers le 20 septembre 1931. Son père et ses trois frères sont bien portants.

A 2 ans, il a de la diarrhée et la coqueluche ; à 7 ans, la rougeole et les oreillons.

Au milieu de 1930, à l'âge de 12 ans et demi, au cours d'un examen général, on découvre de l'albuminurie. Il reste à l'hôpital pendant un mois et demi ; à sa sortie il n'a plus d'albuminurie.

En juillet 1931, il va à la campagne. Lorsqu'il en revient, il se sent fatigué et a mauvaise mine.

Il entre à la salle Bouchut le 5 octobre. Il est âgé de 13 ans et 8 mois. Il est très grand et mesure 163 cm., au lieu de 149 cm., son poids moyen, pour son âge, est de 38 kgr. 800. Il est pâle et maigre.

La température est normale. L'examen ne révèle rien de particulier ; il n'y a pas d'albumine dans les urines. Les selles sont normales. La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

Pendant le séjour l'albuminurie reparaît et persiste.

Le 29 octobre, la température est le matin de 36°9, le soir de 37°1. Raymond ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite. En l'interrogeant, on apprend que, deux ou trois mois avant, il a déjà eu de légères douleurs pendant quelques jours.

A l'examen de la fosse iliaque droite, on trouve une légère sensibilité à la pression, sans réaction de défense.

Les jours suivants, l'état ne se modifie pas.

Le 13 novembre, on fait prendre à l'enfant une bouillie barytée. Six heures et demi après, le Docteur Galli fait un examen radiologique de l'abdomen. La fin de l'iléon est remplie, le défilé iléo-cæcal dilaté, le fond du cæcum spasmé ; le bord externe du cæcum présente une incisure à la hauteur de la valvule. Il existe un point douloureux sur le bord interne du cæcum et à la fin du défilé iléo-cæcal.

Le 27 novembre, apparaît une forte douleur appendiculaire.

Le lendemain on transporte l'enfant en chirurgie où le Docteur Fèvre pratique l'appendicectomie.

L'appendice a un siège normal ; il est adhérent avec le cæcum et épaissi. Le cæcum et la dernière anse de l'iléon présentent un état inflammatoire.

A l'examen histologique, on trouve des lésions d'appendicite subaiguë ; toutes les tuniques sont infiltrées de lymphocytes et de plasmocytes ; l'infiltration prédomine dans la muqueuse et la sous-muqueuse ; il y a des lésions de folliculite hémorragique.

A partir du 29 novembre, apparaît une petite fièvre à 38° qui persiste jusqu'au 18 décembre.

Le 9 décembre, Raymond revient à la salle Bouchut. Il a 13 ans et 10 mois. La cutiréaction à la tuberculine, qui antérieurement était négative, est devenue positive. La radiographie du thorax révèle une adénopathie médiastinale et hilaire gauche et de la condensation péri-hilaire à droite.

La petite albuminurie persiste.

Raymond quitte la service le 3 février 1932.

Léon est né à terme, le 11 janvier 1920. Sa mère souffre du foie, son père, âgé de 70 ans est asthmatique.

Il est élevé au biberon et a fréquemment des troubles digestifs. A 7 ans, il a la rougeole et la coqueluche.

Le 15 mars 1931, apparaissent de l'anorexie, de la fièvre, 38°-39°, de la fatigue. Le 26, l'enfant a deux vomissements et de la diarrhée. Le 27, on lui donne de l'huile de ricin, et peu après, apparaît, pour la première fois, de la douleur dans le côté droit de l'abdomen.

Léon entre à la salle Bouchut le 30 mars. Il est âgé de 11 ans et 2 mois.

Sa température est de 37°-37°2.

Il mesure 140 cm., au lieu de 135 cm. 5 et a un poids à peu près moyen de 28 kgr. 100. Il est un peu pâle. Il a, chaque jour, une bonne selle.

L'abdomen a un aspect normal et est souple ; au niveau de la fosse iliaque droite, on constate une très légère défense musculaire et un point douloureux localisé un peu au-dessus du point de Mac Burney. Le foie est normal, indolent.

On ne trouve aucun autre signe. Les urines, au taux de un demi-litre par vingt-quatre heures, ne contiennent ni sucre ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine est positive.

Le 4 avril, on donne un lavement baryté et on fait un examen radiologique de l'abdomen. Le remplissage du côlon est assez long à cause d'un spasme recto-sigmoïdien accentué. Il existe, au niveau de l'angle colique gauche, un accolement côlo-colique réductible à la palpation ; le côlon transverse est allongé en forme de V. L'angle colique droit forme une boucle accentuée. Le côlon ascendant et le cæcum sont dilatés ; ils présentent de fortes incisures spasmodiques sur les deux bords ; ils sont peu mobiles, sensibles à la palpation profonde, avec un maximum au niveau du bord interne du cæcum.

Le 8 et le 20 avril, six heures après des repas barytés, on fait des constatations de même ordre : on remarque un retard de l'évacuation de l'iléon, les dernières anses sont dilatées et présentent des spasmes ; le cæcum présente un spasme très marqué, des incisures profonde sur le bord externe ; il existe un point douloureux sur le bord interne. L'appendicite chronique est donc très probable.

Les 7, 8 et 9 avril, la température monte aux environs de 38°,4. Puis l'apyrexie s'installe de nouveau.

Le 1er mai, l'état général est satisfaisant, le poids a augmenté et atteint 29 kgr., le point douloureux a presque disparu.

Le 5 mai, on envoie l'enfant en chirurgie ; le 6 mai il est opéré par le Docteur Armengeat.

L'opération est très difficile. Le péritoine est épaissi, le cæcum cartoné. L'appendice est rétrocolique et sous hépatique ; le décollement en est pénible ; la pointe se détache ; une partie reste accolée sous l'iléon.

Le 8 mai, l'enfant meurt. Alors que les symptômes ont été discrets, les lésions appendiculaires étaient très profondes.

Ces enfants ont eu des appendicites chroniques qui ont évolué de façon occulte ou à peu près occulte et se sont révélées par des poussées aiguës légères.

On observe toutes les transitions entre ces faits et ceux où l'enfant n'a jamais eu de symptômes appendiculaires et a une appendicite aiguë comme première manifestation.

On peut se demander alors si l'appendicite aiguë survient d'emblée sans tare appendiculaire ou si l'appendice n'est pas le siège de lésions appendiculaires chroniques, demeurées latentes.

Quand il existe des symptômes d'appendicite chronique, qui permettent le diagnostic, il est impossible d'apprécier la nature, l'importance et le degré des lésions. Léon nous en a offert un exemple lamentable.

* * *

J'aborde maintenent le SECOND GROUPE DE FAITS. Les enfants présentant des MANIFESTATIONS DIVERSES, qui n'attirent par l'attention sur l'appendice ; L'APPENDICITE EST DÉCOUVERTE AU COURS D'UN EXAMEN SYSTÉMATIQUE.

L'enfant présente des *symptômes généraux*, un état fébrile de l'amaigrissement, qui parfois font porter le diagnostic de tuberculose.

Ou bien il présente des *symptômes digestifs*, des troubles dyspeptiques, des troubles hépatiques, de la cholémie. Certains ont des vomissements périodiques, d'autres des syndromes coliques.

Je ne veux pas aujourd'hui entreprendre l'étude de ces divers syndrômes, j'ai déjà d'ailleurs consacré une leçon, le 10 janvier 1925, à *Syndromes coliques et appendicite chez les enfants* ; cette leçon est publiée dans *La Clinique* de juin 1926.

Si j'en avais le temps, je vous rapporterais, à titre d'exemple l'histoire d'André qui est entré à la salle Bouchut, le 27 février 1931, pour un syndrome colique intriqué avec une appendicite chronique à symptomatologie fruste. L'appendicectomie est pratiquée d'urgence, pour des accidents aigus, le 23 mars. L'apppendice est turgescent, vascularisé ; la muqueuse est rouge, épaisse, avec un gros follicule ; au microscope, on trouve les lésions de l'appendicite subaiguë banale.

* * *

A côté des cas où l'appendicite chonique est avérée, on en renconte d'autre cas où on y pense *sans pouvoir établir un diagnostic positif.*

Jean est né le 30 juillet 1925, à terme, avec un poids de 4 kgr. Il est élevé au sein jusqu'à 5 mois. Sa croissance est régulière.

Vers la mi-avril 1932, il a, pendant une journée, des vomissements jaunâtres, avec une intolérance gastrique complète et de la constipation, qui cède aux lavement ; l'haleine est fétide, l'abdomen très ballonné ; la température se maintient à 38° durant deux ou trois jours.

L'enfant se rétablit.

Le 18 mai, en rentrant de l'école à midi, il est pâle ; son facies est tiré ; sa température est de 39°,2 et, à 14 h. 30, de 39°,8. Il ne vomit pas, mais il accuse une légère douleur spontanée dans la région de la fosse iliaque droite. Son médecin pense à l'appendicite.

Le même soir, Jean et amené en chirurgie, à la salle Giraldès. Sa température est de 39°7.

Le 19 et la 20 mai, le température ne dépasse pas 37°,8 et 37°,4. On trouve dans les urines 0 gr. 94 d'acétone par litre et de l'acide diacétique abondant ; il n'y a ni glucose, ni albumine.

On élimine le diagnostic d'appendicite et, le 20 mai, on envoie l'enfant à la salle Bouchut.

Trois grands médicaments d'Opothérapie Gynécologique



AGOMENSINE

ACTIVE ET SOLLICITE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Aménorrhée, Règles rares, peu abondantes, trop espacées. Troubles de la ménopause.

SISTOMENSINE

MODÈRE ET RÉGULARISE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Règles trop abondantes, trop fréquentes, de trop longue durée. Ménorragie des jeunes filles.

ANDROSTINE

ACTION COMPLÉMENTAIRE SUPPLÉANTE, ÉQUILIBRANTE:

Aménorrhées rebelles Troubles ménopausiques et pubertaires. Hypersthénie génitale

·Comprimés·Ampoules·

Bibliographie & Echantillons

LABORATOIRES CIBA – O. Rolland, 1, Place Morand, LYON

NOUVELLE ADRESSE : 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

BIBLIOGRAPHIE

Tratado de obstetricia, par Manuel Luis PEREZ. Volume 1, Aniceto Lopez, éditeur, Buenos-Aires, 1932.

Parmi les traités d'obstétrique (je parle des gros traités et non pas des précis), il en est qui, après avoir représenté excellemment les doctrines de l'époque où ils ont été écrits, se sont peu modifiés. Si, au fur et à mesure des éditions ultérieures, leurs auteurs ont essayé de les mettre au goût du jour, ils se sont contentés, pour cela, de rajouter un certain nombre de renseignements utiles, mais sans les fondre avec le reste de l'ouvrage. Parmi les traités plus récents, il en est dont les auteurs ne se sont pas donnés la peine de *penser* un livre nouveau : servis par une érudition imparfaite, ils ont persisté dans de vieux errements. Aussi, à cause de cette carence, je n'hésite pas à considérer le livre de Mannel Luis Perez comme étant actuellement le meilleur traité d'obstétrique de langue latine. Il est clair, il est bien illustré, il est au courant de l'état actuel de la science obstétricale. Il est extrêmement documenté : des critiques mal disposés pourraient même dire qu'il est uniquement un livre d'érudition. Une telle appréciation serait de mauvaise foi : il n'est pas besoin d'une lecture très attentive pour comprendre toute la part d'expérience personnelle que comporte le traité de M. L. Perez. C'est un livre vécu par quelqu'un qui connaît les difficultés de la pratique obstétricale et qui a apporté aux progrès les plus récents une contribution personnelle.

Henri VIGNES.

Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. (Huitième année 1931). Vigot frères, éditeurs, Paris, 1932.

Le professeur Brindeau et ses collaborateurs continuent la publication de leurs mises au point si précieuses pour l'accoucheur et le praticien. Le professeur Brindeau étudie le syndrome de Klippel-Feil. Metzger expose, avec son robuste sens clinique, l'origine de diverses réactions douloureuses au cours de la puerpéralité. Keiffer développe ses conceptions sur la physiologie de l'amnios (sécrétion du vernix par l'amnios, rôle embryotrophe de ce produit). Le Professeur Anderodias donne une leçon magistrale sur la glycosurie des femmes enceintes. Nattan-Larrier résume ses patientes recherches sur la perméabilité du placenta aux sérums. Keller pose, avec précision, les indications de la césarienne basse et discute ce qu'il faut entendre par « épreuve du travail »; il rapporte une statistique de 100 cas avec une mortalité de 2 % et une morbidité non expurgée de 39 %. Vaudescal expose la question angoissante de la grossesse cervicale, Ecalle celle de l'inversion utérine et Hinglais celle de la cholestérolémie gravidique. Le Professeur Voron explique comment il faut comprendre les infections puerpérales « du dedans », les infections dites autogènes. Le Professeur Jean-Louis Faure décrit les formes de l'appendicite chez la femme. Le Professeur Laffont résume son rapport sur les procédés de stérilisation chez la femme.

Enfin il convient d'attirer plus particulièrement l'attention sur un travail de Manouélian consacré à la syphilis congénitale et à l'ultra-virus de la syphilis et sur la très belle leçon de Ribadeau-Dumas qui résume le rôle du sel et de la sérothérapie saline chez l'enfant en bas âge.

Henri VIGNES.

L'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine (P. S. P.) en chirurgie urinaire, par Henry BLANC. Préface de G. MARION. Un volume de 186 pages, 25 frs. Masson et Cie, éditeurs, 120, Bd St-Germain, Paris.

La dernière venue des substances colorantes, introduite en clinique par les Américains, est la phénol-sulfone-phtaléine (par abréviation P. S. P.). Ses applications à la chirurgie urinaire ont été bien établies et bien étudiées en France par le Docteur Marion et ses élèves. C'est du service Civiale, à l'hôpital Lariboisière, que depuis 1920 sont sortis les nombreux travaux qui ont mis au point la question, travaux basés sur une expérience qui n'a été réalisée nulle part ailleurs sur une aussi vaste échelle. C'est de ce service que devait sortir la première monographie sur ce sujet.

L'ouvrage est divisé en deux parties.

Dans la première, l'auteur étudie l'épreuve de la P. S. P. en elle-même, ses bases expérimentales, sa technique, les différentes modalités de son élimination et les caractères propres de cette élimination qu'on peut considérer en quelque sorte comme des lois.

Dans une deuxième partie, il étudie les applications de la P. S. P. à la clinique, les indications fournies par cette épreuve dans le domaine de la Pathologie urinaire; enfin la valeur réelle de l'épreuve comparée aux autres méthodes communément employées d'évaluation de la fonction rénale.

L'ouvrage est complété par une bibliographie utile.

Cette monographie constitue donc une mise au point sur ce sujet spécial, établie d'après les travaux de l'hôpital Lariboisière et d'après les travaux étrangers d'indiscutable valeur qui ont été cités et résumés.

Histoire de la guerre. La livraison illustrée : 12 francs. *Le Crapouillot* 3, place de la Sorbonne, Paris. Chèque-postal 417.26.

Le Crapouillot publie le Tome II de « *L'Histoire de la guerre* » de Jean Galtier-Boissière qui raconte les mobilisations, la bataille des frontières, la retraite, la Marne, Ypres, les offensives de 1915, Verdun et la Somme, des documents fort intéressants et fort peu connus du public sur les Congrès internationaux et l'action du Pape pour la paix.

Nous l'examinons le lendemain 21.

Il est âgé de 6 ans et 10 mois. Sa taille de 123 cm. 5, son poids de 25 kgr. sont forts. Il est fatigué, ses traits sont tirés, ses yeux excavés. Ils ne se plaint pas. Il n'a pas de selles. Son abdomen est ballonné, très météorisé, mais la palpation en est indolente ; tout au plus, découvre-t-on, au niveau de la fosse iliaque droite, une légère défense à la palpation profonde. Le foie et la rate sont normaux.

Par ailleurs l'examen général ne montre rien de particulier. La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H8) et le Hecht sont négatifs.

Les urines atteignent, les 21, 22 et 23 mai, 300 à 500 c.c. ; puis le 24 et le 25, elles augmentent à un litre et un litre et demi.

Le 21 mai elles contiennent 2 gr. 50 d'acétone par litre et beaucoup d'acide diacétique. Le 22, il n'y en a plus que des traces et, à partir du 23, il n'y en a plus.

Le soir du 21, la température monte à 39°3 ; cette poussée de température s'explique par la rougeur du pharynx.

Ensuite la température reste normale et l'amélioration est rapide.

Jean sort le 28 mai en bonne santé.

Somme toute, il n'a présenté aucun signe appréciable d'appendice ; il avait eu un accès d'acétonurie.

On rencontre des *faits d'interprétation difficile.*

Juliette est née le 4 juillet 1918.

Depuis janvier 1931, elle ressent, de temps en temps, dans la fosse iliaque droite des douleurs brèves s'irradiant dans la cuisse droite, sans aucun autre symptôme. En avril, elle contracte un rhume et continue à tousser.

Le 7 mai, elle est amenée à la consultation de chirurgie ; on la trouve fatiguée et maigre ; on constate des signes d'appendicite.

Le 8 mai on l'opère.

On trouve de nombreuses adhérences et du liquide séro-fibrineux dans le péritoine. On pense à une péritonite tuberculeuse, on ne cherche pas l'appendicite et on referme l'abdomen.

Le 9 mai, au soir, la température s'élève à 38°8. Le 10 mai, elle est à 38°7-39°1. Les jours suivants elle baisse graduellement.

Le 13 mai, Juliette est envoyée à la salle Parrot, parce qu'on pense à la tuberculose. Elle est âgée de 12 ans 10 mois. Elle pèse 36 kgr. 150, poids moyen de son âge, et mesure 152 cm. 5, au lieu de 145 cm. 5. Elle a quelques poils pubiens. Sa température est de 37°2-37°7. L'examen de l'abdomen ne révèle rien de particulier. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. L'examen du thorax ne précise rien de bien net.

L'apyrexie persiste et on pratique des examens divers.

Trois cutiréactions à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H7) et le Hecht sont négatifs.

Une radiographie du thorax ne révèle aucune lésion après ingestion d'un repas opaque et un lavement baryté.

A l'examen radiologique de l'abdomen, le cæcum paraît normal, ses contours sont nets, réguliers, sans spasme localisé ; la mobilisation est aisés ; indolent à la pression.

Le poids ne change pas.

Juliette sort le 12 juin, bien portante.

Il est difficile de préciser la nature de l'inflammation péritonéale. Elle n'est pas de nature tuberculeuse. Il s'agit d'une péritonite simple, et, malgré l'absence de symptômes appendiculaires, comme l'appendice n'a pas été exploré par le chirurgien je n'ose pas éliminer une appendicite chronique.

***

Telles sont quelques-unes des modalités que peut présenter l'appendicite chronique chez l'enfant. Ce ne sont pas les seules.

Les observations, que je viens de relater justifient les préceptes généralement admis :

1° Il faut rechercher de façon systématique l'appendicite chronique, non seulement chez tout enfant qui se plaint du ventre, mais aussi chez tout enfant qu'on examine pour des raisons diverses.

2° L'examen doit être méthodique, il faut le compléter, s'il y a doute, par un examen radiologique.

3° Si l'examen ne révèle pas de symptômes locaux d'appendicite, il ne faut jamais dire : « Il n'y a pas d'appendicite » car on n'en sait rien, mais il faut dire : « Je ne trouve pas de symptômes actuels d'appendicite ».

4° Si on trouve des symptômes locaux, il faut éliminer les causes d'erreur possible, et, cette élimination faite, ne pas craindre de conclure à l'appendicite chronique.

5° Le diagnostic d'appendicite chronique posé, il faut conseiller l'appendicectomie, car on ne peut pas apprécier la nature et le degré des lésions, et des accidents sont toujours à craindre.

Nous avons suivi cette ligne de conduite pour Lucette que vous venez de voir et pour nos autres malades ; nous avons tout lieu de nous en féliciter.

PSYCHIATRIE

La grande pitié des asiles d'aliénés parisiens

Par le Docteur A. RODIET
Médecin de l'Asile de Ville-Evrard

On a parlé récemment de la misère de certains hôpitaux de Paris et de leur vétusté. Les médecins étrangers ou provinciaux, qui visitent les établissements hospitaliers de la région parisienne destinés aux aliénés sont stupéfaits de l'état précaire où se trouvent ces établissements, et de ce que bâtiments et disposition des locaux ne répondent plus aux conceptions humanitaires et hygiéniques de notre XXe siècle.

En effet, les asiles d'aliénés de Paris et de sa banlieue ont été édifiés entre 1870 ou 1880, et 1912. A cette époque, on considérait encore les aliénés comme les frères inférieurs des malades des hôpitaux, et on pensait beaucoup plus à les emprisonner qu'à les soigner, ce qui justifie peut-être le type : caserne ou cloître fermé, adopté par les architectes, pour les hospitaliser. Il est vrai qu'on a réparé les bâtiments, remplacé certains murs avec sauts-de-loup et clôtures très élevées, par des grillages qui permettent aux malades de voir en dehors de leurs cours et de leurs quartiers. Des sacrifices ont été consentis par le Conseil général de la Seine pour améliorer les constructions établies à une époque où l'hygiène était encore ignorée, mais comment se font ces améliorations ? Au compte-gouttes, pour ainsi dire. Il faut, non pas des mois, mais des années de réclamations et d'efforts au médecin pour qu'il obtienne qu'on ouvre une baie dans la cloison d'un réfectoire de malades ou qu'on aménage des salles de bains modernes dans son service. A cause du surencombrement actuel des asiles, on pourrait citer plusieurs établissements où les malades sont tellement entassés qu'ils disposent chacun de six mètres cubes d'air pour respirer, au lieu des trente mètres cubes d'air par individu prescrits par tous les règlements d'hygiène. Mais, dira-t-on, et l'Administration et le directeur, l'économe, et la Commission dite de surveillance ? A vrai dire, les uns et les autres ne manquent pas de bonne volonté et leurs intentions sont excellentes. Elles se manifestent d'ailleurs par des visites, des contre-visites, des inspections et des nominations de commissions et de sous-commissions avec rapports nombreux et trop

souvent contradictoires qui aboutissent au vote des crédits nécessaires par le Conseil général. Dès lors, viennent les architectes. Ils élaborent des projets soumis à l'Administration depuis dix ans et même vingt ans. Bien qu'ils portent la mention : « Extrême urgence » ces rapports dorment, soigneusement réservés, ou plutôt oubliés, dans un carton, d'où on ne songera plus jamais à les sortir.

C'est ainsi qu'en 1910, on avait décidé la création d'un quartier spécial, dans un asile du Midi, pour les aliénés tuberculeux de la Seine, qui sont nombreux, et devraient être isolés des autres malades. La question a été pendant plusieurs mois étudiée, les rapports approuvés, et les crédits nécessaires ont été consentis par l'Assemblée départementale. L'affaire est enterrée. Il en est de même du septième asile de la Seine, pour lequel le Conseil général a voté les fonds demandés par l'Administration voilà plus de vingt ans (décembre 1907), asile dont l'installation urgente est réclamée, depuis 1912, par tous les médecins et la Commission de surveillance.

A ce sujet, en janvier 1932, le Docteur Marie écrit (1) :

« Les asiles de la Seine ont dépassé aujourd'hui la limite de leur capacité... L'accroissement des malades est particulièrement sensible pour les asiles de Ville-Evrard, Vaucluse, Villejuif et Maison-Blanche.... Un examen superficiel des chiffres des aliénés en traitement, pourrait faire objecter que la situation actuelle existait à la période d'avant-guerre immédiate.

« Mais, il faut observer que — la guerre ayant momentanément réalisé une baisse des entrées (2) — cette analogie de chiffres ne fait que mettre en évidence l'encombrement des asiles avant la guerre.

« Actuellement, la courbe du nombre des aliénés en traitement se montre partout en ascension constante et il faut bien souligner qu'elle est parallèle à l'augmentation du chiffre de Paris et de sa banlieue.

« Dès lors, il faut insister sur la nécessité de la construction de services nouveaux dans les asiles et créer des disponibilités pour l'avenir... D'ailleurs, il nous semble que l'apport fourni par les assurances sociales, allégeant les charges départementales pour les malades dans leur premier semestre de traitement, devra largement favoriser la réalisation première des mesures destinées à combattre cette « véritable plaie » des asiles, ainsi qu'on a pu appeler l'encombrement de leurs services. D'autre part, il y a lieu de remettre à l'étude, d'urgence, l'établissement d'un septième asile dans la grande banlieue parisienne. »

En attendant que ces vœux, tant de fois exprimés, soient réalisés, que fait-on ? On soutient, à mesure qu'ils menacent de s'écrouler, les murs et les bâtiment des constructions hospitalières édifiées voilà cinquante ans. D'autre part, on compresse, par nécessité budgétaire, les uns sur les autres, les aliénés de toutes catégories, alors qu'on devrait isoler les uns des autres, les aliénés difficiles, délinquants et criminels, placés d'office par application de la loi de 1838, des malades placés volontairement par leurs familles, de même que, dans les services de femmes, on agglomère les prostituées et vicieuses avec des aliénées dont l'éducation et les mœurs ont toujours été en accord avec leur milieu social et leur famille.

Il est vrai que, depuis 1923, les services de prophylaxie mentale ont permis de traiter en cure libre, un certain nombre de malades de l'esprit. Mais, alors que nous espérions, sur la foi des promesses faites, que les asiles seraient ainsi désencombrés, il se trouve que ces services, appelés services libres, ont été contraints de multiplier le nombre des internements, et de contribuer ainsi à désencombrer les asiles, au point que, dans sa dernière session, le Conseil général de la Seine a réduit la contribution départementale attribuée à l'hôpital Henri-Rousselle et décidé de le rattacher à l'Asile Sainte-Anne.

En ce XX[e] siècle, on peut affirmer que l'assistance aux aliénés parisiens n'a pas réalisé les progrès qu'on pouvait escompter depuis l'époque lointaine où Pinel s'est efforcé d'assimiler les malades de l'esprit aux autres malades. On m'a dit, il est vrai, que des hôpitaux de Paris, même l'Hôtel-Dieu, ne subsistent que par des réparations temporaires et ne correspondent plus aux besoins de notre époque.

En ce qui concerne les asiles d'aliénés, la seule innovation réalisée depuis 1923, a été l'ouverture des services libres de prophylaxie mentale, et il faudra bien qu'on arrive à créer un semblable service dans tous les asiles de la Seine, puisque c'est une nécessité. Aux psychopathes, pour lesquels l'internement n'est pas indipensable, ce service serait réservé, mais voilà encore un vœu des médecins exprimé depuis dix ans, et qui n'est pas encore en voie d'exécution. Pas plus, d'ailleurs, que la revision de la loi de 1838, adoptée par le Parlement, et en discussion au Sénat depuis quatre ans, n'est sur le point d'être décrétée, malgré les efforts du sénateur Strauss et de la Commission qu'il préside.

Comment faut-il envisager les constructions futures d'hôpitaux et d'asiles modernes et leurs installations ? Un médecin suisse (1), en 1930 a bien étudié la question : « La lumière, l'air et la tranquillité, écrit-il, sont incontestablement les plus puissants facteurs thérapeutiques, et, à cet égard, on ne peut être assez difficile dans le choix du terrain à bâtir pour un hôpital.

« On ne saurait trop approuver cette idée qui conduit à la suppression de tous les hôpitaux en pleine ville, où ne doivent exister que les ambulances. Construire un hôpital en béton armé, comme on construisait jadis un hôpital en maçonnerie est une absurdité démontrée par les faits ? Il faut que les plafonds soient imperméables au bruit, les cloisons insonores et les fenêtres à double vitres séparées par un intervalle de 4 à 5 centimètres.

« Le chauffage doit être bien installé. De préférence aux radiateurs à eau chaude, il importe d'organiser des panneaux chauffants, insérés dans le sol, ou mieux encore dans les murs et les plafonds. Quant à la ventilation, il faut qu'elle soit bien étudiée, car elle peut se combiner avec un rafraîchissement d'air aussi bien pour les chambres de malades que pour les salles d'opération. »

Par cette citation d'un ouvrage publié en 1930, on se rend compte combien nos établissements hospitaliers sont désuets, par rapport aux conceptions modernes, puisque même l'Hôtel-Dieu, est encore, dans certaines de ses salles de malades, ce qu'il était, du temps de Saint-Vincent-de-Paul, et alors, que dirons-nous de nos asiles d'aliénés ? Il faudrait, tout d'abord qu'à chacun d'eux soit annexé un service spécial pour les déséquilibrés auxquels l'internement n'est pas indispensable. En attendant que cette réforme soit réalisée par la loi en instance au Sénat, on supplée, du mieux possible, aux exigences imposées par leurs demandes de liberté, en les occupant à des travaux extérieurs, ferme, jardins, ateliers, etc., qui leur permettent une réadaptation progressive à la vie sociale. Mais les bâtiments où ils sont hospitalisés, et vivent, subsistent dans des conditions pitoyables. On invoque la crise pour ne pas entreprendre les reconstructions et même les réparations urgentes, jusqu'à ce qu'ils s'effondrent et se démolissent d'eux-mêmes ainsi qu'il est advenu du vieil hôpital Trousseau, qu'il a bien fallu rebâtir, d'après les conceptions modernes.

De même, en attendant que le septième asile soit édifié, et combien d'années faudra-t-il encore espérer cette installation, deux moyens existent qui permettraient de désencombrer les asiles d'aliénés, sans délai. Tout d'abord il faut, impitoyablement, en dehors de toutes les considérations d'influence politique, rapatrier les désé-

(1) Sur l'encombrement des asiles d'aliénés. *Archives de Neurologie*, janvier 1932.

(2) Dr A. RODIET et HEUYER. — La folie au XX[e] siècle. Masson, éditeur, 1932.

(1) Construction des hôpitaux modernes. Maison Schaerer, 1930. Berne (Suisse).

quilibrés étrangers (Italiens, Polonais, Allemands, Roumains, etc.) qui sont venus chez nous pour se faire soigner, parce que jugés indésirables dans leur pays. Le récent assassinat du Président Paul Doumer est une preuve que nous sommes trop hospitaliers ; les étrangers occupent les places des malades français dans nos établissements hospitaliers, et ils abusent de la réputation que s'est faite la France, d'être un lieu d'asile. Tout au moins, devrait-on, aussitôt après leur internement jugé indispensable, les transférer, par mesure économique, dans des asiles de province où leur entretien coûterait moins cher qu'à Paris, 10 francs à Marseille, Armentières et Montdevergnes, au lieu de 22 francs par jour à Ville-Evrard et Villejuif. D'autre part, l'Assistance familiale aux aliénés ayant fait ses preuves, depuis 1893, il conviendrait d'étendre ce système du placement familial, très économique et très profitable aux aliénés, à des malades plus nombreux, choisis dans les asiles de province, parmi les hospitalisés au compte du département de la Seine. C'est ainsi que 2.000 femmes au lieu de 1.200 pourraient être assistées à Dun-sur-Auron (Cher) et 800 hommes, au lieu de 300, à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).

Ce sont là des mesures qui, l'une et l'autre, peuvent être entreprises sans retard et sans nécessiter de dépenses. Elles auraient l'avantage, puisqu'elles n'entraînent pas de constructions nouvelles, d'être réalisées à la fois dans l'intérêt des malades et dans l'intérêt du budget départemental.

Quoiqu'il en soit de l'avenir de tous les projets si souvent exposés, discutés et adoptés, la situation actuelle de nos établissements hospitaliers ne doit pas s'éterniser. Il y a urgence à entreprendre le plus tôt possible les mesures indispensables afin de désencombrer les asiles, mesures qui entraînent leur reconstruction, ou même, ainsi qu'on l'a fait pour l'hôpital Trousseau, leur démolition, afin de réadapter l'assistance aux aliénés, aux nécessités modernes.

CHRONIQUE

Comment faut-il comprendre la chirurgie conservatrice en cas de salpingite

La plupart des chirurgiens sont acquis maintenant à l'idée d'être conservateurs en cas de salpingite. Sauf urgence et sauf récidives trop fréquentes, on attend. On attend jusqu'à l'heure où l'affection est assoupie, puis cliniquement guérie ou bien on attend jusqu'à l'heure du désespoir. On fait alors une hystérectomie, à moins que l'on ne tente une opération conservatrice (résection partielle des organes malades).

S'il faut en croire Leveuf (1), il y aurait mieux à faire et, par une intervention précoce, on pourrait obtenir une conservation de meilleur aloi que par l'obstruction et le traitement médical.

En quatre ans, Leveuf soigne 506 salpingites. Sur le nombre, 290 quittent le service, guéries ou très améliorées, au bout d'un ou deux mois à la suite de repos et de vaccinothérapie. 202 malades ont dû être opérées : 124 hystérectomies ou castrations, 25 castrations unilatérales et 53 cas où Leveuf a cherché à restaurer la perméabilité tubaire, cas où il y avait à la fois salpingite et rétroversion.

Sur ces 53 cas, il y en avait 24 où la lésion était ancienne avec adhérences nombreuses et atrophie de la musculeuse. 15 de ces femmes ont été revues : 5 ont dû être hystérectomisées, 7 fois le lipiodol a montré des trompes bouchées, 3 fois les trompes sont perméables (mais il s'agit de cas récents), aucune de ces femmes n'est devenue enceinte.

Leveuf, ayant enregistré ces résultats des opérations tardives, en est venu à l'idée d'opérer précocement, au bout de deux ou trois mois : « La chirurgie précoce fait preuve, ici, de plus de vertus conservatrices que le traitement médical ». La libération des adhérences est alors facile. Un pyosalpinx impose l'ablation ; mais une salpingite parenchymateuse peut être conservée. On restaure la perméabilité du pavillon soit par décollement des adhérences, soit par salpingostomie. C'est le décollement des adhérences délicatement mené qui est le principal point de cette technique. « La simple libération d'adhérences, faite de manière précoce, restaure la perméabilité tubaire dans presque tous les cas ». On termine par une hystéropexie isthmique. 29 femmes ont été opérées et 25 ont été suivies : 1 hystérectomie ultérieure, 12 avaient des trompes perméables au lipiodol et 6 sont devenues enceintes.

***

A propos de cette communication de Leveuf, Métivet (1) insiste sur l'opposition entre lésions gonococciques et lésions streptococciques des trompes. Le gonocoque provoque des salpingites (salpingites catarrhales ou pyosalpinx) où les lésions périannexielles sont peu de chose, et où les lésions tubaires sont presque tout : lésions discrètes à l'examen clinique et, pourtant, mauvais cas, car les poussées infectieuses ultérieures sont presque fatales : donc, quand la crise aiguë est passée, il faut enlever ces trompes oblitérées.

Au contraire, le streptocoque donne des annexites (gros bloc inflammatoires). Les trompes sont généralement peu touchées et restent ordinairement perméables. Le traitement médical (vaccins, souvent insuffisants, et surtout traitement local par grandes injections chaudes) peut faire fondre ces adhérences, sans qu'il soit besoin d'intervenir. Aussi, dans un cas comme dans l'autre, Métivet pense que les indications des libérations précoces d'adhérences doivent être assez rares.

***

Au cours d'une séance ultérieure, Pierre Brocq (2) insiste sur la nécessité d'être conservateur et tombe d'accord avec Leveuf sur les mauvais résultats des salpingostomies dans les vieilles salpingites. Mais il conteste que le pronostic des salpingites, même avec rétroversion, soit aussi sombre que le dit Leveuf. « Ne connaît-on pas, dit-il, de nombreux cas de salpingite avec rétroversion fixée, consécutives à des fausses couches et à des accouchements infectés et qui ont été cependant suivis de grossesses ultérieures ». Par ailleurs Brocq ne peut croire que la libération d'adhérences suffise à déboucher la trompe si elle est vraiment obstruée. Il pense que Leveuf a trouvé des orifices agglutinés, mais pas de véritables obturations.

***

Pour Mocquot (3), l'appréciation de la valeur finale des résultats est difficile. Certes l'hystéro-salpingographie apporte un renseignement intéressant, quand elle montre une trompe perméable. Mais si la perméabilité est une condition nécessaire pour la fécondation, elle n'est pas toujours suffi-

(1) Leveuf. — La restauration de la perméabilité tubaire dans les salpingites bilatérales avec oblitération des trompes. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 13 février 1932, t. LVIII, p. 230.

(1) Métivet. — A propos de la communication de M. Leveuf sur le traitement des salpingites. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1932, t. LVIII, p. 329.

(2) P. Brocq. — A propos de la communication de M. Leveuf. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1932, t. LVIII, p. 559.

(3) Mocquot. — Du traitement des salpingites *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1932, t. LVIII, p. 592.

sante. C'est donc l'apparition des gestations ultérieures qui permettra de juger la valeur de ces opérations.

Que des salpingites, même sérieuses, même jugées d'abord justiciables d'une opération, puissent guérir par un traitement médical patient et bien conduit au point de permettre plus tard des grossesses, cela n'est pas douteux.

Dans quelle proportion peut-on observer cette terminaison heureuse ? Ici nous trouvons des différences d'appréciation considérables. Mocquot se méfie des statistiques trop favorables. Il faut tenir compte que ces statistiques éliminent toujours les cas graves, ceux qui ont rendu des opérations indispensables.

La rétroversion utérine avec annexite bilatérale qu'a envisagé Leveuf est l'opprobe de la gynécologie parce qu'elle entraîne une stérilité quasi constante et définitive et parce que les opérations conservatrices tardives donnent de mauvais résultats. C'est donc une raison d'intervenir précocement. Mocquot n'est pas éloigné de penser qu'après la défervescence, il y a une période de quelques jours où il existe une immunité locale temporaire, laquelle permet d'opérer sans crainte de réchauffer les lésions. Les résultats obtenus par Leveuf doivent être tenus pour très intéressants.

* * *

Schwartz (1) est partisan du traitement médical poussé jusqu'à l'extrême. La plupart des salpingites guérissent par le traitement médical même lorsqu'il y a rétroversion utérine.

Les annexites aiguës sont toujours bilatérales.

Le pyosalpinx est long à résorber et, parfois, ne guérit pas.

La salpingite gonococcique peut guérir jusqu'à permettre des grossesses, contrairement à l'avis de Métivet.

Quand le pyosalpinx guérit, il guérit lentement, mais il faut savoir patienter, car l'enjeu en vaut la peine.

Toute infection génitale doit être soignée en sens inverse de son mode de propagation : c'est une faute de vouloir guérir une métrite du col alors qu'il persiste de l'annexite.

Sur 151 malades de villes suivies, Schwartz a obtenu 30 grossesses.

Henri Vignes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1932

Septicémie à streptocoques hémolytiques d'origine otitique traitée et guérie par le sérum de Vincent. — ***MM. M. A. Marquézy, Pierre Camus et Roizes.*** — Le malade, enfant de 11 ans, eut à la suite d'une otite gauche avec mastoïdite, une septicémie à streptocoques vérifiée par l'hémoculture et compliquée d'*ictère infectieux* avec décoloration des selles, et prostration profonde.

Sous l'influence des injections de sérum antistreptococcique à hautes doses, on constate une amélioration notable et la disparition des symptômes infectieux et de la fièvre ; l'hémoculture devint négative. Mais la fièvre persistant la nuit et l'hémoculture étant devenue positive, malgré un état général satisfaisant, on fait une seconde série d'injections de sérum de Vincent qui amène, après sept jours, la guérison définitive et complète de cette septicémie que l'ensemble des symptômes et, en particulier l'ictère, conduisait à considérer comme particulièrement grave.

Sur un cas de septicémie à streptocoques. Guérison par le sérum antistreptococcique de Vincent. — ***MM. Flaissier et Sollier*** (Nîmes) rapportent l'histoire d'un enfant de huit ans qui, à la suite d'absorption d'eau croupie d'un ruisseau, fit une très forte fièvre (41°) sans localisation précise, au début. Il se plaignit ensuite d'otalgie gauche. Bientôt après, violent frisson avec hyperthermie excessive (42°4).

L'ensemencement du sang donne le streptocoque hémolytique. Prostration, délire, malgré injections de bleu de méthylène, puis de trypaflavine. Un écoulement séro-purulent de l'oreille survient ensuite, sans mastoïdite.

Au neuvième jour de la septicémie, on institue la sérothérapie par le sérum antistreptococcique du Prof. Vincent. Albuminurie. Traces de pigment biliaire et d'indican dans l'urine. La fièvre tombe complètement au neuvième jour du traitement. La convalescence est troublée par un court incident anormal : fièvre éphémère, strabisme gauche, photophobie, exagération des réflexes tendineux (ébauche d'atteinte méningée ou réaction sérique ?). Mais la sérothérapie est continuée et tout rentre rapidement dans l'ordre.

Guérison complète sans aucune complication ni séquelle.

Traitement des cancers du col de l'utérus. — ***M. Hartmann*** apporte des résultats obtenus dans la clinique de l'Hôtel Dieu pendant les années 1921 à 1926, ne voulant parler que de malades traitées depuis plus de cinq ans. Ces malades sont au nombre de 329. Les interventions opératoires ont donné une mortalité de 4 % et 70 % de guérisons constatées après plus de cinq ans. Les traitements curiethérapiques ont été suivis d'une mortalité immédiate de 2 %. Pour les cas opérables (stades I et II de la classification de Genève) il y a eu 63 % de guérisons ; pour les inopérables 15 %. Il est intéressant de noter que depuis l'administration de doses plus fortes, étalées sur un plus long espace de temps, le nombre des guérisons dans les inopérables s'est élevé et est monté à 21,7 %. L'emploi du radium a donc permis de guérir, dans une proportion notable des malades auparavant incurables. Au contraire, pour les cas au début, l'intervention opératoire semble donner une proportion de guérisons plus grande que la curiethérapie.

Vagotonine et pression artérielle. — ***MM. D. Santenoise, C. Franck, L. Merklen et M. Vidacovitch,*** établissent l'importance du rôle joué par la vagotonine sur la régulation de la pression artérielle, et étudient les mécanismes de cette action régulatrice. La vagotonine possède un pouvoir hypotenseur bien spécifique. Elle accroît en particulier la sensibilité des réflexes dépresseurs, régulateurs normaux de la pression artérielle, et diminue le tonus vaso-constricteur.

Eau de Vittel. — ***M. Desgrez*** communique un travail de M. C. Auguste établissant que l'ingestion d'eau de Vittel grande source provoque constamment chez les sujets normaux une hydrémie nettement plus précoce et plus intense que celle qui suit l'ingestion d'eau pure, ce qui tend à prouver que les propriétés diurétiques bien connues de cette eau minérale résultent principalement de l'action qu'elle exerce sur la composition du sang.

Enfin, M. Desgrez présente les résultats qu'il a obtenus avec MM. Rathery et Wolff dans l'étude de la cure de Vittel, source Hépar : accroissement net de la diurèse liquide et solide, moins marqué qu'avec Vittel, grande source, mais ces auteurs observent par contre une action qui paraît plus efficace sur le métabolisme hépatique.

Les défauts de la stabilisation chez l'homme. — ***M. F. Dominguez*** (de la Havane) passe en revue tous les faits anatomiques et physiologiques qui contribuent à la stabilisation de l'homme, signalant la très grande fréquence des défauts qu'on peut observer. Il insiste sur l'aggravation de ces défauts par la déformation des souliers qui en est la conséquence.

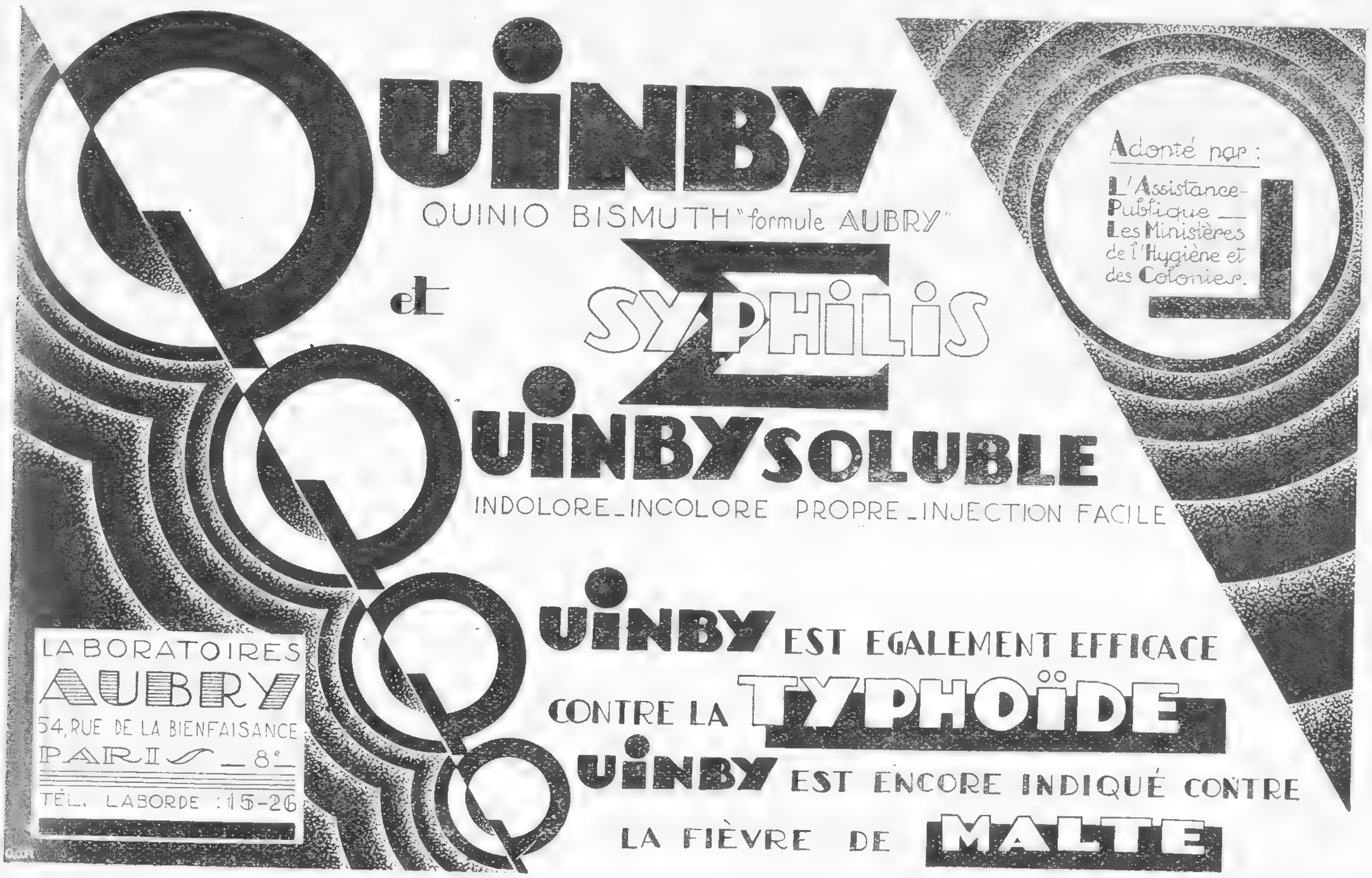
M. Dominguez présente le dessin d'un appareil destiné à constater la différence de longueur des membres inférieurs après suspension du sujet afin d'éviter toute cause d'erreur.

Il étudie les principaux défauts qu'on peut trouver et arrive à la conclusion qu'étant donné la différence entre les pieds des sujets et aussi les défauts qui peuvent exister, il serait à souhaiter que toute personne soit munie d'une fiche, après examen complet des différentes questions relatives à la stabilisation, de façon à pouvoir, en cas de défaut, y remédier par l'addition d'une semelle *ad hoc*.

Il souhaiterait l'organisation d'un corps d'experts ayant fait des études spéciales à cet objet, suivant l'exemple donné par la collaboration entre les oculistes et les opticiens.

Etant donné la différence presque générale entre le pied droit et le pied gauche de chaque individu, ces mesures serviraient également pour établir un rapport avec les mesures intérieures des souliers standardisés, permettant ainsi d'en corriger scien-

(1) A. Schwartz. — Du traitement des salpingites. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, séance du 27 avril 1932.


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
Adopté par :
L'Assistance-Publique _ Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
LABORATOIRES
AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS _ 8e
TÉL. LABORDE : 15-26

tifiquement la différence, de la même façon qu'on corrige les défauts.

La lutte contre les moustiques stercoraires. — *M. J. Legendre*, qui révéla l'an dernier l'existence d'une variété du moustique commun (Culex pipiens) habitant les fosses d'aisances à chasse d'eau et qu'il nomma « moustique stercoraire », expose aujourd'hui les heureux résultats qu'il a obtenus contre ces moustiques dans les établissements publics par sa méthode de protection mécanique qui transforme la fosse en piège à moustiques, y laissant entrer les femelles pondeuses et retenant leur progéniture. Par ce moyen simple et peu onéreux, l'auteur a réalisé dans ces bâtiments publics la disparition rapide, totale et définitive des essaims de moustiques qui en rendaient le séjour inconfortable et provoquaient par leurs multiples piqûres, une véritable *éruption culicidienne* prurigineuse et déplaisante.

Le risque de pullulation des moustiques dans les w.-c. que l'urbanisme augmente chaque année doit être connu des architectes et des propriétaires afin que soient prises ou imposées les mesures de prévention qui permettent d'éviter le tourment de ces insectes agressifs.

L'ostéomalacie en Algérie. — *M. Laffont* (présentation faite par M. Bar).

Recherches préliminaires sur la fluorescence des piquettes des raisins secs aux rayons ultra-violets filtrés. — *M. I. Khouri.*

Mécanisme des variations postprandiales de la glycémie. — *MM. Burnard* et *Soula*.

« .... Les glycosuries gravidiques font donc de gros œufs. Et ce n'est pas seulement de gros fœtus qu'on trouve, mais aussi de gros placentas : 960 grammes, 1.100 grammes, 1.150 grammes, et l'on a pu se demander du fait de ces gros œufs et de ces gros placentas dont quelques-uns véritablement en disproportion notable avec le fœtus, si, à ces accidents il n'y aurait pas une origine syphilitique. C'est peu probable... » (J. ANDÉRODIAS. Les glycosuries gravidiques. *Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier*, 1 vol. 1932, Vigot édit.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Extraits du carnet d'un blessé. — *Notes écrites par un littérateur, recueillies par M. Henry de Montherlant et publiées par la* Revue des Deux Mondes (1er juillet 1932) :

... « Le peuple, en Russie, est persuadé que la présence de spectateurs, au moment du décès, est une cause de souffrance pour le mourant, que l'âme éprouve ainsi plus de difficulté à s'échapper du corps. »

Combien juste cette croyance à mon avis !

La fatigue causée à un malade, et les imprudences qu'il commet, du seul fait de son médecin, sont quelque chose d'incroyable. Quand vous êtes atteint aux bronches ou aux poumons, et qu'on vous répète « surtout ne pas prendre froid ! » le médecin, pour vous ausculter, vous fait mettre le torse nu, dans une pièce qui n'est pas chauffée plus que normalement. Les gens qui ont une congestion pulmonaire, et qu'on étend, le torse nu, sur la plaque glacée de la table où on les radiographie.

« Surtout pas de fatigue », vous dit le médecin. Là-dessus il faut aller chez lui, et la fatigue que vous cause cette sortie vous empoisonne la journée entière. Cela passerait encore, s'il ne fallait pas attendre. Attendre une heure et demie chez un médecin éprouverait déjà le système nerveux d'une personne bien portante. A quel point, alors, chez quelqu'un de qui les nerfs sont à vif par la diminution de ses forces ! Une journée qui s'annonçait bonne et paisible est démolie de fond en comble, parce qu'on y doit voir le médecin.

....

L'homme condamné s'enfonce de plus en plus dans le mensonge de la société. Les parents qui lui font des promesses « sacrées », qu'ils sont bien décidés à ne pas tenir, sous prétexte

qu'il n'avait déjà plus toute sa raison quand ils durent lui faire ces promesses.

Les héritiers qui le cajolent en face, et le bafouent derrière. Les médecins à rictus, qui affirment que tout va à merveille (il en sera au râle de l'agonie qu'on lui dira encore que c'est purement nerveux). Les « spécialistes » qui sont de la craie pilée. Les traitements inutiles, mais de bon rapport pour le charlatan. Et ce n'est pas tout, il y a le mensonge de la nature. Ce *mieux* soudain, inexplicable, qui apparaît à quelque instant de n'importe quelle maladie mortelle, c'est un mensonge affreux de la nature.

On croit que tout recommence, et tout est fini. Que je comprends ceux qui, se sentant atteints, se rencognent comme les bêtes malades, condamnent leur porte !.....

Vers la déclaration obligatoire de la tuberculose — M. Justin Godart, dit le *Matin*, a annoncé lors d'une récente visite au sanatorium de Saint-Sever, en présence du Président de la République, son intention de prendre aussitôt que possible un décret rendant obligatoire la déclaration de la tuberculose.

Voici les déclarations faites par M. Justin Godart à un rédacteur du *Matin* :

— L'argument de famille? Je ne veux pas le retenir, car il repose sur une hypocrisie dont le but principal est de permettre des mariages souvent criminels. L'argument du travail ? Il était, certes, fort sérieux à une heure où on pouvait craindre de faire perdre son emploi à un malheureux tuberculeux sans aucune compensation. Mais il n'en est plus de même depuis que les assurances sociales existent. Je suis donc plus décidé que jamais à prendre aussitôt que possible, un décret. Il n'est retardé que par de simples formalités. En effet, je suis obligé de demander l'avis de l'Académie de médecine et du conseil supérieur d'hygiène, quoique leur réponse soit connue d'avance, puisque l'une et l'autre assemblées ont spontanément émis des vœux en faveur de la déclaration obligatoire.

On m'a objecté également que la mesure risquait de se heurter à de sérieuses difficultés d'application aussi longtemps que nous ne disposerons pas de moyens d'action correspondants, notamment pour la désinfection. Là encore, je ne me laisserai pas détourner de mon chemin par des arguments d'une telle nature. Bien au contraire, je suis persuadé que ces moyens ne seront jamais créés si nous ne les rendons pas indispensables. C'est le besoin qui créera l'organe. D'autre part, que les familles se rassurent. La déclaration de la tuberculose se fera dans les mêmes conditions de secret professionnel que pour les seize ou dix-sept maladies qui sont déjà soumises à une formalité analogue. (*Le Matin.*)

Une thèse sur l'œuvre médico-chirurgicale d'Antonin Poncet. — Cette thèse a été présentée à la Faculté de médecine de Lyon par André Chabalier. Voici les conclusions de l'auteur :

L'œuvre médico-chirurgicale d'Antonin Poncet est double : purement chirurgicale dans les premières années, elle fut presque uniquement médicale dans la seconde partie de sa vie. Le changement de sa vie procède, d'une part, d'un atavisme médical, d'autre part des qualités d'observation et de généralisation de son intelligence pénétrante et intuitive. Parmi les études de la première période, il faut citer sa thèse inaugurale sur les « *Ictères hémaphéiques traumatiques* », sa thèse d'agrégation sur l'*Hématocèle péri-utérine* », ses travaux sur la colpotomie, sur la pathologie thyroïdienne, l'influence de la castration sur le squelette, enfin l'organisation d'une salle de chirurgie antiseptique et surtout son discours sur la « *Chirurgie à ciel ouvert* ». Une série de travaux marquent en quelque sorte la transition entre les deux périodes de son activité. Ce furent les travaux sur l'actinomycose, sur la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire, et leur traitement conservateur par l'expo-



sition à la lumière solaire. Poncet fut aussi le créateur de l'héliothérapie, si bien nommée, codifiée et développée ensuite par Rollier, de Leysin. A cette même période de transition se rattachent les travaux sur le « *Traitement chirurgical des péritonites tuberculeuses* » (Thèse du Prof. Pic.)

Enfin la période médicale, période vraiment créatrice de la vie de Poncet. Parti de la tuberculose ostéo-articulaire,il étudie les arthralgies des tuberculeux, démontre l'existence du rhumatisme tuberculeux, non seulement par la clinique mais par tous les procédés de laboratoire alors connus.

Ses élèves J. Courmont et L. Dor le reproduisent expérimentalement par inoculation à l'animal. L'ophtalmo-réaction, la séro-réaction de S. Arloing et P. Courmont, l'Anatomie pathologique viennent à l'appui de la clinique, qui domine tout dans cette œuvre novatrice.

Les travaux de cette période comprennent une infinité de publications de Poncet et de ses élèves ; ils sont pour la plupart rassemblés dans les deux publications magistrales de Poncet et Leriche sur :

« *Le rhumatisme tuberculeux* » *et* « *La tuberculose inflammatoire.* »

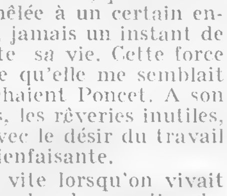
Les travaux de l'Ecole lyonnaise actuelle, ceux même de l'Ecole parisienne procèdent de Poncet et les études les plus récentes de la clinique comme du laboratoire sont une éclatante confirmation non seulement des faits mais aussi des explications pathogéniques dues à l'éminent maître de l'Ecole médico-chirurgicale lyonnaise.

Depuis la mort de Poncet — écrit A. Chabalier dans le chapitre consacré à *l'Œuvre de Poncet en pathologie générale* — deux attitudes se manifestent parmi les opposants de la première heure. Les uns continuent à nier l'existence du rhumatime tuberculeux ; les autres, après l'avoir nié, l'acceptent, mais voudraient bien pouvoir s'en attribuer la découverte.... D'autre part, les autres ne rappellent, pour la plupart, les travaux de Poncet, que pour dire que leurs propres travaux « semblent confirmer ce qu'ils nomment parfois « l'hypothèse » de Poncet » (Pic)....... On a peut-être compté sans les élèves qui n'ont pas oublié le maître et savent non seulement défendre mais enrichir le patrimoine qu'il leur a laissé. C'est particulièrement ce qu'a bien montré le Professeur Pic dans le *Journal de médecine de Lyon* du 20 avril et du 5 mai dernier, presque entièrement écrit par lui ou sous son inspiration.

A. Chabalier reproduit un passage du discours que fit sur sa tombe Auguste Pollosson.

« Dès le premier abord, l'homme séduisait ceux qui l'approchaient, une de ses principales caractéristiques, c'était la tonicité de son intelligence et de sa sensibilité ; jamais de tristesse, de découragement, de dépression, jamais de vague à l'âme, pas de neurasthénie, pas d'énervement, un sourire calme, une sérénité toujours mêlée à un certain enjouement, un entrain souriant, un optimisme actif, jamais un instant de gravité morose, voilà ce que Poncet a montré toute sa vie. Cette force nerveuse m'a toujours paru tellement merveilleuse qu'elle me semblait avoir une influence toniliante sur ceux qui approchaient Poncet. A son contact, on sentait disparaître les découragements, les rêveries inutiles, déprimantes. On se sentait redevenir un homme avec le désir du travail fécond, le désir de la lutte active, victorieuse et bienfaisante.

Une autre qualité dominante apparaissait bien vite lorsqu'on vivait près de Poncet, dès qu'on l'entendait parler ou qu'on le voyait agir, c'était son immense bon sens, cette vue simple et précise des choses qui lui faisait découvrir directement la vérité, toujours et partout. Quelle précision dans les idées, quelle horreur du mot vide, de la phrase imprécise, du verbiage qui enveloppe une idée fausse ! Aussi la parole était claire, simple, dépourvue d'emphase imagée, avec des expressions qui frappaient. Une autre qualité de Poncet, était son activité calme, reposante à voir, féconde, sans effort ; cette puissance de travail, Poncet l'a manifesté toute sa vie bien que d'une façon différente.



Perles. — *Cité par le* JEUNE MÉDECIN (*Numéro spécial* « ÆSCULAPE CHEZ LA PORTIÈRE »).

... D'une façon générale, les femmes de la campagne ont les seins plus développés que les femmes de la ville, ce qui tient à ce que beaucoup de ces dernières n'allaitent pas leurs enfants. Les mamelles s'atrophient donc, semblables en cela à tous les organes, quand elles ne remplissent pas les fonctions qui leur sont dévolues, et il n'est pas irrationnel de penser que si les femmes des villes continuent à ne pas allaiter leurs enfants, un jour viendra où, l'hérédité aidant, leurs seins, leurs glandes mammaires tout au moins, se trouveront réduites aux proportions minuscules que présentent aujourd'hui celles de l'homme (Testut, *Anat. topog.*, tome I, p. 693, 1[re] édit. et in *Anat. descrip.*, tome II, p. 809, 5[e] édit.).

Murat et Patissier dans leur article *Mamelles* du dictionnaire en 60 volumes, rapportent l'histoire d'un marin qui, ayant perdu sa femme et se trouvant en pleine mer avec son enfant encore à la mamelle, cherchait à le tranquilliser en lui présentant le sein : au bout de trois ou quatre jours, il vit ses mamelles se gonfler et sécréter du lait.

(TESTUT. *Anat. descrip.*, tome IV, p. 836, 5[e] édit.)

Le régime parlementaire et la méthode Voronoff. — Le docteur Harry Benjamin, de New-York, vient d'exposer au congrès médical de Philadelphie que, pour combattre la déficience mentale, il conviendrait que les parlementaires et les principaux dirigeants américains ayant dépassé cinquante-cinq ans, subissent l'opération du rajeunissement par la greffe Voronoff.

« A Paris, il existe 1 médecin pour 630 habitants. Il est vrai qu'à Budapest, il y en a 1 pour 309 habitants, et 1 pour 520 à Vienne. Tandis que Stockholm a 1 médecin pour 1.427 habitants et Londres 1 pour 995. Il y aurait en France 1 médecin pour 1.596 habitants. » (D[r] J. NOIR. *Concours Médical.*)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4.864.

FONDÉ EN 1873 — N° 33 LE NUMÉRO : 50 Centimes 13 AOUT 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.
France et Colonies .... 40 fr.
Étudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Étranger 1re zone .... 70 fr.
Étranger 2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. — MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier* : Docteur Maudet, Docteur Bertrand, Docteur Nicolas.

MINISTÈRE DES COLONIES. — *Officier*: Dr Vieille (Indo-Chine).

GUERRE (titre civil). — *Sont promus ou nommés* :

Officier : Docteur Lorimy, de Coulommiers.

Chevalier : Docteur Lebœuf, de Verdun-sur-le Doubs ; Docteur Blondeau, de Mamers.

MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Officier* : Docteur Francken William (Hollande).

Chevalier : Docteur Joseph Ceccaldi, de Sfax ; Docteur Crivelli (Louis-Pierre-Urbain), de Melbourne ; Docteur Garcia Calderon (Pérou), Docteur Paul Kirchberg, de Francfort, médecin du Consulat de France.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier* : Docteur Charles Cotonnec, de Hennebont (Morbihan); Docteur Roger Couderc, de Limogne (Lot) ; Docteur Dozoul, de Saint-André (Basses-Alpes) ; Docteur Kayser, de Colmar ; Docteur Lafaille, d'Aurignac (Haute-Garonne) ; Docteur Payrau, de Saint Gaudens (Haute-Garonne) ; Docteur Vagniot, de Lons-le-Saunier (Jura) ; Docteur Verrier, Clément-Irenée-Firrhen (Ste-Marie).

Corps de santé militaire. — Est promu : *Au grade de général de brigade* : le médecin colonel Duchêne-Marullaz.

Mutation. — Le médecin colonel Gay-Bonnet, médecin-chef de l'hôpital Begin, est nommé directeur du service de santé de la 4e région, au Mans.

Corps de santé militaire des troupes coloniales. — Est nommé : *Au grade de médecin général*, le médecin colonel des troupes coloniales Mul.

Le médecin général Mul est nommé membre du comité consultatif de santé.

Le diplôme de chirurgien-dentiste. — Aux termes d'un décret, le stage afférent au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste comportera dorénavant les conditions suivantes (art. 2 du décret) :

« Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il ne produit l'un des titres initiaux français suivants : diplôme d'Etat de docteur en droit, ou de docteur ès sciences, ou de docteur ès lettres, titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes), diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, diplôme complémentaire de l'enseignement secondaire des jeunes filles, brevet supérieur de l'enseignement primaire . »

La Ligue d'Union latine en Italie. — La Ligue d'Union latine organise du 3 au 14 septembre son dernier voyage de la saison. Il comprendra la visite en autocar du Tyrol, des Dolomites, un séjour à Venise, où des manifestations de propagande française sont prévues, et au bord du Lac Majeur.

Chacun peut demander à s'inscrire à ce voyage organisé comme les précédents, dans des conditions incomparables de confort et de prix. Le programme illustré est envoyé gratuitement par la Ligue d'Union latine, 51, rue Saint-Georges, Paris (IXe).

La campagne de dénigrement contre nos stations climatiques. — Le ministre de la Santé publique signale la campagne de dénigrement dirigée contre nos stations climatiques.

Des bruits mensongers sont répandus sur leur situation sanitaire et notamment, on a annoncé l'apparition de maladies à caractère gravement contagieux.

Des enquêtes que le ministre a ordonné de faire d'urgence sur des cas de polyomyélite qui se seraient produits dans la région du Sud-Ouest, il résulte qu'aucun cas n'a pu être constaté et que par suite, on se trouve en présence de propagandes tendancieuses contre lesquelles l'opinion publique doit être mise en garde.

Distinctions honorifiques. — *Grand-croix de l'aigle blanc de Serbie.* — M. le professeur Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

Grand-croix de l'ordre royal de Saint-Sava de Serbie. — M. le professeur René Legroux, de l'Institut Pasteur.

Grand officier de Saint-Sava. — M. Alexandre Salimbeni, chef de service à l'Institut Pasteur.

Officier de Saint-Sava. — M. Djemil Kemal, de l'Institut Pasteur.

Office public d'hygiène sociale du département de la Seine. — Ouverture de concours pour le recrutement d'un médecin-directeur stagiaire et de sept médecins assistants stagiaires pour les sanatoriums et preventoriums de l'Office public d'hygiène sociale.

La date de clôture du registre d'inscription pour ces concours est reportée du 5 juillet 1932 au 20 septembre 1932 inclus.

Pour tous renseignements concernant ces deux concours, s'adresser à l'Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris (4e arr.).

La crémation en France. — La Société française pour la propagation de l'incinération (secrétaire général : Prof. G. Barrier, de l'Académie de médecine, 4, rue Bouley, à Alfort, Seine), fondée en 1880, et présidée par le Professeur Léon Bernard, membre de l'Académie de médecine et président du Conseil supérieur d'hygiène de France, vient de faire paraître son bulletin annuel. Nous y apprenons qu'au cours de la dernière année, 1.245 incinérations ont été effectuées dans les six crématoires français (Paris, Lyon, Marseille, Reims, Rouen et Strasbourg).

En comparaison avec les années précédentes, la progression est due certainement à la pénétration de plus en plus grande des vérités d'hygiène et d'urbanisme qui sont la raison d'être de ce mode de sépulture et aussi aux moindres frais qu'il occasionne aux familles, toutes choses égales d'ailleurs, lorsque les tarifs des municipalités ne sont pas trop élevés.

Nécrologie. — Docteur BOULLAND, de Limoges. — Docteur FOLLET, de Rennes. — Docteur Georges GATEAU, de Mordelles (Ille-et-Vilaine). — Professeur LUSK, de New-York, titulaire de la chaire de physiologie du Cornell Medical College, décédé à l'âge de 66 ans. — Docteur Joaquim L. MAQUEDA, phtisiologue argentin, décédé à l'âge de 50 ans. — Docteur Emmanuel FLEURY, décédé à Versailles. — Docteur Renée SCHULMANN (Mlle), de Paris, 132, avenue de Wagram. — Alfred POUSSIER, pharmacien honoraire des hôpitaux de Rouen, décédé à l'âge de 77 ans, l'un des chercheurs les plus érudits de la province normande.

BIBLIOGRAPHIE

L'hérédo-syphilis. *Clinique et thérapeutique*, par le Docteur Jean HUTINEL et le Docteur Alice ARDOIN-LINOSSIER. Préface du professeur V. HUTINEL. In-8° de 302 pages, avec 7 planches, 35 francs. Gauthier-Villars et Cie, imprimeurs-éditeurs, 55, Quai des Grands-Augustins, Paris (6°).

Cet ouvrage est surtout une revue critique des nouvelles et nombreuses acquisitions qui, dans ces derniers temps ont élargi le domaine de l'hérédo-syphilis, si pauvre encore il y a quelques années, et dont de nombreuses parcelles n'ont pas encore cessé d'être contestées.

L'Armée d'Orient délivrée du paludisme, par Edmond et Etienne SERGENT. Préface du Docteur ROUX. Un volume de 92 pages avec nombreuses reproductions en deux tons de dessins et croquis originaux, 25 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce petit livre raconte comment en souffrit l'armée d'Orient en 1916, et comment, par des mesures bien simples, elle fut préservée du fléau dès que ses chefs, convaincus de l'efficacité des moyens qu'on leur proposait, les imposèrent à leurs subordonnés.

Avant toute entreprise mettant en jeu des existences humaines, il faut prendre l'avis des hommes qui savent comment on peut atteindre le but proposé avec le moins de sacrifices. C'est l'enseignement à tirer de ce récit très agréablement écrit par deux médecins, deux savants dont les conseils furent d'abord méconnus et auxquels on eut ensuite la sagesse de recourir.

Ce livre est illustré de nombreux croquis, lettrines et ornements très variés et pris sur le vif.

La cure thermale carbo-gazeuse en thérapeutique cardio-vasculaire, par Pierre-Noël DESCHAMPS. Préface du Professeur H. VAQUEZ. Un volume de 142 pages. (Collection médecine et chirurgie pratiques), 16 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bien que de nombreux travaux aient paru concernant l'emploi, en thérapeutique cardio-vasculaire, des bains carbo-gazeux naturels ou hydrominéraux, il n'existe encore aujourd'hui, au moins en France, aucun ouvrage d'ensemble sur la question. Et pourtant, il s'agit là d'un mode de cure thermale qui repose sur des bases physiologiques établies et dont l'efficacité se juge par les bons effets constatés chez les malades. Le but de ce petit livre essentiellement pratique est de mettre au courant de cette méthode thérapeutique, de ses indications, de ses résultats, de sa technique, les médecins qui connaissent déjà, par ses résultats, la cure thermale carbo-gazeuse, ceux qui l'ignorent, ceux même qui affichent à son égard un certain scepticisme. Il s'agit d'un travail avant tout objectif, où l'auteur a fait une place prépondérante à la relation des faits expérimentaux et cliniques, en se gardant le plus possible des pures hypothèses.

Après une étude sur les sources thermales carbo-gazeuses, et sur l'action pharmacodynamique du bain carbo-gazeux, il expose les médications des cures carbo-gazeuses, montrant leurs effets conjugués ou opposés suivant la source à laquelle on a recours.

La posologie des cures carbo-gazeuses est traitée comme s'il s'agissait d'une ordonnance. Pas de détail qui n'ait ici son importance ; l'auteur spécificie tout avec précision : la conduite de la cure, le régime, les médications adjuvantes.

Une bibliographie termine ce livre.

L'hygiène des hépatiques, par le Docteur Roger GLÉNARD. Un volume in-8° couronne, 316 pages, 30 francs. L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris-VI°.

L'auteur, dont la compétence héréditaire et acquise sur l'hépatisme n'a pas besoin d'être rappelée, en donne une description didactique et concise, telle qu'il n'en existe dans aucune autre publication Etiologie, symptômes fonctionnels, signes physiques et de laboratoire, évolution, complications y sont exposés d'une façon si claire qu'aucun point n'est laissé dans l'ombre.

L'étude du traitement préventif et curatif occupe la majeure partie de l'ouvrage.

Qu'il s'agisse de régime alimentaire, de gymnastique de chambre, d'hydrothérapie, de sangle ou corset, d'hygiène morale et même de thérapeutique médicamenteuse, tout y est exposé et commenté avec la plus minutieuse précision.

Un dernier chapitre est consacré, comme de juste, à la description des tenants et aboutissants de la cure de Vichy, si efficace dans les nombreuses maladies du tube digestif et de la nutrition appartenant au domaine de l'hépatisme.

Technique des prélèvements. *Interprétation des résultats du laboratoire*, par H. CAILLOUX et M. BLANC. 1 vol. de 210 pages. Prix 25 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Ce modeste ouvrage a sa place marquée à côté des importants traités de laboratoire dont il s'est fréquemment inspiré.

Ecrit dans un style concis, il permet de trouver rapidement le renseignement utile.

La technique des prélèvements est présentée clairement, en soulignant les conditions essentielles dont l'inobservation peut, non seulement rendre plus difficile la tâche du technicien, mais, ce qui est beaucoup plus grave, fausser les résultats des analyses.

L'ouvrage traite successivement dans la première partie, des urines, du sang, des liquides de ponction — liquides céphalo-rachidien, péritonéal, articulaire, épanchements pluraux. — du pus, des chancres et ulcérations, des crachats, des exsudats rhino-pharyngés, du contenu gastrique, du contenu duodénal, des matières fécales, des mycoses, du lait, des eaux. Mis soigneusement à jour, il énonce les plus récentes méthodes d'exploration fonctionnelles des organes.

La seconde partie donne la liste des microorganismes et parasites avec les maladies qu'ils déterminent.

Enfin, un chapitre est consacré aux recherches du laboratoire appliquées au diagnostic des principales affections énumérées par ordre alpha-



bétique avec l'indication pour chacune d'elles des prélèvements et des examens propres à fixer leur diagnostic.

Les fondements physiques et physiologiques du métabolisme de base. *Synthèse critique. Déductions pratiques*, par le Docteur Gabriel LANIEZ. Un volume de 183 pages avec graphiques : 40 francs. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris-VIe.

En entreprenant l'étude du métabolisme de base, l'auteur a été vivement frappé de l'incohérence des théories fondamentales et du chaos des faits inexpliqués.

Le Docteur Laniez a donc songé à rassembler les travaux, à fondre entre elles les oppositions et les concordances, à définir et tirer de l'ombre ennemie les fondements mêmes du métabolisme de base. L'auteur a en tout cas conçu ce dessein dans un esprit impartial, loin de toute vaine querelle d'auteur, respectueux des faits acquis et désireux seulement de la simple vérité.

Anatomie des lymphatiques de l'homme, par H. ROUVIÈRE. Un volume grand in-8° de 490 pages, avec 120 figures, broché 130 francs, relié toile 150 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-4e.

L'importance du système lymphatique en physiologie normale et pathologique est considérable. Il est présent dans tous les tissus, dans tous les organes (sauf de très rares exceptions), autant sinon plus que le système vasculaire sanguin, et il établit entre eux des relations étroites : le système lymphatique constitue une voie d'invasion et de propagation suivie dans l'organisme par les agents pathogènes de certaines maladies infectieuses et notamment du cancer. Sa connaissance approfondie est indispensable pour comprendre nombre de processus pathologiques.

Cette ouvrage n'est pas seulement une mise au point des travaux réalisés jusqu'à ce jour dans le monde entier. Beaucoup d'obscurités subsistant encore dans l'étude des lymphatiques, le Professeur Rouvière, et sous sa direction, ses collaborateurs, ont poursuivi pendant sept années consécutives des recherches patientes sur un nombre considérable de sujets, afin de dégager plus sûrement le type moyen et normal. Cet ouvrage est le synthèse des résultats qu'il a obtenus.

A l'exception du névraxe, il a exploré ou fait explorer à peu près toutes les régions et tous les organes, soit pour contrôler des résultats acquis, soit pour parachever une description incomplète ou pour étudier des territoires lymphatiques encore inconnus. Il s'est particulièrement attaché à préciser non seulement la topographie et les connexions des ganglions en relation avec les différents organes, mais aussi celle des vaisseaux lymphatiques, car dans la thérapeutique du cancer, le chirurgien et le radiologiste doivent intervenir aussi bien sur les canaux lymphatiques que sur les ganglions.

Les variations n'ont pas été négligées. Toutes peuvent présenter un intérêt clinique, c'est ainsi qu'un ganglion inconstant et rare peut être aussi bien le siège d'une récidive cancéreuse qu'un élément ganglionnaire normal.

Un tel ouvrage ne sera donc pas seulement utile aux anatomistes, il sera indispensable aux pathologistes, aux radiologistes, aux chirurgiens surtout, appelés à intervenir aussi bien sur les canaux lymphatiques que sur les ganglions,

Ils y trouveront une mine inépuisable de documents et de renseignements ; ils le consulteront pour chercher l'explication d'une métastase humorale inattendue, pour régler les détails d'une exérèse rationnelle de cancer viscéral.

Ce livre comporte une belle illustration très démonstrative et plus de 700 références bibliographiques.

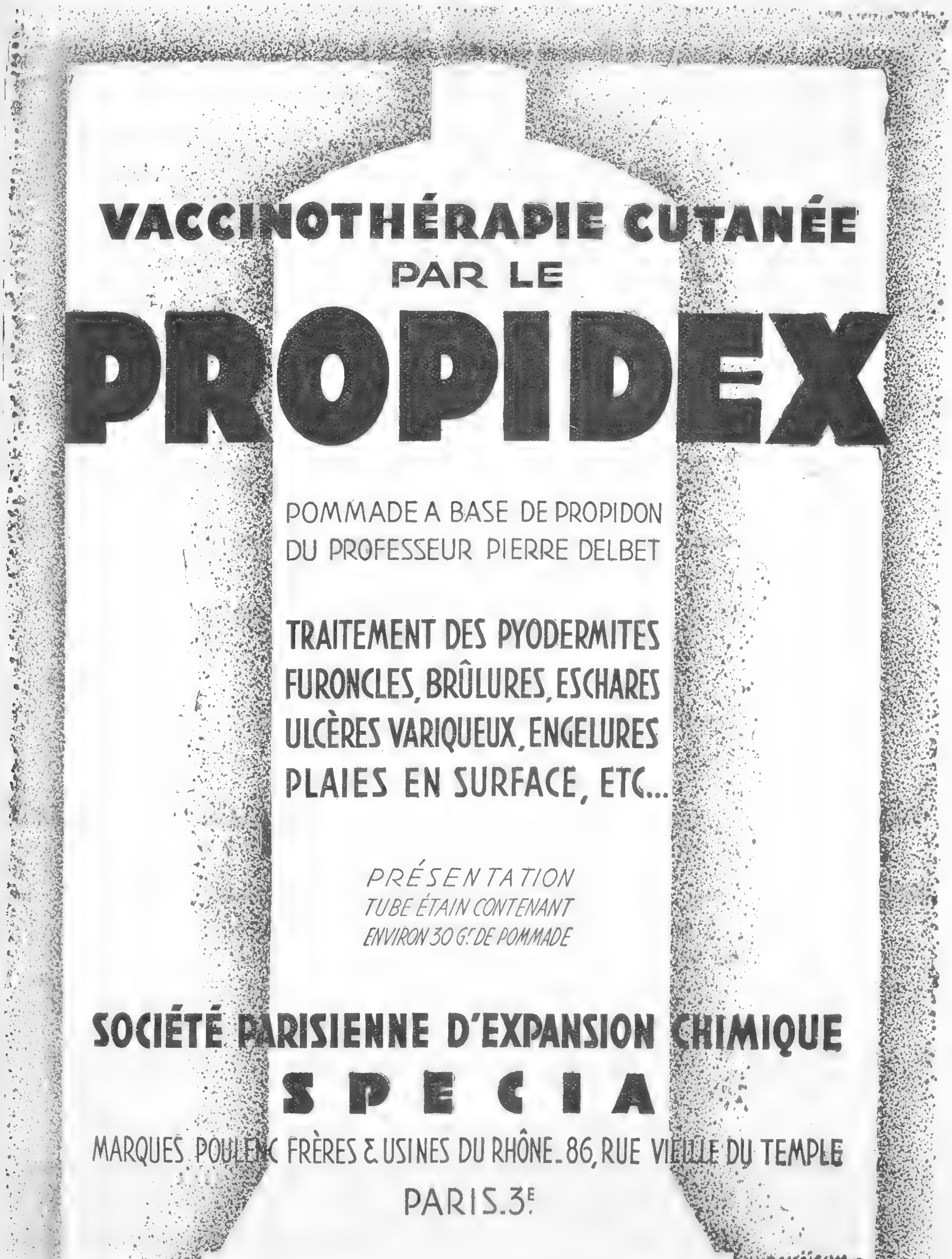
Effets éloignés du pneumothorax thérapeutique. *Etude séméiologique de la résorption des conséquences et des résultats éloignés du pneumothorax artificiel*, par L. DE WECK. Préface du Docteur BURNAND. Un volume de 130 pages avec 16 figures en hors texte (Collection médecine et chirurgie pratiques), 16 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce travail a été exécuté avec une minutie rare, l'auteur n'ayant voulu présenter que des faits indiscutables appuyés de tous les documents qui les rendent éloquents.

L'originalité de ce livre consiste en ce qu'il s'étend beaucoup plus que d'autres mémoires ou volumes sur la séméiologie de la période de relâchement du pneumothorax, sur la séméiologie radio-clinique du poumon, revenu à la paroi et plus ou moins restauré, que sur la valeur pratique de l'opération à laquelle d'ailleurs, cela va sans dire, son travail apporte le témoignage le plus catégorique et le plus encourageant. Il a réussi ainsi à mettre en lumière les mille détails, les particularités infiniment diverses propres à cette phase spéciale de la collapsothérapie gazeuse.

L'homme, ses maladies, son hygiène, par J. COTTRON. 1 volume, 180 figures, 15 francs. Librairie Vuibert, 63, boulevard Saint-Germain, Paris-5e.

Exposé familier des notions d'anatomie et de physiologie humaines, de microbiologie et d'hygiène qu'il ne devrait être permis à personne d'ignorer.


VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE
PAR LE
PROPIDEX
POMMADE A BASE DE PROPIDON
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
TRAITEMENT DES PYODERMITES
FURONCLES, BRÛLURES, ESCHARES
ULCÈRES VARIQUEUX, ENGELURES
PLAIES EN SURFACE, ETC...
PRÉSENTATION
TUBE ÉTAIN CONTENANT
ENVIRON 30 Gr DE POMMADE
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE - 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE
PARIS. 3E

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur la cure de pommes, dans les diarrhées des enfants

Par les Drs H. ELIAS et M. SCHACHTER

Tous les médecins d'enfants savent combien est parfois délicate la question du traitement des diarrhées des enfants, cela d'autant plus s'il s'agit de ces diarrhées des nourrissons, qui pendant la saison chaude, deviennent souvent sérieuses sinon inquiétantes et pour le médecin et pour l'entourage.

Une revue générale de la littérature médicale concernant la thérapeutique des diarrhées de l'enfance, ne manquera pas de montrer que loin de posséder un système standard de traitement, nous avons au contraire une multitude de moyens qui se disputent souvent la priorité.

Mais à voir de près, la conception qui est à la base de ces traitements démontre une chose qui nous semble digne à noter. En effet, la conception unanime des pédiatres était celle qui devait mener à une sorte de ménagement de l'intestin, quand on préconisait une thérapeutique dans les divers syndromes digestifs de l'enfance. On s'efforçait en effet, de ménager le plus possible l'intestin que l'on considérait avec juste raison peut-être, la proie de l'infection ou de l'intoxication alimentaire (selon la conception pathogénique que l'on adoptait). D'ici la prescription des régimes à formule très simple, peu chargeants, facilement digestibles, réputés comme étant sinon antitoxiques, du moins empêchant l'intoxication. La diète hydrique, sous toutes les formes imaginables et différant d'un praticien à l'autre, et des autres diètes dites de passage, qui suivaient à ces diètes simples et atoxiques, illustrent bien ce qui vient d'être dit plus haut.

Or, voici que tout récemment un médecin de campagne, Heisler, de Kœnigsfeld, a montré que le dogme intangible de la soi-disant mise au repos de l'intestin avec passage graduel à des diètes plus facilement supportables, n'était plus inébranlable. En effet, en étudiant de plus près certaines conceptions populaires en matière de thérapeutique. Heisler s'est trouvé en face d'un fait dont il a vite compris la valeur pratique. C'était la coutume ancienne sans doute de donner dans des cas de diarrhées des enfants, des pommes crues, sans rien de plus. Or, cette façon de procéder qui aurait provoqué la révolte de tout esprit médical habitué à la conception de « mise au repos intestinal », dont nous parlions plus haut, ne tarda pas à donner des résultats thérapeutiques notables.

Heisler consigna ce fait ensemble avec d'autres encore, dans un travail paru en 1928, à Münich. Un exemplaire fut envoyé à son maître, le Prof. Moro, de Heidelberg. C'est à cette date que commence l'histoire pour ainsi dire « scientifique » de la cure qui porte maintenant le nom de cure de Heisler-Moro. Grâce à son autorité, le Prof. Moro, a vite appliqué en clinique le régime dont parlait le médecin Heisler dans son livre intitulé modestement : « Dennoch Landarzt ». (Néanmoins médecin de campagne).

Disons ici, avant de passer à l'étude détaillée de la technique thérapeutique de Moro, que de même que les pommes, le babeurre, qui jouit avec juste raison d'une faveur sans exception en matière de nutrition des nourrissons, est aussi à son tour sorti des enseignements populaires. En effet, avant que les médecins aient connu les bienfaits du babeurre, les paysans hollandais en connaissaient les bienfaits, dans les affections digestives des enfants.

(1) Hôpital « Caritas » à Bucarest (Chef du service : Dr FRENCKEL).

La cure qui porte maintenant le nom de cure de Heisler-Moro, car ce dernier comme nous le verrons, a indiqué et établi en quelque sorte les règles du traitement, consiste tout simplement en l'administration exclusive de pommes cuites ou crues pendant deux ou trois jours, suivant la gravité du cas envisagé ou même suivant la conception du médecin traitant (nous verrons en effet, que certains médecins continuent à administrer les pommes même après le passage à une diète semi-normale). Mentionnons ici que Moro ne donne rien en dehors des pommes, à l'exception de thé ou de l'eau, pour couvrir les besoins en eau du petit malade ; cela seulement si c'est nécessaire.

La manière de mettre en œuvre ce régime n'est pas très difficile. Nous suivrons les indications et la manière de faire qui est celle du Prof. Moro et qui est adoptée par la majorité des médecins ayant appliqué le régime des pommes dans leurs cas de troubles digestifs dans l'enfance.

On se procure sept à vingt pommes de grosseur moyenne ; on les pèle, on jette les pépins, on les passe pour obtenir une masse fine comme une purée. La quantité suffisante pour un repas ne dépasse pas 100 ou 300 grammes. On administre cette purée pendant deux jours suivant Moro, mais au besoin on peut très bien et sans nul danger prolonger ce régime, tout en observant de près l'état général du petit malade, surtout en qui concerne ses besoins en eau. On sait en effet, combien ces petits sont facilement exposés à des dangers par déshydratation. On évite ceci en leur donnant du thé au besoin.

Ainsi conçu, le régime a donné à Moro des résultats qui constituent, dans le domaine de la thérapeutique des troubles digestifs des enfants, une véritable révolution. En effet, pour la première fois on parlait de résultats merveilleux attribuables à un aliment qui avait la réputation non pas de faire du bien, mais tout au contraire, de créer de toute pièce, des diarrhées chez les enfants surtout.

Le travail princeps de Moro, publié en 1929, comporte 52 cas de troubles digestifs se répartissant de la façon suivante : 22 dyspepsies aiguës, 15 dysenteries, 8 dyspepsies chroniques, cinq maladies cœliaques Herter-Gee), une colite muqueuse, une typhoïde. En ce qui concerne l'âge des malades, il y avait en majorité des enfants entre un et cinq ans, neuf nourrissons, et quatre enfants de l'âge scolaire.

Les résultats obtenus par Moro sont en général très bons. Dans la majorité des cas, après un ou deux jours, les selles étaient bien moulées, comme des selles normales. Les malades atteints de syndromes dysenteriques, perdaient rapidement leurs douleurs abdominales, le ténesme et dès le premier ou le deuxième jour, les selles étaient bonnes. Seulement Moro insiste beaucoup sur le fait qu'il faut soigner des dysenteriques seulement dans un service hospitalier, et non pas à la maison. (H. Elias a néanmoins traité avec succès de pareils cas dans la clientèle privée).

En ce qui concerne les résultats obtenus dans les dyspepsies chroniques banales et celles à type de maladie cœliaque, on devine facilement que ce régime ne peut donner que des améliorations des selles avec une tendance à une meilleure alimentation et une reprise de poids (Moro).

Une notion qu'il ne faut pas oublier et sur laquelle Moro a beaucoup insisté est la question du « régime de passage », le fameux : « Ubergangs periode ». Voilà en effet, comment Moro réalise ce régime de passage, qui s'applique après avoir terminé les deux ou trois jours de régime exclusif de pommes. Il donne le matin un peu de thé, du cacao (l'Eichelkakao du Dr Michaëlis), un gâteau sec, un peu de pain avec du beurre ou enfin une banane, du fromage blanc avec un gâteau sec. Au repas de midi, il donne de la viande maigre, un bouillon de légumes, un peu de purée de pommes de terre, un peu de jambon maigre, une banane. Ce régime de passage réussit facilement et ne donne pas lieu aux difficultés dont parlait surtout le Prof. Fanconi, de Zürich. On passe ensuite au régime normal, sans rien ajouter.

Les indications de cette cure aux purées de pommes ne

sont pas multiples comme le disent certains auteurs. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les diarrhées aiguës et parfois chroniques des enfants après l'âge de un an. Quand le cas était simple, on obtenait la cessation de la diarrhée en un seul jour de régime ; mais en général, deux à quatre jours suffisaient pour obtenir des selles normales et un rétablissement de l'état général.

Tous les auteurs allemands ayant appliqué le régime aux pommes, ont suivi Moro. Néanmoins, Heisler est récemment revenu en montrant non seulement que ce régime est aussi bien applicable aux enfants qu'aux vieillards, mais encore en insistant sur le fait que l'on peut donner les pommes avec les peaux, à la condition de recommander aux enfants de bien mastiquer. Le même auteur recommande que l'on prépare le thé à boire avec les peaux des pommes.

En appliquant la cure aux pommes sur 50 cas, Reye rapporte aussi des résultats favorables. Ses malades ont aussi facilement accepté les pommes pendant douze ou vingt-quatre heures. Reye a donné environ vingt pommes par jour, chaque repas revenant à environ de 150 à 250 grammes.

Au récent Congrès de pédiatrie de Strasbourg, 1931, Mme Kaulbersz-de-Wilno a vanté elle aussi la cure des pommes. Sur ses 58 nourrissons atteints de colites aiguës et chroniques, et d'entérites, 56 ont rapidement profité des bienfaits de cette cure. Elle a donné cinq à six fois par jour, une quantité de purée variant entre 70 et 120 gr. à laquelle elle a ajouté en plus et selon les besoins, de l'eau ou de la solution de Ringer. Les selles des diarrhéiques se sont améliorées en général dès la fin de la première journée et les mucosités ont diminué pour disparaître en deux ou trois jours.

Kollmann (cité par R. Mignot) a traité vingt-deux enfants, dont dix nourrissons âgés de 3 mois à 1 an et douze enfants jusqu'à l'âge de 4 ans. Ses résultats sont aussi surprenants.

En Roumanie, Gh. Popoviciu et M. Benetato de Cluj, ont appliqué eux aussi le régime de Heisler-Moro à vingt-cinq enfants atteints de diarrhées parentérales (grippes surtout). Quatorze enfants étaient âgés de moins de 1 an et onze avaient entre 1 et 3 ans. Aux enfants de moins de 1 an, les auteurs ont donné la « soupe de Moro » qui est préparée de la façon suivante : on ajoute à la quantité de 200 à 300 gr. de purée de pommes, 200 ou 300 gr. de la solution de Ringer avec en plus 500 à 700 gr. de thé léger. Cette façon de procéder est très bien tolérée par les nourrissons. Le deuxième groupe d'enfants plus âgés, a pris le régime classique de purée, pendant deux jours de suite. Les résultats ont été cette fois aussi très encourageants et plus remarquables chez les grands enfants. Popoviciu et son collaborateur insistent dans leurs conclusions sur l'efficacité de cette cure dans les troubles parentéraux et aussi sur l'utilité de cette cure dans les grippes des enfants, non accompagnées de troubles digestifs.

En face de certaines craintes de la part des familles qui voyaient dans ce régime plutôt quelque chose de nocif et aussi pour donner de façon plus exacte au point de vue du dosage, cette cure, Wiskott de la clinique du Professeur Pfaundler de Münich, a demandé à la maison Krause-Medico, de München de lui préparer des pommes sous une forme plus facilement maniable. La préparation porte le nom d'Aplona et se présente sous la forme d'une poudre de couleur jaune-clair, d'odeur aromatique. Elle est tellement bien préparée que 100 gr. équivalent à 1000 gr. de pomme fraîche totale. La préparation d'un repas avec l'Aplona se fait de la façon suivante : on dilue la poudre dans de l'eau chaude ou dans du thé (à une température inférieure à 50 de grés) et on y ajoute aussi un peu de saccharine pour le goût. Ce mélange est laissé 5 à 10 minutes pour qu'il se gonfle. Le goût de cette préparation est sucré et légèrement acidulé, chose qui a fait que les enfants de Wiskott l'ont prise facilement à l'état chaud ou refroidi. La concentration de la poudre n'a pas dépassé 8 %, la concentration utile ayant été toujours entre 4 et 6 %.

Wiskott a appliqué la cure à l'Aplona à ses 30 cas en leur donnant 20 à 24 gr. de poudre à la concentration de 4 %, le premier jour, et 30 ou 40 gr. de poudre à une concentration supérieure à 4 %, mais inférieure à 8 %, le deuxième jour. Les résultats obtenus furent les suivants : cessation prompte au bout de 24 heures de la diarrhée avec formation de selles bien moulées à odeur aromatique ou rappelant beaucoup celle qui se dégage des *tanneries*. Nous avons aussi remarqué que nos enfants avaient des selles qui dégageaient une odeur forte de tannerie.

Le régime avec l'Aplona se donne sans nulle préparation préalable, sauf chez les nourrissons à qui Wiskott a donné après une pause de thé de 12 heures la poudre en quantité de 20 à 32 gr. par jour. Comme régime de passage, Wiskott donne une soupe de riz au lait à laquelle il ajoute 2 à 3 % d'Aplona et 3 à 5 % de dextro-maltose (le Nährzucker des auteurs allemands).

Pour Wiskott, l'Aplona a l'avantage d'être plus facilement acceptée dans les familles sceptiques vis-à-vis des pommes crues, de se préparer plus vite et en plus d'être stable et permettre un dosage plus rigoureux.

Ces raisons justifient Wiskott de dire que l'Aplona a les mêmes indications que les pommes crues et elle leur est supérieure.

Avant de discuter le mécanisme qui explique les résultats obtenus avec les pommes, disons encore un mot sur un autre régime très voisin semble-t-il de celui des pommes. Il s'agit du régime des *bananes* préconisé et appliqué en clinique longtemps avant le régime de Moro par le Professeur Fanconi, de Zürich. En effet, M. Fanconi a donné des fruits crus, surtout des bananes, dans les diarrhées des enfants en obtenant des résultats superposables à ceux que l'on obtient avec la cure des pommes. Ces résultats remarquables sont à attribuer peut-être au fait que la composition bio-chimique de ce fruit est plus stable que celle des pommes ou de certains genres de pommes.

Nous n'avons pas d'expérience avec ce régime, aussi ne voulons-nous que signaler cette cure sans y insister.

Quant à la question de savoir par quel mécanisme agit le régime des pommes dans les troubles intestinaux, nous avouons que seulement des hypothèses sont actuellement possibles.

a) La théorie qui admet que c'est grâce aux *vitamines* contenues dans les fruits que la cure doit ses résultats, est soutenue surtout par les auteurs roumains Popoviciu et Benetato. L'on peut objecter à ceci que le régime hypervitaminé selon Beszonoff qui admet que la vitamine C donne des résultats favorables dans les troubles digestifs, n'a pas fait la preuve.

b) La théorie du rôle possible des acides tanniques des pommes est soutenue surtout par Heisler. Ce serait grâce au rôle antibactérien des acides des fruits que l'on aurait les bons résultats. D'ailleurs, Schreiber a aussi insisté sur le rôle modificateur de la flore bactérienne de la cure des pommes. Sous l'influence de cette cure il y aurait une régression notable des germes pathogènes de l'intestin.

c) La théorie de Moro, à laquelle nous nous rattachons aussi, semble être la plus vraisemblable. Cet auteur, tout en admettant le rôle possible des facteurs dont nous avons parlé plus haut, admet que l'on doit attribuer à l'action mécanique et d'adsorption du bol intestinal, les résultats favorables de la cure des pommes. En effet, le remplissage de l'intestin avec la masse compacte des pommes aurait la propriété d'agir sur l'appareil neuro-moteur de l'intestin. Cette propriété réside aussi partiellement dans le contenu acide des pommes. Mais le processus de *balayage* est le moment le plus important dans l'explication des résultats favorables de cette cure. (« In diesem groben Reinigungsvorgang erblicke ich den Hauptfaktor des therapeutischen Effetktes », Moro).

Notre matériel comporte douze cas dont deux maladies cœliaques, deux dyspepsies aiguës et huit entérocolites dysentériformes (dans un seul cas on a décelé le bacille de Shiga). L'âge de nos malades était entre 1 an 1/2 et 10 ans.

Nous avons prescrit la cure de la façon suivante : on a donné 1500 à 2.000 gr. de pommes par jour en cinq ou

au maximum six repas *pro die*. En général, les enfants ont bien pris ces pommes et leur soif a été insignifiante. Rarement on a dû ajouter un peu de thé pour la calmer. Nous avons choisi des pommes mûres et molles (leur couleur jaune ne gêne en rien les résultats). La durée de la cure n'a pas dépassé deux jours environ.

Résultats : du premier jour, les selles ayant la forme des selles de pommes, « Apfelstuhl » des auteurs allemands, étaient plus consistantes ; le deuxième jour les selles devenues plus consistantes ont dégagé l'odeur que dégage un atelier de tannerie. Nous avons appliqué pendant deux jours le régime de passage en suivant de près les indications de Moro, pour revenir dans la suite au passage normal. Tous nos résultats furent bons, en ce qui concerne la modification des selles. Nous avons eu l'impression que l'indication primordiale de cette cure était l'entéro-colite dysentériforme proprement dite (sans syndrome d'intoxication, exicose des Allemands). Du premier au deuxième jour, les selles sont devenues plus rares et les ténesmes ont disparu définitivement ; la température et l'état général se sont aussi améliorés.

Dans les dyspepsies aiguës, l'amélioration fut rapide tandis que dans un de nos cas de maladie cœliaque nous avons enregistré une exicose aiguë comportant une chute de poids de 400 gr. environ. Malgré cela l'enfant allait bien. D'ailleurs dans nos deux cas de maladie cœliaque, les selles sont devenues compactes et se sont maintenues ainsi pendant la diète de passage aussi, pour revenir de nouveau liquides ou semi-liquides, quelques jours plus tard. L'état général ne fut pas modifié sous l'influence de la cure des pommes.

BIBLIOGRAPHIE

Prof. FANCONI. — *D. m. W.*, 1930, n° 46 ; A. HEISLER. — *Kl. W.* n° 9, 19.0 et *Fortschr. Ther.* 1931, n° 7 ; Prof. KOHLBRUGGE. — *Kl. W.* 1930, n° 9 ; H. KAULBERSZ. — *Strasbourg Méd.* 1931 ; R. MIGNOT. — *Presse méd.* 193', n° 40 ; G. MALYOTH. — *Kl. W.* 1931, n° 27 ; WISKOTT. — *Kl. Woch* 1931 n° 27 ; MORO. — *Kl. Woch.* 19.9, n° 52 ; POPOVICIU et BENETATO. — *Clujul méd.* 1931 ; REYE. — *Fortschr. d. med.* 1931, n° 49 ; M. SCHACHTER. — *Medecine Inf.* 1931, n° 12 ; SCHREIBER. — *Med. Kl.* 1931, n° 40 ; S. WOLF. — *D. m. W.* 1930, n° 46.

Quelques considérations sur la syphilis

Par le Docteur **Georges GAUTIER**

Médecin en chef du Dépôt,
Chef de service à l'Institut prophylactique.

Je veux tout d'abord remercier M. le Président Richard et M. Pollissard, secrétaire général de votre Association, de l'honneur qu'ils m'ont fait en me demandant de prendre la parole devant vous.

Votre tâche, MM. les délégués, et la votre aussi, Mesdames, en faveur de l'enfance délinquante, est de celles qui réclament en dehors de l'intelligence et du dévouement, une connaissance suffisante des tares physiques et morales de ces enfants qu'il importe de protéger contre un lourd passé héréditaire.

Or, il est une maladie qui, transmise à la descendance, joue un rôle prépondérant dans les troubles du caractère et dans la perversion des instincts, cette maladie c'est la syphilis.

Vous la connaissez déjà par les leçons de vos médecins psychiatres, mes distingués collègues Paul-Boncour et Heuyer qui examinent les enfants soumis à votre surveillance.

Je vous parlerai donc de la syphilis en tant que fléau social, et en la suivant dans son évolution je vous dirai ce que nous sommes arrivés à faire contre elle et ce que nous pouvons réaliser.

Et d'abord que veut dire le mot « syphilis » ? plusieurs étymologies ont été proposées : selon le médecin Fracastor, il y aurait eu un berger du nom de Syphilus qui le premier aurait été atteint de cette maladie et lui aurait laissé son propre nom. Mais il semble que ce berger légendaire n'ait jamais vécu que dans l'imagination de Fracastor. Et il est probable que syphilis est né du grec σιφλος, contraction de σιφαλος, adjectif qui veut dire « haïssable » « honteux ».

Quelle est son origine ? on ne saurait le dire avec certitude. Les médecins de l'antiquité grecque ou romaine n'ont donné aucune indication sur l'existence de cette maladie, et l'opinion courante en a fait une affection importée d'Amérique par les marins de Christophe Colomb.

C'est en effet au XVe siècle qu'elle sévit à la fois au titre de maladie nouvelle, en France, en Italie, en Espagne, en Allemagne et en Angleterre, et il est curieux de constater que chacune des nations éprouvées rejette sur les autres la paternité du mal, d'où les noms de mal français, mal napolitain, mal espagnol, mal des Allemands, des Turcs, etc.

Contre la syphilis qui éclate tout à coup en Europe, les pouvoirs publics prennent d'énergiques mesures de prophylaxie analogues à celles qu'ils avaient dû auparavant prendre contre la lèpre. C'est ainsi que le Parlement de Paris, par un arrêté du 6 mars 1496 enjoint, sous peine de la hart — à tous les étrangers atteints de syphilis de quitter la ville — quant aux autres, ils devront se retirer dans leurs maisons ; ceux qui sont dépourvus de domicile seront dirigés à Saint-Germain-des-Prés où un local a été disposé pour eux et où ils seront traités. Les mêmes dispositions sont prises à Lyon et dans les grandes villes de France.

En Angleterre, une proclamation de Jacques IV d'Ecosse oblige les syphilitiques à sortir d'Edimbourg, sous peine d'être marqués au fer rouge.

Comme on le voit, la liberté individuelle ne comptait guère en Europe à la fin du Moyen-Age, et devant le fléau, on ne connaissait que l'intérêt public. Toutefois, en France, les mesures d'extrême rigueur ne tiennent pas très longtemps et on se contente d'appliquer aux malades la séquestration dans certains hôpitaux : Saint-Eustache, la Trinité, Saint-Nicolas et on réglemente sévèrement la prostitution.

Mais en dépit de toutes ces mesures la syphilis n'en continue pas moins ses ravages à la faveur de l'expédition d'Italie de Charles VIII et des guerres européennes qui suivirent au cours des trois derniers siècles. Et pour arriver rapidement jusqu'à nos jours, nous savons qu'elle recrudescence de syphilis devait amener la guerre mondiale de 1914-1918.

Après cette esquisse des origines de la syphilis et de sa propagation à la faveur des échanges maritimes et des expéditions militaires, il convient de définir la syphilis telle que nous la connaissons aujourd'hui : c'est une maladie infectieuse, transmissible par contage le plus souvent direct et par hérédité et dont l'agent pathogène est un micro-organisme : le tréponème.

C'est seulement depuis 1905 que le tréponème ou spirochète a été découvert par Schaudinn et Hofmann ; appartient-il aux bactéries ou aux protozoaires, est-il de nature animale ou végétale, nous ne le savons pas.

Ce qui est essentiel, c'est qu'on le décèle dans la sérosité des lésions cutanées ou muqueuses et particulièrement au niveau de l'accident primaire initial, au moyen de l'ultramicroscope. C'est le plus mince des spirilles connus : son diamètre est au minimum de 1/2 μ/mm, sa

(1) Conférence faite au Palais de justice devant l'Association générale des délégués auprès des Tribunaux d'enfants (19 mars 1932).

longueur varie de 6 à 15 μ/mm. il est nettement spiralé en tirbouchon et offre 6 à 12 spires.

On sait qu'il y a des souches différentes de tréponèmes ; et d'ailleurs l'observation des malades et en particulier des syphilis conjugales nous enseigne qu'il y a des tréponèmes peu actifs et d'autres très virulents, et ayant une affinité pour certains tissus. Cela explique, comme nous le verrons plus tard, la grande variété des localisations et la bénignité ou la gravité de l'évolution de la maladie.

Lorsque le tréponème a pénétré dans la peau ou dans les muqueuses, ce qui exige une effraction des téguments ou du tissu muqueux, apparaît un chancre qui se manifeste de quinze à trente jours en moyenne après la contamination. A l'origine c'est une papule rougeâtre arrondie ou ovalaire qui devient rapidement une érosion de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 à 1 franc, quelquefois moins, reposant sur une base indurée. Cette ulcération est en général tout à fait indolore, le plus souvent unique mais parfois multiple ; elle dure trois à quatre semaines, puis se cicatrice et disparaît ne laissant comme témoin qu'une cicatrice plus ou moins dure, et une adénite ganglionnaire.

Cet accident primaire est le plus souvent génital, mais il peut siéger n'importe où sur la peau et sur toutes les muqueuses ; on a vu des médecins contracter un chancre du doigt pour avoir touché des lésions syphilitiques actives ; ou contracter un chancre de la paupière pour avoir reçu sur l'œil la projection de salive syphilitique au cours d'un examen buccal.

Certains syphiligraphiques pensent que le chancre peut manquer et qu'il peut y avoir une sorte d'imprégnation syphilitique sans accident initial. J'estime pour ma part qu'il n'y a pas de syphilis décapitées et que dans ces cas le chancre est passé inaperçu, ce qui n'est pas rare chez la femme lorsque l'accident primaire siège dans les replis vaginaux ou sur le col utérin. Je signale en passant que certains chancres amygdaliens sont la cause d'erreurs de diagnostic et sont méconnus.

Le seul cas indiscutable où il n'y a pas de chancre initial est celui de l'infection transmise par voie sanguine comme on l'a vu récemment au cours de certaines transfusions du sang.

Environ 45 jours après le début du chancre apparaissent les accidents de la période dite secondaire : ces manifestations cutanées et muqueuses sont disséminées en plus ou moins grand nombre et superficielles ; elles traduisent la septicémie syphilitique et s'accompagnent parfois d'un état fébril. En voici l'énumération : la roséole éruption maculeuse soit intense, soit discrète qu'il ne faut pas confondre avec certaines dermatoses banales, ni avec certaines éruptions médicamenteuses ; les syphilides, lésions cutanées plus en relief, papuleuses, papulo-squameuses, croûteuses ou ulcéreuses ; l'alopécie, c'est-à-dire la chute des cheveux par places.

Enfin, il y a la période dite tertiaire qui se manifeste en moyenne à partir de la troisième année de l'infection par des gommes cutanées, buccales ou pharyngées, glossite, leucoplasie, perforation du voile du palais, par des lésions osseuses ou articulaires : ostéite, ostéomyélite, synovite et arthrites.

Bien plus redoutables sont les lésions touchant les viscères, le système circulatoire et le système nerveux : l'anévrisme, l'hémiplégie, la myélite, le tabès et la paralysie générale. Contre ces aboutissants, il est vrai que le traitement fait parfois des miracles, mais dans cette période où les atteintes du mal évoluent en profondeur, la médication la mieux conduite est trop souvent palliative : « l'eau qui a éteint l'incendie n'a pas le pouvoir de réparer les poutres brûlées ». Et c'est pourquoi l'effort du médecin doit tendre à éviter par un traitement bien conduit, ces échéances lamentables.

La syphilis ne se borne pas à éprouver ceux qui l'ont contractée, elle sévit jusque dans leur descendance et nous avons là le triste spectacle de la syphilis héréditaire. Celle-ci se présente sous deux formes différentes : 1° la syphilis héritée en nature avec ses lésions cutanées, muqueuses, osseuses, viscérales et méningées.

2° La syphilis hérédo-dystrophique qui consiste en infériorité organique, retard de développement, malformations ou monstruosités, anomalies mentales, épilepsie et ses équivalents.

Tous ces stigmates qui sont visibles s'accompagnent de lésions méningées qu'on ne voit pas. Et ces hérédos, qu'ils s'appellent arriérés, imbéciles, idiots, pervers, instables ou rebelles, sont voués à l'inadaptation sociale, d'où les délits de diverses natures et aussi la criminalité. Quel pitoyable bilan que celui de cette enfance héréditairement meurtrie et qui rend à la société le mal qu'elle lui a fait !

Aussi n'est-il pas exagéré de dire que, de toutes les maladies, la syphilis est la plus répandue et qu'elle mérite à proprement parler l'épithète de fléau social. D'après les statistiques les plus modérées, il y aurait dans le seul département de la Seine 500.000 syphilitiques, ce qui représente le 1/10 de notre population séquanaise. Et nous pouvons nous consoler en apprenant que les statistiques des autres pays sont encore plus mauvaises, puisque dans certaines villes étrangères, la proportion atteint 60 à 70 % de la population.

Par voie de conséquence la mortalité due à la syphilis est considérable : il faut compter annuellement 150.000 décès en France par syphilis ; 20.000 enfants succombent chaque année soit mort-nés, soit dans les premiers jours de la vie ; et les médecins des asiles vous diront que 75 % de leurs pensionnaires sont des syphilitiques.

Le retentissement économique engendré par cette calamité est facile à concevoir : une foule de malades chroniques se trouve tomber à la charge de la collectivité ; la sous-natalité et la mortalité entraînent le dépeuplement ; quant à la sous-production, elle est énorme à cause de la moindre valeur sociale et ouvrière d'un grand nombre de malades.

Une des causes qui a le plus influencé le développement de la syphilis est certainement le préjugé de maladie honteuse et la réprobation qui a pendant si longtemps accablé les syphilitiques. Déjà au XV[e] siècle, n'agissait-on pas avec eux comme s'ils avaient eu à la fois une maladie à traiter et une faute à expier : on les fustigeait avant et après le traitement !

Si cette coutume du châtiment corporel n'a pas persisté, il s'est néanmoins conservé jusqu'à nos jours une hostilité instinctive, se traduisant, suivant les collectivités, par la punition, le blâme ou par le mépris envers le malade atteint de syphilis.

On a pu voir dans le passé, les grandes compagnies de chemin de fer, attentives par ailleurs à la santé de leur personnel, se désintéresser de manière complète de ceux de leurs agents qui étaient syphilitiques. De même les sociétés de secours mutuels qui accordaient pour toutes les maladies la gratuité des médicaments et des allocations journalières, en refusaient le bénéfice aux sociétaires atteints de syphilis.

Dans ces conditions, le syphilitique en était réduit à se cacher, à dissimuler le plus possible son mal ; il s'adressait de préférence aux charlatans dans la crainte de se voir découvert et il se soignait mal.

Il n'y a guère qu'une trentaine d'années que le préjugé de maladie honteuse a été sérieusement battu en brèche. Sous l'influence de médecins et de quelques personnalités généreuses témoins parfois dans leur entourage, des tristes conséquences de la syphilis, une véritable réaction s'organisait vers 1900 contre l'opinion si injuste qui flétrissait avant tout le syphilitique.

Aidé des conseils du professeur Alfred Fournier, Brieux eut le grand courage de porter sur la scène le tragique sujet de la syphilis familiale ; sa pièce « les Avariés » souleva une émotion légitime et on peut dire qu'elle contri-

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique médicale. IV *Poumons et tuberculose*, par MM. M. LOEPER, L. TANON, R. TURPIN, Léon BERNARD, L. NÈGRE et A. BOQUET, E. RIST, F. SERGENT, H. BUSQUET, P. HALBRON, A. COURCOUX, Ch. RICHET fils, L. GUINARD, M. VILLARET. Un volume de 380 pages, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est le quatrième de la « Thérapeutique médicale » publiée sous la direction du Professeur LOEPER ; on y trouvera exposées par les auteurs les plus compétents, dans un esprit essentiellement pratique, les questions les plus importantes de la thérapeutique de l'appareil respiratoire.

TABLE DE L'OUVRAGE. — I. *Maladies non tuberculeuses du poumon.* (M. LOEPER). — I. Introduction à la thérapeutique du poumon. — II. Les laryngites et leur traitement. — III. La toux. — IV. Les expectorations. — V. Les hémoptysies. — VI. Antisepsie pulmonaire. — VII. Traitement des pneumopathies aiguës. — VIII. Traitement des gangrènes pulmonaires. — IX. Traitement de l'asthme.

II. *Maladies tuberculeuses du poumon.* — X. L'hygiène individuelle dans la prévention de la tuberculose (L. TANON). — XI. La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. (R. TURPIN). — XII. Chimiothérapie de la tuberculose (Léon BERNARD). — XIII. L'antigénothérapie de la tuberculose par les extraits méthyliques de bacilles de Koch (L. NÈGRE et A. BOQUET). — XIV. Le pneumothorax thérapeutique (E. RIST). — XV. Les indications du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (Emile SERGENT). — XVI. Les antithermiques de la tuberculose (H. BUSQUET). — XVII. Les médications toniques (Paul HALBRON). — XVIII. Le traitement des troubles digestifs des tuberculeux pulmonaires (A. COURCOUX). — XIX. Le régime des tuberculeux (Ch. RICHET fils). — XX. L'organisation et le fonctionnement d'un sanatorium (L. GUINARD). — XXI. Les indications des cures climatiques et hydrologiques dans les tuberculoses médicales (Maurice VILLARET).

PRÉCÉDEMMENT PUBLIÉ. — I. Maladies du tube digestif, 50 francs. — II. Aliments médicaments, 45 francs. — III. Maladie du foie et des glandes de la nutrition, 50 francs.

Problèmes actuels de pathologie médicale. *Cours complémentaire de la Faculté de médecine* (Deuxième série), par A. CLERC et par Ch. AUBERTIN, H. BÉNARD, M. BRULÉ, J. CATHALA, Ed. CHABROL, P. CHEVALLIER, E. DONZELOT, GUY-LAROCHE, C. LIAN, R. MOREAU, P. VALLERY-RADOT. Un volume de 340 pages, 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ces conférences dont une première série a déjà été publiée dans le cours de l'année 1931 ont été instituées par les futurs médecins à la veille de terminer leurs études et pour les praticiens désireux de se tenir au courant des progrès de nos connaissances. Elles visent les sujets les plus variés, elles sont traitées chacune par un spécialiste reconnu, professeurs agrégés, médecin des hôpitaux et représentent bien l'aspect actuel des problèmes de pathologie médicale.

Etude objective du tempérament, par le Docteur LENCLOS. *Applications à la thérapeutique homœopathique.* Un volume, 12 francs. Editions médicales, 7, rue de Valois, Paris.

A l'heure où poursuivant l'application des méthodes d'Abrams, le Docteur LEPRINCE étudie les radiations humaines apportant une base scientifique expérimentale à la « foi » et à l'expérience clinique des homœopathes, cet opuscule étudie les correspondances qui existent entre les types planétaires des anciens et les syndromes des opothérapeutes d'une part, enfin, d'autre part, les correspondances qui relient aux mêmes types planétaires les types homœopathiques, décrits depuis Hahnemann.

Les arythmies dans la pratique journalière, par les Docteurs Maurice PERRIN et Gabriel RICHARD. Deuxième édition. Un volume in-16 de 150 pages, avec 46 figures : 15 francs. Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

Les auteurs ont pensé faire œuvre utile en résumant ici les conclusions essentielles des importants travaux publiés sur la question dans ces dernières années et en exposant les méthodes les plus simples et les plus utilisables d'examen et de diagnostic.

Après un chapitre consacré aux méthodes d'examen, un autre donne une classification des arythmies et chacune de ces dernières est étudiée dans son diagnostic, ses formes cliniques et complétée par le traitement.

Ce petit livre aidera le praticien, forcément économe de son temps et le fera bénéficier des travaux publiés sur ce sujet par les principaux cardiologues français et étrangers.

bua puissamment à modifier les idées du public sur la syphilis.

On a osé depuis lors parler ouvertement de cette maladie ; on a appris qu'elle reconnaissait souvent une origine non vénérienne ; les exemples de la syphilis vaccinale lorsqu'on vaccinait de bras à bras, les exemples de nourrissons contaminés par la nourrice, ou des nourrices contaminées par leur nourrisson ; les syphilis accidentelles, les syphilis professionnelles, comme celles des verriers, si bien étudiée par les médecins lyonnais, établissaient qu'on peut prendre la syphilis de la manière la plus innocente. Et l'unanimité s'est faite sur cette notion essentielle que la syphilis est une maladie infectieuse comme beaucoup d'autres et qu'il importe de traiter.

Des comités, des ligues, se sont formés, la propagande a été entreprise par les tracts, l'image, les conférences antivénériennes, par les films ; *c'est maintenant la syphilis que l'on combat et non le syphilitique.*

Où en sommes-nous au point de vue médical ? Sommes-nous armés et pouvons-nous lutter victorieusement ?

Alors que pendant plusieurs siècles le seul médicament en usage était le mercure, nous possédons aujourd'hui trois médicaments actifs : le vieux mercure, l'arsenic, et le bismuth qui sont appliqués en général à tour de rôle, sauf intolérance ; malgré cet arsenal thérapeutique, la plupart des syphiligraphes estiment que la certitude de guérison ne peut être obtenue et qu'il est prudent de faire à la suite du traitement dit « d'attaque », un traitement dit « d'entretien » illimité et intermittent.

Tout cela parce que la syphilis évoluant, après les premières manifestations, sans bruit et de manière insidieuse, l'examen clinique ne peut, à lui seul, préjuger de l'avenir du syphilitique.

L'avènement de la sérologie nous avait cependant apporté un secours inestimable et la réaction du sang, réalisée par Wassermann en 1905, dotait la médecine d'un renseignement précieux : *le signe humoral de la syphilis.* Mais on a trop voulu demander à cette réaction, on l'a véritablement poussée, on a trouvé des variantes qui ont fourni des résultats contradictoires, et cette course à la sensibilité d'une analyse délicate entre toutes a abouti à trouver plus ou moins « positif » un sang normal.

Ayant pratiqué la réaction de Wassermann pendant des années, un sérologiste éminent, le Dr Arthur Vernes, est arrivé, de 1913 à 1916, à obtenir un procédé révélateur de la présence et de l'intensité de la syphilis au moyen de l'examen du sang. Il a constaté, au cours de recherches sérologiques innombrables, que chez le syphilitique le sérum sanguin se trouble en présence d'une solution colloïdale déterminée. De plus, il a observé que ce phénomène dit de floculation se modifie sous l'influence du traitement.

Dès lors, la syphilimétrie prend naissance : elle dépiste, surveille et traite les syphilitiques ; elle utilise pour cela un procédé rigoureux d'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien. L'analyse consiste à apprécier le trouble apporté dans le sérum du malade par l'addition d'une certaine quantité de solution colloïdale de composition fixe ; la lecture de ce trouble se fait à l'aide d'un appareil optique : le photomètre dont les chiffres s'étendant de zéro à 150, donnent une échelle étendue de mesure, le zéro correspondant au sang normal.

Le chiffre obtenu est porté sur un graphique où est figurée cette échelle de zéro à 150 ; le traitement y est également inscrit avec les doses de médicament ; les observations cliniques y sont jointes et nous avons ainsi le dossier individuel de chaque malade. On y lit avec une extrême facilité la courbe sérologique figurée par les points noirs représentatifs des examens du sang et en même temps le nombre de piqûres reçues. Le médecin suit donc aisément l'évolution sérologique de la maladie et il peut varier sa thérapeutique en raison de la montée ou de la descente du tracé.

Et voici ce qu'enseigne l'expérience de ce contrôle sérologique étroitement appliqué à la thérapeutique, expérience qui a maintenant plus de quinze ans : lorsque partant d'un degré plus ou moins élevé de l'échelle, le traitement suivi abaisse à zéro l'indice photométrique, c'est-à-dire que le sang est devenu normal, la partie n'est pas gagnée encore, mais elle le sera si le zéro se maintient pendant huit mois consécutifs.

C'est la règle des huit mois que Vernes a établie et sans laquelle un retour offensif est toujours possible. Encore faut-il, et ce point est extrêmement important, qu'à la huitième analyse de sang normal s'ajoute l'examen du liquide céphalo-rachidien et que le liquide nerveux soit également normal.

En résumé, si après traitement nous obtenons un sang normal chaque mois pendant huit mois, avec une ponction lombaire normale au huitième mois, nous estimons, d'après Vernes, avoir un critérium de guérison.

Ce qui le prouve, c'est qu'un certain nombre de nos malades de l'Institut prophylactique, après avoir satisfait à cette règle, ont authentiquement contracté un nouveau chancre syphilitique. A quoi sert donc de la guérir, ont dit quelques-uns puisqu'on la rattrape ! mais nous estimons, nous médecins, que le meilleur critère de guérison est la preuve par la réinfection.

Quant aux malades restés guéris depuis huit ans, dix ans et davantage et qui viennent se soumettre au contrôle sérologique une fois l'an et donner de leurs nouvelles, ils n'ont jamais présenté le moindre accident ; parmi eux, bon nombre de femmes ont conduit leurs grossesses à terme et ont eu des enfants parfaitement indemnes de syphilis.

La méthode syphilimétrique de Vernes a donc comme point de départ une séro-réaction fidèle, invariable quel que soit le laboratoire chargé de l'exécuter, et dont l'échelle graduée de zéro à 150, indique au médecin, par la voie du graphique, s'il s'éloigne ou s'approche du but. Tant que le but n'est pas atteint, le traitement est continué sous la surveillance sérologique : c'est la désinfection sans arrêt, mais dès que le zéro est acquis et consolidé par l'observation du sang huit mois consécutifs et la ponction lombaire normale au huitième mois, tout traitement est cessé et le malade surveillé seulement de six mois en six mois, puis chaque année.

L'étude sérologique a permis de préciser deux faits essentiels :

1° La prise de sang isolée n'a qu'une valeur toute relative ; à la manière d'une prise de température au thermomètre ; ce sont les examens successifs du sang qui permettent de conclure formellement à l'absence ou à la présence de syphilis.

2° Chez tout sujet ayant contracté la syphilis et ayant été traité, la guérison ne peut être tenue pour réelle sur les seuls examens négatifs du sang, fussent-ils très nombreux, il faut examiner le liquide nerveux, il faut faire la ponction lombaire. Il est fréquent de voir chez le syphilitique ancien, le sang devenu absolument normal alors que le liquide de ponction lombaire est pathologique.

Je citerai, parmi beaucoup d'autres, l'exemple de cet instituteur de 27 ans, venu dans nos services, et se félicitant de ce que chaque mois ses examens du sang sont bons et refusant la ponction lombaire parce qu'il ne ressent rien. Cependant à la longue, on parvient à lui faire accepter cette petite intervention, or, l'examen du liquide céphalo-rachidien est très mauvais : degré photométrique = 150 ; sept leucocytes par mm. c. et 0,75 d'albumine. Ce malade était donc en pleine méningite syphilitique latente, sans s'en douter et sans que le moindre trouble du système nerveux ait été observé par les médecins. Sans notre intervention, il aurait évolué un jour vers des accidents graves du côté de la moelle ou du cerveau. Je me hâte d'ajouter qu'à l'aide d'un traitement persévérant et continu, nous avons ramené son liquide nerveux à l'état normal.

Et croyez bien qu'il ne s'agit pas là d'un cas exceptionnel, bien au contraire, nous en possédons un grand nombre.

La méthode syphilimétrique, en opposition avec la méthode du traitement chronique et intermittent, constitue un progrès indiscutable, mais elle exige l'assiduité et la discipline complète du malade. Sans doute il est pénible de venir pendant des mois se prêter au traitement et au contrôle, cependant lorsqu'il s'agit d'atteindre le but, c'est-à-dire la guérison, l'enjeu en vaut la peine.

Au contraire le traitement chronique et intermittent qui laisse au malade des périodes de repos et de tranquillité, n'a aucune certitude d'être efficace et il offre des inconvénients organiques certains du fait qu'il est appliqué « à vie ».

Il fait trop ou pas assez et nous avons vu avec satisfaction notre confrère, le Docteur Sézary, médecin de l'hôpital Saint-Louis, dans un article récent, protester contre les traitements indéfiniment prolongés.

Or, sous le contrôle syphilimétrique, le traitement varie en quantité et en durée, suivant la plus ou moins grande intensité de la syphilis, puisque la maladie est suivie pas à pas à l'aide d'une sérologie précise. Et c'est ce que nous faisons à l'Institut prophylactique.

C'est sur les travaux du Docteur Vernes que l'Institut prophylactique a été fondé en 1916, sous la présidence du Docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur et du regretté Docteur Emile Chautemps, vice-président du Sénat, avec l'aide du Conseil municipal et du Conseil général. Reconnu d'utilité publique, cet établissement n'a cessé de développer ses laboratoires et ses services : on compte actuellement plus de quarante services pour Paris et la banlieue : les traitements, les examens y sont entièrement gratuits, comme il convient à une maladie sociale.

En province, des dispensaires ont été créés sur ce modèle dans différents centres industriels ; la Compagnie des Chemins de fer du Midi a ouvert en 1916, deux services à Bordeaux et à Toulouse pour le personnel de son réseau. Pour Paris et la Seine, les Compagnies du P. L. M. et du Nord adressent à nos dispensaires parisiens leurs agents atteints de syphilis ou ceux pour lesquels un examen de sang est jugé nécessaire.

Jusque dans les prisons, la syphilis est dépistée et traitée et je me permets de rappeler que j'ai organisé en 1917 dans les prisons de la Seine ce service syphiligraphique, au moyen de nos équipes de médecins et d'infirmières.

Rendre le syphilitique inoffensif, tel est le but que nous poursuivons, non seulement pour l'intérêt du malade lui-même, mais pour la protection de la société. Pour arriver à ce résultat, je crois vous avoir montré les conditions techniques et matérielles indispensables : une sérologie précise, un dossier médical individuel avec à la base le graphique où s'inscrit la courbe sérologique de l'infection ; enfin avec un personnel entraîné, un dispensaire largement ouvert, assurant la gratuité du contrôle et des soins.

C'est cet ensemble médico-social que notre chef d'école, Arthur Vernes, a réalisé et il permet d'entrevoir dans l'avenir l'extinction de la syphilis.

Il n'est pas présomptueux en effet, devant les résultats obtenus depuis quinze ans, de penser que, dépistée et traitée, non plus de manière empirique, mais à l'aide de la syphilimétrie, la syphilis cessera un jour de désoler l'humanité.

« S'il est vrai que l'action secourable du médecin s'étend toujours davantage de l'individu à la famille et de la famille à la société, il doit laisser à d'autres, dès le collège, l'erreur de désavouer la Prière sur l'Acropole. D'avoir fréquenté, ne fût-ce qu'en ses jeunes années, le génie que symbolise le Parthénon, il lui restera un viatique ». (Hippolyte Parigot. Médecine et Humanités. *Revue politique et parlementaire*, 10 juin 1932.)

Sur deux cas de traitement psychanalytique suivis de guérisons rapides

Par S. NACHT

Chef de laboratoire de psychothérapie et psychanalyse à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin du Hertford British Hospital.

Après de multiples discussions plus ou moins objectives, la position de la psychanalyse, dans le milieu de ceux qui ont pris la peine de regarder les faits bien en face afin de se faire une opinion valable, pourrait être définie aujourd'hui aisément.

Quelle que soit l'opinion que l'on peut avoir à l'égard de tel ou tel *point* des théories psychanalytiques, l'on est d'accord pour admettre que seules les connaissances acquises grâce à elle sur la vie profonde des instincts peuvent nous permettre une certaine compréhension *de la structure des maladies mentales.* D'autre part, les *résultats thérapeutiques, obtenus par une application clairvoyante de la technique psychanalytique, sont supérieurs à toutes les autres tentatives psychothérapiques.*

Ces résultats sont supérieurs non pas uniquement parce qu'ils ont pu être obtenus dans des cas où l'on avait échoué par les autres moyens, mais aussi et surtout parce qu'ils aboutissent non pas seulement à la disparition des symptômes, mais aussi à une modification heureuse de toute la personnalité du névropathe.

Il est cependant évident que pour bien des raisons la cure psychanalytique reste et restera peut-être encore longtemps une thérapeutique plutôt d'exception. C'est-à-dire que l'on n'aura recours à elle qu'en désespoir de cause, quand *d'autres thérapeutiques plus simples auront échoué,* ou bien *en présence de cas particulièrement graves.*

Une des principales raisons qui justifient cet état de choses est la *durée* du traitement psychanalytique. De par sa longue durée la cure psychanalytique exige des sacrifices de temps et d'argent qui ne sont pas à la portée de tous les milieux.

Ceci est de toute évidence, et cependant ce n'est pas toujours le cas. Voici deux cas qui, soumis à un traitement psychanalytique, ont été suivis de guérison complète *quelques semaines* après le début du traitement. *Ce sont évidemment des cas exceptionnels.* C'est ce qui fait leur intérêt et c'est aussi la raison pour laquelle il nous a semblé utile de les rapporter ici.

Ces deux cas, cependant, se présentaient comme ceux que nous indiquions comme redevables tout particulièrement de la psychanalyse : *gravité des symptômes et échec préalable d'autres thérapeutiques.* La guérison a été cependant rapide (6 à 8 semaines) — exceptionnellement rapide encore une fois — et a porté non pas seulement sur la disparition des symptômes mais aussi sur tout l'ensemble de la personnalité des sujets.

Avant de présenter nos cas il nous paraît indispensable de faire remarquer que nos observations sont loin d'être des protocoles complets de cures psychanalytiques. Là n'est pas notre but et ce ne serait pas non plus indiqué de le faire à cette place. D'autre part, nous avons été obligé de présenter nos cas comme si le lecteur était au courant des mécanismes inconscients des névroses. Sans cela, si à chaque instant nous avions été obligé de donner des explications théoriques, nous n'aurions jamais pu présenter ces observations dans le cadre restreint dont nous pouvions disposer ici.

Première observation. — *Névrose obsessionnelle.* (Suivie avec le Docteur P. Male, **médecin-assistant de l'hôpital Henri Rousselle**).

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui souffrait depuis deux ans environ d'OBSESSIONS MULTIPLES. La principale, l'idée

principale » comme elle disait, était une impression pénible d'avoir perdu une *grande lèvre*. A côté prenaient place d'autres obsessions ayant un caractère plus fugace : elle pensait qu'*elle n'était plus vierge*, ou bien qu'*elle avait avalé un os*, etc.

Toutes ces obsessions la faisaient souffrir et l'empêchaient de travailler ; elles l'avaient obligée de quitter les cours de son lycée depuis plus d'un an.

Aucun antécédent direct ou indirect intéressant à signaler.

Lorsqu'elle consulta — après d'autres médecins, je crois — mon ami Male, elle présentait aussi un embonpoint tel que l'on pouvait parler d'obésité. Eu outre, elle n'avait plus ses règles depuis quelque temps. Le traitement opothérapique conseillé par Male fit revenir les règles et ramena la taille à des proportions normales. Par contre, la psychothérapie qu'il tenta pendant quelque temps ne donna aucun résultat quant à l'état mental.

C'est dans ces conditions qu'il me l'adressa.

Dès ma première conversation avec la malade j'appris deux faits importants : à savoir qu'elle était tombée malade pendant que sa mère *était enceinte* et *immédiatement* après qu'elle-même avait été REÇUE à un examen.

Il était évident pour moi, de par ces faits, que ses obsessions lui servaient inconsciemment de moyen de punition et qu'en ce faisant elle punissait ses parents, sans que je sache quel était le mobile de ce comportement.

Mais dès que je commençai les séances d'analyse, je ne pus plus tirer un seul mot de la malade pendant une dizaine de jours.

Après quelques essais d'encouragement qui n'eurent aucun succès — je fis comme elle — je me tus pendant plusieurs séances.

Puis, un jour, je me servis de ce qu'elle m'avait dit la première fois que je l'avais vue et lui expliquai qu'à première vue il me semblait que sa maladie n'avait d'autre but que de punir les siens en se punissant elle-même. Comme preuve facile et à l'appui de ce que j'avançais, je lui fis remarquer qu'elle ne faisait rien de ce que je lui demandais afin d'essayer de guérir, malgré qu'elle savait quel sacrifice faisait son père en la faisant soigner par une méthode coûteuse, étant donnée la situation tout à fait modeste de sa famille.

Cela me réussit car elle se mit par la suite à travailler mieux à son traitement. Je passe sur les autres détails de l'analyse pour vous parler du complexe essentiel : *l'intense fixation à la mère avec haine à l'égard du père*. Jusqu'à l'âge de 5 ans, la malade avait eu entièrement et pour elle seule la mère, son père étant au front. A son retour elle eut l'impression d'un intrus, de quelqu'un qui lui prenait sa mère.

D'où hostilité et haine envers son père. Peut-être fantaisies de castration à l'égard du père, puisque c'est par son sexe qu'il lui prenait sa mère. Cette agressivité, ce désir de castration entraîna un sentiment de culpabilité et la crainte d'un châtiment quelque peu analogue (« *être puni par où l'on a péché* »). Le tout était resté latent jusqu'au renouvellement du trauma : *la grossesse de la mère*.

Tout fut remis en question à cette occasion.

Cela paraît d'autant plus évident que bien avant qu'il fût question d'une grossesse, la malade avait dit à sa mère qu'elle ne voulait plus ni d'une sœur ni d'un autre frère, et que si cela arrivait elle *la quitterait*. A remarquer que ces propos étaient tenus par une jeune fille âgée de 13 à 14 ans.

Il y eut cependant une nouvelle grossesse, d'où actualisation de l'ancien conflit.

A cette occasion, toute l'agressivité (à base de jalousie) à l'égard du père rebondit et le désir inconscient de le châtier aussi. Mais il s'ensuivit un sentiment de culpabilité et un retournement contre elle-même de l'agressivité à l'égard du père : d'où « l'idée principale », *l'obsession qu'elle avait perdu (qu'on lui avait enlevé) quelque chose aux* ORGANES GÉNITAUX.

Dans ce cas l'effet thérapeutique de l'explication de cette situation affective fut immédiat : La malade commença par reprendre ses cours, put travailler. Les obsessions disparurent petit à petit.

Aujourd'hui elle est guérie de ses obsessions, travaille et est redevenue normale à tout point de vue.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Impuissance sexuelle*. — Le malade est un jeune homme de 27 ans. Il nous avait été adressé parce que, malgré toutes les tentatives thérapeutiques faites au cours des dernières années, IL RESTAIT IMPUISSANT.

Nous insistons sur ce point, à savoir que plusieurs thérapeutiques avaient échoué avant qu'il nous fût confié.

Il avait été traité par des moyens divers : électrothérapie, opothérapie et psychothérapie.

Ce jeune malade est un garçon bien bâti, intelligent, cultivé, qui exerce une profession libérale. Il l'exerçait mal d'ailleurs, il était mécontent de ce qu'il faisait car il se rendait compte qu'il aurait pu faire mieux s'il avait pu utiliser librement toutes ses possibilités. Il avait d'ailleurs en général l'impression d'être en-dessous de ses moyens, — j'ai tout pour être heureux, disait il, mais je suis malheureux. Par moments il souffrait d'être obsédé par des images à caractère sado-masochiste (il voyait des femmes nues que l'on flagellait ou qu'il flagellait ou même qui le flagellaient).

Ces images le faisaient souffrir malgré l'excitation sexuelle qu'elles provoquaient car c'était de cette manière seule qu'il pouvait avoir une érection.

C'est sur ce symptôme que la cure psychothérapique à laquelle il s'était soumis l'année avant de venir nous trouver avait eu un effet heureux mais qui n'a pas persisté longtemps. Enfin, pour en venir au symptôme principal, *il était impuissant*. Ce jeune homme de 27 ans n'avait jamais pu avoir une érection en présence d'une femme et malgré de multiples et diverses expériences.

Il avait eu plusieurs liaisons, une d'elles avait duré près de deux ans. Pendant deux ans il avait eu une maîtresse — si ce terme peut être employé dans ce cas — qui lui avait même coûté toute une fortune.

Comme cela arrive dans ces cas, s'il ne pouvait jamais avoir d'érection en présence d'une femme il pouvait en avoir étant seul. Il se masturbait assez souvent et les rêves érotiques suivis de pollutions n'étaient pas rares.

Dans la majorité des cas, l'érection était provoquée par les images des flagellations.

Par ailleurs, ce garçon vit dans sa famille composée de sa mère, ses sœurs et frères, son beau-père. Il a perdu son père lorsqu'il était âgé de 5 ans. Il croit se rappeler que la mort de son père a été pour lui un gros chagrin ; il ne voulait pas se faire à cette idée, aussi recommandait-il à sa gouvernante de laisser la porte ouverte pour que son père puisse revenir. Il a gardé un souvenir très beau de son père qui était d'ailleurs, paraît-il, un être exceptionnellement doué et attachant.

Et maintenant voyons comment s'est déroulée l'analyse de ce malade. Dès le début nous fûmes frappé de l'absence remarquable de résistance. Cette attitude devait se maintenir durant tout le traitement. Nous pouvons même dire que c'est un des rares malades qui nous a donné réellement l'impression de laisser ses associations s'enchaîner librement, de laisser son inconscient parler.

Dans les toutes premières séances il nous rapporta deux rêves qui nous parurent constituer le pivot de sa névrose. *Dans ses rêves il se reprochait la mort de son père et exprimait la crainte de la castration.*

Voici le premier rêve :

Il est à un dîner et raconte aux convives combien les gens s'étonnent qu'il puisse être gai (ou jouer au tennis) quand il y a un mort dans la maison. Ce mort, *c'est son oncle paternel.*

L'interprétation de ce rêve est si facile qu'il n'y a pas lieu d'insister ; *reproches, remords de vivre, de jouir de l'existence, cependant que son père* (représenté par l'oncle dans le rêve) *est mort.*

Le deuxième rêve est encore plus précis et plus complet. *Il est dans une maison, il voit arriver une escouade de soldats en costumes Louis XIV ; à la tête de l'escouade se trouve quelqu'un ayant la tête de Louvois (il fait la remarque que c'est tout à fait la tête de sa grand'mère paternelle). Il a l'impression qu'on va le saisir, on le prend pour l'auteur ou le complice d'un crime commis sur les lieux. Il y a du sang partout. Il sent comme un déclic à sa jambe.*

Dans ce rêve le malade non seulement s'accuse du *meurtre commis*, mais il va plus loin, il exprime aussi d'une façon déguisée la crainte de la punition, *la castration* (le déclic qu'il sent à sa jambe).

Le point essentiel de la névrose semblait résulter *d'un sentiment de culpabilité découlant des reproches que le malade se faisait inconsciemment comme s'il était coupable de la mort de son père.* (Réalisation d'ancien désir de mort à son égard vécu dans l'enfance).

Nous avons donné ces interprétations au malade, mais seulement après avoir attendu quelques séances, par crainte de nous

attaquer trop rapidement et sans préparation préalable au lourd sentiment de culpabilité qui pesait de façon évidente sur la vie de ce garçon et qui se traduisait d'une part par le symptôme précis de l'impuissance et d'autre part par l'inhibition générale qui pesait sur sa personnalité entière. Cependant ces explications furent facilement acceptées par le malade, avec toutefois, une attitude qui voulait dire « sous bénéfice d'inventaire ». Mais rapidement et dans plusieurs séances successives il se passa quelque chose de tout à fait démonstratif et qui entraîna la conviction du malade. En laissant ses idées s'enchaîner librement il lui arrivait brusquement de voir surgir l'image de ses parents en tête à tête d abord, puis comme s'ils allaient s'embrasser. *Immanquablement à ce moment précis il avait une sensation pénible de vertige, de vide dans la tête et l'image de ses parents s'éloignait, devenait de plus en plus lointaine et petite*, comme s'il voulait écarter ces images trop pénibles.

Il ne pouvait donc pas supporter l'image de ses parents, échangeant des tendresses, de même qu'il lui avait sans doute été pénible d'assister à de pareilles scènes étant enfant (complexe d'Œdipe). De plus, il écartait les images pour ne pas revivre les sentiments d'hostilité qu'elles avaient provoqués et que le malade luttait pour maintenir refoulés (haine à l'égard du père : désir de le supprimer).

Voilà les matériaux essentiels de cette analyse. Ils montrent comme nous disions tout à l'heure qu'à la base de la névrose de ce jeune homme il y avait un sentiment inconscient de culpabilité. Il vivait comme écrasé par les remords, inconscient *d'être responsable, fautif de la mort de son père*. Dans ces conditions la vie n'était possible pour lui *qu'à condition de souffrir* (auto-punition par la maladie et l'échec en général dans la vie).

Nous donnâmes ces interprétations au malade.

Le résultat fut qu'au bout de six semaines, ce garçon était transformé. Il avait l'impression de revivre, d' « être débarrassé d'un poids, de sortir d'un cauchemar ».

Son activité s'en ressentit, il fut plus sûr et plus confiant en lui-même, plus viril.

Tout cela bien entendu le rendait gai et plein d'espoir.

Les gens, autour de lui, s'en apercevaient. A la sortie d'une soirée, sa sœur lui dit : « Mais qu'est-ce qu'on t'a fait ? Tu fais tourner la tête maintenant à toutes les jeunes filles ! »

Il ne parlait plus de ses images de flagellation.

Puis, *deux mois après le début du traitement*, il s'en fut trouver une femme dans une maison close. Il réussit le coït. Il en était sûr d'avance, dit-il, qu'il réussirait, mais n'a trouvé qu'une satisfaction médiocre de l'acte sexuel en lui-même. Toute la satisfaction fut indirecte en quelque sorte. Il fut très heureux, car la première fois il réussissait un coït, mais plutôt parce que cela lui donnait la certitude de guérir.

Depuis il eut l'occasion de renouveler ses expériences à plusieurs reprises mais dans de meilleures conditions et avec plus de satisfaction.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le syndrome de Barraquer-Simons dit lipodystrophie progressive.

Le syndrome de Barraquer-Simons dit lipodystrophie progressive dont une centaine d'observations ont été publiées depuis le cas initial de Barraquer de Barcelone (1906), est une affection caractérisée par la disparition complète de la graisse dans toute la moitié supérieure du corps, et, sans transition, par son augmentation anormale au-dessous des crêtes iliaques. La moitié supérieure et la moitié inférieure du corps paraissent avoir été juxtaposées sans appartenir au même individu. Elle atteint de préférence le sexe féminin, sans épargner l'homme.

Elle débute ordinairement dans l'enfance ou l'adolescence, sans que rien dans les antécédents n'explique son apparition. Elle n'a pas de caractère familial.

A côté de la forme habituelle, il faut décrire, dit P. Marty (*Th. de Lyon*, 1931), une forme dissociée, plus rare, où l'émaciation existe seule. Cette émaciation semble donc le fait capital. Particulièrement nette à la face, elle lui imprime un masque caractéristique. La maladie de Barraquer-Simons n'est pas une lipodystrophie progressive. Une fois installée l'émaciation est généralement la première en date), elle se comporte comme une infirmité définitive sur laquelle actuellement aucun traitement ne semble agir. Elle ne menace pas directement l'existence. Définie par son aspect morphologique, la maladie de Barraquer-Simons est, pour qui la connaît d'un diagnostic aisé. On l'a prise parfois pour une atrophie musculaire progressive. Cette dernière doit être éliminée par un examen basé sur une séméiologie musculaire précise. Il n'y a pas d'atrophie musculaire sans impotence corrélative immédiate des muscles incriminés. La pathogénie du syndrome reste obscure. Deux facteurs ont pu être mis en cause : le facteur endocrinien et le facteur nerveux. Mais comment expliquer par l'excès, l'altération ou la carence d'un produit endocrinien, le comportement inverse des tissus sous-cutanés du haut et du bas du corps ? Aucun syndrome endocrinien avéré ne réalise un tel dispositif. La distribution segmentaire ainsi que l'association fréquente des signes sympathiques incitent à mettre en cause le système nerveux et plus particulièrement le système sympathique. (Pierre Marty. — Du syndrome de Barraquer-Simons dit lipodystrophie progressive. Thèse de Lyon, 1931.)

Fractures fermées des métacarpiens.

Les auteurs classiques admettent que les métacarpiens les plus souvent fracturés sont le 3e et le 4e.

Pour A. Siffre (Thèse de Lyon, 1931), ce serait le 1er métacarpien. Dans la statistique personnelle de l'auteur qui porte sur un total de 21 fractures : le premier métacarpien se trouve fracturé dix fois ; le deuxième, deux fois ; le troisième, trois fois ; le quatrième, une fois ; le cinquième, cinq fois.

Des observations qu'il rapporte, Siffre conclut que les interventions sanglantes dans les fractures fermées des métacarpiens ne donnent que de bons résultats anatomiques, les résultats fonctionnels par suite des dégâts provoqués sont le plus souvent inférieurs à ceux que l'on obtient par les procédés orthopédiques classiques.

Opothérapie cérébrale.

L'opothérapie cérébrale a donné des résultats peu concluants. Dès 1892, C. Paul l'a employée par voie hypodermique (solution glycérinée) à des doses qu'il considérait comme élevées. On aurait obtenu, mais de façon inconstante, quelques améliorations chez des épileptiques, des asthéniques. Cullerre a constaté que l'état général de certains déments devenait meilleur, sans que la psychopathie soit modifiée.

Abelous et Lassale ont indiqué récemment que l'extrait aqueux de substance nerveuse augmente l'excitabilité du système nerveux. Steinach, Haberlandt, travaillant séparément, ont isolé des centres nerveux (encéphale et moelle), à l'exclusion des nerfs, une hormone hydrosoluble et thermolabile qui augmente l'excitabilité reflexe. Cet extrait est dialysable ce qui indique une molécule relativement simple. Ungley (Effect of brain diet in subacute degenerescence of cord. *Lancet*, 30 janvier 1932, p. 227) a rapporté neuf cas de dégénérescence subaiguë de la moelle qui ont été traités par l'opothérapie cérébrale à la dose de 480 grammes par jour en trois ou quatre prises et dont six ont été améliorés.

A. Marmeaux.

Kérato-conjonctivite phlycténulaire et infections naso-pharyngées

La fréquence des infections rhino-pharyngées associées aux infections du segment antérieur de l'œil est un fait connu depuis longtemps. R. Pigache (Th. de Lyon 1931) a trouvé chez les malades passés en 1931 à la consultation de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, une proportion de 80 % de sujets présentant une kérato-conjonctivite phlycténulaire avec des lésions nasales et naso-pharyngées diverses. Ce chiffre est inférieur à celui de Kniès (90 %) et supérieur à celui de Terrien et Goulfier (67 %). Le plus souvent, les lésions rhino-pharyngées étaient complexes et dans la plupart des cas, il y avait nettement précession des lésions nasales sur les manifestations oculaires.

Dans toutes les cliniques ophtalmologiques il devrait y avoir une salle d'examen réservée à l'oto-rhino-laryngologiste.

Bromide chez un nourrisson

MM. Sézary, Lefèvre et Horowitz (*S. de Derm. et de Syph. pr.*, 14 avril 1932) rapportent l'observation d'un nourrisson de sept mois atteint d'une éruption bulleuse disséminée due à l'ingestion prolongée de bromure de calcium. L'intérêt de ce cas réside dans la reproduction expérimentale d'une bulle chez ce bébé par une cuti-réaction faite avec une solution bromurée.

Echos et Glanures

« Je m'en vois escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

A propos du centenaire de la mort de Gœthe. *Communication de M. Dumas à l'Académie de Médecine* (19 juillet 1932.)

De nombreuses Académies et Universités ont célébré cette année le centenaire de Gœthe ; plusieurs revues lui ont consacré un numéro spécial ; des livres qui parlent de sa philosophie et de sa vie ont paru en allemand et dans d'autres langues. J'ai pensé qu'à l'occasion de ce centenaire il n'était pas sans intérêt de revenir sur la mort de Gœthe et sur la tradition célèbre qui s'y rattache.

Tous les textes dont je me suis servi sont tirés du tome VIII des *Gœthes Gespräche* (entretiens de Gœthe) recueil publié en 1890, à Leipsig, par Woldemar Freiherr von Biedermann.

Les textes qui concernent la dernière maladie de Gœthe sont du Docteur Vogel, son médecin ; celui qui concerne la mort est le récit d'un témoin oculaire que Biedermann ne nomme pas.

On peut d'après les citations de Vogel se faire une idée suffisamment précise de la maladie qui emporta Gœthe et, d'après le texte qui concerne la mort, parler avec détails de ses derniers moments.

Gœthe est mort le 22 mars 1832, à 11 h. 1/2 du matin, à l'âge de quatre-vingt-trois ans, et vraisemblablement d'une pneumonie, compliquée d'une pleurésie médiastine.

Il avait pris froid huit jours avant, le jeudi 15 mars, en sortant de son cabinet de travail très chauffé pour faire une promenade, par un après-midi froid où il faisait beaucoup de vent.

Il se sentit mal pendant la promenade mangea peu le soir et sans appétit, gagna son lit de bonne heure et passa presque toute la nuit sans pouvoir dormir avec une toux sèche et courte qui revenait par accès fréquents, des bouffées de chaleur alternant avec des frissons et des douleurs qui se localisaient dans la partie antérieure du thorax.

Le soir, c'est-à-dire le 16 mars, il se trouva mieux et reçut le conseiller Riemer qu'il pria de l'entretenir de ses études de linguistique.

Le 19 mars, vers 9 heures du matin, le Docteur Vogel, qui le visitait tous les jours à cette heure, le jugea débarrassé mais encore un peu faible. Gœthe parla d'un livre français qu'il venait de lire, s'informa, comme à son ordinaire, de divers événements et manifesta vivement le désir de ne pas être privé du verre de madère qu'il prenait tous les jours à son déjeuner depuis plusieurs annees. Vogel n'ayant pas fait d'objection, il but et mangea avec plaisir et resta levé tout le jour, disant que, dès le lendemain, il se remettrait au travail.

Quand il fut couché, il s'endormit d'un sommeil paisible pendant lequel il transpira beaucoup. Il s'éveilla vers minuit et il éprouva, d'abord sur les mains qui étaient exposées à l'air, puis sur le reste du corps, une sensation de froid qui devenait plus intense de minute en minute.

A la sensation de froid se joignit bientôt une douleur qui prit naissance dans les membres pour gagner la partie antérieure du thorax et provoquer de l'oppression, de l'angoisse et de l'agitation.

Les accidents s'accusèrent de plus en plus, mais Gœthe ne permit pas à ses serviteurs d'avertir Vogel, parce que, tout en souffrant beaucoup, il ne se croyait pas en danger.

Lorsque Vogel arriva vers 9 heures du matin, le 20 mars, pour faire sa visite quotidienne, un spectacle lamentable l'attendait. L'angoisse, dit-il, était terrible ainsi que l'agitation, car le vieillard cherchait en vain, tantôt dans son lit et tantôt dans son fauteuil, une position qui pût lui apporter quelque soulagement.

La douleur, qui de plus en plus se fixait à la partie antérieure du thorax, provoquait tantôt des gémissements et tantôt des cris. Les traits étaient grimaçants, la peau des joues et du front était couleur de cendre ; les yeux abattus et ternes s'enfonçaient dans les orbites livides. Le visage exprimait l'angoisse de la mort;

le corps très froid ruisselait de sueur ; le pouls extraordinairement rapide était à peine perceptible. Tout le bas-ventre était ballonné, la soif intense.

Vogel dit qu'il redouta une hémorragie foudroyante du poumon et qu'il pratiqua une intervention aussi rapide qu'énergique. La soirée fut meilleure.

Le lendemain, 21 mars à 11 heures du soir, Gœthe pria sa belle fille d'aller se coucher avec les enfants ; il s'informa des amis familiers de la maison qu'il supposait avec raison être dans une pièce voisine, et dit qu'il suffisait que son valet de chambre Frédéric et son secrétaire John restassent près de lui.

Il demanda et lut la liste des personnes qui étaient venues aux nouvelles, et rappela qu'on devrait se souvenir, quand il serait guéri, de l'intérêt qu'elles avaient témoigné ; après avoir encore insisté pour que les membres de sa famille prissent du repos, il se prépara à passer la nuit dans son fauteuil. Frédéric ayant veillé la nuit précédente, il le fit coucher sur son propre lit et il dit à John : « Vous resterez près de moi et vous prendrez garde que je ne tombe pas, si je m'endors. »

Il s'assoupit pendant trois quarts d'heure et ne dormit ensuite que pendant de courts moments, car il était gêné par l'oppression, la toux et la difficulté qu'il éprouvait pour expectorer. Plusieurs fois, il dit à John : « Restez fidèlement près de moi ; cela ne peut durer plus de deux jours. »

Ce fut le lendemain matin à 11 h. 1/2 que la mort arriva, et c'est de cette mort que je voudrais parler avec quelques détails.

D'après une interprétation traditionnelle, Gœthe aurait mis beaucoup de lui-même et de sa philosophie dans les paroles qu'il prononça, au moment de mourir, pour demander qu'on fît entrer plus de lumière dans sa chambre.

« Plus de lumière ! » n'était-ce pas un hommage ultime et symbolique rendu à la raison et à la vérité par ce mourant qui en avait été un génial et fervent apôtre. Pouvait-il prononcer de plus belles paroles et où il se résumât mieux ?

On trouve cette interprétation reprise et enrichie dans une page de Maurice Barrès, inédite jusqu'ici, que la *Revue de littérature comparée* a publiée dans son numéro consacré à Gœthe, en mars 1932.

« Le jeudi 22 mars 1832, nous dit Barrès, entre 10 et 11 heures du matin, Gœthe ne pouvait plus parler. Il avait dit sa dernière phrase que terminent les mots légendaires, magnifiques : « Ouvrez donc les volets de la chambre à coucher, afin qu'il entre plus de lumière (Mehr Licht). »

Barrès rappelle ensuite que Gœthe, assis dans son fauteuil et ne pouvant plus parler, traçait encore des signes dans l'air, d'abord assez haut, puis assez bas, à mesure que les forces diminuaient, et enfin sur la couverture même qui enveloppait ses genoux : « Les assistants dit-il, observaient avec une respectueuse piété ces gestes mystérieux, dernier témoignage d'une pensée qui s'éteignait. Ils crurent distinguer la lettre W, suivie de points d'exclamation et de lettres qu'ils ne surent pas reconnaître. Je me plais à imaginer que Gœthe annonçait Wagner. Dès lors, le cœur de l'Allemagne éternelle, cœur diminué toutefois, allait battre dans la poitrine d'un enfant de neuf ans ».

On aurait mauvaise grâce à discuter une hypothèse que le grand écrivain n'a présentée, et ne pouvait présenter que comme un jeu d'imagination. Wagner n'avait d'ailleurs pas neuf ans mais dix-neuf en 1832.

Si Gœthe a dessiné un W, ce qui est douteux (car rien ne ressemble plus à un W que des zigzags) et s'il a tracé d'autres lettres en paraissant y ajouter des signes de ponctuation, on peut supposer qu'il a demandé de l'eau ou du vin (*Wasser* oder *Wein*), ou plus probablement un mélange de ces deux liquides, car, dans cette matinée du 22 mars, il a deux fois demandé à boire, et chaque fois il a pris un mélange de vin et d'eau. On peut penser également que les signes tracés par Gœthe, quelques instants avant de mourir et alors qu'il ne parlait plus, n'avaient aucune espèce de sens, et c'est même la supposition la plus vraisemblable.

Restent les deux phrases sur la lumière, car Gœthe a demandé deux fois de la lumière dans cette dernière matinée. Nous l'avons laissé dans son fauteuil où il dormait si peu et si mal. Vers 6 heures il pria qu'on l'aidât à se lever et fit quelques pas pour aller de sa chambre à coucher à son cabinet de travail. Il y trouva sa belle-fille qui s'y était tenue cachée pendant la nuit, et il lui dit en plaisantant amicalement : « Comment, petite femme, te voilà déjà descendue ! » Mais il se sentit très faible et dut regagner son fauteuil dans sa chambre à coucher.

Bien que Vogel ne laissât plus aucun espoir, les amis qui se tenaient dans une pièce voisine se refusaient à désespérer. Le malade lui-même exprima, en parlant à sa belle-fillle, l'espérance que sa santé et ses forces pourraient revenir et il dit : « Le mois d'avril apportera le vent et la pluie mais il apportera aussi les beaux jours où l'on peut reprendre ses forces en allant et venant dans la libre nature. Le médecin n'a plus besoin de me donner des médicaments. Je vais déjà mieux ».

Au moment où le soleil se levait les forces déclinaient de plus en plus. On avait fait l'obscurité dans la pièce afin qu'il s'y tînt plus tranquille et c'est alors qu'il dit une première fois « Donnez-moi de la lumière ; l'obscurité est désagréable. » Cette raison nous dispense d'en chercher une autre.

On poussa donc un volet, mais, bientôt, il parut souffrir des yeux car il y porta la main plusieurs fois comme pour les protéger. Alors on lui apporta le garde-vue qu'il avait l'habitude de mettre le soir, quand il lisait à la lampe. Sa belle-fille Odile se tenant debout à côté de lui, il la pria de s'asseoir, lui prit la main et la tint longtemps dans les siennes. Il lui aurait même dit : « Allons, petite femme, donne-moi ta bonne menotte. »

Vers 9 heures, il demanda un mélange d'eau et de vin, prit le verre d'une main ferme et dit, après avoir bu : « N'y a-t-il pas

trop de vin là-dedans ? » Il se leva de son fauteuil avec l'aide de Frédéric et de John et demanda quel était le jour du mois. Comme on lui répondait qu'on était au 22. « Le printemps, fit-il, a donc commencé et nous allons nous remonter d'autant plus vite ». Il se rassit et tomba dans un demi-sommeil paisible où il eut des visions agréables. C'était sans doute l'euphorie et l'onirisme des mourants. Peut-être aussi Vogel avait-il ordonné de l'opium. « Voyez, disait Gœthe, cette belle tête de femme, avec des boucles noires. Comme elle se détache bien, avec sa riche carnation, sur le fond sombre ! » Puis, désirant dessiner cette tête, il disait à son valet de chambre : « Donne-moi mon portefeuille et mes crayons qui sont là-bas. » Et comme il n'y avait qu'un livre à la place indiquée et que Frédéric le lui apportait, il reprenait : « Ce n'est pas le livre, c'est le portefeuille que je veux». « Mais il n'y a pas de portefeuille, répondait Frédéric. » Et sortant de son demi-sommeil Gœthe disait sur un ton enjoué : « Alors je voyais des fantômes ».

Il fut un moment plus présent et demanda de la volaille froide pour son déjeuner. Il en porta un morceau à sa bouche et voulut boire. Il but un peu de vin et d'eau en reprochant à Frédéric de n'avoir pas mis de sucre, le vin lui paraissant trop fort. Il dit encore ce qu'il voulait manger à son déjeuner de midi, et ce qu'on devait servir pour le dîner du samedi soir que le conseiller Vogel devait venir partager. Il se souvint même d'un plat que le conseiller aimait et voulut qu'on le lui préparât.

Il fit ensuite un vain effort, appuyé sur Frédéric et sur John, pour aller dans son cabinet de travail, mais il ne put atteindre que l'entrée ; il chancela et dut regagner son fauteuil.

Il semble qu'un demi-rêve l'ait repris à partir de ce moment. L'imagination se mêla confusément aux souvenirs. Voyant un papier quelconque qui traînait par terre, il demanda « Pourquoi laisse-t-on là les lettres de Schiller ».

C'est là-dessus que, pour la seconde fois, il demanda de la lumière, en disant à Frédéric : « Ouvre le second volet pour qu'il entre plus de lumière. »

Ce furent ses dernières paroles. Que voulait-il dire ? Une tradition bien connue a répondu comme vous savez, mais rien ne prépare ni ne justifie, dans le contexte, l'interprétation que cette tradition a propagée.

Au contraire il y a bien des raisons de penser que si Gœthe demandait plus de lumière, c'est parce qu'il sentait sa vue s'affaiblir, comme il arrive toujours non seulement pour la vue mais pour tous les sens, à l'approche de la mort.

> A cette heure douteuse où l'âme recueillie,
> Se cachant sous le voile épaissi sur nos yeux,
> Hors de nos sens glacés pas à pas se replie,
> Sourde aux derniers adieux.

C'est peu de temps après qu'il traça avec l'index de la main droite, d'abord dans l'air, puis sur sa couverture les signes pour lesquels Maurice Barrès s'est plu à imaginer un sens magnifique.

Quelques moments plus tard, quand les doigts commencèrent à se cyanoser, on lui enleva son garde-vue et on constata que le regard était déjà éteint. D'instant en instant la respiration devenait plus difficile mais il n'y eut pas de râle. Le mourant, sans donner le moindre signe de douleur, s'appuya sur le côté gauche du fauteuil, « et, nous dit le texte, le souffle se retira de cette poitrine qui avait créé, contenu et porté un monde ».

Il reste donc que vers 7 heures du matin Gœthe demanda de la lumière parce que l'obscurité lui était désagréable et que vers 10 h. 1/2 il en demanda davantage, très vraisemblablement parce qu'il commençait à n'y plus voir clair.

Cette explication paraîtra, je le crains, bien banale à côté des nobles interprétations de la légende, mais Gœthe en était arrivé au moment où toutes les fins se ressemblent et où il ne lui servait plus à rien d'avoir été un des plus grands génies que l'humanité ait connus.

Sa légende d'ailleurs ne lui est pas particulière ; il s'en forme d'analogues au sujet de bien des mourants, surtout quand ces mourants ont été très riches de pensée et d'action ou seulement quand ils ont tenu, dans l'affection et le respect des leurs, une très grande place.

Il va de soi que je ne parle pas des jours et des semaines qui précèdent la mort et où le mourant, quand il la voit venir, a tout le temps de se raconter, de revenir sur sa vie, d'affirmer des croyances religieuses ou des opinions philosophiques. Je parle des derniers moments, ceux dont parle plus haut Lamartine.

Il y a très souvent alors entre les mourants et nous un malentendu bien naturel. Nous voulons qu'ils meurent les yeux fixés jusqu'à la fin sur ceux qu'ils laissent et sur les pensées qui leur ont été chères.

Eux sont seulement désireux de souffrir le moins possible, de trouver, dans leur lit, la position la moins douloureuse, de rafraîchir leur gosier brûlé par le râle au coton mouillé que leur tendent des mains amies. De là la part minime ou nulle qui leur revient dans la légende de leur mort, quand il s'en forme une.

J'ai lu quelque part qu'une vieille femme, mère et grand'mère d'une famille nombreuse, qui s'éteignait entourée de l'affection des siens et qu'on croyait déjà morte, fit signe avec la main qu'elle voulait parler. Toute la famille se précipita doucement et se pencha vers ses lèvres pour recueillir ses derniers mots, ne doutant pas de l'intérêt qu'ils devaient avoir en ce moment solennel. « La lampe file », murmura-t-elle. La lampe filait en effet et chacun se rappela que l'odeur des lampes qui filent avait toujours été très désagréable à la vieille grand'mère. Les vivants voudraient que les mourants mourussent pour eux ; mais il arrive fatalement un moment où les mourants meurent pour eux-mêmes. Ainsi mourut sans doute Gœthe, lorsque, n'y voyant déjà plus, il demanda de la lumière.

Histoire vraie. — L'INFORMATEUR MÉDICAL (*Echos et Indiscrétions*) :

M. Jules Renaud racontait l'autre jour, dans les couloirs de l'Académie, la savoureuse anecdote que voici :

Comme il présentait un jour à de jeunes stagiaires, dans une salle de son service, un cas clinique intéressant, il s'adressa à l'un d'eux en lui demandant de se rendre compte par lui-même, en auscultant le malade, des signes cliniques qu'il venait de leur exposer. D'un geste poliment discret, le jeune homme — un Argentin — se récusa « *Y'ai confiance* », prononça-t-il simplement !

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 34 LE NUMÉRO : 50 Centimes 20 AOUT 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — M. Pierre Delbet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — (Professeur M. Paul CARNOT.) — *Cours de vacances de* 1932 — I. Premier cours (5-17 septembre 1932), sous la direction de M. Henri Bénard, agrégé, médecin de l'hôpital de la Charité.

II. Congrès de la lithiase biliaire à Vichy, sous la présidence du professeur Carnot.

Une semaine d'intervalle entre les deux cours est laissée aux auditeurs pour se rendre, s'ils le désirent, au Congrès international de la lithiase biliaire à Vichy.

Les auditeurs qui désirent y assister se feront inscrire directement auprès du secrétaire général du Congrès, le docteur Aimard, 24, boulevard des Capucines, pour profiter des avantages réservés aux congressistes (chemins de fer et hôtels). (Inscription avant le 1er août.)

III. Cours de septembre et d'octobre (26 septembre-8 octobre), sous la direction du professeur Carnot et du professeur agrégé Henri Bénard (gastro-entérologie).

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs pour un cours et de 450 francs pour les deux cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Doctorat en médecine. — Les articles 1er et 2 du décret du 3 février 1927 relatif à la session extraordinaire d'examens de doctorat en médecine de février-mars sont remplacés par les dispositions suivantes :

Art. 1er. — Par dérogation aux dispositions des articles 1er et 22 du décret du 10 septembre 1924 portant organisation des études et des épreuves en vue du grade de docteur en médecine, modifié et complété par les décrets des 26 juillet 1925, 17 juillet 1926, 6 août 1927, 10 mars et 21 août 1928 et 26 février 1932, seront admis à poursuivre leur scolarité sous condition de réparer leur échec à la session extraordinaire de février-mars, s'ils ont obtenu pour l'ensemble des autres matières de l'examen une moyenne d'au moins six sur dix.

a. Les étudiants en médecine ajournés à une matière ou à plusieurs épreuves d'une même matière des 1er, 2e, 3e et 5e examens de fin d'année ou aux épreuves pratique et théorique orales de pharmacologie du 4e examen de fin d'année, soit aux deux sessions de juin-juillet et d'octobre-novembre, soit à l'une ou l'autre de ces deux sessions ;

b). Les étudiants en médecine ajournés à une matière du quatrième examen de fin d'année autre que la pharmacologie, soit à la session de juin-juillet, soit à la session d'octobre-novembre lorsque, pour motifs jugés valables par le doyen ou directeur, ils n'ont pu se présenter qu'à une seule de ces deux ses-

Art. 2. — Lorsque la matière pour laquelle le candidat a été ajourné comporte plusieurs épreuves et que l'une de ces épreuves a été subie avec succès, la note obtenue, si elle est égale ou supérieure à 6, entrera en ligne de compte pour l'établissement de la moyenne prévue à l'article précédent. (*J. O.*, 27 juillet 1932.)

Guerre. — SERVICE DE SANTÉ. Mutations. — Le médecin colonel Capdevielle, des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême, au service de santé de la 12e région, à Limoges.

Le médecin-lieutenant-colonel Martin, des salles militaires de l'hospice mixte de Verdun, aux salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême.

Le médecin commandant Guillaume, du 154e d'artillerie, à l'hôpital militaire de Grenoble.

Les médecins capitaines : Jacquot, du 67e d'infanterie, au 25e d'artillerie à Châlons-sur-Marne ; Tuaillon, du 56e d'artillerie au 99e d'infanterie à Modane ; Perrin, du 4e génie, aux troupes de Tunisie ; Combescot, des troupes de Tunisie, au 131e d'infanterie à Blois ; Bossard, des territoires du Sud-Algérien, au 1er hussards, à Angers ; Meunier, du 170e au 4e génie, à Grenoble ; Baumelou, du 81e d'infanterie, au 56e d'artillerie, à Montpellier ; Soleil, du 6e génie, à Angers, à l'Ecole militaire d'artillerie, à Poitiers.

Les médecins lieutenants : Bouchonnat, du 131e d'infanterie, à la 5e compagnie régionale du train, à Orléans ; Croslclailly, du 27e chasseurs alpins, au 6e tirailleurs marocains, à Privas.

Sont nommés professeurs agrégés du Val-de-Grâce et reçoivent les affectations suivantes :

Le médecin commandant Lassale, des hôpitaux militaires, des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon, affecté à l'Ecole d'application du service de santé militaire, à Paris. (Chaire de neuropsychiatrie, médecine légale, législation, administration et service de santé militaire, déontologie.)

Le médecin capitaine Andrieu, assistant des hôpitaux militaires, du 19e escadron du train, à Paris, affecté à l'Ecole d'application du service de santé militaire, à Paris. (Chaire des maladies et épidémies des armées et de bactériologie.)

Le médecin capitaine Sarroste, chirurgien des hôpitaux militaires, du régiment de sapeurs-pompiers de Paris, affecté à l'Ecole d'application du service de santé militaire. (Chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale.)

Le médecin général des troupes coloniales Letonturier est placé dans la section de réserve.

Par décision ministérielle du 23 juillet 1932, les médecins capitaines de l'armée active dont les noms suivent sont nommés « assistants des hôpitaux militaires » et reçoivent les affectations suivantes avec la mention service :

Section de médecine. — MM. Tourniaire et Passa sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris ; Bergondi est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section de chirurgie. — MM. Giraud, Pinelli et Dubau sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris ; Camoreyt est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon ; Mandillon est affecté à l'hôpital militaire de Talence.

Section d'électro-radiologie. — MM. Trial et Willemin sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris : Fournie est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Ces officiers rejoindront leur nouvelle affectation le 2 novembre 1932.

AIGLE BLANC DE YOUGO-SLAVIE. — *Grand Cordon*. — M. le professeur Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

ORDRE ROYAL DE SAINT-SAVA. — *Grand Cordon.* — M. René Legroux, de l'Institut Pasteur.

Grand officier. — M. Alexandre Salimbeni, de l'Institut Pasteur.

Officier. — M. Djemil Kemal, de l'Institut Pasteur.

Cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes (3e année, sixième session, novembre 1932, treize leçons, du 14 au 19 novembre 1932, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la Clinique Baudelocque.) — PROGRAMME. — 1re leçon. M. le Professeur GOUGEROT, lundi 14 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Danger des maladies vénériennes. — Programme d'ensemble de la lutte antivénérienne. — Ce que sont des syphilis primaire, secondaire et tertiaire.

2e leçon. M. le Professeur GOUGEROT, lundi 13 novembre, à 10 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultra-microscope, examen du sang, ponction lombaire.)

3e leçon. M. le Docteur MILIAN, mardi 15 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. — Modes de contamination.

4e leçon. M. le Docteur QUEYRAT, mardi 15 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Les modes de traitement de la syphilis.

5e leçon. M. le Docteur JANET, mercredi 16 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son importance sociale. — Moyens de diagnostic.

6e leçon. M. le Docteur LOUSTE, mercredi 16 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Technique du service social dans un dispensaire. — Devoirs de l'assistance sociale.

7e leçon. M. le Docteur Marcel PINARD, mercredi 16 novembre, à 15 heures, à la Clinique Baudelocque (125, boulevard de Port-Royal) : Grossesse et syphilis. — Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. — Rôle de l'assistante sociale.

8e leçon. M. le Docteur Robert RABUT, jeudi 17 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La lutte contre la prostitution. — Œuvres de protection et de relèvement.

9e leçon. M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, jeudi 17 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Histoire de la syphilis.

10e leçon. M. le Docteur Pierre FERNET, vendredi 18 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les hérédosyphilitiques.

11e leçon. M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, vendredi 18 novembre, à 10 h. 45, à l'Institut Alfred-Fournier : Syphilis familiale. — Les enquêtes dans les familles.

12e leçon. M. le Professeur GOUGEROT, samedi 19 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Propagande antivénérienne.

13e leçon. M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, samedi 19 novembre, à 10 h. 30, à l'Institut Alfred-Fournier : Education et hygiène des vénériens. — Examen prénuptial.

Visite du Musée de l'hôpital Saint-Louis : deux visites auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Docteur BRODIER, le jeudi 17 novembre, à 16 heures, et le samedi 19 novembre, à 14 h. 30.

Le cours est gratuit. Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe), le plus tôt possible. Une carte d'admission strictement personnelle leur sera délivrée.

ÉCOLE DE STAGE DE SERVICE SOCIAL. — La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé une École de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

La direction technique de cette école de stage est confiée au Service social à l'hôpital.

Un certificat de stage est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, ou au Service social à l'hôpital, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

La sortie du Val-de-Grâce. — Les officiers du Corps de santé sortant de l'école d'application du Service de santé reçoivent les affectations suivantes :

Les médecins lieutenants Beau, hôpital Sédillot, Nancy ; Siffre, 72e d'art., Vincennes ; Lacroix, hôpital Desgenettes, Lyon ; Boron, 510e chars, Nancy ; Henry, 71e d'art., Fontainebleau ; Sabatier, 81e d'inf., Montpellier ; Cousty, 32e d'inf., Tours ; Gregoire, 24e d'inf., Paris ; Rumeau, hôpital de Toulouse ; Grumbach, 6e drag., Vincennes ; Serny, 5e d'inf., Paris ; Mathière, 6e génie, Angers ; Bouquet, hospice de Tours ; Paton, 5e génie, Versailles ; Pages, hôpital Villemin, Paris ; Mabille, 26e d'inf., Nancy ; Lautrette, 6e spahis algér., Compiègne.

Boursiac, 126e d'inf., Brive ; Peyne, 20e bat. chass., Antibes ; Chantegreil, hôpital de Bastia ; Tripier, 75e d'art., Lyon ; Cazeilles, 30e d'art., Orléans ; Munaret, 19e corps ; Cuzin, 34e d'aviation, Le Bourget ; Siau, hôpital Bégin, Saint-Mandé ; Deumié, hospice de Pau ; Rozier, hôpital de Grenoble ; Gouilly, 33e d'aviation, Nancy ; Mirebeau, 131e d'inf., Orléans ; Gauthier, Maroc ; Zeude, Maroc ; Mathey, Maroc ; Faugère, Maroc ; Brochier, hôpital de Bordeaux ; Léonard, hôpital Dominique Larrey, Versailles ; Piet-Berton de Lestrade, Maroc ; André, hôpital Desgenettes, Lyon ; Boireau, 19e corps ; Martin, 27e bat. chass., Annecy ; Bigou, 173e d'inf., Ajaccio ; Delrous, hôpital Desgenettes, Lyon ; Gossart, hôpital Bégin, Saint-Mandé.

Ramnoux, école d'aviation de Cazaux ; Lardy, Maroc ; Thiry, 27e d'inf., Dijon ; Bory, hôpital Gaujot, Strasbourg ; Graby, Maroc ; Monjauze, 19e corps ; Cosset, 19e corps ; Arloing, hospice de Poitiers ; Fisquet, 184e d'art., Valence ; Pigache, hôpital Villemin, Paris ; Winckel, Maroc ; Massonié, 106e d'inf., Reims ; Pujos, hospice de Rouen ; Petit, hôpital Dominique Larrey, Versailles ; Vanhems, 32e d'aviation, Dijon ; Silvestre, hôpital Desgegenettes, Lyon ; Mathieu, Maroc ; Roy, 67e d'inf., Soissons ; Dicharry, Maroc ; Barbier, hospice d'Amiens ; Grognot, 21e d'aviation, Nancy ; Tisserand, 11e chass., Vesoul ; Clément, hospice de Châlons-sur-Marne ; Gonnet, 19e corps ; Laborderie, 19e corps ; Camelin, hôpital Desgenettes, Lyon.

Conche, hospice de Besançon ; Minot, hôpital Broussais, Nantes ; Marty, 31e bat. de chass., Mulhouse ; Morand, 19e corps ; Bureste, hospice du Mans ; Nabonne, hôpital Plantières, Metz ; Hardy, hôpital du camp de Coëtquidan ; Laugier, hôpital de Lille ; Poisson, 152e d'inf., Colmar ; Bécam, 19e corps ; Pervès, 19e corps ; Maclou, hôpital Sédillot, Nancy ; Germain, 28e d'art., Belfort ; Chifflot, hôpital Sédillot, Nancy ; Gremillet, hôpital Plantières, Metz ; Esparrac, 19e corps ; Bertier, 19e corps. Vidailhet, hôpital Plantières, Metz ; Martin, 94e d'inf., Bar-le-Duc ; Rolland, 19e corps ; Aumenier, hôpital de Belfort ; Denayrolles, hôpital de Belfort ; Theurkauff, 19e corps ; Cadars, hospice de Verdun ; Arnaud, 19e corps ; Goumet, hôpital de Belfort ; Bergerot, 19e corps.

Joutard, 19e corps ; Prieur, 4e bat, chass., Neuf-Brisach ; Dargein, 73e d'art., Lunéville ; Simon, 8e d'art., Toul ; Cartier, Tunisie ; Fauret, 15e génie, Toul ; Robion, 19e corps ; Deguise, hôpital du camp de Châlons ; Morand, 170e d'inf., Remiremont ; Jacowski, hôpital du camp de Châlons ; Autan, hôpital Golbey-Epinal ; Marty, Tunisie ; Rivière, 361e d'art., Commercy ; Duran, 18e chass., Saint-Avold ; Barbelanne, hôpital de Toul ; Masardo, hôpital Golbey, Epinal ; Frezouls, hôpital de Thionville ; Humilien, hôpital de Toul ; Escot, hôpital du camp de Châlons ; Landrieu, hôpital de Thionville ; Reille, 30e chass. Sarreguemines ; Raymond, 23e tirail., Morhange ; Suze, 16e bat. de chass., Saint-Avold ; Vidal, Tunisie ; Soule, Tunisie ; Vernède, Tunisie ; Ristorcelli, Tunisie ; Ory, hôpital du camp de Mailly ; Girard, hôpital du camp de Mailly ; Chauderon, 153e d'inf., Bitche.

Les pharmaciens lieutenants : Péronnet, section technique ; Grimouille, pharmacie centrale du fort de Vanves ; Bonnevialle, pharmacie générale d'approv., Marseille ; Faure, pharmacie centrale du fort de Vanves ; Abadie, hôpital de Toulouse ; Chevet, 19e corps ; Rabeyrolles, 19e corps ; Berthelot, hôpital Broussais, Nantes ; Dagorn, hôpital Dominique Larrey, Versailles ; Jacquet, hôpital de Grenoble ; Le Moult, hôpital de Marseille ; Roualec, pharmacie générale d'approv., Lyon ; Gaixet, hôpital Percy, Clamart ; Janoli, 19e corps ; Stephan, hôpital de Bourges ; Boyer, hôpital d'Amélie-les-Bains ; Cruciani, hôpital du camp de Châlons ; De Dall, hôpital de Toul ; Dodane, hôpital du Val-de-Grâce.

Faculté de médecine de Marseille. — MM. Heckenroth et Mattei, professeurs sans chaire à la Faculté de médecine de Marseille, sont nommés respectivement professeur de clinique exotique et professeur de thérapeutique générale et coloniale à ladite faculté.

Un aliéné blesse un médecin d'asile. — A Moulins-sur-Allier, à l'asile départemental Sainte-Catherine, un malade a blessé grièvement d'un coup de couteau dans le ventre le médecin-chef, M. Ricoux, cinquante-neuf ans.

Nécrologie. — Docteur Paul Bruyère, de Bordeaux. — Docteur Georges Lasserre, de Bayonne, ancien interne des hôpitaux de Paris, président de la Société médicale des Basses-Pyrénées, décédé à l'âge de 64 ans. — Docteur Félix Lejars, professeur de clinique chirurgicale (Saint-Antoine), membre de l'Académie de médecine, décédé en son domicile, 96, rue de la Victoire (IXe), à l'âge de 69 ans. — Odette Dupont (Mlle), externe à l'hôpital Laënnec. — Mlle Césarine Truffe, surveillante en retraite des hôpitaux de Paris, décédée à l'hôpital Bretonneau à l'âge de 70 ans, après avoir passé 42 années de service dans les hôpitaux d'enfants.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'évolution de la mycologie parasitaire

Par A. et R. SARTORY

Comme le faisait remarquer il y a quelques mois, lors de son cours inaugural, M. le Professeur LUTZ, la cryptogamie a été pendant longtemps considérée comme la parente pauvre de la botanique phanérogamique.

Durant cette période la jeune science ne comprenait que l'étude des *cryptogames vasculaires*, des *bryophytes* et enfin des champignons supérieurs ; la systématique la plus ingrate lui imposait ses lois étroites et restreignait ses aspirations.

Depuis, une large évolution s'est manifestée sur ce terrain, en a modifié tous les caractères, tout en ouvrant une voie nouvelle pleine d'espérances. On a compris l'influence des caractères physiologiques et biologiques, on a senti les différences qui maintiennent un fossé large et profond entre la botanique proprement dite et la cryptogamie, son ancienne sœur cadette qui depuis s'est affranchi de cette tutelle encombrante et poursuit librement sa marche en se rapprochant toujours plus de la bactériologie, sa vraie sœur, celle-là. En effet, que de méthodes communes à ces deux sciences, que de techniques s'adressant à la fois aux champignons et aux bactéries.

C'est cette évolution que nous avons voulu évoquer ici en essayant de marquer les progrès faits au cours d'un siècle environ ; la partie de cette science qui offre sans conteste le plus profond intérêt est la mycologie parasitaire ; en effet l'étude de ces maladies, graves souvent, pouvant affecter l'homme et les animaux a permis de donner au savant des armes thérapeutiques puissantes et d'obtenir dans bien des cas une guérison complète et durable.

Née dans la première partie du siècle dernier avec GRUBY, l'étude des champignons pathogènes pour l'homme et les animaux a pris ces derniers temps, sous l'influence des méthodes pastoriennes et des progrès réalisés par la chimie biologique et la chimie physique, un développement qui lui assigne désormais une place prépondérante parmi les sciences naturelles.

Les premiers champignons parasites dont on ait soupçonné le rôle pathogène dans l'économie humaine ou animale sont des moisissures. Quoique la première relation à ce sujet ait été communiquée par REAUMUR, les parasites cryptogamiques d'allure microscopique n'ont pu être décelé qu'après l'établissement de la technique bactériologique moderne. De plus, il n'y a pas si longtemps, tel était l'engouement pour les théories microbiennes qu'avant toute chose on recherchait l'agent bactérien dans le matériel pathologique. Toute maladie nouvelle était plus ou moins qualifiée de microbienne ; d'ailleurs le pléomorphisme prodigieux de certains champignons contribua beaucoup à entretenir cette erreur contre laquelle seuls des spécialistes pouvaient s'élever.

Le développement donné aux méthodes de PASTEUR, appliquées à l'étude des champignons, le perfectionnement des procédés culturaux dus à certains auteurs, la rigueur de plus en plus grande des méthodes cliniques d'investigation ont contribué puissamment à élargir l'étendue de nos connaissances dans le vaste champ de recherche des mycoses animales ou humaines.

Au début surtout, tandis que l'on s'appliquait avec soin à décrire les lésions observées, on négligeait trop l'étude des caractères qui eussent pu mettre sur la voie des découvertes à faire. Quelques auteurs cependant tels que PRINGSHEIM, BREFELD, THAXTER, DE BARY étudiaient au point de vue botanique certains groupes de champignons s'attaquant aux animaux (*Entomophthorées*, *Saprolégniées*, etc.).

Avant ces travaux, les recherches de TULASNE sur les *Mucédinées* avaient été considérées comme dénuées de valeur pendant une très longue période ; on croyait à cette époque que tous les champignons qui constituaient ces groupes n'étaient que de simples saprophytes. On reconnut plus tard que certains d'entre eux constituaient de véritables parasites envahissant les êtres vivants pour y causer des désordres parfois mortels.

Depuis lors, ces mêmes travaux furent repris avec fruit et amenèrent de nombreuses découvertes. Mais le sujet était vaste et difficile : c'est pourquoi les *Mucedinées* restent, de nos jours encore, un champ incomplètement exploré d'observations innombrables. Les plus anciennes observations de mycose chez l'homme et les animaux ne sont intéressantes qu'à titre documentaire et historique ; elles sont trop brèves pour que l'on puisse en tirer des renseignements utiles sur la nature même de la maladie.

A. C. MAYER (1), dès 1815, décrivait une moisissure dans les sacs aériens d'un geai ; elle s'étendait dans le sac abdominal droit, les bronches et les poumons de l'animal.

Plusieurs cas de mycose chez les oiseaux furent successivement soupçonnés par JAEGER (2) en 1816, HEUSINGER (3) en 1826, THEILE (4) en 1827, OWEN en 1833.

JAEGER a vu des moisissures vertes dans les voies aériennes d'un cygne. HEUSINGER un peu plus tard a découvert des moisissures s'étendant jusque sous la cavité des os longs chez une cigogne. THEILE signale chez un corbeau des lésions tuberculeuses montrant par places des moisissures vertes. OWEN voit aussi des moisissures vertes dans la cavité d'un flament.

En 1837 REMAK entrevoyait le parasite du muguet et observait que le favus est constitué par un amas de moisissures. Deux ans après, SCHOENLEIN, en démontrant la nature du favus s'attirait l'inimitié de nombreux auteurs. Cependant en 1841 GRUBY confirmait sa découverte à laquelle de nos jours, les beaux travaux de SABOURAUD viennent rendre un éclatant hommage.

La même année que GRUBY exposait sa découverte, ROUSSEAU et SERRURIER (5) observaient un cas de mycose pulmonaire chez un cerf du Bengale.

En 1841, LANGENBECK (6) signalait un champignon dans l'écoulement nasal d'un cheval morveux ; ce parasite était constitué par des filaments et par des spores brunâtres réunies en chapelets. Les spores étaient deux fois aussi grosses que les globules de pus et présentaient un episporium coriace transparent. Celui-ci rompu par la pression laissait échapper des molécules brunâtres qui se mouvaient très rapidement ; le plus souvent elles étaient réunies en chapelets sous l'apparence d'une masse brunâtre.

BENNET (7) remarque dans les crachats, les cavernes et sur leur matière tuberculeuse, chez un individu atteint d'un pneumothorax, les filaments mycéliens d'un champignon qu'on appelle champignon du poumon

REMAK (8) en 1845 dit que la plupart des crachats (expectorations des phtisiques) renferment des fibres mycéliennes ramifiées qui paraissent s'être formées dans les bronches.

A la même époque LANGENBECK (1845), en *Allemagne* et peu après LIBERT (1857) en *France*, signalaient l'existence d'une affection cryptogamique due à un organisme qui ne devait être déterminé qu'en 1877 par BOELLINGER : c'était l'*actinomycose*.

En 1853, ROBIN publiait le premier travail d'ensemble en réunissant dans son « Histoire naturelle des végétaux parasites de l'homme et des animaux » de nombreux documents épars dus à ses devanciers, où le pouvoir pathogène des champignons était nettement mis en évidence.

Il découvrait à la même époque le *muguet* et le désignait sous le nom d'*Oïdium albicans*.

VIRCHOW, en 1856 publie un mémoire important où il décrit avec beaucoup de soins trois cas de mycose bronchopulmonaire.

En 1875 FRESENIUS découvre l'*Aspergillus fumigatus* ; les travaux de CHANTEMESSE, VIDAL, RENON, etc., démontrent la fréquence d'une pseudo tuberculose pulmonaire chez les gaveurs de pigeons, les peigneurs de cheveux, provoquée

par l'*Aspergillus fumigatus.* On désigne aujourd'hui cette affection sous le nom de pseudotuberculose aspergillaire.

BOELLINGER et HARZ, en 1877, étudient dans une nouvelle affection sévissant chez les bœufs, le parasite soupçonné par LANGENBECK et LIBERT. HARZ donne à ce champignon le nom d'*Actinomyces bovis.*

A partir de 1860 les observations se multiplient, malheureusement souvent trop négligées au point de vue des descriptions et des caractères.

Nous en citons ici quelques exemples :

- D'abord une observation de CONHEIM (9) : un de ses malades traité pour un phlegmon du genou était mort d'infection purulente. A l'autopsie on constate à la base du lobe supérieur du poumon droit la présence d'un nodule de la grosseur d'une noisette énorme. A l'examen microscopique on trouvait, dans le nodule, de nombreux filaments mycéliens.

Puis les observations de HALLIER (10), HASSENSTEIN (11), BOECKE (12) qui sont des plus douteuses.

L'*Aspergillus Hageni* fut trouvé par HAGEN dans le méat auditif d'un malade atteint d'otite. L'organisme fut décrit par HALLIER sous le nom d'*Aspergillus Hageni.* Mais, en l'absence de toute mensuration de conidies, cette espèce ne put être identifiée.

Il en est de même de l'*Aspergillus microsporus* BOECKE trouvé sur la membrane tympanique d'un homme souffrant d'otite.

Dans une observation de mycose pulmonaire de FURBRINGER (13) les deux principaux foyers de nécrose ne contenaient pas de mycélium ; dans une troisième plus petite on en trouvait. Il s'agissait ici probablement d'un organisme saprophyte.

L'observation de P. MARTIN (14) est fort intéressante ; il s'agit d'un cheval de 4 ans qui avait été abattu parce qu'il ne mangeait pas et maigrissait de jour en jour. A l'autopsie on trouvait disséminées dans les poumons des nodosités du volume d'un pois, contenant du pus.

Des nodosités semblables, mais plus grosses existaient dans le foie. Chacune d'elle contenait des filaments mycéliens de 0 mm. 5 à 3 mm. d'épaisseur sur 15 à 30 mm. de long ; aucune détermination ne fut faite.

BOELLINGER (15) aurait observé des mycoses mucoriennes dans les voies aériennes chez les oiseaux, dues au *Mucor racemosus* et au *Mucor conoideus.* SCHUTZ (16), ZURM signalent des faits analogues ; il s'agit là probablement d'un parasitisme accidentel.

En 1892, SABOURAUD, reprenant les travaux de GRUBY démontrait la pluralité des espèces de teignes. Grâce à des observations rigoureuses, il obtenait les renseignements les plus précis qui lui permettaient de faire une classification raisonnée. Un peu plus tard il trouvait la guérison des trichophyties par les rayons X.

A la même époque toute une série d'auteurs français ou étrangers : VUILLEMIN, LEGRAIN, BUSSE, SAN FELICE, GILCHRIST, MONTGOMERY, VALKER, CLEARY, IRONS et GRAHAM... isolaient des différentes tumeurs, des levures pathogènes provocatrices d'infections locales ou généralisées.

En 1909 de BEURMANN et RAMOND signalaient un nouveau cas de mycose produite par un champignon identifié par MATRUCHOT sous le nom de *Sporotrichum Beurmanni.*

Dans un travail d'ensemble de BEURMANN et GOUGEROT faisaient une étude approfondie de la question, démontrant la fréquence des sporotrichoses, s'étendant sur l'étiologie, l'évolution et la guérison de ces affections nouvelles.

La même année ROGER et SARTORY décrivaient plusieurs organismes nouveaux du genre *Oospora* (*Oospora pulmonalis, O. buccalis, O. bronchialis*). Ils constataient leur présence dans des crachats d'individus suspects de tuberculose pulmonaire ; sous le nom d'*oosporoses* ils ont rassemblé les différentes affections à *Oospora.*

Les mycoses attiraient de plus en plus l'attention. En recherchant la sporotrichose, on découvrait d'autres affections cryptogamiques.

C'est ainsi que GOUGEROT et CARAVEN ont individualisé une nouvelle mycose : l'*hémisporose* due à l'*Hemispora stellata.* DE BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER, une *oïdiomycose* causée par l'*Oïdium cutaneum.* C'est encore en recherchant la sporotrichose que BRUNO BLOCH, à *Bâle*, a découvert le *Mastigocladium Blochii*, que POTRON et NOISETTE ont cultivé l'*Acremonium Potroni.* Plus tard GUEGUEN publia un mémoire fort intéressant sur un *Cladosporium* pathogène.

En 1917, 1918, 1919 on a décrit une série d'organismes nouveaux provenant d'expectorations, de tumeurs, d'abcès, de mycétomes, etc...

PERRIN et COSTANTIN (17) ont décrit un parasite cryptogamique du genre *Lichteimia*, provenant des expectorations d'un soldat anamite souffrant d'emphysème pulmonaire ; inoculé au cobaye il occasionne une maladie assez grave. Les mêmes auteurs ont étudié une autre espèce : *Lichteimia italiana* qui possède des caractères voisins ; elle produit par inoculation dans la carotide du lapin une tuméfaction des reins avec plaques blanchâtres.

SASAKAWA (18) signale en 1922 vingt et une espèces de levures parasites et pathogènes qui ont fait l'objet de recherches comparatives au point de vue morphologique et biologique ; elles ont été étudiées parallèlement à des levures bien caractérisées : une seule, le *Saccharomyces neoformans* de SAN FELICE a donné des ascospores. SASAKAWA les répartit en trois groupes botaniques : un groupe de *Monilia* caractérisées par une tendance à donner des formes filamenteuses non ramifiées ; un groupe *Torulaspora* présentant des éléments arrondis ne se transformant en filaments que dans les cultures âgées ; enfin un groupe *Torula* formé d'éléments arrondis jamais allongés ou filamenteux et dépourvus de pouvoir fermentatif.

JEAUME et DEKESTER (19) ont consacré une étude au *Cryptococcus farciminosus* : elle provoque la blastomycose des voies lacrymales de l'âne. L'inoculation reproduit la blastomycose typique avec rétrocultures positives.

Chez un malgache, SALVAT et FONTOYNONT (20) signalent des abcès sous-dermiques qui produisent de larges lésions ulcéreuses de la jambe : celles-ci ont guéri facilement par des badigeonnages au bleu de méthylène : dans le pus les auteurs ont trouvé des formes levures.

Une levure nouvelle a été isolée par BURNIER et LANGERON (21) dans les squames provenant des espaces interdigitaux du pied chez une femme de 68 ans en traitement pour des lésions syphilitiques tertiaires et se plaignant de prurit entre les orteils ; la culture des squames donne des éléments bourgeonnants sans filaments : des applications de traumaticine chrysophanique amènent la disparition des lésions en quinze jours

PHILIBERT et CORDEY (22) rapportent un cas de pseudotuberculose pulmonaire provoquée par le *Saccharomyces granulatus* sur un individu présentant une perforation de l'intestin par balle : une affection pulmonaire se déclara qui dura cinq ans ; la guérison fut obtenue par le bleu de méthylène.

Une observation de dermatite végétante papillomateuse publiée par DUFOUGÈRE (23) est à rapprocher des travaux américains au sujet des dermatites dites verruqueuses bien que l'agent pathogène soit différent. Dans le pus DUFOUGÈRE a trouvé des éléments arrondis, réfringents, à double contour ; dans les nodules non ulcérés il a mis en évidence un mycelium accompagné de gros éléments arrondis, à parois épaisses. La culture du pus a donné des colonies crémeuses sans mycélium ; dans les cultures en cellule le mycelium apparaît.

FAVRE et OTA (24) ont isolé d'une dermite prurigineuse des plis inguinaux et des creux axillaires une levure qui donne assez facilement des formes filamenteuses ; elle croît jusqu'à + 50°, les ascospores n'ont pas été obtenues. La guérison de la maladie s'est effectuée rapidement sous l'influence d'un traitement approprié complété par l'emploi d'un auto-vaccin ; l'organisme est très pathogène pour le cobaye et le lapin.

Disons un mot des belles recherches de MATRUCHOT et BROCQ-ROUSSEU (25) sur le parasite de la lymphangite épizootique des *Solipèdes.* Les auteurs concluent que le parasite possède des organes de reproduction de valeur et d'aspect différents ; tout d'abord : des formes conidiennes de dissémination, des formes de végétation et de conservation (spores et chlamydospores) enfin une forme bourgeonnante et enkystée, telle qu'on la trouve dans les lésions. En ce qui concerne le

traitement des animaux atteints, le vaccin de BOQUET et NÈGRE utilisé dans l'armée donne des résultats très satisfaisants.

WELD SMITH (26) de *Boston* donne une étude comparative de deux levures : l'une ne semble pas pathogène ; l'autre *Monilia psilosis* occasionne de graves lésions gastro-intestinales, des ulcères de la langue. L'affection due à ce dernier organisme s'aggrave lorsque le terrain est préparé par un régime nutritif avec déficience de vitamine C.

Signalons enfin le travail d'ASKANAZY (27) ; cet auteur a constaté au niveau d'ulcérations la présence de *Monilia albicans* ; les conclusions qu'il tire de son expérimentation biologique l'amènent à penser que le parasite s'établit dans des ulcérations récentes dues à une cause quelconque et qu'il empêche la cicatrisation spontanée de la plaie en favorisant l'auto-digestion des tissus et en réalisant ainsi le caractère chronique et progressif de la lésion.

MASSAO OTA (28) décrit un *Aspergillus* nouveau qu'il a isolé des ongles d'une malade appartenant au service du Professeur JEANSELME ; ce parasite se rapprocherait à la fois du type *Sterigmatocystis* et du type *Aspergillus* ; les colonies d'abord blanches deviennent finalement vertes : cette espèce est thermophile et son inoculation aux animaux de laboratoire a donné des résultats positifs.

G. MATTLET (29) signale cinq cas de bronchomycoses causés par un *Sterigmatocystis* : trois de ces affections étaient bénignes ; deux graves ; le traitement ioduré associé au gaïacol et à l'émétine a amené la guérison.

LANGERON (30) décrit un Sterigmatocystis nouveau : le *S. tunetana* isolé par BLANC et CAILLON à Tunis d'une lésion nodulaire et ulcéreuse de la main ; les colonies passent du blanc au vert et à l'orangé ; la température optima de culture est comprise entre + 25° et + 30°.

Dans une note parue en 1925 (31) nous avons exposé les résultats de nos recherches sur un champignon inférieur que nous avons isolé des ongles d'un malade atteint d'une onychomycose. L'ensemencement de débris d'ongles sur différents milieux nous a permis de reconnaître dans le parasite une espèce de *Scopulariopsis* ; l'optimum de croissance se trouve compris entre + 26° et + 27°. L'inoculation au cobaye par étalement sur le derme occasionne des lésions purulentes en même temps que la chute des poils.

O. DE MAGALHAES (32) isole du cuir chevelu d'un enfant de 16 mois une teigne : le *Microsporum circulus contrum* ; cette espèce est inoculable à l'homme mais non au cobaye. OTA (33) décrit le *Microsporum ferrugineum*.

En ce qui concerne les *Actinomyces*, les recherches modernes ont prouvé que l'unicité de l'actinomycose n'existait pas et qu'en réalité des organismes bien distincts les uns des autres étaient capables de produire dans le pus des lésions, des grains d'aspect identique. J. LIGNIÈRES (34) a décrit différentes souches d'*Actinomyces* qu'il a pu examiner: la souche LUCET qui n'est pas pathogène pour les bovidés ; la souche PALERMO sans action pathogène de même que la souche LABOULAYE et la souche BERGER. Par contre l'*Actinomyces bovis* de HARZ, le *Brevistreptothrix Spitzi* occasionnent des mycétomes chez le mouton, le cheval. L'*Actinobacillus Lignieresi* provoque des troubles chez la plupart des animaux ; il tue le lapin, le chien, le chat. L'inoculation intrapéritonéale provoque la formation de nodules purulents.

Signalons aussi l'*Actinomyces* de CORNWALL et LA FRESNAIS (35) provenant d'un mycétome de la jambe ; c'est un aérobie thermophile ne liquéfiant pas la gélatine, ne coagulant pas le lait ; les filaments se présentent entrelacés, renflés aux extrémités, prenant le GRAM, ils sont acido-résistants et alcoolo-résistants ; aucune infection n'a pu être réalisée.

Il nous a été donné d'observer en 1924 et 1925 deux cas d'oosporoses pulmonaires provoquées par un champignon du genre *Actinomyces* (36). Dans les deux cas il s'agissait d'une localisation pulmonaire simulant la tuberculose : tout d'abord une femme de 27 ans qui toussait, maigrissait et chez laquelle nous pûmes mettre en évidence des fragments mycéliens dans les crachats ; la malade guérit par l'ingestion d'iodure de potassium. L'autre malade âgée de 43 ans présentait des signes de dilatation bronchique : à l'examen des crachats nous retrouvons le même agent cryptogamique ; cet *Actinomyces* est pathogène pour le lapin et le cobaye.

Sur la muqueuse buccale d'une fillette de dix ans présentant des lésions multiples WITOLD LIPINSKI (37) a décelé la présence d'un *Sporotrichum* n'appartenant à aucune espèce connue jusqu'à présent : il l'a appelé *Sporotrichum cracoviense*; cet organisme est indifféremment aérobie ou anaérobie, liquéfie la gélatine, coagule le lait, se multiplie aussi bien par division que par sporulation, occasionne chez l'animal l'inflammation des testicules, puis une septicémie se terminant par la mort.

Citons aussi l'*Acremoniella Perinii* décrite par POLACCI (38) dans les crachats d'un malade présentant des lésions pulmonaires ; l'inoculation intrapéritonéale au lapin amène la mort en huit jours.

BENEDEK (39), en 1926, découvre un champignon présentant un grand intérêt car c'est la première levure pathogène pour l'homme appartenant au genre *Schizosaccharomyces* LINDNER. L'auteur l'a isolé dans dix-huit cas. Sa connaissance permet de guérir des lésions chroniques et récidivantes très douloureuses confondues avec l'eczéma, la dishydrose, l'intertrigo et même les trichophyties.

Nous avons pu décrire avec la collaboration de G. HUFSCHMITT et de J. MEYER (40) une blastomycose cutanée à foyers multiples causée par le *Debaryomyces mucosus*. L'agent isolé a montré une virulence très marquée pour la souris, atténuée pour le cobaye chez lequel il a produit des lésions dermatomycosiques, presque nulle en ce qui concerne le lapin.

JEANSELME, HUET et LOTTE ont signalé en 1928 un nouveau type de mycétome à grains noirs dû à une levure qui a été étudiée par LANGERON (41). Cet auteur l'appelle *Torula Jeanselmei*.

VUILLEMIN donne l'étude d'un *Mycoderma* ; *M. Dombrayi* trouvé en 1929 à *Nancy* dans les squames d'un pityriasis de la verge et du scrotum. Les pellicules sont traversées de nombreux filaments très cloisonnées ; présence de chlamydospores.

En collaboration avec J. MEYER et CHARLES (42) nous avons décrit un cas de blastomycose cutanée avec des métastases osseuses dû à un champignon que nous avons appelé *Mycoderma nobile*.

Nous avons pu déceler en 1931 (43) deux *Cryptococcus* agents d'affections cutanées : le premier, *Cryptococcus radiatus* dans des cheveux et des poils malades, le second, *C. corallinus* dans les poils d'un individu présentant des lésions prurigineuses et nodulaires rappelant les kérions trichophytiques. Ces deux espèces possèdent un pigment rose.

Chez une jeune femme, nous avons décelé dans des lésoins multiples localisées aux mains, un *Saccharomyces*. On a pu reproduire chez le cobaye des lésions semblables aux lésions humaines. La guérison de la malade est obtenue par un traitement local au moyen d'iode colloïdal.

NEGRONI (44) a isolé, à Rome, d'un abcès épididymaire le *Saccharomyces annulatus* dont les ascospores possèdent un anneau équatorial. Cet organisme fait fermenter presque tous les sucres.

A. et R. SARTORY, F. STERNON et J. MEYER (45) isolent de squames, une levure chez un individu présentant une affection cutanée dans la région interdigitaire des pieds ; il s'agit ici d'un *Saccharomyces*, le *Saccharomyces Sternoni*.

Dans les crachats d'un malade de 13 ans, C. MARTINS (46) trouve, à Porto, des éléments levuriformes à filaments cloisonnés, portant des bourgeons et des denticules latéraux. Pas d'asques ; cet organisme n'est pas pathogène pour les animaux ; l'auteur le range dans le genre *Zymonema* DE BEURMANN et GOUGEROT et le nomme *Z. pulmonalis membranogenes*.

La dermatose interdigitale à laquelle FABRY a donné le nom d'*erosis interdigitalis blastomycetica* est aussi fréquente au *Japon* qu'en *Europe*. TANIGUCHI (47) est arrivé à la reproduire chez l'homme, soit par enveloppement humide, mouillé à l'eau de conduite, soit par l'inoculation de cultures levuriformes obtenues en partant des premières lésions expérimen-

tales. La maladie affecte les ouvriers qui fabriquent le papier dans le district de *Gifu*. TANIGUCHI groupe les parasites très voisins les uns des autres sous le terme de *Myceloblastanon gifuense* ; ces champignons sont très pathogènes pour la souris.

A. PIJPER (48) étudiant à *Pretoriana*, une onychomycose développée chez une européenne a obtenu quarante-cinq fois sur cinquante la culture d'un *Hanseniospora* qu'il a appelé *H. guilliermondi*.

Citons les découvertes récentes relativement aux teignes : *Trichophyton aerolatum* isolé par NEGRONI d'une trichophytie banale chez un enfant de Paris, *T. multicolor* trouvé à *Rio-de-Janerio* par DE MAGALHAES et NEVES, *T. bicolor* de A. DE VEIGA, *T. langeroni*. Cette dernière espèce se distingue de tous les *Trichophytons* actuellement connus ; dans le cheveu il produit une lésion endothrix à spores très petites. Les cultures rappellent celles des mégaspores faviformes mais on y trouve des rayons épais, ramifiés et immergés.

A. CATANEI (49) décrit un *Trichophyton* qui a pu être inoculé avec succès au mouton, au veau et au cobaye, donnant toujours une lésion ectothrix mégasporée. Ce parasite reçoit le nom de *T. pruinosum* à cause de l'aspect pruineux ou givré de ses colonies.

AGOSTINI (50) rapporte la diagnose d'un champignon isolé d'une lésion du cuir chevelu, caractérisée par une folliculite confluente aboutissant à la formation de petits abcès sous-épidermiques. Il s'agit d'un *Eurotium* qui donne en abondance des périthèces. L'inoculation intradermique à de jeunes rats produit des ulcérations fugaces.

Avec la collaboration de G. HUFSCHMITT et J. MEYER (51) nous avons isolé d'une onychomycose un organisme formant des périthèces à asques et ascospores : l'*Eurotium diplocyste*. La maladie est réfractaire aux traitements iodés, à la chrysarobine, etc...

Une très petite espèce de *Scopulariopsis* (*S. minimus*) a été trouvée dans un cas d'onychomycose des deux mains chez un enfant de 8 ans : les appareils conidiens se sont formés uniquement dans les tubes encapuchonnés et maintenus à + 37°. La guérison a été obtenue par le *Tréparsol* à la dose de 0,05 par jour pendant plusieurs mois.

BENEDEK (52) observe un cas de sporotrichose où pour la première fois l'affection revêt une forme épidermique très étendue : un véritable lichen, de l'intertrigo ; dans les lésions le parasite présente l'aspect de conidies levures. L'auteur lui donne le nom de *Sporotrichum lipsiense*. Les réactions sériques (agglutination, fixation du complément) ont toutes donné des résultats positifs et ont permis de différencier cette nouvelle espèce. Les cultures sont pathogènes pour le rat blanc.

AGOSTINI décrit sous le nom de *Blastomycoides lanuginosus* un parasite produisant une affection cutanée chez l'homme.

En examinant à *Lagos* des squames épidermiques de personnes atteintes de la dermatose dénommée « *prickly Heat* », SMITH (53) a isolé un champignon levuriforme qui semble être une *Monilia*. Les cultures sont inoculables en série à l'homme chez lequel elles reproduisent des lésions vésiculo-papuleuses typiques.

MARENGO (54) décrit une *Monilia* provenant d'un perionyxis chronique. La guérison est obtenue par la pommade à la chrysarobine ; les troubles trophiques disparaissent en six mois. Le champignon a été étudié par POLACCI et NANNIZZI qui en font un type spécifique nouveau sous le nom de *Monilia onychophila*.

Lors de son passage en France, le Docteur RIETMANN nous a soumis aux fins d'études un champignon qu'il lui avait été donné d'isoler au *Brésil* dans des cas d'épidermomycoses palmaires. L'étude de cette espèce nous a permis de décrire un nouveau *Clasdosporium* : *C. Rietmanni* (55).

DA FONSECA a obtenu une nouvelle espèce d'*Hormodendron* en partant de lésions cutanées, nodulaires, suppurées et ulcérées, rappelant la lymphangite sporotrichosique, observée chez une femme brésilienne de 23 ans. Le champignon reçoit le nom d'*Hormodendron langeroni*.

MONTPELLIER et CATANEI isolent à *Alger* l'*Hormodendron algeriense* de lésions polymorphes ulcéro-crouteuses de la jambe ; ce champignon permet de reproduire expérimentalement des lésions locales chez le lapin.

Signalons l'*Hyalopus onychophilus* qui cause une onychomycose de l'ongle disséminée sur toute la surface unguéale avec érosions. Par inoculation aux animaux de laboratoire il y a formation de nodules avec rétrocultures positives.

DELANOE (56) décrit un mycétome étudié par lui depuis 1923 et qui avait débuté onze ans auparavant. La lésion est localisée aux deux tiers supérieurs de la cuisse droite sous la forme de bosselures, de cordons plus ou moins ulcérés, donnant issue à du pus renfermant des grains. Ce champignon *Gram-positif, non acido-résistant* est un *Actinomyces* (*Nocardia Nicollei*) voisin de l'*A. dassonvillei* ; il en diffère par son anaérobiose facultative et la coloration de ses cultures sur pomme de terre.

PIJPER et PULLINGER (57) isolent trois *Nocardia* : *N. pretoriana Gram positif* et *acido-résistant*, pathogène pour le cobaye, isolé d'un mycétome du bras ; *Nocardia transvalensis*, *Gram-positif, non acido-résistant* pathogène pour le cobaye. Cette espèce provient d'un mycétome du pied localisé à la région malléolaire. *N. africana, Gram-positif, non acido-résistant*, pathogène pour le cobaye, isolé d'un mycétome du pied avec lésion osseuse et petits grains rouges sans massues.

En 1931 il nous a été donné d'isoler avec J. MEYER (58) trois *Actinomyces* : le premier ayant causé une actinomycose osseuse primitive, le deuxième retiré du pus de glandes sous-maxillaires, le dernier provenant des crachats d'une malade suspecte de tuberculose pulmonaire.

Enfin tout récemment, avec J. MEYER (59), nous décrivions deux cas d'actinomycose invétérée sans grains macroscopiques ou microscopiques dus au même parasite. Cette espèce produit des pseudo-tumeurs à évolution bénigne dans lesquelles les formes mycéliennes et les grains font complètement défaut. Le traitement par les rayons X n'amène aucune amélioration et l'affection résiste beaucoup à la thérapeutique iodée.

L'isolement de cet *Actinomyces* n'a été possible que par une méthode spéciale nécessitant la présence de sérum sanguin dans le milieu et se rapprochant de la méthode employée pour l'isolement du bacille tuberculeux à partir d'organes lésés.

L'infection expérimentale conférée au cobaye au moyen d'une technique rappelant celle utilisée pour les ultrafiltrants occasionne des lésions également atypiques, dépourvues de grains et de filaments, très analogues à celles provenant des biopsies humaines. Le deuxième passage sur l'animal donne naissance à des lésions typiques pourvues de grains et de filaments.

Tous ces faits montrent au médecin l'importance croissante que prend la cryptogamie parmi les sciences médicales et lui prouvent la nécessité aujourd'hui incontestable de contrôler les faits cliniques par les examens de laboratoire.

Après avoir marqué les principales étapes qui caractérisent les découvertes en mycologie parasitaire, nous voudrions insister plus particulièrement sur les moyens qui permettent un diagnostic aussi exact et aussi rapide que possible au laboratoire. Le matériel pourra provenir de différentes origines : nous considérerons ici tout d'abord les ongles : on débitera les prélèvements d'ongles en petits morceaux ; quelques-uns d'entre eux seront traités par la potasse à 40 % en chauffant graduellement sur une lame jusqu'à ramollissement ; la préparation sera couverte d'une lame et servira à l'examen direct. Les autres débris seront broyés ou limés finement et le matériel sera ensemencé sur des milieux tels que gélose de Sabouraud maltosée et glucosée, liquide de Raulin, etc.

Les inoculations pourront être pratiquées sur le cobaye par étalement sur le derme après scarification et par voie sous-cutanée et intrapéritonéale (après avoir, dans ces cas, réalisé une émulsion dans le sérum physiologique). Les poils, cheveux et squames subiront le même traitement.

Si l'on a affaire à des expectorations il ne faudra pas se contenter de l'examen direct sur les frottis colorés par les méthodes de GRAM et de ZIEHL ; il est nécessaire d'ensemencer une partie du matériel sur des milieux tels que SABOURAUD, bouillon maltosé, etc., même si l'acido-résistance des éléments

parasitaires a été mise en évidence car il ne faut pas oublier qu'il existe des *Actinomyces acido- et alcoolo-résistants*. Ceux-ci sont souvent reconnaissables par suite de la présence de petites hernies sur les filaments, préludes de ramifications.

L'inoculation du matériel pathologique et des cultures est aussi nécessaire de même que les rétrocultures à partir des lésions de l'animal.

Les biopsies feront l'objet tout d'abord d'un examen direct et d'une étude histologique sur des coupes colorées. Là aussi les cultures et inoculations seront de toute première importance. Nous rappelons qu'il peut exister des formes atypiques de certains parasites (*Actinomyces* en particulier), donnant des images non caractéristiques. Dans ce cas il est nécessaire de faire plusieurs passages sur l'animal si l'on n'a pas réussi d'emblée à obtenir des cultures et des inoculations donnant une image caractéristique de l'affection.

Pour le diagnostic des maladies mycosiques des os on pourra recourir aux indications suivantes :

1° Contrôle de l'absence de bacille de Koch dans les lésions ; résultats négatifs de la réaction de Bordet-Wassermann-Vernes ; ces épreuves pourront jusqu'à un certain point mettre hors de cause la tuberculose et la syphilis.

2° La structure particulière des éléments histologiques.

En ce qui concerne toutes les affections mycosiques que nous venons d'envisager, l'examen radiologique de même que l'anatomie pathologique apporteront quelquefois des preuves permettant d'écarter la tuberculose et la syphilis et de saisir des caractères différentiels propres à rejeter le diagnostic de cancer.

La séroréaction au moyen de la sporo-agglutination suivant la technique de Widal et Abrami, la fixation du complément, les cuti- ou intra-dermo-réactions au moyen d'extraits de toxines extra- et intra-cellulaires orienteront le médecin très tôt sur la thérapeutique à suivre. Les traitements iodo-iodurés local et général pourront souvent être instaurés précocement. Souvent les résultats favorables de la médication iodée confirmeront l'exactitude du diagnostic préliminaire, même avant l'établissement définitif et la détermination exacte du parasite par les examens de laboratoire.

Pour terminer nous voudrions attirer l'attention sur la classification simple et sur les diagnoses précises établies par Langeron (60) et sur le Traité récent de Vuillemin (61) concernant les champignons parasites et les mycoses humaines. Nul doute que ces deux ouvrages très documentés, faciles à consulter rendront de précieux services à ceux qui s'intéressent à cette question fort négligée autrefois mais qui tend de plus en plus à prendre une place prépondérante dans la pathologie humaine.

Et à présent qu'il nous soit permis de faire savoir que nous nous tenons à l'entière disposition des praticiens qui feraient appel à nous : les laboratoires de bactériologie et de cryptogamie de la Faculté de pharmacie de Strasbourg leur sont largement ouverts. Qu'ils nous envoient les cultures ou les échantillons sur lesquels ils aimeraient avoir des précisions. Nous leur réserverons toujours le meilleur accueil.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Mayer A. C. — Verschimmelung und lebenden Koerper. (*Archiv. f. Anat. u. Physiol. V. J. F. Merckel*, 1815.)

(2) Jaeger. — Ueber Entsehung von Schimmel im Innern der Thierischen Koerpers. (*Meckels Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1816.)

(3) Heusinger. — Bericht v. d. Koenigl. Zootom. Anstalt. zu Würzburg, 1826.

(4) Theile. — Heusinger Zeitschr. f. d. Organ. Phys., 1827.

(5) Rousseau et Serrurier. — *C. R. Ac. Sc.*, 1841.

(6) Langenbeck. — Neue Notizin aus dem. Gebiete der Nat. und Heilk. von L. Frorich und R. Frorich, Weimar, 1841, n° 422, pp. 58-60.

(7) Bennett. — Transact. of the Royal of Edimburgh, 1842, vol. XV, 2e partie, pp. 277-294.

(8) Remak. — Diagnost. u. pathogen. Untersuchungen, 1845.

(9) Conheim. — Zwei Fälle von Mycosis der Lungen. (*Virchow's Archiv.*, 1865, t. XXXIII, p. 167).

(10) Hallier et Hagen. — Leitschr. f. Parasitenkunde, 1869-1870.

(11) Hassenstein. — Leitschr. f. Parasitenkunde, 1870.

(12) Boecke. — Zwei Fälle v. Pilzwucherungen am Trommel fell. (*Ungarischer Med. chir. Presse*, 1869.)

(13) Furbringer. — Beobachtungen ueber Lungenmykose beim Menschen. (*Virchow's Archiv*, 1876, t. LXVI, p. 33.)

(14) Martin P. — Jahresb. d. k. Centralthierarzneischule in München, 1883.

(15) Boellinger. — Ueber Pilzkrankheiten hoeherer und niederer Thiere. (*Aertzliches Intelligenzblatt*, 1880.)

(16) Schutz. — Ueber das Eindringen von Pilzsporen in der athmungswege. (*Mitteilungen der Kaiserl. Gesundheitsamte*, 1884, t. II.)

(17) Perrin et Costantin. — Note sur une mucorinée pathogène. (*Bull. Soc. Medico-chirurgic. di Pavia*, 1922.)

(18) Sasakawa. — Zur Systematik pathogener und parasiticher. Morphologiebiochemische Studie. (*Cbl. f. Bakt. Orig.*, 1922.)

(19) Jeaume G. et Dekester M. — *Bull. Soc. pathol. exot.*, 1925.

(20) Salvat P. et Fontoynont M. — Contribution à l'étude des mycoses malgaches. (*Bull. Soc. pathol. exot.*, 1922.)

(21) Burnier et Langeron. — Epidermite des pieds due à une levure. (Congrès des dermatologistes et syphiligraphes, Paris, juin 1922.)

(22) Philibert et Cordey. — Une nouvelle mycose pulmonaire simulant la tuberculose : Saccharomyces granulatus. (Soc. Méd. Hôp., 21 nov. 1922.)

(23) Dufougère W. — Les dermatomycoses de la Guyane française. (*Bull. Soc. Pathol. exot.*, 1921.)

(24) Favre et Ota. — Note sur une levure cutanée pathogène. (*C. R. Soc. Biol.*, 1923.)

(25) Brocq-Rousseu. — Sur la lymphangite épizootique. (*Bull. Soc. Méd. vétér.*, 1922.)

(26) Weld Smith L. — *Journ. Amer. Méd. Assoc.*, 1924.

(27) Askanazy M. — L'étiologie et la pathologie de l'ulcère rond de l'estomac. (*Virchow's Archiv.*, 1921 et 1924.)

(28) Ota M. — Sur une nouvelle espèce d'Aspergillus pathogène : Aspergillus Jeanselmei. (*Ann. Parasit.*, 1923.)

(29) Mattlet G. — Bronchomycose due à des Sterigmatocystis. (*Ann. Soc. belge Hôp.*, 1924.)

(30) Langeron M. — Un Sterigmatocystis nouveau parasite de l'homme en Tunisie. (*Bull. Soc. Pathol. exot.*, 1924.)

(31) Sartory A. et R. — Etude d'un Scopulariopsis nouveau isolé d'un cas d'onychomycose. (*Bull. Acad. Méd.*, juin 1925.)

(32) de Magalhaes O. — A propos de teignes observées au Riogrande (Brésil). (*C. R. Soc. Biol.*, 1924.)

(33) Ota M. — Sur deux espèces nouvelles de dermatophytes en Mandchourie. (*Bull. Soc. Pathol. exot.*, 1922.)

(34) Lignières J. — *Annales de Parasitologie humaine et comparée*, 1924.

(35) Cornwall J. W. et La Fresnais. — A new variety of streptothrix cultivated from mycetoma of the leg. (*Indian Journ. Med. Rev.*, 1922.)

(36) Sartory A. et R. — Deux cas d'oospooses pulmonaires guéries, provoquées par un champignon du genre Actinomyces. (*Bull. Ac. Méd.*, 1925.)

(37) Witold Lipinski. — *Polska Gazetta Lekarska*, 1924.

(38) Polacci. — Miceti del corpo umano e degli animali, Roma, 1923.

(39) Benedek. — Schizosaccharomyces hominis n. sp. ; die erste menschen pathogene Spalthefe. (*Cbl. f. Bakt. Orig.*, t. CIV, 1927, pp. 291-303, 2 planches.)

(40) Sartory A. et R., Hufschmitt et Meyer J. — Une maladie nouvelle causée par un champignon du genre Debaryomyces (Debaryomyces mucosus). (*C. R. Ac. Sc.*, juillet 1930.)

(41) Jeanselme, Huet et Lotte. — Nouveau type de mycétome à grains noirs dû à une Torula non encore décrite. (*Bull. Soc. franç. Dermat. et Syphil.*, mai 1928.)

(42) Sartory A. et R., Meyer J. et Charles. — Un nouveau Mycoderma pathogène : Mycoderma nobile. (*Annales Mycol.*, vol. XXIX, n° 5/6, 1931.)

(43) Sartory A. et R. et Meyer J. — (*C. R. Soc. Biol.*, t. CIV, p. 1316, 1930 ; *C. R. Soc. Biol.*, t. CVI, p. 597, 1931.)

(44) Negroni P. — Sur une nouvelle espèce de Saccharomyces, S. annulatus n. sp. (*Ann. Parasit.*, t. VII, pp. 303-308.)

(45) Sartory A. et R., Sternon F. et Meyer J. — Blastomycose cutanée due à un Saccharomyces nouveau. (*Bull. Ac. Méd.*, février 1932.)

(46) Martins C. — Zymonema pulmonalis membranogenes isolé d'un crachat de pneumopathie grave et mortelle. (*C. R. Soc. Biol.*, t. XCVIII, 1928, pp. 1162-1164.)

(47) Taniguchi Y. — Experimentelle Studie ueber « Erosis interdigitalis blastomycetica » besonders ueber diejenigen bei

♦♦♦

den Papierarbeitern in der Provinz Gifu « Sadare » Krankheit. (*Japon Journ. of méd. sc.*, t. XIII ; *Dermatol. u. Urol.*, t. I, pp. 75-94, 2 pl.)
(48) PIJPER A. — A new Hanseniaspora. Proc. Koninklijke Akad. van Wettenschappen Amsterdam, t. XXX, 1928, pp. 389-392.
(49) CATANEI A. — Etude d'une teigne du mouton produite par une espèce nouvelle de Trichophyton : Tr. pruinosum n. sp. (*Bull. Soc. Pathol. exot.*, t. XXIV, pp. 296-301.)
(50) AGOSTINI. — Dermatomicosi dovuta a Eurotium rubrum. (*Inst. bot. Univ. Pavia*, t. II, 8e an., 1930, pp. 65-79 ; *Boll. Soc. intern. microbiol. Sez. ital.*, t. III, 1931, pp. 24-25.)
(51) SARTORY A. et R., HUFSCHMITT G. et MEYER J. — Un cas d'onychomycose provoquée par un Eurotium nouveau : Eurotium diplocyste. (*C. R. Soc. Biol.*, t. CIV, p. 881.)
(52) BENEDEK. — Beitrag zur Kenntniss der reinepidermalen Sporotrichosen. Dermoepidermitis sporotrichotia, verursacht durch eine neue Art von pathogenen Sporotrichum : Sporotrichum lipsiense n. sp. unter besonder Berücksichtigung der Serumdiagnose und der experimentellen Sporotrich. Dermat Woch., t. LXXXXIII, 1926, pp. 1695-1733, 1770-1777, 1803-1807, 1824-1827.
(53) SMITH E. C. — Prickly Heat : its aetiology and pathology. (*Trans. Roy. Soc. hop. méd. a hyg.*, XX, 1927, pp. 344-351.)
(54) MARENGO G. — Su una paronichia dovuta ad una nuava specie di « Monilia, la Monilia onychophila Polacci Nannizzi ». (*Archiv. di biol.*, 1926.)
(55) SARTORY A. et R. et MEYER J. — Etude botanique et biochimique d'un Cladosporium : Cladosporium Rietmanni n. sp. agent d'une épidermomycose palmaire noire du Brésil. (*Strasbourg-Médical*, XCe année, nº 18, 1930.)
(56) DELANOE P. — Mycetome de la cuisse observé chez un marocain adulte, dû à une Microsiphonée : Nocardia nicollei. sp. (*Archives Inst. Pasteur Tunis*, t. XVII, 1928, pp. 257-274.)
(57) PIJPER A. et PULLINGER B. — South Africa nocardiases. (*Journ. of trop. méd. a Hyg.*, t. XXX, 1927, p. 153.)
(58) SARTORY A. et R. et MEYER J. — Un nouveau cas d'actinomycose osseuse à grains jaunes sans massues. (*Bull. Ac. Méd.* 1930.)
Une Microsiphonée à pigment rouge isolée de glandes sous-maxillaires. (*C. R. Soc. Biol.*, t. CVIII, p. 1186, 1931.)
Etude d'un Actinomyces isolé d'expectorations chez une femme suspecte de tuberculose pulmonaire. (*C. R. Soc. Biol.*, t. CVIII, p. 1188, 1931.)
(59) SARTORY A. et R. et MEYER J. — Deux cas d'actinomycose invétérée sans grains microscopiques ou macroscopiques dus au même parasite. (*Bull. Ac. Méd.*, 1932.)
(60) LANGERON. — Voir les différents articles de cet auteur, publiés dans le « Nouveau Traité de médecine : Roger, Widal, Teissier ». (Paris, Masson, 1925, fasc. IV.)
(61) VUILLEMIN P. — Les champignons parasites et les mycoses de l'homme. (*Encyclopédie Mycologique*, P. Lechevalier, Paris, 1931.)

La méthode stalagmométrique dans l'étude de certains cholérétiques

Par M. LOEPER, A. LEMAIRE et H. DANY

Les différentes techniques utilisées jusqu'à présent pour apprécier la valeur cholérétique ou cholacrine d'un médicament se proposent de mesurer et de comparer respectivement les quantités de bile excrétées pendant le même temps avant et après l'injection de ce médicament. Certes les résultats obtenus sont très suggestifs, mais ils ne peuvent donner qu'une évaluation globale du phénomène de la cholérèse. Aussi, pour les enregistrer de façon plus précise, nous a-t-il semblé indiqué d'utiliser la technique suivante :

Sur le chien endormi à la chloralose, en respiration naturelle, une canule fine est introduite dans le cholédoque. On adapte immédiatement à celle-ci un tube de caoutchouc rempli d'eau. Les gouttes qui s'en échappent tombent sur le levier d'un tambour manipulateur. Celui-ci est en relation avec un tambour de Marey qui inscrit sur le cylindre enregistreur la chute de chaque goutte.

Grâce à cette méthode stalagmométrique, nous avons pu étudier les propriétés excréto-biliaires de quelques médicaments d'origine végétale et particulièrement des extraits aqueux d'artichaut, de chélidoine et de fenugrec.

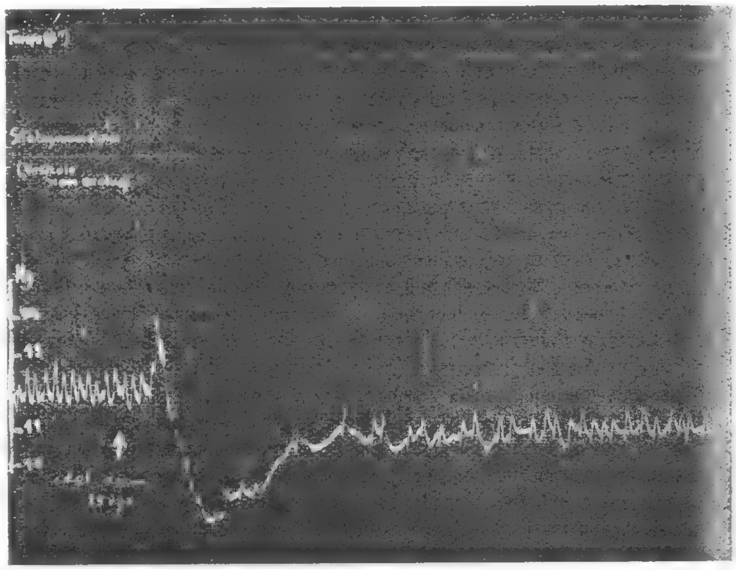


FIG. 1. — Chien 13 kgr. 500. Anesthésie chloralosane. Respiration naturelle. X intacts. De haut en bas : 1) temps en 3 secondes ; 2) gouttes de bile ; 3) pression carotidienne. La vésicule biliaire n'est pas exclue.

Dans la majorité de nos expériences, la vésicule était exclue, soit en pinçant le canal cystique, soit en plaçant la canule en amont de l'abouchement du cystique. Parfois cependant, nous avons volontairement respecté la perméabilité de la voie biliaire accessoire afin de comparer les résultats obtenus dans l'un et l'autre cas.

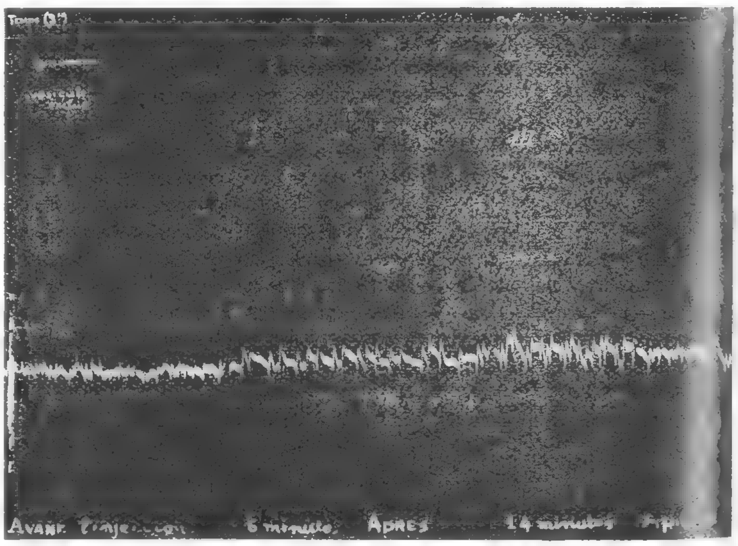


FIG. 2. — Chien 17 k.r. Anesthésie chloralosane 0,10 par kgr. Respiration naturelle. X intacts. De haut en bas : 1) temps en 3 secondes ; 2) gouttes de bile ; 3) pression carotidienne. Entre les traces I et II on a injecté 17 cgr. d'extrait de chélidoine. La vésicule biliaire est exclue.

1º L'injection intraveineuse de 1 cgr. par kilogramme d'extrait de chélidoine provoque d'abord un ralentissement de l'excrétion biliaire coïncidant avec la phase hypotensive du produit. Ce ralentissement ne dure guère qu'une minute. Très rapidement il est suivi d'une augmentation du nombre des gouttes émises. A tel point que,


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Asirop
ÉCHANTILLONS : J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD _ PARIS (6e)
T.C. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

BIBLIOGRAPHIE

Eléments de chirurgie, par LECERCLÉ. Un volume de 812 pages avec 493 figures. Broché, 100 francs, relié toile, 125 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Un manuel élémentaire de chirurgie en 100 leçons distinctes, — embrassant chacune l'ensemble d'une question et formant par leur réunion un exposé à peu près complet des connaissances chirurgicales actuelles, — tel est le livre du Docteur LECERCLÉ.

C'est donc avant tout un livre d'enseignement, destiné aux étudiants, — à tous les étudiants, et aux médecins *non* spécialisés en chirurgie.

Il n'a pas la prétention d'apprendre à un chirurgien de carrière les derniers raffinements d'une technique délicate, ni de discuter pour lui un diagnostic difficile ou une thérapeutique encore mal définie. Par contre, à l'étudiant et au médecin qui désirent connaître, dans son ensemble, la chirurgie, et qui, pour des raisons d'ailleurs différentes, ne peuvent par eux-mêmes être au courant des idées actuelles, il offre un tableau écrit pour eux de ce qu'ils devraient chercher dans les Traités ou dans des Revues spéciales.

La fin du martyre de l'obèse, par le Docteur HEMMERDINGER. Un volume broché 7 fr. 50. Aux Editions J. Oliven, 65, avenue de La Bourdonnais, Paris.

Le Docteur HEMMERDINGER a voulu reprendre la question de l'obésité d'un point de vue pratique en même temps que plus rationnel et plus scientifique. Il apporte une notion nouvelle, le « coefficient obésigène » véritable unité pratique de mesure, grâce à laquelle chacun peut déterminer lui-même avec facilité les *menus* qui lui conviennent. Car il ne s'agit plus de *régimes*, de disciplines fastidieuses et pénibles. Le Docteur HEMMERDINGER comprend et admet les plaisirs de la table. Le tout est de ne pas abuser et d'établir convenablement ses menus, selon son tempérament, son âge, ses dépenses musculaires et... sa bourse. Son mérite est de nous donner des exemples de menus hygiéniques variés, qui conviendront aux palais les plus raffinés et qu'acceptera toute cuisinière digne de ce nom.

Une autre originalité de l'ouvrage, c'est le ton plaisant et humoristique de l'exposé. Nous ne sommes pas habitués à ce genre à la fois scientifique et badin. C'est de la vulgarisation précise et agréable. C'est du Victor-Pauchet revu par Henri Béraud.

L'urologie en clientèle, par le Docteur LE FUR. Un volume de 106 pages, 384 figures, 2e édition 1932, prix : 50 francs.

La seconde édition de ce volume appartenant à la Collection *Comment guérir* vient de paraître.

On y retrouve les qualités de clarté et de bon sens clinique, ainsi que les conseils pratiques pour une bonne technique urologique, qui caractérisaient déjà la première édition. Les chapitres ont été complétés ou ajoutés, concernant particulièrement les nouvelles méthodes d'exploration rénale, et le cathétérisme thérapeutique des urotères, les récentes applications de l'urétroscopie et de la cystoscopie, la vaccinothérapie, le traitement du verumontanum et de la prostate par les applications locales de courants de H. F. Comme le dit d'ailleurs le Docteur LE FUR dans sa préface, cet ouvrage est le résumé de l'enseignement urologique qu'il a donné à sa clinique pendant de longues années. Il a le mérite d'être assentiellement pratique. L'auteur s'est en effet attaché surtout au côté technique, celui qui intéresse avant tout le médecin praticien, l'étudiant terminant ses études et même le spécialiste désirant faire de l'urologie courante. Aussi cette nouvelle édition est elle assuré du même succès que la précédente.

Épreuves biologiques dans les ictères, *Applications au diagnostic et au pronostic*, par François THIÉBAUT. Préface du Professeur Noël FIESSINGER. Un volume de 192 pages avec 17 figures, 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint Germain, Paris.

Ce livre traite du sujet le plus difficile de l'exploration hépatique, celui des ictères : sujet difficile parce que dans les ictères, le trouble apporté à la traversée biliaire soit par rétention, soit par effraction, rend illusoire toute exploration des fonctions d'élimination et en particulier de la fonction chromagogue si facile, si simple à réaliser.

L'idée dominante de l'auteur a été de rechercher la correspondance clinique et anatomique des troubles décelés au cours des ictères. Pour cela il a successivement analysé les troubles de la sécrétion externe du foie (fonctions biliaire et chromagogue) et les troubles de la sécrétion interne (métabolismes hydrocarboné, hydrique et azoté). Chacun de ces chapitres commence par un rappel physiologique de la fonction explorée ; il continue par l'exposé des techniques employées et des résultats obtenus : il se termine par une étude critique où les troubles fonctionnels sont jugés en tenant compte de l'évolution clinique et des lésions anatomiques. Après une courte revue sur l'insuffisance hépatique envisagée dans les ictères en particulier, et dans les maladies de foie en général, vient un essai de la pathogénie des ictères.

Une série d'observations cliniques, biologiques et anatomiques complètent ce travail.

pour une sécrétion biliaire de 10 gouttes-minute avant l'injection, on obtient, moins de deux minutes après celle-ci, un chiffre de 27 gouttes-minute.

Le même phénomène se produit quand la vésicule est exclue, ce qui est intéressant : des constatations antérieures nous ont montré, en effet, que la chélidoine diminuait le tonus de la vésicule : nos constatations actuelles semblent prouver que cette drogue est vraiment un cholérétique plus qu'un cholagogue.

2° Avec le Fenugrec, on obtient également une augmentation de la sécrétion biliaire qui passe de 5 gouttes-minute à 9 gouttes-minute. Résultat certes moindre. Mais cette drogue se signale par un double avantage : son action cholacrine est prolongée, elle dépasse largement 20 minutes et se maintient telle pendant ce temps. D'autre part, la pression artérielle n'est nullement influencée par l'injection intra-veineuse du produit, comme nous l'avons déjà montré ailleurs (1).

3° Nous avons voulu comparer les résultats précédents avec ceux que pouvait, dans les mêmes conditions, nous donner l'artichaut. La comparaison n'est pas en faveur de cette plante qui, à une dose de 1 cgr. par kilogr. ne modifie guère la cholérèse. La dose n'est sans doute pas élevée. Mais à des doses identiques les produits précédents suffisent pour donner une cholérèse marquée et leur action apparaît supérieure.

L'accroissement du flux biliaire semble attribuable certainement à une activation de la fonction biliaire, elle-même.

Nous avons observé, en effet, que les résultats les meilleurs se produisaient après exclusion de la vésicule, et nous savons que le tonus de cette vésicule est abaissé par l'injection intraveineuse des extraits d'artichaut et de chélidoine.

CHRONIQUE

Puériculture

On demande souvent au médecin appelé à soigner une jeune mère l'indication d'un livre qui puisse la guider dans ses hésitations et dans ses ignorances. Beaucoup de ces livres sont exécrables. D'autres sont presque parfaits, mais ils ont l'inconvénient d'être trop succincts. D'autres encore sont parfaits, mais tel le splendide *Traité de l'allaitement* du professeur Marfan, ils ne peuvent être utile qu'au médecin. D'autres, enfin, ont un vif intérêt, mais sont des plaidoyers passionnés pour une idée de leur auteur. Aussi faut-il louer le Professeur Lereboullet (2) d'avoir écrit son *Manuel de puériculture* pour résumer un enseignement qu'il fait tous les ans à l'hospice des Enfants-Assistés aux jeunes filles et jeunes femmes soucieuses de s'instruire des soins à donner aux tout jeunes enfants. Ce cours dont l'utilité n'a pas besoin d'être soulignée a été institué sur l'initiative de Variot et, peu à peu, a connu un grand et mérité succès. Il est, avant tout, destiné aux futures mères de famille et, sans prétendre leur apprendre la médecine, il se propose, à la fois par des notions théoriques, par des conseils pratiques et par des stages à l'hospice, de leur faire comprendre comment doivent être nourris et soignés les tout jeunes enfants.

Le livre du Professeur Lereboullet est fondé sur l'enseignement du Professeur Marfan. Il n'est pas uniquement un recueil de notions élémentaires, ni inversement un recueil de données théoriques exposées en détail. C'est un manuel qui expose les bases rationnelles de l'hygiène du premier âge et les moyens pratiques de l'assurer.

Tout en se bornant à l'étude de l'enfant normal et en n'empiétant pas sur la pédiatrie proprement dite qui a pour fin les soins de l'enfant malade, la puériculture s'appuie sur l'anthropologie et la physiologie du jeune enfant, sur l'expérience acquise par l'observation des maladies de cet enfant, sur la recherche de leurs causes ; la connaissance de la puériculture ne peut être solide qu'autant qu'on a quelques notions de ce que sont ces maladies : on ne peut pas connaître l'enfant normal sans connaître l'enfant malade et, comme le disait récemment le Professeur Marfan, « l'hygiène de la première enfance est fille de l'observation médicale et une trop stricte délimitation des deux domaines est possible ».

***

Caractères de la première enfance. — Le nouveau-né ne s'adapte que très progressivement à la vie extérieure. Son tube digestif ne lui permet de n'ingérer qu'un seul aliment, le lait, et surtout le lait de femme, le lait de vache destiné aux petits veaux, lui étant souvent nocif. Et pourtant, malgré ces conditions défectueuses, il a un effort considérable à fournir, car il doit croître, il doit multiplier ses cellules. La déperdition de chaleur est importante. Les conditions extérieures, le froid, le chaud, les variations climatiques, agissent particulièrement sur lui ; l'été torride de 1911 a tué soixante mille petits Français.

Le jeune enfant se défend mal contre l'inanition et la sous-alimentation peut devenir chez lui la cause de troubles graves. Il est très sensible à la plupart des infections et, s'il en est certaines vis-à-vis desquelles il a, pendant les premiers mois, une immunité héréditaire relative (telles la rougeole, la diphtérie, la vaccine), il en est beaucoup d'autres vis-à-vis desquelles il présente une susceptibilité spéciale (infections aiguës à pneumocoques, à streptocoque, à staphylocoques, et la tuberculose, dont la contagion est facile si le nourrisson se trouve en contact, fût-ce quelques heures, avec un tuberculeux contagieux). Le nourrisson se défend mal contre ces infections ; sa peau est facilement atteinte et vite enflammée, ses voies digestives et respiratoires subissent souvent les conséquences de leur envahissement infectieux et c'est bien souvent par l'intestin et par le poumon que succombent les jeunes enfants.

La privation du sein maternel, la séparation de l'enfant et de la mère sont redoutables pour le nouveau-né, et le Professeur Lereboullet rappelle la phrase souvent citée par Th. Roussel qui reste toujours vraie : « Tout ce qui éloigne l'enfant de sa mère le met en état de souffrance et en danger de mort ».

***

C'est dire l'importance de l'allaitement maternel. Le Professeur Lereboullet expose très complètement les obstacles à son accomplissement (obstacles physiologiques ou médicaux ; obstacles moraux ; obstacles matériels et sociaux). Il indique comment il faut diriger l'allaitement au sein ; quels sont les caractères généraux du lait de femme et du colostrum, comment il faut donner la première tétée ; quelles règles il faut suivre avant, pendant et après la montée laiteuse et quelles difficultés on peut rencontrer lors des premières tétées : hypogalactie primaire, malformations et gerçures du mamelon.

En particulier, M. Lereboullet expose les services que peut rendre le succipompe de de Rohan et le tire-lait électrique de Abt. Ce dernier « très ingénieux, assez facile d'emploi permet de vider assez complètement la mamelle, sans provoquer de douleur, même lors des gerçures. Mais son prix élevé, la nécessité du courant électrique pour son usage en limitent pratiquement l'emploi aux maternités et aux maisons de nourrissons qui en auront fait l'acquisition. On peut toutefois en ville se le procurer en location. Cet appareil, trop complexe pour que nous le décrivions ici, permet de vider la mamelle sûrement et

(1) M. L[illegible] et A. Lemaire. — Sur quelques points de l'action des amers. *Presse médicale*, novembre 1930 ; *Nutrition*, n° 5, 1re année, 1931.

(2) Lereboullet. — *Manuel de puériculture*, Masson, édit. 1932.

assez complètement sur un rythme lent et sans douleurs, même lorsque le mamelon est gercé. Son emploi est indiqué lors des crevasses douloureuses du mamelon ; il ne saurait entrer dans la technique courante, même lorsqu'il s'agit de vider le sein d'une nourrice qui allaite un autre enfant que son propre enfant ».

M. Lereboullet expose, ensuite, les règles à suivre pendant les premiers mois, la durée des tétées, la ration alimentaire de l'enfant au sein, l'hygiène et le régime de la nourrice, la suralimentation et la sous-alimentation (soit que l'enfant ne prenne pas assez de lait sa mère en ayant suffisamment, soit que celle-ci n'ait pas assez de lait), les modifications qualitatives du lait. Pour ce dernier point M. Lereboullet admet la doctrine classique, c'est à savoir que le lait de femme est rarement modifié qualitativement.

***

M. Lereboullet étudie, ensuite, l'allaitement artificiel. Il discute le choix du lait (ânesse, chèvre, vache). Il expose la question de la traite mécanique et ses progrès actuels, la mode de refroidissement brusque, les microbes du lait. Il se demande si l'alimentation par le lait cru est possible et conclut que, dans notre pays et dans nos climats, réserve faite de cas particuliers exceptionnels, le lait doit toujours être stérilisé avant d'être administré aux nourrissons.

Les pages suivantes sont consacrées à la stérilisation du lait, à la technique du coupage et du sucrage, au nombre et à l'importance des repas, à la manière de donner le biberon, à l'emploi des jus de fruits crus comme adjuvant de l'allaitement artificiel.

***

Le Professeur Lereboullet aborde, alors, la question du lait concentré sucré. Jusqu'à ces dernières années, celui ci était un aliment d'exception, on le donnait transitoirement à un nourrisson dont la mère manquait de lait, à un nourrisson débile, hypothrepsique, ou encore après une phase de dyspepsie ou de diarrhée.

Toutes ces indications subsistent ; mais on sait, de plus, surtout depuis les travaux de Lassablière, que le lait concentré sucré peut sans inconvénient être utilisé comme l'aliment habituel du nourrisson sain ; bien plus, on a vu que les nourrissons alimentés au lait concentré étaient pendant l'été beaucoup moins exposés à la diarrhée cholériforme que ceux qui recevaient du lait de vache stérilisé par ébullition.

Quant aux inconvénients du lait concentré sucré, ils semblent, dit M. Lereboullet, plus théoriques que réels. Le risque de maladie de Barlow, due à l'absence de vitamines, n'existe que pour du lait concentré préparé depuis de longs mois ; et il est très facile d'obvier à cet inconvénient en administrant au nourrisson d'une manière systématique deux à trois fois par semaine ou même journellement, une ou deux cuillerées à café de jus de fruit sucré (citron, orange, ou même raisin). Il ne provoque pas la fièvre, réserve faite de cas exceptionnels ou il a été donné sous une trop forte concentration.

On ne peut que s'associer à ces conclusions du Professeur Lereboullet. J'irais même plus loin et je crois bien que, si j'avais été appelé à faire un manuel de puériculture, j'aurais centré l'allaitement artificiel autour du lait concentré sucré au lieu de le centrer autour du lait de vache. Les qualités de digestibilité du lait concentré, la moindre fréquence des intolérances en font l'aliment de choix du nouveau-né à défaut du lait de femme et à défaut du lait d'ânesse, ce dernier étant souvent heureusement associé au lait concentré.

***

M. Lereboullet étudie, ensuite, le lait sec et les grands services qu'il peut rendre. La fièvre de lait sec est due, en général, à une concentration excessive, à un déséquilibre entre l'alimentation calorigène et l'eau nécessaire à l'organisme pour assurer l'abaissement par évaporation cutanée et par perspiration pulmonaire.

***

Dans les chapitres suivants sont exposés l'emploi de babeurre, si utile pour les nourrissons malades, les incidents de l'allaitement artificiel, le sevrage et l'ablactation.

Si, dès les premiers mois, le nouveau-né peut digérer une petite quantité de farine, cette quantité reste faible et il y aurait de graves inconvénients à donner à l'enfant avant le sixième mois une alimentation trop riche en amidon, même bien cuit. L'amylase n'existe en proportion suffisamment active dans la salive et le suc pancréatique qu'après le sixième mois ; ce n'est donc qu'après cette date, enseigne M. Lereboullet, qu'il est opportun de donner régulièrement des farineux en proportion notable aux nourrissons ; ils peuvent plus tôt assimiler une certaine quantité de maltose (sucre de malt), ils ne peuvent pas digérer l'amidon même bien cuit. L'alimentation trop précoce avec les farineux provoque souvent une diarrhée amylacée, maintes fois décrite, et qui peut mener l'enfant à un état de dénutrition accentué.

L'œuf peut entrer dans l'alimentation après un an.

***

M. Lereboullet expose ensuite, les signes de bonne santé des jeunes enfants : la croissance ; le poids et la taille ; l'aspect extérieur (pannicule adipeux, grande fontanelle, la digestion, la première dentition et ses anomalies, le port de la tête, l'attitude, la marche, le cri et la parole, l'intelligence et ses progrès, les données du thermomètre), puis l'hygiène générale du nourrisson (vêtement, berceau, sommeil, sorties, promenades, vaccinations antivarioliques, la vaccination antidiphtérique et la vaccination par le B. C. G.).

En ce qui concerne le B. C. G., voici comment conclut le Professeur Lereboullet : « Si actuellement la discussion est encore ouverte, sur le degré d'immunisation ainsi conféré, la preuve est faite de l'innocuité de la méthode appliquée à des centaines de milliers d'enfants. La fréquence de la tuberculose familiale, les dangers de contagion pour les tout petits, alors même que les parents sont indemnes, par une personne étrangère qui peut, de bonne foi, ignorer qu'elle est contagieuse, commandent la vaccination par voie buccale de tous les nouveau-nés dans les dix premiers jours. Peut-être, toutefois, est-il bon de s'abstenir chez les prématurés et les débiles encore que la méthode paraisse chez eux aussi inoffensive que chez les enfants plus robustes. »

***

Les chapitres suivants sont consacrés aux soins à donner au nourrisson malade, à la technique des prescriptions médicales courantes (bains, enveloppements thoraciques, cataplasmes, lavements et lavages intestinaux, soins du nez, des oreilles, des yeux, de la gorge, injections hypodermiques) et à la puériculture sociale.

***

Au total, je ne saurais faire trop de louanges de ce livre et trop en recommander la lecture aux mères, aux infirmières et aux médecins. Sous un petit volume, avec une très grande clarté, il met au point la doctrine la plus généralement admise au pays de Natalis Guillot, de Parrot, de Bouchut, de Budin, de Variot, de Pinard, de Marfan, pour le plus grand bien des nourrissons.

Henri Vignes.

« Le diagnostic interférométrique consiste à rechercher et à mesurer dans le sang les ferments de défense qui peuvent s'y rencontrer. On arrive par ce procédé indirect à connaître l'agent pathogène ou la substance nocive ayant provoqué cette formation ». (*A. Durupt. L'interférometrie en clinique*, 1 vol. Doin édit.)

VARIÉTÉS

Une histoire de la Médecine en Vers

L'auteur de cette pièce ne figure pas dans le Parnasse Médical, *de Chéreau. C'est donc un nom de plus à ajouter à la liste déjà longue des médecins poètes, dans le genre didactique qui fut un temps assez à la mode pour devenir un genre ennuyeux et que le recul du temps permet de juger avec moins de sévérité.*

Histoire de la médecine depuis son origine jusqu'à nos jours

Tableau synoptique par le Docteur Victor Lacour, de Montierender, en exercice à Doulevant (H.-M.)

Si de l'art médical on cherche l'origine,
Et le temps où, d'abord, sa timide doctrine
Apparut, s'essayant d'un pas lent, incertain,
On comprend qu'il dut naître avec le genre humain.
De tout temps, en effet, notre frêle existence,
En butte à mille maux, endura la souffrance :
L'homme rechercha donc, par un instinct inné,
Des soins, lorsqu'il souffrit, pour être soulagé ;
Il en trouva dans l'homme et de sa sympathie
Nait le premier effort contre la maladie.
Certes ces premiers soins durent être grossiers,
Mais déjà de la science ils traçaient les sentiers.
— L'art demeura longtemps arrêté dans l'enfance
N'ayant rien pour guider son inexpérience ;
Sa base unique était la mensongère loi
De mystiques secrets auxquels on avait foi ;

1200 ans av. J.-C.

Ainsi, douze cents ans avant l'ère chrétienne,
Esculape était *Dieu* dans la *Grèce* païenne ;
Ses prêtres ignorants, dans leur culte orgueilleux,

à Cos, Cnide, Titane, Rhodes, Pergame.

Lui érigeaient partout des temples somptueux ;
Puis s'étant revêtus du nom d'Asclepiades
Ils exploitaient la *Grèce* en charlatans nomades ;
Et pendant six cents ans on vit ces novateurs,
Sans le moindre progrès colporter leurs erreurs,
— L'art sommeillait toujours recelant son génie,

640 ans av. J.-C.

Quand Thales l'éveilla, fort de son énergie.
Les *Grecs*, depuis l'époque où chez eux étaient nés
Hésiode et Homère, aux chants passionnés,

980 ans av. J.-C.

Dépouillaient peu à peu leur rude barbarie,
Et souriaient aux arts ainsi qu'à l'industrie ;
De cet heureux élan Thales sut profiter,
L'attention naissait, il se fit écouter.
Des vastes profondeurs de son rare génie
Naissante apparaissait la *Physiologie*,
Météore inconnu dont la vive splendeur
Semblait prédire à l'art sa future grandeur.

550 ans av. J.-C.

Puis vinrent Pythagore, Empédocle, Héraclite
Anaximandre, enfin Leucippe et Démocrite.
Ardents propagateurs de systèmes nouveaux
Qu'avec plus ou moins d'art enfantaient leurs cer- [veaux,
Ces *Philosophes* vains de leur plénipotence,
Dans leur lutte oubliaient qu'ils enrayaient la [science.
Sans doute elle put, d'eux, retirer quelque fruit
Mais de leur désaccord l'empirisme naquit.
— Cependant entraînés par la pente tracée,

500 ans av. J.-C.

Les prêtres d'Esculape, à l'œuvre commencée
Dans le temple en secret travaillaient sans retard
Fiers de contribuer au progrès de leur art ;
Mais la science boiteuse et comme endolorie
Pour prendre son essor attendait un génie :

460 ans av. J.-C.

Hippocrate parut, et bientôt à sa voix
La *Grèce* se rangea sous de nouvelles lois.
Il voulut que la science, avant tout, fut privée
De ces subtilités dont on l'avait chargée,
Et l'isolant ainsi de ses dogmes grossiers,
Géant, il domina ses plus fiers devanciers.
L'observation fut son plus fidèle guide ;
Par elle il prononçait, mais en juge rigide.
L'Anatomie alors de son brillant flambeau
N'avait point éclairé l'art, encore au berceau ;
Restait donc inconnue à cette ère d'enfance
Des organes profonds la secrète souffrance ;
Mais Hippocrate, lui, strictement s'appliquait
Aux signes extérieurs, et par eux s'instruisait.
Enfin il illustra son époque critique,
En proclamant les lois de la *Diététique*.
Honneur à ce savant cher à l'humanité ! ! !
Honneur à ses travaux, pleins d'immortalité ! ! !
La science, de nos jours qui s'est tant ennoblie,
Lui doit ses premiers pas, son essor, son génie.
— *Athènes*, vers ce temps, par ses arts florissait,
Et sur tout l'univers en reine dominait ;
Socrate à ce foyer vint fonder une *Ecole*

410 ans av. J.-C.

Qu'agrandit avant peu sa pompeuse parole,
L'esprit de sa doctrine et son rare talent
Vint rejaillir sur l'art et le rendre plus grand ;
Mais les vains errements de la *Philosophie*
Dans la science bientôt semèrent l'hérésie ;
C'est ainsi qu'Aristote, élève de Platon,
Pyrrhon, Aristophane, Epicure et Zenon,

400 ans av. J.-C

Donnèrent, tour à tour, naissance au *Dogmatisme*,
A l'*Empirisme* aveugle, ainsi qu'au *Méthodisme*.
— Thessalus et Dracon malgré tout, s'appli- [quaient
A l'œuvre d'Hippocrate et la continuaient,
Cultivant sans relâche, avec l'*Anatomie*
La *Physique* et surtout la *Physiologie*.
— Tout à coup dans le monde un grand événement
Vint donner à la science un heureux changement,

336 ans av. J.-C.

Alexandre-le-Grand ayant conquis l'*Asie*
D'*Athènes*, transportait devers *Alexandrie*,
Les sciences et les arts, l'industrie et les lois
Qui surent y grandir sous l'égide des *Rois*.

332 ans av. J.-C.

— Dès lors *Alexandrie* en *Ecole* s'érige,
Et, protégée ainsi, savamment se dirige,
Hérophile préside à sa fondation
Aidé d'Erasistrate élève de Platon.
L'étude, jusqu'alors, touchant l'*Anatomie*,
Sur les animaux seuls avait été suivie ;
Ce sont eux les premiers, d'une intrépide main,
Qui portent le scalpel sur le cadavre humain,
Et qui trouvent en lui l'heureuse Théorie
Des plus subtils secrets de la *Pathologie*.
— Mais bientôt Philinus suivi de Themison
De ces maîtres voulant surpasser la raison,
S'opposèrent tous deux à l'élan scolastique,
Et donnèrent naissance à la *Secte empirique*.

300 ans av. J.-C. jusqu'au 2e siècle.

— Pendant que s'inspirant au feu qui l'animait
Par ses arts libéraux la *Grèce* florissait,
Les Romains de la science ignoraient la pratique,
Livrés comme ils l'étaient, tout à la polémique,
Ainsi, vers cette époque ils s'adressaient aux Dieux,
Pour conjurer leurs maux qu'ils croyaient venus [d'eux,
Ce n'est que bien plus tard, qu'étant reine du monde
En savants distingués *Rome* devint féconde,
Et que l'art médical parvint à dominer
Le sortilège impie, et put le balayer.
Telles furent longtemps les atteintes perverses
Qu'à la science portaient ces doctrines diverses
Le doute à l'art déchu vint bientôt succéder,
Et l'*Empirisme* seul put alors prospérer.

170 ans ap. J.-C.

— C'en était fait de l'art, quand Galien de *Pergame*
Contre tant d'apathie avec force réclame :
On s'émeut à la voix de cet homme éminent
Qui s'entoure, au début, d'un prestige étonnant.
Tout passe sous le fouet de sa docte critique,
Tout, jusqu'aux nullités de la *Secte empirique* ;
Puis il impose à l'art, comme point principal,
Son système appelé, *Dynamique-Humoral*.
Quoique né des débris de doctrines anciennes,
Qu'avec un tact heureux il sut mêler aux siennes,
Ce système, dès lors, partout fut adopté,
Avec tous les honneurs de la célébrité.
Savant anatomiste, il ramena la science
A son premier éclat terni par l'indolence,
Et laissant à sa mort un grand nombre d'écrits,
Qui passent, de nos jours, encore pour érudits,
Pendant douze cents ans, par leur haute influence,
Ses œuvres, faisant loi, gouvernèrent la science.

Jusqu'au 12e siècle le Galénisme est partout en faveur. La science ne se relève qu'avec l'école de Salerne.

S'il commit des erreurs, toujours a-t-il sondé
Les profondeurs de l'art et l'a-t-il relevé.
La science s'étendit bientôt dans l'*Arabie*
Qu'on vit au *Galénisme* en tous points asservie;
Mais honteusement pauvre en savants distngués
Ses efforts, sans moteur, restèrent enchaînés.
Elle sut cependant s'aidant de la *Chimie*,
Cultiver avec fruit la *Pharmacologie*.
— Malgré leur bon vouloir, des moines sans talent
Entretenaient l'erreur des peuples d'Occident,
Qui, par eux, effrayés de la sorcellerie,
Au secours de leurs maux appelaient la magie.
L'*Italie* au contraire heureuse de progrès
Aux yeux du monde entier s'entourait de succès ;

1190
L'*Ecole de Salerne*, à jamais mémorable,
S'érigeait au concours d'une foule innombrable.
— La France aux premiers rangs de la célébrité,

1200
Installait à *Paris* son *Université*
Qui plus tard dans son sein put voir la *Chirurgie*
S'isoler, science à part, et marcher plus hardie.
Tandis que près de nous le célèbre Bacon
Transmettait aux *Anglais* son érudition.
— L'art, s'entourant ainsi d'une éclatante aurore,
Rêvait son avenir en le voyant éclore.

Espace de 300 ans. Derniers coups portés au Galénisme.

— Restait à démolir, sans en épargner rien,
L'édifice vieilli qu'avait construit Galien ;
Seul, au milieu de tous, travaillant sans relâche,
Paracelse remplit cette pénible tâche.
L'art médical par lui savamment redressé,
Vers la saine raison se vit alors poussé.
Dans ce temps où l'élan prenait tant d'énergie,
Notre Ambroise Paré créait la *Chirurgie* ;

1530 ans ap. J.-C.
Non pas cet art obscur, avant lui tant prôné,
Mais l'art mathématique, à des lois enchaîné.
Et pourtant cet éclat qu'il donnait à la science
Devait perdre bientôt son insigne puissance :
De son essor jalouse on vit la *Faculté*
S'opposer elle-même à sa prospérité.

1580 ans ap. J. C.
Van-Helmont vient plus tard, et tout haut pré- [conise
Les travaux précédents que l'oubli neutralise ;
Il morcèle l'erreur avec ténacité,

Paracelse et sa doctrine étaient oubliés.
Et par lui Paracelse est réaccrédité.
— L'*Allemagne*, à son tour dans son patriotisme,
Ne visant qu'au progrès renonce au *Galénisme*,
Et cherche à s'éclairer aux leçons d'Hannemann,

1660
Du jésuite Kischer, de Paullini, d'Hauptman.

De 1625 ans ap. J.-C. à 1670.
Le dix-septième siècle, époque florissante,
S'avançait rayonnant d'une gloire éclatante,
Du doute et de l'erreur Descartes l'affranchit
En lui dictant un plan auquel il l'asservit.

1675
Hogelande déjà traçait de la *Chimie*
Les premiers documents avec leur théorie.
Puis Harvey découvrait la *Circulation*.
Tous les conduits du sang et leur direction.
Tandis que Borelli démontrait à la science
Que les *Os*, vrais leviers, sont mus par la puissance
Des *Muscles* en faisceaux aux *Articles* fixés,
Ces derniers au *Cerveau* restant subordonnés.
— Cherchant au fond de l'art son essence subtile,
Pecquet avait trouvé le réservoir du *Chyle*,
La *Lymphe*, ses vaisseaux et son cours régulier,
Au système sanguin paraissant se lier.
Ces progrès joints à ceux que faisait la *Chimie*
Avaient poussé la science et l'avaient enrichie ;
Dans la *Thérapeutique* ainsi, le *Quinquina*
S'introduisait, suivi de l'Ipécacuanha ;
Et malgré Gui-Patin et sa docte critique,

1720 ans ap. J.-C.
L'Ecole, par arrêt, adoptait l'*Emétique*.
— Viennent bientôt après Bienaise et Roberdeau

1730
Doter l'art manuel d'un code tout nouveau.
Dionis, avec eux, classe la *Chirurgie*

Création de l'Académie royale de chirurgie
Aux premiers rangs de l'art avec l'*Anatomie*.
— Ce siècle voit encore avec Jean-Louis Petit,
Briller les Maréchal, professeur étudit ;
Les Beissier, les Desault et les Lapeyronie,
Qui posèrent leur art dans une Académie.
— Bœrhawe, Shtal, Hoffmann, savants origi- [naux,
Unissant le concours de leurs nobles travaux,
Rendaient dans son essor la science plus hardie,
Et préparaient ainsi la route poursuivie
Après eux sans retard par l'illustre Meri,
Albinus et Winslow, Littre et Sanctorini.

Les accoucheurs du temps voyaient, grâce à [Smélie
Aussi bien qu'à Levret, l'*Obstétrique* ennoblie :
Le *Levier*, le *Forceps*, venaient d'être inventés
Et partout en *Europe* étaient accrédités.
Sauvage, autre Linné, rangeait les maladies,

1750
Pour les mieux distinguer, en classes infinies.
Haller et Morgagni strictement recherchaient
Le positif de l'art que d'autres négligeaient,
Et leur expérience en *Physiologie*
Donnait un nouveau jour à la *Pathologie*.
L'*Europe* enorgueillie admirait de Lorri,
Pringle, Van-Swieten, Brown et Borsieri.
C'était à qui plus tôt éclairerait la science
Qui marchait au progrès, soumise à leur puissance.
— Auprès de Cabanis, ce savant novateur
Qui proposait à l'art un système meilleur.
Bichat analysait, scrutant l'*Anatomie*,
De la *Vie* et la *Mort* l'obscure théorie.
Puis l'illustre Pinel s'avançait, apportant
Son plan *Nosographique* et partout l'imposant,
Heureux avant-coureur de l'époque féconde
Qui vit naître Broussais pour étonner le *Monde*,
Aux côtés de Chaussier dont les nobles travaux
Fondaient l'*Anatomie* en classements nouveaux.
— Mais ces célébrités devaient bientôt se taire
Aux Horreurs du tocsin révolutionnaire :

1793
Quatre-vingt-treize. Hélas ! Cette époque de sang
Sans pitié s'attaquait au savoir comme au rang.
Les écoles partout et les *Académies*
Comme les *Facultés* se virent abolies.
Ce temps d'incertitude et de fâcheux retard,
Devait suspendre ainsi tous les progrès de l'*Art*.

....

....

Dupuytren et Broussais, avec l'ère nouvelle,
Du foyer presqu'éteint ravivent l'étincelle ;
L'*Anatomie* humaine, héritant de Cuvier
Ses plus beaux documens, suit un plan régulier.

1798
Et, tandis que Jenner présente la *Vaccine*
A l'univers surpris de sa vertu divine,
On voit l'art médical grandir avec Béclard,

Lavoisier victime de la Révolution.
Boyer, Roux, Richerand, Dubois et Corvisart ;
Grâce à Lavoisier, ce bienfaisant génie,
Il a pour s'éclairer les lois de la *Chimie*
Et s'enrichit bientôt de l'*Auscultation*
Que Laennec vient joindre à la percussion.
Telles sont, jusqu'à nous, les phases différentes
Que l'art dut parcourir au milieu des tourmentes,
Pour devenir enfin si sublime et si grand
Qu'il occupe aujourd'hui le plus illustre rang.

....

....

Ici doit s'arrêter ma plume trop débile
Pour peindre dignement notre époque fertile ;
A d'autres de parler des savans de nos jours,
Je ne puis rien, sinon les admirer toujours.

Docteur Victor Lacour.

(Doulevant, le 15 décembre 1846).

« L'affirmation unanime des médecins qui ont vécu des années dans les léproseries, c'est qu'il n'y a pas de folie lépreuse.

(Dr Etienne Burlet. La lèpre, 1 vol. 1932, Flammarion, édit.)

Relations du glutathion sanguin avec certaines dermatoses. — Mlle G. Rougebief expose dans sa thèse (*Th. de Lyon*, 1932) les résultats de ses recherches sur cette question et conclut : Il existe un abaissement net de la teneur du sang en glutathion dans les eczémas et le psoriasis. L'abaissement du taux sanguin du glutathion dans l'eczéma est temporaire et contemporain de la poussée cutanée. Le taux du glutathion sanguin paraît se relever vers la normale parallèlement à l'amélioration clinique de cette dermatose. Pour l'A., ces variations paraissent pouvoir s'interpréter, soit en faveur du rôle de la cystine et de certains composés sulfurés dans le maintien de l'équilibre cutané, soit comme un témoin de la déficience de la nutrition générale et de l'insuffisance des phénomènes d'oxydo-réduction tissulaires dans les cas où cet équilibre est compromis.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Tube digestif

L'acidose paraît responsable de deux syndromes abdominaux, dont la connaissance offre un grand intérêt pour le praticien, en aiguillant son attention sur les recherches biochimiques.

Le premier se traduit par les symptômes suivants : abdomen distendu, hyperesthésie cutanée, abolition du réflexe cutané abdominal, contracture musculaire de la paroi.

Le second est caractérisé par des vomissements, qui s'accompagnent de sécheresse de la langue, de diarrhée, de parésie intestinale et de tympanisme.

(Thales de Azevedo. Diagnostico clinico da acidose *Brasil Médico*, 17 octobre 1931.)

L'allergie gastro-intestinale mérite de constituer un nouveau chapitre de pathologie digestive.

La sensibilisation alimentaire détermine une grande variété de symptômes, plus spécialement des douleurs aiguës localisées soit à l'épigastre, soit à la région vésiculaire, soit à l'appendice ; les conséquences des erreurs de diagnostic, qui en résultent, sont des interventions pour perforation gastrique, lithiase biliaire ou appendicite.

Ces troubles affectent surtout les enfants et les jeunes gens. Dans l'étude des antécédents personnels on recherchera tout particulièrement les autres troubles allergiques et l'intolérance à un ou à plusieurs aliments. Les épreuves cutanées sont un bon moyen de diagnostic ; il en est de même des *régimes d'élimination* imaginés par l'auteur.

(Rowe. Gastro-intestinal allergy. *Journal of the American Medical Association*, 14 novembre 1931).

Tuberculose

Les lésions basales isolées sont extrêmement rares ; cinq observations, prises au sanatorium Rutland montrent une fois de plus qu'il s'agit simplement d'erreurs de diagnostic ; on reconnut que ces fausses tuberculoses étaient deux bronchectasies et trois abcès.

Il est intéressant de noter que la toux et l'expectoration étaient présentes dans tous les cas. Les hémoptysies répétées figuraient aussi dans les antécédents. Un seul malade avait son poids normal au moment de l'admission. Trois accusaient de la fatigue, les deux autres se sentaient parfaitement bien. Quatre avaient une température et un pouls normaux, un seul était fébricitant.

La bactérioscopie et l'inoculation étaient restées négatives, aussi souvent qu'on les avait répétées.

(Paul Dufault. Basal pulmonary lésions. *American Review of Tuberculosis*, janvier 1932.)

L'hémoptysie a été étudiée chez 1.000 malades du sanatorium luthérien de Wheat Ridge.

29,6 % avaient eu une hémoptysie avant d'entrer au sanatorium et 4 % pendant leur séjour à Wheat Ridge, ce qui fait un total de 33,6 %.

L'hémorragie avait été le symptôme initial dans 8,4 % des cas.

Les hommes étaient plus fréquemment atteints (36 %) que les femmes (30 %.)

La mortalité totale fut de 18,2 % : elle fut de 16,2 % chez les malades sans hémorragie et de 29,3 % chez les sujets à hémoptysies.

Les hémorragies étaient plus graves chez les hommes : 27 % de décès contre 12,9 % chez les femmes.

L'hémoptysie mortelle est assez rare (2,3 % des cas hémorragiques).

(A. R. Masten. Haemoptysis in pulmonary tuberculosis. Notes on 1.000 Consecutive Patients. *American Review of Tuberculosis*, janvier 1932.)

Syphilis

Quatre cas de syphilis nerveuse, dus au même virus nerveux, ont été observés dans la même famille.

Cas n° 1. — S. G..., charpentier, 48 ans. Aspect athlétique. Chancre syphilitique de la lèvre inférieure il y a douze ans. Ignorant de quoi il s'agissait, il a attendu, pour se soigner, les symptômes alarmants d'une véritable septicémie syphilitique. Venu à la consultation en 1919, il part pour le Brésil où il reste deux ans ; il se traite irrégulièrement. En 1928, il revient à la consultation ; il présente les symptômes cliniques du *tabes*.

Cas n° 2. — L. P...., femme de 38 ans, épouse du n° 1. Vue en février 1929. Contaminée il y a dix ans par son mari et bien traitée au Brésil pendant un an et demi. *Paralysie générale.* Décès le 31 juillet 1930.

Cas n° 3. — R. M..., femme de 40 ans, célibataire. Infectée par le n° 1 il y a neuf ans. Elle n'aurait pas eu de chancre ; elle souffrait d'insomnies, de céphalées et de sciatique ; Wassermann positif ; elle aurait reçu quatre injections de néosalvarsan et dix d'huile grise, sans savoir les doses exactes. *Tabes.*

Cas n° 4. — M. M..., fille des cas 1 et 3, 9 ans. Elle a eu une monoplégie du bras droit à un an, elle a commencé à parler à 4 ans. Elle aurait présenté des crises d'épilepsie. Une analyse du liquide céphalo rachidien montre de la lymphocytose, une augmentation de la quantité d'albumine et un Wassermann positif. *Paralysie progressive.* Décès par diphtérie quelque temps après.

(José M. Colmeiro y Rey. Cuatro casos de neurosifilis, debidos al mismo contagio. *Medicina Ibera*, 9 janvier 1932.)

L'érythrodermie exfoliatrice, accident grave et parfois mortel de la thérapeutique arsenicale, semble, dans certains cas, guérir la syphilis.

On a invoqué le choc, l'hyperthermie, la production de substances de défense de la peau, la paralysie du sympathique. Aucune de ces hypothèses n'est satisfaisante.

Cinq observations montrent que les guérisons post-érythrodermiques ne sont pas une légende, sans cependant aller jusqu'à ériger en dogme cette constatation.

1° M. R. T..., atteint en 1923 d'un chancre, fait à la sixième injection, une érythrodermie exfoliatrice très grave, avec broncho-pneumonie séreuse, hémorragies intestinales, néphrite aiguë hémorragique, températures atteignant 40°. Depuis huit ans le malade reste « touché » mais il n'a plus jamais présenté aucun symptôme de syphilis, les Wassermann sont toujours restés négatifs ; une ponction lombaire, pratiquée il y a deux ans, a été normale. Contrairement à la coutume, ce cas relèverait d'accidents dits de « séries toxiques », causés par un arsénobenzène toxique.

2° Mme V. H..., atteinte en 1924 de syphilides secondaires généralisées cutanées et muqueuses, fait une érythrodermie beaucoup moins grave (température de 38°5 au maximum) ; elle refuse désormais toute piqûre. Le Wassermann, devenu négatif au lendemain de la crise, s'est maintenu tel ; une ponction lombaire a donné, il y a deux ans, un liquide absolument normal.

3° G. R..., 58 ans, tabétique, a reçu quelques injections de 914 et fait une érythrodermie exfoliatrice, au cours de laquelle la température n'a jamais dépassé 39°. Les douleurs fulgurantes ont disparu, la marche est redevenue normale. Le Wassermann, qui était resté positif, malgré l'huile grise et le bismuth, s'est révélé négatif il y a quelque temps.

4° Une femme d'une quarantaine d'années, atteinte de syphilides secondaires, eut, en 1925, à la troisième injection arsénobenzolique, une érythrodermie, qui faillit être mortelle, avec températures de 40° et néphrite subséquente. Le Wassermann s'est négativé pour redevenir positif environ un an après.

5° Un paralytique général présente une pluri-intolérance aux remèdes antisyphilitiques ; il a trois crises d'érythrodermie produites après une seule injection de bismuth, une seule injection de mercure, une seule injection d'arsénobenzène. La température s'est élevée jusqu'à 40°5. Ces érythrodermies récidivantes n'ont pas amené l'ombre d'une amélioration ; ainsi une paralysie générale, le triomphe des thérapeutiques de choc, reçoit trois coups « de dimension » sans rien obtenir.

(Raoul Bernard. L'érythrodermie vésiculo-œdémateuse « maladie salvatrice » ? *Bruxelles Médical*, 6 décembre 1931.)

Chirurgie

La gastro-entérostomie est une opération de chirurgie courante ; elle peut être une intervention d'urgence dans les sténoses du pylore.

En opérant dans un milieu adéquat et avec une sélection rationnelle, la mortalité peut être réduite à 1 ou 2 %. Cependant le chiffre standard, qui sert de critère clinico-chirurgical, doit monter jusqu'à 3 %, car on est souvent obligé d'intervenir chez des malades gravement atteints.

La gastro-entérostomie est plus facile et plus bénigne, que la

résection gastrique, parce qu'elle est faite loin des lésions et par conséquence en tissu sain, ce qui évite les dissections et les extirpations.

La parfaite hémostase des sutures de l'anastomose assure à elle seule la plus grande partie des suites opératoires, car elle évite le choc, la gastrorragie, le déséquilibre acido-basique l'infection locale et le mauvais fonctionnement de l'anastomose.

(Delfor del Valle. Consideraciones tecnicas y clinico-quirurgicas sobre la gastro-enterostomia. *Semana Medica*, 7 janvier 1932.)

Deux observations d'appendicite aiguë montrent les difficultés du diagnostic, sur lesquelles on n'insistera jamais assez.

1° *Observation de W. H. Bowen.* — Un enfant de 14 ans, a le 12 du mois une crise qu'on croit hépatique. Pas de fièvre. On le purge. Le 12, à 22 heures, la température est de 38°8 et le pouls à 120. Il n'y a pas de vomissements, l'abdomen peut être palpé sans résistance ni douleur ; le toucher rectal est négatif. Le diagnostic est incertain, mais l'enfant est mis en observation dans une clinique. Le lendemain à 10 heures la température était au-dessous de la normale, le pouls à 84, quand le praticien le vit et, comme il n'y avait pas eu de vomissements, on ne fit rien de plus. 48 heures après ma première visite il y avait une résistance relative par comparaison avec l'autre côté et une sensibilité marquée à la pression dorsale. Avec tout cela je fis le diagnostic d'appendicite rétro-cæcale et l'opération montra une collection de pus autour d'un apppendice rétro-cæcal.

(W. H. Bowen. The diagnosis of acute appendicitis. *Practitioner*, février 1932).

2° *Observation de Harold Dodd.* — Une femme de 66 ans est prise d'une douleur abdominale subite à 5 heures du soir. Cela devint de plus en plus mauvais, l'obligeant à se promener de long en large. Elle était agitée et vomit trois ou quatre fois. A 7 heures elle appela son médecin, un fameux observateur. Il ne trouva pas de signes physiques ; la température et le pouls étaient normaux ; mais il fut impressionné par la douleur violente et revint à 8 h. 30 ; il ne trouva d'autre changement qu'une légère sensibilité dans la fosse iliaque droite ; elle était alors étendue sur son lit. Il était ennuyé, il la revit encore à 10 h. 30. La température et le pouls étaient normaux, l'abdomen légèrement sensible dans la fosse iliaque droite ; les vomissements ne s'étaient pas reproduits, la douleur était moins forte. A 11 h. 30 le médecin fut rappelé. La malade était plus mal, le thermomètre marquait 37°9, je fus appelé. J'opérai à minuit 30, enlevant un appendice gangrené et perforé, évacuant un liquide purulent et fétide. Le tout dura moins de huit heures et cela illustre bien le passage de l'obstruction aiguë à l'inflammation aiguë de l'appendice ; ce cas montre l'absence de changements dans la température et le pouls, la présence de signes physiques légers et la nécessité de l'intervention dès que le diagnostic est fait.

(Harold Dodd. Types of acute appendicitis. *Practitioner*, février 1932.)

Les lésions traumatiques du carpe passent souvent inaperçues ; leur dépistage et leur traitement sont pourtant d'un intérêt capital.

La lésion du carpe, qui semble la plus banale, souvent d'ailleurs bien à tort, est l'entorse ; limitée à la déchirure des ligaments, elle se traduit par les symptômes suivants : algie, gonflement, œdème, douleur à la pression, limitation des mouvements actifs.

De la déchirure ligamenteuse aux fractures parcellaires et aux petits arrachements osseux il n'y a qu'un pas. Ces petits traumatismes osseux ne peuvent être décelés que par la stéréoradiographie. Leur constatation est d'une importance capitale, car ils laissent plus tard une impotence fonctionnelle considérable, due à la raréfaction osseuse, à l'hypotonie musculaire, aux troubles trophiques et aux œdèmes.

Les luxations des os du carpe se limitent pratiquement à celles du semi-lunaire.

Une luxation du semi-lunaire, méconnue ou non réduite, aboutit à l'ankylose, après une longue période de douleurs et de troubles trophiques ; l'invalidité équivaut pour certains auteurs à 30 ou 40 %.

La réduction par coup de pouce se fait sous anesthésie générale ; elle ne réussit pas toujours. L'intervention sanglante compte des succès. Mobilisation active le plus tôt possible.

Le diagnostic des fractures date de l'ère radiographique ; celles du scaphoïde occupent le premier plan ; la symptomatologie est fruste : douleur au niveau de la face externe du poignet, tuméfaction localisée à la tabatière anatomique, sensibilité exquise à la pression au niveau de la tabatière, mouvements passifs douloureux et actifs réduits. La réduction est tentée en flexion et inclinaison cubitale ; les insuccès sont nombreux ; la consolidation se fait par cal fibreux ; la mobilisation active et la physiothérapie sont indispensables.

Le principe fondamental de la thérapeutique des lésions carpiennes est l'application immédiate de la mobilisation active ; l'immobilisation prolongée aboutit à une impotence fonctionnelle marquée.

(L. Déjardin et F. Bary. Traumatismes du carpe. *Bruxelles Médical*, 6 décembre 1931.)

Thérapeutique

La vaccination antityphique par voie buccale est efficace et à peu près comparable à celle par injection ; s'il est exact que les anticorps produits sont de courte durée, la facilité de la vaccination orale, qui ne donne aucun malaise et n'interrompt pas les occupations, permet de la répéter tous les dix ou douze mois.

Cette voie d'absorption ne donne pas une immunité locale de l'épithélium intestinal, mais bien une immunité générale par production d'antitoxines.

Les essais ont été faits dans les régiments de Bogota, qui constituaient un excellent groupe d'études par leur discipline militaire et leurs conditions semblables de vie et d'alimentation.

(Antonio Pena Chavarria et Roberto Garcia Zuloaga. Vacunacion antitifica por la via oral. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, décembre 1931.)

La vaccination antidiphtérique a été pratiquée chez 16.000 enfants de Buenos Ayres ; 60.000 injections ont été faites de fin avril au 1er octobre. La population scolaire comprend 290.000 enfants de moins de 7 ans ; à première vue le pourcentage des vaccinés paraît faible (5,5 %) ; les résultats d'une campagne improvisée par des hommes riches seulement d'enthousiasme ne sont cependant pas négligeables.

L'obligation de la vaccination antidiphtérique s'impose.

(Raul Cibils Aguirre. Vacunation antidifterica en la ciudad de Buenos Ayres. *Semana Medica*, 7 janvier 1932.)

Aphorismes

Il n'y a pas plus d'appendicite chronique qu'il n'y a de panaris banal chronique (H. Paschoud, de Lausanne.)

Depuis quelques années règne la notion de déminéralisation dans la tuberculose bien que de nombreux chercheurs aient montré que cette maladie ne s'accompagnait d'aucun trouble du métabolisme du calcium (E. M. Greisheimer et C. C. van Winckle, de Minneapolis.)

J. LAFONT.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Quadriplégie par ischémie

MM. E. Houcke et A. Verhaeghe (*Soc. médico-chir. des hôp. de Lille*, 18 avril 1932) ont observé une malade qui, trois mois après des métrorragies extrêmement abondantes ayant précédé un accouchement, présenta une polynévrite bilatérale symétrique ayant revêtu l'aspect d'une quadriplégie flasque sensitivo-motrice. En l'absence de tout autre facteur étiologique chez cette malade, les auteurs invoquent à l'origine de cette polynévrite l'anémie post hémorragique ; ils rappellent à ce propos l'observation publiée dans la thèse de Duhot. Le mécanisme invoqué à ce moment avait été celui d'une névrite ischémique par dystrophie résultant de troubles circulatoires. Il semble que ce mécanisme puisse également être invoqué pour la malade de Houcke et Verhaeghe.

Asthme et sensibilisation au poil de chat

M. A. Duthoit (*Soc. médico-chir. des hôp. de Lille*, 18 avril 1932), rapporte l'observation d'une asthmatique que les traitements les plus divers n'avaient pas réussi à soulager. Il finit par découvrir une sensibilation de cette malade au poil de chat qu'il mit en évidence par une intradermo-réaction à l'extrait de poil de chat, et la malade put être débarrassée complètement d'un asthme des plus rebelles.

Echos et Glanures

« Je m'en vois escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

A propos du baccalauréat. — *Sous ce titre l'*AMI DU PEUPLE *(4 août 1932) publie une longue lettre du Docteur Paul Casassus, de Pau. En voici un extrait.*

..... Qui dira, dans leur succession ininterrompue, les tribulations de l'infortuné « pater familias », depuis le jour, où rayonnant d'espoir, il va présenter son jeune fils à M. le proviseur ?

Oh ! je ne veux point parler ici des innombrables fonds de culottes usés sur les bancs par son rejeton, ni des bras cassés au football ; pas davantage des livres achetés à chers deniers pour l'aîné, qui n'ont plus cours, deux ans après, quand le cadet entre dans la classe, mais simplement de la préparation et de l'examen du baccalauréat, couronnement des humanités.

Il fut un temps où, suivant les aptitudes, un enfant était dirigé soit vers les études dites *classiques*, développant une intellectualité plus raffinée, soit vers un enseignement *moderne*, plus pratique. L'un devenait un littéraire féru de latin et de grec, l'autre un scientifique moins brillant, mais peut-être plus solide. On avait développé les ailes du premier, et attaché des semelles de plomb aux talons du second. A douze ans, un père pouvait choisir entre ces deux voies. C'était simple.

C'était trop simple ! On a changé tout cela. On a multiplié les sections, mélangé les matières ; imaginé les coefficients, on a saupoudré l'algèbre de latin, et farci le latin de géométrie. Quant au grec, il est ce que veut M. le ministre : obligatoire avec Léon Bérard, facultatif avec Mario Roustan ! Et l'on a créé les A, les A' les B., les B', les C, que sais-je encore !

Enfin, dans ce labyrinthe, le père a fait son choix, l'examen approche, son fils entre en seconde. Les interrogations porteront surtout sur les matières étudiées dans les deux dernières classes. Le programme est formel. Quelques espérances sont permises : l'élève est un peu faible en mathématiques, mais il se rattrapera sur la physique ; il est d'ailleurs bon en français, et la composition française a le coefficient 4 tandis que les sciences ne cotent que 3. Mais, attendez : l'année suivante, catastrophe : *à six mois de l'examen, on a tout bouleversé* : ce sont les sciences qui auront le plus fort coefficient. Le français n'a plus qu'un 2, les mathématiques cotent 3. Quant à la physique, on l'a supprimée de l'écrit ! (Voir programmes 30-31 et 31-32).

Ce n'est pas tout ! Si, jusqu'ici, les coefficients dansaient un aimable quadrille, passant des sciences aux lettres, ou vice-versa du moins la notation restait la même. Le correcteur proposait une note de 0 à 20. En 1932, on s'est aperçu de cette continuité surprenante et l'on a prescrit immédiatement la notation sur 10 !

C'est affolant. Le père inquiet voit son enfant aux prises avec un programme sans cesse remanié et sans cesse agmenté ; alors que parallèlement, on s'ingénie à trouver des motifs de congé : l'enterrement d'un ministre, l'élection d'un président, tout devient sujet à recueillement et les classes sont suspendues ! L'examen arrive, on n'a pas vu le cours en entier ; le professeur met les bouchées doubles, on n'a plus le temps de mastiquer, de digérer, encore moins d'assimiler !

Nous voici aux épreuves écrites. *Quelle part injuste et formidable est faite à la chance* ! La diversité des sujets pour les divers centres ! Certaines facultés mettant leur point d'honneur à choisir des textes sibyllins qui ne troublent que les bons élèves ; correction des épreuves *par un seul correcteur*. Les copies d'un même centre sont réparties entre plusieurs maîtres qui les notent suivant leur tempérament, sans avoir reçu de directives communes d'appréciation.

Et puis il y a les coefficients : l'élèvequi est fort en français, dont l'esprit littéraire s'épanouit dans la pureté de notre langue ne peut plus combler avec le pauvre coefficient attribué à cette matière le handicap d'une légère infériorité en sciences. Il est de bons esprits, d'une utilisation sociale intéressante, qui sont réfractaires aux mathématiques. Le système des coefficients en vigueur leur interdit tout espoir d'admissibilité ; ils échouent sur le « pont aux ânes » !

Tout cela est injuste, décourageant, irritant.

Dans une récente déclaration, M. Anatole de Monzie, ministre de l'instruction publique, manifestait l'intention de donner à ce sujet, la parole aux pères de famille. Je suis « pater familias » au coefficient 3, et je ne parle pas en mon seul nom, et très respectueusement, je lui dis : « Monsieur le ministre, il faut changer

tout cela. Il ne faut plus qu'on puisse voir un lauréat du concours général ajourné au baccalauréat, et un premier prix de version latine collé par un texte énigmatique de Lucrèce ! »

Il faut qu'on rétablisse *les deux grandes voies* : *Lettres et Sciences*, et qu'on attribue dans chaque cycle, un coefficient nettement supérieur aux matières qui le caractérisent. Que *l'admissibilité de droit* soit acquise aux bons élèves, dont l'ensemble des notes, durant les trois dernières années d'études, sont égales à la moyenne. On aura toujours la possibilité de repérer à l'oral, pour leur supprimer cette faveur, les établissements qui manifestement auront surcoté leurs candidats.

La manie de l'Association et des titres en Allemagne. — *Dans le* MERCURE DE FRANCE (15 *juillet* 1932) *un article de M. Ambroise Got intitulé* : MANIES GERMANIQUES.

L'esprit collectif des Allemands, ce besoin si violent que lorsque deux Germains se rencontrent à l'étranger, leur première idée est de fonder un *Verein*, une société, se manifeste sous les formes les plus bizarres, les plus inattendues.

Des sectes extravagantes éclosent et meurent journellement en Allemagne.

Les sociétés de crémation sont légion ; elles coudoient dans les expositions d'hygiène celles des adversaires de Jean Nicot. Les innombrables ligues végétariennes rivalisent avec la Fédération des malades atteints de la fièvre des foins, car les bénéficiaires de cette fièvre, ou plutôt ses usagers, sont tellement nombreux que leurs *Vereine* se sont groupés en *Bund*, en fédération.

Il existe outre-Rhin une association d'adversaires de la vaccination,

qui s'engagent à ne pas laisser vacciner leurs enfants, quels que soient les moyens coercitifs que l'on emploie à leur endroit. L'un d'entre-eux, le professeur Molinar, de Munich, qui avait traité M. Hirtsiefer, le ministre prussien de l'hygiène, d'impudent menteur, s'est vu récemment condamné à neuf cents marks-or d'amende, plus les frais.

Une autre association, extrêmement utile celle-ci, s'intitule *Bund für Mutterschutz und sexualreform*, ou Ligue pour la protection de la maternité et la réforme sexuelle. Plusieurs questions délicates préoccupent cette société, — où les femmes jouent un rôle prééminent — notamment celles de l'avortement et de la sélection. Si nous en croyons Frau Dr Clara Bender de Breslau, le nombre annuel des avortements s'élève en Allemagne, à un million, ce dont on n'a pas tenu suffisamment compte dans la réforme du code pénal. Certains pays — Hambourg, par exemple — gracient systématiquement tous les inculpés d'avortement ; d'autres — la Bavière et le Bade — répriment ce crime impitoyablement.

Pour prévenir la propagande en faveur de l'avortement clandestin et combattre l'intervention néfaste des faiseuses d'anges et des charlatans, Mme Bender demande que l'avortement soit autorisé, dans certains cas et qu'il soit pratiqué gratuitement par des médecins officiels..... La lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, l'alcoolisme, bref, tout ce qui peut contribuer à améliorer la race humaine, figure au programme du *Bund*. Ce programme d'eugénisme mériterait une étude spéciale, tant il est passionnant par les perspectives nouvelles qu'il nous découvre.

Il existe en Allemagne des fabriques de docteurs.

Les fabriques de docteurs sont des instituts qui, traqués par la police, existent naturellement en nombre restreint. Pourtant ceux qui disparaissent sont tôt remplacés par d'autres, car la demande est plus forte que la loi.

C'est surtout l'Amérique qui a la spécialité de ces instituts, mais elle n'a pas su garder longtemps le monopole de cette nouvelle industrie.

En Allemagne, la police évente tous les ans quelque atelier où l'on confectionne aux prix forts le titre universitaire envié entre tous : celui de « *doktor* ». C'est ainsi qu'on a lancé depuis peu, à Francfort-sur-le-Mein, un mandat d'arrêt contre un individu en fuite, du nom de Friedrich Freytag, médecin vétérinaire, authentique docteur, qui avait ouvert dans l'ancienne ville une « Doktorenfabrik ». Son affaire marchait admirablement, et le nombre des lauréats qu'il a consacrés est considérable. Aujourd'hui, on fait des gorges chaudes de plusieurs Francfortois, dont le titre flambant neuf émane en droite ligne de la fabrique.... Si la police n'avait mis un terme à ses exploits, il n'est pas douteux qu'il n'eût, avec le temps, « *doctorisé* » tous ses concitoyens. Pour le moment il court encore.

Pour la création en France de sociétés microscopiques. — *Extrait d'une conférence faite par le Professeur Policard à la Société des Amis de l'Université de Lyon, conférence parue dans la* Revue de l'Université de Lyon (*juin* 1932.)

... J'ai un petit ami, Claude, qui possède un microscope ; je vous assure que Claude est très heureux d'examiner tout ce qui lui tombe sous l'œil, du papier, des étoffes, un morceau de salade, le bord d'une table. Mais cela intéresse aussi les grands. Le microscope est également une distraction pour les grandes personnes. Il y a en Angleterre des Sociétés très florissantes, qui datent de longtemps et qui sont constituées exclusivement par des amateurs de microscope. Ces sociétés microscopiques sont fort riches ; certaines ont des installations et des clubs à Londres et dans les principales villes anglaises. On y rencontre de vieux gentlemen très distingués, généralement dans les affaires, qui se distraient du tracas quotidien en se réfugiant dans un monde tout à fait différent du leur, dans un monde de rêve. Ils regardent des ailes de papillons, des pierres, des plantes, ils regardent tout. Et je crois qu'ils doivent en retirer un très grand plaisir, puisque ces sociétés existent depuis très longtemps et continuent a être extrêmement florissantes, malgré l'auto et tous les sports.

Permettez-moi, à ce point de vue, d'émettre une idée .

Je viens d'évoquer ces sociétés microscopiques anglaises. Il serait peut-être intéressant d'arriver à créer en France des Sociétés semblables. Une tentative est actuellement faite à Paris. Il y a, à Lyon, un certain nombre d'amateurs de microscope, qui aiment cet instrument et qui s'en servent pour se distraire. Peut-être pourrait-on grouper leurs efforts et réaliser, à Lyon, ce que les Anglais ont fait depuis longtemps. Je me borne à évoquer cette idée, pensant qu'un jour quelqu'un ici arrivera à la réaliser. Il suffit de semer une idée dans cette ville pour que, très rapidement on arrive à en obtenir la germination. C'est par cette évocation que je veux terminer cette causerie. Je vous ai parlé du microscope avec beaucoup d'enthousiasme parce que j'ai consacré mon activité à l'étude des mécanismes microscopiques de la vie. J'ai voulu vous montrer tout l'intérêt — je dirai même toute la poésie — qu'on peut retirer de l'emploi intelligent de cet instrument. Certainement, lorsque vous l'aurez expérimenté, vous jugerez comme moi, que non seulement l'histoire du microscope, mais le microscope lui-même mérite bien le qualificatif de « merveilleux » qu'on a bien voulu lui donner.

Le centenaire de la mort de Portal. — *Journal des Débats du mardi 24 juillet* 1832.

Paris, 23 juillet. — M. le baron Portal, président honoraire de l'Académie de médecine, membre de l'Académie des sciences professeur d'anatomie au Collège de France, professeur administrateur d'anatomie humaine au Jardin des plantes et commandeur de la Légion-d'Honneur, vient de mourir à Paris à l'âge de quatre-vingt-onze ans. Il avait été le premier médecin de Louis XVIII et de Charles X.

M. le baron Portal est, avec MM. Champollion, Cuvier, Rémusat et Thurot, le cinquième professeur que le Collège de France ait perdu depuis trois mois.

Lèpre et légende. — D'après une très ancienne légende, la lèpre pouvait être guérie par un bain de sang. Le sang devait même être du sang de vierge.

L'empereur Constantin le Grand, étant lépreux, aurait voulu un bain de tel sang. L'évêque de Rome le lui interdit : un bain dans le Jourdain aurait plus d'efficacité. La légende ajoute que le bain dans le Jourdain ne guérit pas l'empereur (Dr Etienne Burlet. — *La lèpre.* Un vol. 1932. Flammarion, édit.)

A propos de l'inauguration du buste de Raspail à Carpentras. — *Journal des Débats.* — On vient d'inaugurer à Carpentras, devant sa maison natale transformée en Maison des Mutilés du travail et des blessés du poumon, don de sa famille à la ville, un buste de Raspail. Chose curieuse, alors que la statue de celui-ci se dresse à Paris et à Lyon, que la capitale a donné son nom à un de ses plus beaux boulevards, que Lyon, Marseille, Bordeaux, Lille, Limoges, Nice lui ont consacré des squares, des rues ou des avenues, à Carpentras, son nom n'était évoqué que par une modeste rue et une plaque commémorative placée sur sa maison natale. Décidément, nul n'est prophète en son pays ...

La municipalité de Carpentras a jugé qu'il y avait là quelque peu d'ingratitude et d'oubli à l'égard de cet illustre Carpentrassien ; elle a jugé que l'heure était venue de se montrer moins oublieuse. Le buste de Raspail, œuvre du sculpteur Rouard, a été érigé sur une colonne en pierre. Il regarde la maison qui fait l'angle des rues Raspail et de la Porte de Monteux, celle même où le père du savant tenait restaurant en 1794.

Dans son discours prononcé à la cérémonie d'inauguration, M. Dreyfus, maire de Carpentras, a retracé la vie mouvementée de ce savant qui par certains de ses travaux et notamment sur l'asepsie, fut un véritable précurseur. Mais ce savant était doublé d'un homme politique violent et d'un militant redouté, au point de totaliser 105 années de prison pour délits politiques.

Raspail fut toujours d'un superbe désintéressement, sacrifiant ses intérêts à ses idées. A ce propos, le maire de Carpentras a rappelé qu'en 1842, l'empereur de Russie, qui désirait attirer des savants à Saint-Pétersbourg, dans le but d'y développer les sciences, envoya à Raspail son ambassadeur pour lui proposer de sa part, le poste de directeur des laboratoires de chimie aux appointements de cent mille francs par an. L'offre à l'époque était particulièrement magnifique. Raspail répondit à l'envoyé du tsar qu'il mettait à son acceptation une seule condition : que l'empereur rendît la liberté à la Pologne.

L'ambassadeur se garda bien de transmettre cette réponse à son souverain.

Raspail avait résumé sa vie dans ces mots adressés à son fils Xavier : « Ne rien tenir d'aucune faveur, rester étranger à toute coterie, attendre tout de son travail, sa renommée comme son pain ; faire le bien sans espoir de retour, servir sa patrie en dépit d'elle-même, être indulgent sans être dupe ».

C'est lui qui, le premier, prôna les vertus du camphre. Le camphre dès lors connut une vogue extraordinaire. On l'employa non seulement pour préserver des insectes les garde-robes, mais dans la composition d'une infinité de produits pharmaceutiques. Il fut près de devenir un remède universel.

La manie du camphre fut abondamment chansonnée et lorsque Raspail devint député, un de ses collègues salua son entrée à la Chambre par un jeu de mots qui provoqua les rires de l'assemblée.

—Enfin, voici Raspail ! Qu'en ferons-nous ?

Il prononça, bien entendu : « Camphrons-nous ».

Jurisprudence Médicale

Accident du travail. Cour d'appel de Caen (3 février 1932). — Effort dans le travail de nature à provoquer une hémiplégie. Cessation de l'effort. Hémiplégie subséquente. Origine incertaine. Preuve de la relation avec le travail (Défaut de).

La Cour,

Statuant sur l'appel interjeté d'un jugement rendu le 29 juillet 1931, par le tribunal civil de Lisieux, qui, faisant application de la loi du 9 avril 1898, a accueilli favorablement l'action intentée par la veuve Lecoq, tant en son nom personnel que comme tutrice de ses enfants mineurs :

Attendu, en fait, qu'il est établi que, le 21 octobre 1929, vers 14 h. 1/4, Lecoq a été appelé d'urgence à la gare de Lisieux, alors qu'il était aux water-closets, qu'il est aussitôt parti à toute allure, et après avoir parcouru environ 600 mètres, est entré dans la gare où il a eu un entretien avec Duchesne-Fournet ; qu'il en est ressorti et est monté dans l'auto de son patron qui l'a conduit 100 mètres plus loin, à la porte de la grande vitesse ; qu'il est aussitôt entré dans les water-closets contigus (et non dans ceux de la gare ainsi qu'il a été écrit partout en première instance) où il a été retrouvé quelques instants après, frappé d'une attaque d'hémiplégie ; qu'il a été aussitôt reconduit à son domicile où il est décédé environ 48 heures après.

Attendu que le tribunal n'ayant pu, et avec raison, tirer de ces faits, établis par l'enquête, une conviction suffisante, a ordonné une expertise dans laquelle il a été conclu qu'à défaut d'une certitude, il existait une très grande vraisemblance de relation de cause à effet entre l'effort donné par Lecoq à raison de son travail, et l'attaque dont il a été victime ; que le tribunal a jugé cette appréciation suffisante pour donner gain de cause à la demanderesse et faire application de la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu que la Cour ne saurait partager cette manière de voir; que s'il est généralement jugé qu'un accident survenu en cours de travail, et à cette occasion, doit et peut être présumé en provenir, il faut du moins que cette présomption soit absolue pour se transformer en certitude et ne soit ni détruite, ni même affaiblie par des présomptions ou probabilités contraires;

Que si, dans la présente affaire, il est constant, malgré l'absence d'autopsie, que Lecoq a succombé à une hémorragie cérébrale, avant laquelle il s'était livré à un effort qui eut pu la déterminer immédiatement et pendant son cours, il est d'autre part certain que Lecoq a cessé cet effort à partir de son entrée dans la gare, c'est-à-dire pendant un espace de temps appréciable et médicalement reconnu suffisant pour faire échec à la présomption de relation de cause à effet ;

Que, d'un autre côté, il est constant que Lecoq a été dérangé au moment où il allait satisfaire un besoin naturel, ce qui paraît lui avoir causé une gêne sérieuse, dont il s'est hâté de se dégager aussitôt libre ; qu'il y a eu là également un effort d'une autre nature, au cours duquel il a été frappé d'hémiplégie, et qui, sans relation de cause à effet avec le travail, a également pu être la cause déterminante de l'ictus maladif qui a entraîné sa mort ;

Qu'il en résulte inconstestablement un doute très sérieux sur l'origine de l'attaque qui a causé son décès, que la Cour ne peut perdre de vue que c'est à la dame Lecoq qu'il incombe d'apporter la preuve complète de ce chef, et que, en présence de l'incertitude grave dans laquelle elle se trouve, la Cour ne peut que réformer le jugement dont est appel ;

Vu, quant aux dépens, l'article 130 du Code de procédure civile ;

Par ces motifs,

Réformer le jugement dont est appel ;

Dit et juge que la dame Lecoq ne fait pas la preuve que son mari soit décédé des suites d'un accident du travail ;

Dit en conséquence à tort son action, l'en déboute et la condamne aux dépens de première instance et d'appel. (*Le Quotidien juridique*).

Relation rapide de soirée Paris-Lyon

Depuis le 22 mai 1932, la relation de soirée Paris-Lyon, assurée précédemment par le Rapide 15 (Paris-Menton), est assurée par un train limité à Lyon et comportant, outre un Wagon-Restaurant, des voitures de 1re et 2e classes.

Paris, départ : 17 h. 15 ; Lyon-Perrache, arrivée : 23 h. 45.

Accélération du rapide d'après-midi entre Paris et Lyon.

Depuis la même date, le rapide 35 (toutes classes-Wagon-Restaurant) est accéléré d'une vingtaine de minutes entre Paris et Lyon.

Paris, départ : 12 h. 30 ; Lyon-Perrache, arrivée : 19 h. 15.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 35 LE NUMÉRO : 50 Centimes 27 AOUT 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Ministère de la Santé publique. — M. Ledoux-Lebard, radiologiste des hôpitaux, est nommé médecin consultant du ministère de la Santé publique.

Conseiller technique sanitaire. — Le titre de conseiller technique sanitaire du ministère de la Marine marchande a été conféré à M. Clerc, médecin sanitaire maritime, membre du Comité consultatif d'hygiène de la Marine marchande.

Médaille d'honneur de l'éducation physique. — *Médaille d'or.* — MM. les Docteurs de Chaisemartin (de Joinville), Monteux (d'Antibes), Rozenbaum et Vachet (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les Docteurs Le Cann (de Paris), Sammuler (de Bagnères-de-Luchon).

Médaille de bronze. — M. Carle, externe des hôpitaux de Paris.

Légion d'honneur. — Ministère de l'Intérieur. — *Chevalier.* — M. le Docteur Valette, maire du Fossat (Ariège).

Ministère des Colonies. — *Chevalier.* — MM. Arsonneau, docteur en médecine à la Guadeloupe ; Leray, médecin principal de l'Assistance médicale indigène en A. O. F.

Ministère de l'Agriculture. — *Chevalier.* — M. Laborie, docteur en médecine à Beaumont-de-Laumagne (Tarn-et-Garonne).

Aix-Marseille. — M. Heckenroth et M. Mattéi, professeurs sans chaire à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille, sont nommés respectivement professeur de clinique exotique et professeur de thérapeutique générale et coloniale à ladite faculté, à compter du 1er janvier 1933.

— Par décret en date du 5 août 1932, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1932, à MM. Fabrègue, Chauvin et Monges, chargés de cours à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

— M. Fiolle, professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Silhol.

Bordeaux. — Une place d'oto-rhino-laryngologiste adjoint à l'hôpital-hospice des Enfants est mise au concours.

Les épreuves commenceront le mardi 8 novembre 1932, à 8 heures du matin.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91.

Strasbourg. — La chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg est transformée en chaire de médecine légale et de médecine sociale.

M. Chavigny, professeur titulaire de médecine légale à cette Faculté, est nommé professeur titulaire de médecine légale et de médecine sociale.

Ecole du Service de santé militaire de Lyon. — Liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire en 1932.

I. — Section de médecine. — 1° *Candidats à quatre inscriptions.* — MM. Aggéry, Agier, Alesté, Amathieu, Aubaile, Aubert, Audhuy, Baills, Bathias, Bayard, Bayet, Baylon, Bazeille, Bazil, Bellon, Bénelli, Ben Ychou, Béon, Berthezène, Bideau, Billiotet, Binet, Binson, Blin, Bongars de Vaudeleau, Bonhoure, Bonifacino, Bonniol, Bordenave, Bordier, Bos, Bouche (P.), Bouche (R.), Bouger, Bouquet, Braun, Brétillot, Brocnart, Caillard, Capdeville, Capponi, Cardaire, Chaduc, Chaix, Charrançon, Chauliac, Chavenon, Cheynel, Chopis, Cler, Claux, Cluzel, Collet, Copin, Costaz, Courtial, Daniel, Ducournau, Dufour, Edel, Eugène, Faure, Finance, Floquet, Fouin, Frapin, Frèrejean, Galy-Merlin, Garrigoux, Gary, Gaubens, Généreau, Gentile, Gourvès, Gras (A.), Gras (P.), Grossetête, Guénon, Guillon, Guillou, Guyader, Heckenroth, Hugounenq, Izac, Jacob, Jacquot, Jagerschmidt, Jaubertie, Jean, Kerbœuf, Kerneis, Kervennic, Labenne, Lacave, Lacaze, Lagier, Laparre, Lapierre, de Larebeyrette, Larrègle, Lasvaladas, Laurent, Lauzié, Legrosdidier, Le Guillou, Le Roux, Lesterlin, Ljunggren, Louarn, Marc, Marinkovitch, Marjou (F.-A.), Marjou (L.-M.), Masson, Massotte, Mattei, Melon, Mestres, Michallon, Mignot, Miniconi, Miquel, Monnin, Morvan, Mouly, Mutinelli, Nahon, Naud, Noëll, Nouaille, Ollivier, Ouary, Pacalet, Péchoux, Pélégry, Pellegrino, Peyron, Planques, Prouzet, Pruvost, Ranoux, Rausch, Richard, Rodière, Rolland, Romain, Rouby, Roux, Royer, Rugale, Saint-Macary, Sarrouy, Sauphanor, Sémat, Simorre, Sorillet, Tasqué, Vailhé, Vallée, Vicaire, Vigneau, Vincent, Voignier.

2° *Candidats P. C. N.* — MM. Abgrall, Arnaud, Attia, Auclert, Barrier, Benzaken, Bernard, Besse, Bigorie, Blanc, Bodet, Borie, Broutin, Caplat, Caumes, Chapert, Chiarelli, Chiaverini, Choplin, Collomb, Déplan, Duband, Elbaz, Faure, Galloni, Gay, Grenier, Grimaud, Guillou, Gradelier, Lacoste, Laporte, Lasserre, Laval, Lévêque, Lorenzi, Marchal, Martin, Mathieu, Maury, Mimoun, Moitel, Montfort, Monnet, Moreau, Mortier, Mourgues, Nétik, Reversat, Reynon, Riant, Richaud, Saint-Cyr, Tabarly, Tabusse, Vallet, Vincent, Zinat.

Classement de sortie du Val-de-Grâce. — Liste de classement, par ordre de mérite, des médecins et pharmaciens ayant effectué un stage à l'Ecole d'application du Service de santé militaire de mars à juillet 1932.

Médecins-lieutenants (promotion de 1930) : 1. Beau, Siffre, Lacroix, Boroh, Henry, Sabatier, Cousty, Grégoire, Rumeau, Grumbach, Serny, Mathière, Rouquet, Talon, Pagès, Mabille, Lautrette, Boursiac, Peyne.

20. Chantegreil, Tripier, Cazeilles, Munaret, Cuzin, Siau, Deumié, Rozier, Couilly, Mirebeau, Gauthier, Zeudé, Mathey, Faugère, Brocnier, Léonard, Piet, Berton de Lestrade, André, Boireau, Martin, (René).

40. Bigou, Delrous, Cossart, Rannoux, Lardy, Thiry, Bory, Graby, Monjauze, Cosset, Arloing, Fisquet, Pigache, Winckel, Massonie, Pujos, Petit, Vanhems, Silvestre, Mathieu.

60. Roy, Dicharry, Barbier, Grognot, Tisserand, Clément, Gonnet, Laborderie, Camelin, Conche, Minot, Marty (Jean), Morand (Georges), Bureste, Nabonne, Hardy, Laugier, Poisson, Becam, Perves.

80. Maclou, Germain, Chifflot, Gremillet, Esparrac, Berthier, Vidailhet, Martin (Léon), Bolland, Aumeunier, Denayrolles, Theurkauff, Casards, Arnaud, Goumet, Bergerot, Joutard, Prieur, Dargein.

100. Cartier, Fauret, Robion, Deguise, Morand (Paul), Jacowski, Autan, Marty (Pierre), Rivière, Duran, Barbelanne,

Masardo, Frezouls, Humilien, Escot, Landrieu, Reilles, Raymond, Suze, Vidal.

120. Soulié, Vernède, Ristorcelli, Ory, Girard, Chauderon.

Agrégation des Facultés de médecine (1er degré). — Une session pour les concours du premier degré s'ouvrira aux dates ci-après indiquées pour les catégories ci-dessous désignées :

7 et 8 novembre 1932 : Catégorie I *bis* : médecine légale.
Catégorie II *bis* : pharmacologie et matière médicale.
9 et 10 novembre 1932 : Catégorie J *quater* : urologie.

Le nombre des candidats qui pourront être admis à la suite des épreuves de ces concours est fixé au maximum ainsi qu'il suit, pour l'ensemble des facultés dans chacune des catégories :

I *bis* : médecine légale 3
H *bis* : pharmacologie et matière médicale 3
J *quater* : urologie 2

Les compositions auront lieu dans chaque Faculté conformément aux dispositions de l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 1929. Chaque composition sera faite dans une séance particulière d'une durée de quatre heures, de 8 à 12 heures. (*J. O.*, 2 août 1932.)

La lutte contre la mouche et les insectes piqueurs. — Le Conseil municipal de Paris, sur la demande de M. Georges Lemarchand, vient de prononcer le renvoi à l'Administration et à la 6e Commission, de la proposition suivante :

« MM. les Préfets de la Seine et de Police, chacun dans leur ressort, sont invités :

« 1° A rechercher et à prescrire les mesures nécessaires en vue de la destruction des mouches et des insectes piqueurs et suceurs: diptères, culex, cousins et autres moustiques des diverses familles et sous-familles de culicidæ.

« 2° A créer au musée d'hygiène et de l'assainissement une section spéciale de la mouche en général et, en particulier, des diptères et culicidæ, avec indication des procédés et produits propres à en poursuivre la destruction. »

Organisation des études et des épreuves en vue du grade de docteur en médecine. — Article premier. — L'article 22 du décret du 10 septembre 1924, portant organisation des études et des épreuves en vue du grade de docteur en médecine, modifié par les décrets des 26 juillet 1925, 17 juillet 1926, 6 août 1927, 10 mars et 21 août 1928 est modifié et complété comme suit :

Art. 22. — §§ 1er, 2, 3, 4, 5, 6, 7, sans changement.

§ 8 (nouveau). — Les candidats à l'un des 1er, 2e, 3e et 4e examens de fin d'année, renvoyés à la session de juin-juillet après échec, ne peuvent subir les épreuves de leur examen qu'à la condition de justifier qu'ils ont effectué à nouveau tous les travaux pratiques et les stages hospitaliers afférents à leur année d'études.

§ 9 (nouveau). — Tout candidat ayant subi un ou plusieurs échecs partiels aux sessions d'octobre-novembre et de février-mars du cinquième examen de fin d'année, n'est tenu de réparer que ce ou ces échecs partiels à la session suivante de juin-juillet, le bénéfice des autres épreuves restant acquis. Il ne peut se présenter à ladite session de juin-juillet que s'il a effectué à nouveau les travaux pratiques afférents à l'épreuve ou aux épreuves auxquelles il a été ajourné, ainsi que tous les stages hospitaliers de la 5e année.

Art. 2. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret qui entrera en vigueur à la session d'examen de juin-juillet 1933. (*J. O.*, 27 juillet 1932.)

Une grande epidémie de rougeole à Sainte-Helène. — Selon un message du Cap, le paquebot *City-of-New-York* qui se rendait de New-York au Cap, est arrivé dans ce port, après avoir fait escale à l'île Sainte-Hélène, où sévit, paraît-il, une épidémie de rougeole. Le seul médecin de l'île doit soigner la moitié de la population du pays, soit environ 2.000 habitants.
(*Le Matin.*)

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur : F. Rathery.) — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré* (13 au 29 octobre 1932.) — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery) avec la collaboration de MM. Terrien, Jeannin, Plantefol, Thalheimer, Froment, Boltanski, Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Kourilsky, Julien Marie, Mollaret, Maurice Rudolf, Sigwald, Doubrow.

Programme du cours. — 1. Etude biologique du diabète : La glycémie normale et le métabolisme des glucides. Les troubles du métabolisme dans le diabète. Le métabolisme basal chez les diabétiques. L'acidose diabétique. La physio-pathologie du diabète. — II. Les méthodes d'examen d'un diabétique. — III. Etude chimique du diabète : Le diabète simple et le diabète consomptif. Le diabète infantile. Le diabète rénal. Le diabète bronzé. Les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme). Diabète et grossesse. — IV. Les complications du diabète : Les petits accidents nerveux. Les accidents oculaires.

Les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides. Les accidents cardiovasculaires : le collapsus cardiaque. La gangrène diabétique. Le coma diabétique. Tuberculose et diabète. — V. Les thérapeutiques du diabète : Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés. L'insuline, ses propriétés et son mode d'action. Le traitement chimiothérapique et hydrologique. Les succédanés de l'insuline. Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif. L'insulino-résistance. Le traitement du coma diabétique. Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique. Diabète et chirurgie. L'avenir du diabétique.

Exercices pratiques. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes de recherche concernant l'étude et le traitement du diabète : Le dosage du sucre urinaire ; Le dosage du sucre sanguin ; Le pH et la réserve alcaline ; La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide B-oxybutyrique ; Le métabolisme basal.

Les exercices pratiques seront faits sous la direction de Mme Plantefol et de Mlle Lévina.

Visites quotidiennes dans les salles et présentation de malades diabétiques par le Professeur Rathery.

Inscriptions. — Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Voyage au Maroc. — L'*Hygiène par le Tourisme*, revue mensuelle de l'Association artistique, littéraire et touristique des étudiants et anciens étudiants de Paris, organise du 8 au 28 octobre 1932, pour les universitaires et étudiants, son quatorzième voyage d'études en Afrique du Nord, depuis 1925.

Comme les précédents, il sera dirigé par le Docteur Henri Netter.

Ce voyage permettra de visiter les villes de Tlemcen, Fez, Meknès, Moulay-Idriss, Volubilis, Rabat, Sale, Casablanca, Mazagan et Marrakeck.

L'itinéraire détaillé est le suivant : 8 octobre, départ de Marseille à 17 heures. — 8 octobre, en mer. — 10 octobre, arrivée à Oran à 6 heures, visite de la ville, arrivée à Tlemcen, le soir. — 11 octobre, visite de Tlemcen. — 12 octobre, départ de Tlemcen le matin. Arrivée à Oudja pour déjeuner, départ d'Oudja à 14 heures, arrivée à Fez pour dîner. — 13, 14 et 15 octobre, séjour à Fez. — 16 octobre, excursion à Moulax-Idriss et Volubilis. Déjeuner à Volubilis. Retour à Meknès pour dîner. — 17 octobre, départ de Meknès, dans l'après-midi, arrivée à Rabat pour dîner. — 18 octobre, visite de Rabat. — 19 octobre, départ de Rabat le matin, arrivée à Casablanca pour déjeuner. — 20 octobre, départ de Casablanca en autocar à 9 heures. Arrivée à Mazagan pour déjeuner. Départ après déjeuner pour Marrakech. Arrivée pour dîner. 21 octobre, visite de Marrakech ; le Minaret de la Moutoubia, le Palais de la Bahia. Dar el Beïda, l'Hôpital Maisonnave, le Palais du Sultan, Tombeaux saadiens, Mosquée de Ben Youssef et Medersa, etc. — 22 octobre, excursion facultative à Asni. — 23 octobre, départ de Marrakech après déjeuner. Arrivée à Casablanca pour dîner. — 24 octobre, visite de Casablanca, le Port, les abattoirs, la ville indigène, le parc Lyautey, etc. — 25 octobre, départ de Casablanca à midi pour Bordeaux. — 26, 27 et 28 octobre, en mer. — 28 octobre, arrivée à Bordeaux vers 15 heures.

Un séjour de trois jours sera réservé, pour la visite des villes, si intéressantes de Fez et Meknès.

Chacun des membres, dont le nombre maximum est fixé à 18, aura un billet individuel d'aller et retour de bateau, lui permettant de prolonger son voyage s'il le désire.

Les conditions suivantes sont, pour ce voyage, en 2e classe, sur le bateau et chemin de fer de Marseille à Bordeaux : médecins et universitaires, 3.400 francs ; étudiants, 2.950 francs.

S'inscrire, avant le 1er *octobre*, chez M. Evans, directeur du Service touristique de l'*Hygiène par le Tourisme*, 33, avenue de l'Opéra (téléph. Opéra 01.80 et 81), qui vous donnera tous renseignements complémentaires.

Journées médicales d'Evian (septembre 1933) et **« Prix Chiais »**. — 1° La Société médicale d'Evian fait savoir que, pour la seconde fois des Journées médicales auront lieu dans cette station au mois de septembre 1933. Ces Journées médicales seront présidées par M. le Professeur Lemierre et seront consacrées à l'étude de « l'insuffisance rénale ».

2° A cette occasion, la Société anonyme des eaux minérales d'Evian-les-Bains, pour honorer la mémoire du grand hydrologue Chiais, a décidé de décerner un prix international de 10.000 francs au meilleur travail original sur le sujet suivant : « Valeur séméiologique des épreuves de diurèse provoquée ».

Les manuscrits, anonymes, devront être déposés au siège social de la Société des eaux minérales d'Evian-les-Bains, 21, rue de Londres, à Paris (IXe) au plus tard le 15 mai 1933 ; ils devront être rédigés en français.

Pour tous renseignements concernant les conditions du concours et la composition du jury, prière de s'adresser à la Société des Eaux d'Evian, à Paris, 21, rue de Londres.

Nécrologie. — Docteur Armand Dellys, de l'armée. — Docteur Emile Gauch, de Cessenon (Hérault). — Docteur Paul Grivet, médecin colonel en retraite décédé dans sa 82e année. — Docteur Edouard Poulain, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, décédé dans sa 83e année. Il était le père de Madame Germaine Acremant, l'écrivain bien connu. — Docteur Trenel, médecin chef honoraire des Asiles de la Seine. — Docteur Zammit, de Tunis. — Marcel Bernheim, étudiant en médecine à la Faculté de Strasbourg, décédé accidentellement.

TRAVAUX ORIGINAUX

Une section césarienne faite pour des indications exceptionnelle (Une paramétrite purulente) (1)

Par Mme le Dr I. N. AKIMOVA
Assistante de la Clinique.

Le 13 décembre 1927 a été transportée dans notre clinique une femme enceinte de neuf mois ; elle se plaignait de vives douleurs dans le bas-ventre du côté droit, accompagnées de pertes sanguinolentes assez abondantes. Elle était âgée de 27 ans, paysanne, née dans le gouvernement de Moguileff ; dans son enfance, elle se développa normalement ; comme maladies antérieures, elle a eu la rougeole, la coqueluche ; elle était réglée depuis treize ans, et après un intervalle de six mois, ses règles ont apparau régulièrement toutes les quatre semaines, durant trois jours, accompagnées toujours de vives douleurs dans le bas-ventre. En 1920, elle a subi une opération à Moguileff à cause d'une tumeur de la trompe utérine du côté droit ; trois jours après l'opération, on lui a fait une colpotomie postérieure. La malade est restée à l'hôpital pendant huit mois, grâce à la formation d'une fistule vaginale (des renseignements plus détaillés n'ont pas pu être reçus, car l'histoire de la maladie a été perdue). Elle s'est mariée en 1927 ; six mois après son mariage, elle a reçu des coups dans le bas ventre par son mari et depuis elle a commencé de nouveau à souffrir de douleurs dans le bas-ventre du côté droit et à perdre du sang par le vagin ; dans un état assez précaire elle a été transportée à Moscou, et est entrée dans la clinique universitaire où on a diagnostiqué : une paramétrite purulente du côté droit et une grossesse de quatre mois ; elle est restée au lit pendant deux mois, et on l'a traitée avec des injections vaginales avec du peroxyde d'hydrogène ; mais la fistule vaginale ne se fermait pas, et elle continuait d'avoir des pertes purulentes. Quelque temps après, elle a été transportée dans une maison « de mère et d'enfant » ; là par l'analyse d'urine, on a diagnostiqué encore une néphrite. Elle est, dans un état très faible ; en outre, on constate, dans le cœur un souffle systolique, et dans les poumons une expiration prolongée au sommet droit ; elle est toujours constipée. Par le toucher vaginal, on trouve : le col est attiré en haut et à droite ; dans le cul-de-sac droit, on trouve des adhérences cicatricielles, où on constate en même temps, un petit enfoncement ; la matrice est déviée à gauche ; les dimensions du bassin sont 19, 26, 28 et 31 ; la partie présentée est la tête qui reste au-dessus du détroit supérieur ; la malade se plaignait de coliques périodiques dans la fosse iliaque droite.

Le matin du 13 décembre apparurent de petites douleurs contractiles et des pertes sanguinolentes ; la température est subfébrile. Ces douleurs et ces pertes duraient périodiquement pendant deux jours. Après apparurent des pertes purulentes fétides, où on a trouvé microscopiquement la présence de diplo-streptocoques.

Le 20 décembre, les contractions deviennent encore plus fortes et très douloureuses ; les pertes de nouveau colorées de sang ; on suppose un placenta prævia marginal ; les bruits du cœur fœtal sont à gauche au dessus de l'ombilic.

Prenant en considération : la présence d'une paramétrite droite, des pertes purulentes abondantes, la présence d'une fistule dans le cul-de-sac antérieur, des adhérences cicatricielles, la rigidité du col et un placenta prævia marginal, on décide de faire une section césarienne (par le Prof. Selitzky). On fait une incision des parois abdominales à la hauteur de l'ombilic d'une longueur de 6 à 7 cm., on trouve beaucoup d'adhérences cicatricielles sans doute formées après la laparotomie antérieure ; ces adhérences, il fallait les disséquer. Quand on a ouvert la cavité préitonéale, on a trouvé la matrice adhérée aux parois abdominales antérieures et un épiploon ; elle est immobile ; la vessie est attirée en haut, et l'incision la touche presque, malgré qu'elle soit faite assez haut. On fait sur la matrice une incision pas très longue, et on extrait un enfant sans asphyxie qui pèse 2.780 gr. ; le placenta se trouvait dans le segment inférieur et s'est décollé seul. L'incision sur la matrice est fermée par des nœuds séparés en deux étages ; les parois abdominales sont fermées comme d'habitude ; sur la peau on met des agrafes.

Le soir après l'opération, la température est à 37,5, le pouls est à 80 ; le quatrième jour après l'opération, il se déclare une psychose d'un caractère symptomatique ; la malade est très agitée, elle pleure et se plaint que ses voisines l'offensent ; elle tente même de s'empoisonner avec du sublimé.

Deux jours après, on constate dans la partie inférieure de la plaie abdominale à deux centimètres de distance de l'incision, à la place de l'ancienne cicatrice une place nécrotique de tissu ; cette escarre tombe quelques jours après un pansement, fait avec de l'huile de vaseline. Le 4 janvier à 5 heures, la malade a eu un frisson qui a duré 15 minutes, la température s'est élevée à 38,8, le pouls est à 104 ; l'analyse de l'urine montre la présence de leucocytes et de quelques cylindres granuleux ; des pertes purulentes abondantes par le vagin avec une forte odeur ; la malade est très agitée, le ventre par la palpation est très douloureux surtout du côté droit. On fait alors une injection intraveineuse d'une solution d'urotropine de 40 % ; le 7 janvier, une nouvelle injection ; le soir de ce jour, la température tombe à 36,9, le pouls est à 80 ; la plaie se cicatrice bien ; les 14 janvier, la maladie est assise ; la température ne s'élève plus qu'à 37, le pouls reste à 76. Par le toucher vaginal, on trouve la matrice bien contractée ; elle est déviée à gauche par une exsudation, qui se trouve du côté droit dans l'excavation pelvienne.

Telle est l'histoire de cet accouchement et des suites des couches.

En cherchant dans la littérature, je n'ai pas pu trouver des cas semblables publiés. En général, on trouve dans la littérature des indications que les inflammations très avancées qui se trouvent dans le bassin ont une influence défavorable sur la gestation. Seitz, Gross, Schauta indiquent que, dans les cas d'inflammations aiguës, la grossesse dans la plupart des cas s'interromp'. Veit pense que l'interruption de la grossesse se produit parce que le procès inflammatoire se propage des annexes vers la matrice ; les adhérences péritonéales aussi y jouent un rôle très important. Blumreich montre au contraire, que les exsudations paramétriques se résorbent facilement pendant les premiers mois de la grossesse, grâce au reflux du sang artériel et au grand développement du réseau lymphatique ; mais à partir du quatrième mois, quand la matrice, grâce à son volume, comprime les troncs veineux, il se forme une hyperémie veineuse qui ne donne aucun avantage ; au contraire, cela empêche la résorption. Mais de l'autre côté cela ne correspond pas aux observations des autres gynécologues, qui traitent quelques affections gynécologiques par la méthode de Bier. Sans doute, on peut remarquer, que, pendant la gestation quelquefois il arrive une aggravation d'un procès, qui est resté latent, et amène de graves récidives, avec la formation de nouvelles adhérences. Wertheim, bien qu'il pense qu'un exsudat paramétrique ne gêne pas au développement de la grossesse s'il n'est pas trop gros, se décide quand même à une thérapie active dans l'accouchement aggravé par un procès inflammatoire. Boves et Krönig sont du même avis. Etant d'accord avec eux, on peut remarquer, que des aggravations peuvent arriver non seulement pendant l'opération, mais aussitôt après, car l'avortement ou les accouchements prématurés, qui arrivent souvent comme résultats de ces opérations, s'écoulent mal, car

(1) Publication de la clinique obstétricale et gynécologique. Directeur : Professeur S.-A. SELITZKY, de l'Institut scientifique d'Etat pour la Protection de la Maternité et de l'Enfance du nom de W. P. Lebedewa.

d'après les observations de Boves et Krönig, il arrive souvent une infection secondaire de l'endroit d'insertion placentaire ou de toute la matrice par continuité. Rauches décrit un cas, où un abcès paratyphique s'ouvrant par le vagin, occasionna un avortement de trois mois, grâce à quoi il fallut faire un curettage, et malgré toutes les aggravations, les suites opératoires furent apyrétiques. Si on laisse de tels foyers infectés, il peut arriver des déchirures des adhérences, par la croissance de l'utérus, les foyers purulents encapsulés peuvent s'ouvrir et le pus peut s'écouler par les trompes (Blanc). Si cela n'arrive pas, l'aggravation du procès inflammatoire, occasionne un avortement ou un accouchement prématuré. Ainsi donc la plupart des auteurs, en se basant sur les données littéraires et sur les observations personnelles sont d'avis, que ces procès pathologiques ont une mauvaise influence sur la grossesse. Ne déniant pas catégoriquement une telle opinion, nous pouvons faire de notre côté quelques objections en se basant sur nos observations personnelles, qui en diffèrent par leurs résultats même lointains. D.s trois cas, deux ont été observés dans notre clinique (un cas a été décrit plus haut), et un cas a été observé par le Prof. Kolossoff et le Prof. Selitzky.

Le premier cas : une femme de médecin, âgée de 32 ans, enceinte pour la troisième fois ; le premier accouchement et les suites de couches ont été normaux ; la deuxième grossesse a été terminée par un avortement artificiel, qui s'est compliqué par une paramétrite du côté droit accompagnée d'une température élevée, qui dura assez longtemps ; après que les phénomènes aigus se furent calmés, il resta quand même une paramétrite droite. Quelques mois après, la malade vient nous consulter, elle est de nouveau enceinte de trois mois. Après la consultation, on décide de ne pas interrompre la grossesse. Vers la fin de la grossesse, on constate, que la paramétrite a disparu ; l'accouchement a été normal à terme et les suites de couches sans aucune complication.

Le second cas (dans notre clinique) : une femme âgée de 32 ans, employée, enceinte pour la deuxième fois. Le premier accouchement s'était compliqué par un abcès dans le paramètre droit ; du pus s'écoulait par l'ombilic ; elle resta au lit neuf mois, et malgré toutes sortes de thérapies, elle quitta l'hôpital ayant une fistule. Une année et demie après, nouvelle grossesse. Malgré la présence d'une paramétrite et que l'écoulement du pus par l'ombilic ne cessait pas, on décide de ne pas interrompre la grossesse. Au cinquième mois de la grossesse, la fistule s'est fermée et la paramétrite a disparu. L'accouchement s'est terminé normalement à terme. Examinée quelques jours après, avoir quitté l'hôpital, on ne trouve plus aucune fistule, ni paramétrite.

Le troisième cas est notre cas déjà décrit plus haut. Cette malade, qui a eu un foyer de pus dans la paramétrite droite, qui se vidait périodiquement par le vagin, et malgré que cet état dura jusqu'à la fin de la grossesse, la gestation se développa quand même ; et on n'a eu qu'une déviation de l'utérus à gauche.

En se basant sur ces trois cas, nous pouvons faire la conclusion, que la présence d'une paramétrite ne gêne pas toujours au développement de la grossesse. Au contraire, pendant la grossesse tout l'organisme étant dans un état d'hyperfonctionnement, avec un grand changement dans l'état de sécrétion interne, dans son chimisme et dans le fonctionnement du système réticulo-endothélial, favorise souvent au renouvellement des tissus et augmente ses forces vitales. C'est ce qu'on voit dans les deux premiers cas; dans le troisième cas, ma'gré qu'il n'y avait pas une guérison complète, l'état de la malade resta stationnaire comme avant la grossesse.

Comme il a été indiqué plus haut, la présence d'une paramétrite dans notre cas a joué un grand rôle ; la tête fœtale ne pouvant pas s'engager, se trouvait très haut au-dessus du détroit supérieur ; donc aucune possibilité pour un accouchement spontané. Pour terminer l'accouchement, on pouvait essayer une version. Mais nous avons décliné la version pour deux raisons ; premièrement, dans le vagin, il y avait des sécrétions purulentes avec des strepto-bacilles ; on pouvait donc introduire dans la matrice une infection streptococcique ; deuxièmement, grâce à la présence des sécrétions sanguinolentes, on pouvait supposer ou une insertion basse du placenta ou un décollement partiel de l'arrière-fait. Tout cela pouvait donner une complication pendant l'accouchement. Et enfin, il pouvait arriver une déchirure des adhérences et du pus pouvait pénétrer dans la cavité abdominale.

En outre, nous pouvions être sûrs d'avoir un enfant vivant en présence d'un col rigide.

Ainsi donc, il ne restait aucun autre moyen que la section césarienne. Mais quel mode d'opération, fallait-il choisir ? L'opération la plus radicale pouvait être l'opération de Porro, une amputation de la matrice. Mais elle pouvait être néfaste pour la malade, car au moment de l'opération, la paramétrite purulente pouvait être lésée, et l'infection pouvait se répandre dans la cavité péritonéale. Nous avons rejeté l'opération de Latzko parce que cette opération est très compliquée et qu'elle n'est pas toujours extrapéritonéale, car on opère dans la cavité péritonéale. En outre, il ne faut pas oublier, que le péritoine résiste mieux contre l'infection, que le tissu cellulaire (Goubareff).

Aussi nous n'avons pas pensé à recourir à l'opération de Lestocquoy et Portes, c'est-à-dire à une section césarienne avec extériorisation de la matrice, grâce à la possibilité de traumatiser les tissus voisins déjà infectés, et à la possibilité de déchirer les adhérences, avec lesquelles la nature a soigneusement séparé les places saines des foyers malades.

La méthode de suturer l'utérus à la plaie abdominale avec tamponnement de la cavité ne pouvait être plus avantageuse que la section césarienne classique, et il paraît être très douteux de pouvoir éviter la propagation de l'infection streptococcique par les sécrétions purulentes du vagin par un courant de retour.

Ainsi donc nous avons décidé de recourir à une section césarienne classique, méthode qui épargnait plus la mère et l'enfant. Aussi pour épargner les parties voisines infectées, nous avons fait une incision sur la matrice *in situ* sans essayer de la tirer hors de la cavité péritonéale comme on fait d'habitude ; la suture de la plaie utérine a été faite en deux étages d'après la méthode de Ribemont-Dessaigne et Lepage ; le premier étage a été fait à travers tous les feuillets, excepté la muqueuse et le second étage séroséreux. Une suture de catgut continue avec une doublure péritonéale, proposée par Fabre et largement employée dans des cas douteux par Le Lorrier, Zarate, Magalois, Jeannin, et d'autres — ne nous paraît pas avoir beaucoup d'avantages, car, d'après notre point de vue, cette doublure pendant la contraction de la matrice s'affaiblit et peut découvrir en quelques endroits la plaie. En outre, cette précaution nous paraît être inutile, car la suture séreuse s'accole vite. Peut-être y avait il quelque raison de couvrir la surface traumatisée par le grand épiploon, mais l'avantage de ce mode d'action est encore très discuté.

L'élimination du placenta a été menée comme d'habitude : après trois ou quatre minutes de pause, l'arrière-fait s'est éliminé par la plaie utérine avec l'aide des pressions légères sur la matrice.

La seule chose qu'on pouvait encore faire, c'était de mettre un drainage que Lepage et d'autres auteurs employaient largement dans des cas douteux. Mais nous pouvons citer deux cas, qui ont eu lieu dans notre clinique : 1° une primipare avec un bassin rétréci ; on lui a fait une section césarienne classique (par le Prof. Sélitzky) quatorze jours après la rupture de la poche des eaux, et 2° une primipare avec un bassin rétréci : une position oblique, une température à 38°5 ; on lui a fait une section césarienne vingt-quatre heures après la rupture de la poche des eaux (par le Docteur Lourié). Et ces deux cas ont été menés sans drainage. Dans notre cas, il était très douteux, que le drainage pût préserver contre la propagation de l'infection ; en outre, il pouvait empêcher la régénération des tissus.

Ainsi donc nous pouvons faire les conclusions que voici

1° Les paramétrites ne peuvent servir comme une indication absolue pour l'interruption de la grossesse ; au contraire, la gestation produit souvent une auto-guérison d'un procès inflammatoire, déjà existant ; on peut même dire, qu'une paramétrite est une contre-indication pour un avortement ou pour un accouchement prématuré provoqué. Mais ces femmes enceintes doivent se trouver sous la surveillance d'un médecin ou d'un établissement, qui peuvent surveiller la marche du procès, et dans le cas d'impossibilité d'un accouchement normal, on pourrait intervenir.

2° Nous ne sommes pas du même avis que ceux qui pensent, que la section césarienne classique n'est indiquée que dans des cas absolument propres et que seulement avec le perfectionnement de la technique de la section césarienne le pronostic s'est amélioré.

Notre décision de faire une telle opération sérieuse en présence de pus et de streptocoques dans les sécrétions vaginales s'est basée sur ce que la section césarienne dans ces conditions devait être une intervention très sérieuse, elle paraît être quand même plus ménageante pour la mère. Au commencement de l'accouchement, on pouvait penser à une intervention purement obstétricale. Mais il est évident que toute intervention, faite par le vagin, même *lege artis* pouvait être plus dangereuse, grâce à la possibilité de léser l'abcès. Ainsi donc, il restait un seul moyen de finir l'accouchement par une section césarienne classique, qui, malgré son danger, s'est terminé avec une bonne fin.

Psychanalyse et neuropsychiatrie

Par R. BENON

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — *Psychanalyse et déterminisme. Anomalies du caractère acquises. Utilité d'une certaine éducation. Utilité d'une certaine thérapeutique. Redressement moral. Rationalisme. Partie médicale (névroses et psychoses) et partie extra-médicale (anomalies).*

A l'origine, la psychanalyse de Freud fut surtout, semble-t-il, une méthode thérapeutique, un procédé psychothérapique, que le maître et ses adeptes employaient en vue de la guérison des névroses et des psychoses. Elle est devenue aujourd'hui une psychologie spécialisée tout en conservant ses buts pratiques, élargis et complexes.

***

Nous ne nous proposons point ici de dire ce qu'est la psychanalyse ni de critiquer en détail ses affirmations ou données : la question est trop vaste et encore trop confuse ; elle se clarifie d'ailleurs d'année en année. A notre sens, elle marque un retour à l'intellectualisme et au déterminisme. Le rôle que jouent ici, dans la vie psychique, les représentations, les images concrètes, apparaît comme considérable et sans doute exagéré, sinon fantaisiste. Le moi, le soi, le sur-moi idéal nous font évoquer les « facultés de l'âme », les vieilles entités psychiques de la scholastique moyenâgeuse. De nos jours, sans doute, cela est proprement de conséquence accessoire, parce qu'en pratique le bien et le mal sont un peu mieux définis, plus objectifs que dans les temps uniquement religieux.

Une des données les plus importantes de la psychanalyse, c'est que les anomalies du caractère sont acquises, non pas innées ou constitutionnelles, et il en serait ainsi non seulement des anomalies sexuelles, mais d'un très grand nombre d'autres anomalies de l'émotivité. Et voilà certes, une conception généreuse. Que vaut-elle ? On ne le saura que plus tard, si tant est que les idées des psychanalystes peuvent être réalisées.

La psychanalyse tend à mettre en évidence les avantages d'une certaine éducation de l'enfant et de l'adolescent. A ces âges, le refoulement des inclinations, la compression des aspirations ne sont pas sans inconvénient, dans la famille surtout. Il en résulte des luttes, des heurts qui altèrent les tempéraments et les font dévier fâcheusement.

Au point de vue thérapeutique, la psychanalyse bien pratiquée ne peut avoir qu'un rôle utile dans certaines névroses et dans certaines psychoses. Mais on observera que la psychanalyse, près du patient, c'est le retour au traitement moral, si négligé actuellement dans les services ouverts, dans les cliniques privées, dans les asiles d'aliénés. Le psychanalyste, variété de thérapeute moral, serait bien accueilli par de nombreux malades mentaux.

En matière de criminologie, et les aliénés criminels étant mis à part, puisqu'en fait ils ne diffèrent pas des aliénés ordinaires (persécutés, mélancoliques, déments, etc.), il y aurait intérêt à faire examiner par un psychanalyste tous les récidivistes des tribunaux, puisque tout présentent des anomalies du caractère ou de l'émotivisé. Y a-t-il, là, possibilité de redressement moral du criminel ? C'est douteux pour nous, mais l'essai est à ordonner.

La psychanalyse, en définitive, est une psychologie rationaliste et il serait curieux, croyons-nous, de la rapprocher, si cela n'a déjà été fait, de la psychologie des Pères de l'église catholique, subtilistes notoires, raisonneurs ingénieux.

***

Quelle doit être l'attitude de la médecine devant la psychanalyse ? A notre avis la psychanalyse comprend deux parties ou deux domaines : une partie médicale et une partie extra-médicale.

Il y a intérêt à étudier du point de vue psychanalytique un certain nombre de névroses et de psychoses (30 % peut-être). Dans l'hystérie, dans les obsessions-phobies, dans les psychoses d'origine émotionnelles (hyperthymies délirantes ou non, simples ou complexes), l'étude analytique psychique révèle des symptômes utiles à connaître (actes manqués, rêves, associations libres d'idées), et au point de vue thérapeutique il paraît en résulter des modifications heureuses de l'idéation et de l'affectivité du patient. En revanche dans les maladies asthéniques (asthénie chronique séquelle, asthénie périodique), et aussi dans les syndromes asthéniques prolongés, organiques ou non, curables ou non, la psychanalyse semble être vaine, du fait même de la nature de la maladie ou du syndrome ; il se pourrait toutefois qu'elle influence favorablement certains symptômes ou certaines complications d'ordre génital. Nous ne possédons pas assez de précisions sur ces faits pour apporter des conclusions fermes.

La partie extra-médicale de la psychanalyse, c'est celle qui touche aux anomalies diverses du caractère ou de l'émotivité. Chez l'enfant, chez l'adolescent, chez l'adulte, elles peuvent retenir l'attention du médecin qui fera un traitement ou donnera des directives. Toutefois dès que le sujet est devenu un délinquant ou un criminel, il ne doit plus relever de l'autoriié médicale, mais bien de l'autorité judiciaire. De tels individus sont responsables de leurs actes ; on dit quelquefois leur responsabilité atténuée, mais c'est à tort, car cela ne crée que confusion dans l'esprit des juges.

Etant pratiquement responsables, lorsqu'ils commettent des délits ou crimes, ils doivent être enfermés en prison et non pas placés dans un asile d'aliénés. Un psychanalyste, en vue du redressement moral des criminels, pourrait être attaché à chaque service pénitentiaire. Ce psychanalyste sera ici un médecin, là un laïc spécialisé

et qualifié ; de préférence peut-être il ne sera pas médecin.

***

Telle doit être de notre point de vue, la situation du neuro-psychiatre devant la psychanalyse de Freud. Il en voit l'utilité ; il en saisit la complexité d'application, mais nul danger, — un certain ordre étant établi, — ne doit résulter de recherches psychologiques spéciales. Il en va de la psychanalyse comme de l'homéopathie : n'étant pas par elles-mêmes nuisibles, elles doivent être étudiées et examinées scientifiquement.

La polarité sexuelle

Par M. A. THOORIS

Lauréat de l'Institut
Médecin de l'hôpital Léopold Bellan
Conseiller scientifique à la Fédération française d'athlétisme

I

1) Je remercie le Professeur Loeper de l'honneur qu'il m'a fait en me conviant à parler ici de questions que la *phobie du nu* avait par trop reléguées dans l'ombre.

Cette phobie venait de la place à part, où l'Eglise avait élevé l'homme, mais, depuis qu'elle l'a rendu à l'Histoire naturelle, aucune exclusive ne saurait plus être prononcée contre le tout ou les parties de son corps.

Cette mise à part était due encore au fait que l'homme ne ressemble à aucune autre créature actuelle ; mais il n'est pas le seul à jouir de ce privilège ; l'éléphant, lui aussi, est différent de tous les autres animaux.

Or, ce n'est là qu'une illusion qu'a détruite la préhistoire. En effet, l'espèce *éléphantine* n'est que le phylum de tout un genre *proboscidien*, dont la Paléontologie nous a révélé les échantillons les plus divers. De même on peut dire que l'*espèce humaine* actuelle est le phylum du *genre hominien*, dont on a découvert maintes variétés, telles que l'homme de la *Chapelle aux Saints*, le *Sinanthrope* et *Pinécanthrope*.

2) Chez tous les animaux à mamelles, y compris l'homme, *forme* et *sexe* semblent deux phénomènes tellement liés l'un à l'autre, qu'ils semblent la double expression d'une seule et même loi. Cette liaison n'est d'ailleurs pas spéciale aux mammifères.

J'ai eu récemment une conversation à ce sujet avec Caridroit, élève et collaborateur de Pézard, à la *station physiologique* du Parc des Princes et lui tins à peu près ce langage :

« La loi biologique qui établit un rapport si étroit entre la forme et le sexe chez les mammifères, ne s'étendrait-elle pas à vos coqs, suivant qu'ils sont plus ou moins sexués ? »

Je lui ai décrit *a priori* la forme que devaient avoir les coqs, suivant le degré de leur sexuation, les phanères étant mis à part, et il s'est trouvé que mes portraits brossés par analogie étaient exacts.

II

R. Baron (1), l'un des plus grands morphologistes de ce temps, a été le premier à employer le mot *polarité* pour désigner la tendance des formes animales et surtout des mammifères à passer, par mutations lentes ou brusques, du *prototype* de l'espèce entière aux *apotypes*, où les caractères *amorcés* s'accentuent de plus en plus, dans un sens ou en sens contraire, jusqu'à une limite, où la vie du phylum s'arrête, comme une vis qui coince et ne peut tourner plus avant. C'est cette tendance que nous appelons *polarité morphologique*.

La polarité morphologique porte *sur tous les éléments* de la forme. Ces éléments sont tellement objectifs que Claude Sigaud en a fait la base d'une synthèse clinique nouvelle, c'est-à-dire de la *médecine morphologique*.

Loin de moi l'idée de vous servir la nomenclature de tous ces éléments, mais on peut les résumer sous trois rubriques qui sont le *format*, le *modelé* et la *construction*. Etudions les effets de la polarisation morphologique sur chacun d'eux.

1) Le *format* a trait au volume absolu du corps et comprend le poids et la taille. Par exemple, la baleine a un format supérieur à celui du marsouin et le format du Patagon est plus grand que celui du Pygmé.

Il semble même que ce soient les espèces qui ont bénéficié des *formats les plus variés*, qui ont été les *plus durables*.

Dans l'espèce canine, le carlin est une miniature du mastiff. Le bouledogue varie de 10 à 50 kilos. Le chien mopse descend à 2 kgr. 700 et le dogue du Thibet monte à 100. On m'a montré, à la Faculté des sciences de Lyon, la mâchoire d'un chien pré-historique, qui devait avoir la taille d'un lion.

Comparez le poids du bœuf moyen : 650 kilos, au poids du bœuf Cottentin, qui a pu atteindre 1.950 kilos ; le poids du cheval moyen qui est de 975 livres au poids du cheval belge qui s'élève à 2.600 livres.

Dans l'espèce humaine, le poids a varié de 10 livres, poids de je ne sais plus quel nain, aux 195 kilos que pesait le fameux tambour-major Eleïceigui (1).

Inversement, les espèces ne présentant qu'un seul format, ont disparu.

Je n'en veux comme preuve que cette espèce d'hommes, antérieure à l'*Hiatus*, et dont on a trouvé de rares spécimens en Allemagne, en France, en Belgique, en Italie, voire en Afrique du Sud.

L'homme de Néanderthal, ceux de la Chapelle-aux-Saints, de Py, de Brocken-Hill, tous paraissent identiques. Ils ont la même taille : 1 m. 57, la même visière, la même absence de fosse canine, le même chignon, la même mandibule, le même museau. Quel contraste entre l'uniformité de ce type disparu et la diversité des formes actuelles de l'espèce humaine !

D'ailleurs qui d'entre vous n'a pas été frappé de stupeur à l'aspect de ces reconstitutions d'animaux gigantesques que les naturalistes sont parvenus à exposer dans les Muséums de toutes les capitales ? Imaginez à quel niveau avait dû monter le potentiel plastique de la nature pour créer ces êtres fantastiques dont le format colossal confond notre imagination.

Vous rappelerai-je l'*Elephas meridionalis* qui mesurait 4 m. 15 sur 6 m. 80 ; l'*Ichtyosaure* dont la longueur dépassait 8 mètres ; l'*Iguanodon* de 10 mètres sur 4 m. 50 ; le fameux *Diplodocus* atteignant 4 mètres de haut et 25 de long ; enfin l'*Epiornis*, sorte d'oiseau formidable, dont la taille s'élevait à 18 mètres.

L'ère, où vivaient ces géants, peut être appelée l'âge

(1) Méthodes de reproduction.

(1) Cours de Zootechnie. R. Baron, d'Alfort.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la tuberculose par la sanocrysine, par le Docteur KNUD SECHER. Un volume in-16 de 110 pages avec 21 figures, 25 francs. Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le traitement de la tuberculose par la sanocrysine est très exigeant : le médecin traitant doit appliquer un traiment minutieusement adapté aux exigences de hacque cas particulier. Toutefois, si le traitement est mis au point, la sanocrysine permet d'obtenir un résultat surprenant, même dans les cas où tout autre mode de traitement aurait été vain.

Ce volume a pour mission de servir de guide sommaire traitement de la tuberculose médicale par la sanocrysine et de permettre une orientation rapide dans toutes les questions qui s'y rapportent.

Une revue roumaine d'hygiène sociale. — Depuis que la Roumanie agrandie a intensifié son attention vers les problèmes concernant la santé publique, le mouvement en faveur de l'hygiène sociale a pu gagner et gagne de plus en plus l'attention des médecins. On est de plus en plus convaincu chez nous que la « meilleure médecine » est celle qui s'efforce non pas de guérir, mais plutôt de prévenir. Or, pour que cette œuvre réussisse il faut que l'on connaisse mieux les conditions dans lesquelles la maladie et son antipode, la santé, prennent naissance et se développent.

La légitimité de l'effort que l'on dépense maintenant en Roumanie en faveur de l'hygiène sociale, est suffisamment justifiée par le fait que notre pays est fortement grevé par les fléaux sociaux qui existent ailleurs aussi, mais qui pour un pays comme le nôtre, qui veut se développer, sont un facteur inhibiteur du progrès. En effet, il suffit de citer : la grande mortalité infantile surtout à la campagne (où les masses sont fortement ignorantes encore), la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme, la pellagre, le paludisme, le cancer, le trachome, etc., pour ne citer que les fléaux les plus importants.

Nous voulons insister ici seulement sur l'activité déposée depuis 1931, l'année de sa fondation, par la seule *Revue d'hygiène sociale*, qu'a notre pays en ce moment. Elle est dirigée par le Docteur Gh. Banu, connu par le monde médical roumain et étranger aussi, grâce à ses études sur les problèmes roumains et internationaux concernant la protection de l'enfance. Son travail est animé par la collaboration des Docteurs Schapira et Bratesco, qui se donnent la peine de présenter la publication dans des conditions scientifiques bonnes.

L'idée et l'intention initiales, en fondant cet organe d'hygiène sociale a été de mettre à la disposition du médecin (et profane instruit) un bulletin où soient exposés les problèmes de médecine et d'hygiène sociales qui intéressent d'abord et en premier lieu notre pays. En effet, encore dès le premier numéro, on nous annonce que les domaines de la préoccupation de la revue dont nous parlons sont les suivants : les maladies sociales, l'organisation de la protection maternelle et infantile, les questions d'épidémiologie intéressant la Roumanie en premier lieu, les questions d'hygiène urbaine, rurale, du travail, raciale, etc., et enfin en dehors des questions concernant l'histoire de l'hygiène sociale, en Roumanie, ceux concernant l'organisation et la législation sanitaires nationales et internationales aussi.

Publiée mensuellement dans des conditions techniques impeccables, cette publication a vite gagné la sympathie des associations médicales, et en peu de temps, des médecins compétents, ont publiés les résultats de leurs recherches dans le domaine de la santé nationale, dans la revue du Docteur Banu. Ce qui constitue un grand progrès, c'est que les médecins roumains, commencent à s'intéresser avec plus d'ardeur aux questions de médecine sociale.

Considéré sous le point de vue historique, on ne peut pas dire que notre pays connait pour la première fois, un mouvement en faveur de l'hygiène sociale. En effet, nes essais ont été déjà faits il y a longtemps, car encore dès 1800, des médecins comme : Varnav, Aaron, Caracas, Turnesco, Davilla et le Professeur Félix, etc., se sont occupés des problèmes d'ordre hygiénique et social. Les deux derniers les Professeurs Davilla et Félix, ont élaboré les premiers un règlement concernant la prostitution en Roumanie. En 1843, le département des affaires internes, avait lui aussi une publication *Le Guide des Villages* qui parait avoir joué le rôle que jouent de nos temps les revues de médecine sociale.

Donc la mission de la nouvelle revue du Docteur Banu ne fait que continuer sur des bases modernes, les efforts faits chez nous depuis longtemps.

A voir de près, on ne tardera pas à constater que la majorité des problèmes traités dans la *Revue d'hygiène sociale*, est dédiée à la question de l'organisation de la protection de l'enfance roumaine, question très urgente pour notre jeune pays. En effet, sur un total de 153 articles publiés depuis sa fondation, il y en a 42 qui s'occupent du problème de l'enfant. Cela revient à environ un article de médecine infantile pour chaque 3,6 articles d'hygiène sociale en général.

La question très moderne de l'hygiène du travail des adultes et des enfants est étudiée avec la plus grande attention. Nous ne pouvons pas insister sur les autres études, concernant les problèmes de l'éducation sociale, épidémiologie et autres, auxquels la *Revue* accorde une grande attention.

Paraissant régulièrement tous les mois, les articles originaux de la *Revue d'hygiène sociale* (*Revista de Igiena Sosciala*) sont suivis d'un résumé en langues française et allemande, et d'une deuxième partie dédiée aux articles de documentation et de bibliographie médico-sociale roumaine et étrangère.

Etant un organe d'études d'hygiène sociale roumaine, cette *Revue* est la meilleure des publications dans ce domaine; et nul centre médical ne peut avoir des informations plus rigoureusement scientifiques du mouvement social et médical en Roumanie, que ceux que l'on publie dans la *Revista de Igiena Sociala*, du Docteur Banu.

Dr M. SCHACHTER (Bucarest).


DIASTO-PEPSINE
RICHEPIN
PEPSINE-PANCRÉATINE-DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas
ou un verre d'Elixir
très agréable
après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES
Dr FAUCHER
ACTION SÛRE, DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES
QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOCITHINE TISSOT
SIROP-DRAGÉES-AMPOULES
NUCLEINATE DE { Fer Manganèse
et Arsenic organique
Fluor
1 ou 2 ampoules par jour
1 ou 2 dragées ou
cuillerées de sirop.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
RÉALISENT
le véritable
et continuel
rajeunissement
de l'intestin.
GRAINS ANISÉS
CHARBON TISSOT
Absorbent-Divisent-Expulsent
AGISSENT
par leur forme
leur volume
et le Gluten
mucogène
PANUROL
TISSOT
CONTIENT TOUS LES
SOLVANTS
des sels uriques
et uratiques
Aide et soutient
LE REIN
dans sa double fonction:
FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes. Bronchites. Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAÏACOL-HÉLÉNINE-TERPINOL-EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides
Le Carnox
est le meilleur Vin de VIANDE.
Laboratoires du Docteur TISSOT, 34, Boulevard de Clichy, PARIS

de la masse, l'âge de la lymphe, l'âge anaérobie, où l'animal digestif, lent et mou, exerçait son règne.

Par contre, le format de l'*animal durable* se heurte à des limites qu'il ne peut franchir, sous peine de mort. Trop de masse, par le tassement des matériaux, écrase la forme, de là la disparition de la faune secondaire et tertiaire.

D'autre part, pas assez de masse rend l'animal trop fragile, par excès de susceptibilité aux chocs. Les ponies et les roquets sont de mièvres créatures fort peu viables.

Nous voyons donc que la nature ne parvient à faire subsister les espèces qu'en en multipliant les variétés plastiques, au lieu de s'en tenir à un seul spécimen. La variabilité des masses, la différence des formats sont une condition *sine qua non* de *durabilité*. Le prototype de l'espèce entière doit, pour subsister, se polariser vers l'apotype positif ou l'apotype négatif, comme s'il s'agissait d'une sorte d'acclimatation, où le volume s'oriente vers le plus ou vers le moins mais, bien entendu, jusqu'à une certaine limite.

2) Le *modelé* a trait aux surfaces, aux ondes positives ou négatives du galbe, aux profils, aux silhouettes.

Le modelé de lord Snowden n'est pas le même que celui de M. Chéron. Celui de l'*antilope phagocère*, bête de fuite, n'est pas le même que celui du *taureau de combat*, bête de lice.

Il semble que la nature primitive, après s'être épuisée dans les grands formats mous et ronds, ait déchaîné par la suite, son action dans le sens positif des modelés, en exaltant les bosselures, les arêtes, les crêtes, les cornes. Le *genre rhinocéros* abondait jadis en modèles de cette tendance.

Tantôt le corps, en grandissant de taille, devient plus ellipsoïde, les côtes s'allongent, le chanfrein bombe, les pattes s'arquent.

Tantôt le corps en se surbaissant, s'arrondit, les côtes forment des cercles, le chanfrein se creuse, le dos s'enselle et l'animal tend à la panardise.

Les ondes du modelé, d'aspect superficiel, sont en fait des vagues de fond intéressant les os autant que les parties molles.

La consistance des os nous fait croire qu'ils sont plus *stabiles* et les parties molles plus *labiles*. L'expérience prouve le contraire.

En effet la matière vivante obéit à la nature selon les mêmes lois que la matière inerte obéit à l'ouvrier. Or, le cuivre résiste bien plus à la lime que l'acier. Les corps mous sont bien plus rebelles à l'outil que les corps durs.

Il en est de même au sein des corps vivants. Voyez ce qui se passe chez le bouledogue.

La rétraction du massif facial s'est faite le plus facilement du monde, mais la langue, moins docile parce que partie molle, n'a pas obéi au retrait.

Fermons cette parenthèse et revenons au modelé !

Dans aucune espèce, il n'est plus riche ni plus nuancé que chez l'homme présent, où il affecte une gamme, qui va de la convexité du Peau-Rouge à la concavité du Bochiman.

3) Enfin la *construction* a trait aux lignes et à leurs proportions. C'est comme le plan de l'édifice animé. La relation entre les dimensions linéaires de Falstaff n'est pas la même ni en long, ni en large, ni en épaisseur, que celle de Matamore.

Il semble d'ailleurs que l'ère des grands formats ait été aussi celle des *disproportions*. Représentez-vous le *Diprodoton* gigantesque, dont le poids énorme reposait sur des doigts extrêmement petits, notoirement insuffisants pour le soutenir.

La mesure dans les proportions est une acquisition zoologique relativement récente. Elle répond à un progrès dans l'économie réciproque du potentiel plastique et du potentiel énergétique.

Le potentiel énergétique va se manifester désormais par l'évolution des fonctions, comme le potentiel plastique s'était manifesté par l'évolution des formes.

Elle va créer des champions, comme la forme avait créé des monstres. Evoquerai-je la gazelle généruck, élancée et haute sur pattes, si puissante aux racines de ses masses vibrantes, si légère et si fine aux extrémités de celles-ci, qu'elle est capable de faire des bonds de 18 mètres, comme si elle volait dans la brousse, car le vol, en somme, n'est qu'une série de sauts dans l'espace. Il en est de même du lévrier.

En résumé, à l'ère de la lymphe succède celle du sang, l'ère aérobie, où l'animal se spécialise dans l'attaque ou la fuite, l'ère de la guerre où l'animal musculaire, vif et sec, exerce désormais son règne.

La construction de l'homme offre, à son tour, toute une série de gabarits, où le tronc et les membres varient réciproquement de grandeur dans les trois dimensions. Tel individu paraît sessile, tel autre paraît juché sur sa fourche, comme un échassier. Celui-ci s'allonge et s'étrécit comme une tringle, celui-là se ramasse et s'élargit comme une boule. Certains sont remarquables par la hauteur de leurs colonnes et leur petit entablement ; d'autres se font remarquer par la lourdeur de leur entablement et leurs colonnes trapues et courtes.

4) Les caractères essentiels de la forme, que je viens de définir, avec exemples à l'appui, ont été, bien entendu, plus ou moins aperçus par les écrivains et les artistes.

Ecoutez Brantôme :

« Des femmes ont les cuisses et les jambes si grêles, menues et héronnières qu'on les prendrait plutôt pour des fleutes que pour cuisses et jambes ; je vous laisse à penser ce que peut être le reste. »

Et encore :

« La reyne Eléonore, sœur de Charles-Quint, habillée et revêtue, paraissait une très belle princesse et de belle et riche taille ; mais, étant déshabillée, elle paraissait de corps une géante, tant elle l'avait long et grand ; mais, tirant en bas, elle paraissait une naine, tant elle avait les cuisses et les jambes courtes avec le reste. »

Il dit ailleurs :

« D'une autre grande dame ay je ouï parler, qui était bien au contraire : or, par le corps, elle se montrait une naine, tant elle l'avait court et petit, et en bas, une géante, tant elle avait ses cuisses et ses jambes grandes, hautes et fendues et pourtant bien proportionnées et charnues. »

Voilà pour la construction !

Ecoutez maintenant comment Sinclair décrit Madame Opel Emerson Mudge, dans *Babbitt* :

« Elle était bâtie comme un poney, toute ronde, elle avait une figure de pékinois hautain avec un bout de nez et des bras si courts que malgré les efforts les plus violents elle ne réussissait pas à croiser les mains devant sa poitrine. »

Voilà pour le modelé !

5. En résumé chacun des trois caractères essentiels de

la forme comporte une gamme qui va du plus au moins, en passant par une note optima.

A un pôle, nous avons le petit *brachycéphale concave ultra-bréviligne*, à l'autre *le grand dolichocéphale convexe ultralongiligne*. Entre les deux, le *médiolique mésaticéphale eumétrique*, prototype de l'espèce entière.

III

Mais ce n'est là qu'une vision *statique* des formes. En fait, on ne connaît jamais complètement les choses que lorsqu'on en connaît l'histoire. C'était déjà l'avis d'Agazziz.

Or l'histoire nous apprend : 1° Que la forme vivante change à travers les âges, 2° Que ce changement est *irréversible* et qu'il consiste *morphologiquement* en une *différenciation*, physiologiquement en une *spécialisation* du type.

On a essayé d'expliquer ce changement par les adaptations successives de la forme au milieu, mais cette explication est beaucoup moins plausible que la théorie de l'*amorcement par mutation latente ou brusque*. Le caractère une fois amorcé, latent ou manifeste, si les deux géniteurs le possèdent respectivement, il s'accentue d'une génération à l'autre. Le plat devient de plus en plus plat. Le convexe de plus en plus convexe ; le concave de plus en plus concave, le haut ou le bas de terre de plus en plus haut ou bas de terre. L'aimantation se précipite, la *différenciation* est une *polarisation*, qui pousse jusqu'aux limites extrêmes, la variation positive ou négative une fois amorcée.

On peut représenter les trois caractères du prototype

0 0 0

par chacun des zéros représentant, de gauche à droite, le format moyen, le profil droit et l'égale proportion du tronc et des membres.

Aux deux pôles extrêmes, nous aurons d'une part le grand convexe longilique :

+ + +

et d'autre part le petit concave bréviligne :

— — —

Entre les pôles, Baron compte 27 formes intermédiaires, soit en tout les 36 formes de sa pyramide.

IV

On entend par formes *harmoniques* celles dont les caractères ont varié dans le même sens, *positif* ou *négatif*. On voit que l'harmonie *biologique* n'a rien à voir avec l'harmonie *artistique*.

Cela veut dire qu'un type morphologiquemen tharmonique, tel qu'un bouledogue, peut être laid esthétiquement et qu'un type morphologiquement dysharmonique peut être beau esthétiquement. En effet le pur sang, métis composé de pièces et de morceaux de modèle différent, est pourtant un cheval magnifique. Cela vient de ce que, chez cet animal, toutes les parties corporelles sont adaptées aux services qu'on en attend, grâce au choix de géniteurs affines et présentant l'un et l'autre les caractères requis.

Les éleveurs fabriquent des chevaux pour faire de la vitesse, comme ils fabriquent des vaches pour faire du lait. C'est une question de rendement. La beauté vient de l'utilité, de la réussite. La beauté de la vache n'est pas la même que celle de la jument de course, elle consiste ni dans ses pattes, ni dans son galbe, mais dans son pis.

L'éleveur ne *polarise* pas les formes pour les harmoniser, mais pour en tirer profit.

V

Le moment est venu d'aborder la question de la *polarité sexuelle*, qui eût été inintelligible sans l'étude préalable de la *polarité morphologique*.

On sait que la sexualité ne consiste pas seulement dans la présence d'un organe mâle ou d'un organe femelle, mais imprime encore à toutes les parties du corps une conformation spécifique qui permet de dire : voilà un bras mâle, voici une jambe femelle, un front masculin, un front féminin ! Elle semble donc ajouter une retouche aux formes, mais sans en masquer les caractères spécifiques.

La polarité sexuelle se superpose à la polarité morphologique non comme une couche égale de couleur sur la paroi d'un vase, car cela reviendrait à dire qu'elle n'a aucune prédilection pour une partie plutôt que pour une autre de l'édifice corporel. Or, la retouche n'est pas égale, mais inégale ; elle n'est pas *symétrique*, mais *asymétrique*.

Sans doute accuse-t-elle les convexités et les concavités suivant le cas, mais elle affecte de préférence les caractères morphologiques du *train scapulaire*, chez le mâle, et du *train pelvien* chez la femelle.

On entend par *hypermâle* le mâle qui réunit tous les caractères primaires et secondaires de son sexe et par *hyperfemelle* la femelle qui réunit tous les caractères primaires et secondaires du sien.

Le *bélier bergamasque* réalise l'hypermâle au plus haut degré. Remarquez la puissance de son train antérieur, son chanfrein busqué, sa ligne de dessus oblique de haut en bas et d'avant en arrière, son train postérieur étriqué. Fonctionnellement, c'est un raceur, c'est-à-dire qu'il donne à ses produits tous les caractères de sa race, comme s'il était le seul géniteur.

La *vache flamande* réalise au plus haut degré l'hyperfemelle. Voyez la puissance de son train postérieur, son chanfrein concave, sa ligne de dessus oblique d'avant en arrière et de bas en haut, son train antérieur resserré.

Transposons la description de l'animal à l'homme, en la complétant de quelques autres attributs.

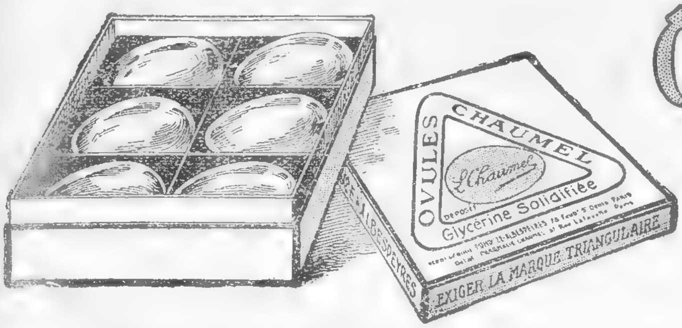
Prédominance du train supérieur, train inférieur étriqué, plat bossué, profil convexe, reliefs sourcilliers, les segments des membres dans le même axe. Le nez, organe parasexuel. Sensible à l'odeur de la femme, mais moins que ne l'est l'âne à celle de l'ânesse, puisqu'il en flaire les corpuscules à plusieurs milles. Tempérament catabolique. Voilà pour l'hypermâle !

Prédominance du train inférieur, train supérieur étréci ; ronde cubique, profil concave, front uni, les segments des membres supérieurs et inférieurs forment un angle ouvert en dehors. La bouche, organe parasexuel. La langue se retire dans l'orgasme. Tempérament anabolique. Voilà pour l'hyperfemelle !

Allaix vous en a montré les caractères et les schémas.

De ce qui précède, il résulte que l'hypermâle est un plat ; l'hyperfemelle, une ronde. Le Rond et le Plat ? « Ce sont deux races ! » me disait un jour Sigaud. De sorte que l'hypermâle serait, lui aussi, une race et l'hyperfemelle une autre race. Bien mieux, dans certains cas, leurs produits n'obéissent pas à la loi mendélienne et se refusent à la fusion, même dès la première génération. Citerai-je les Ligures (1), les Juifs débardeurs de Moga-

(1) Dr Chabassut.


OVULES
CHAUMEL
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE


SIROP
SIROP DE DENTITION
DU Dr DELABARRE

dor (1) ? Tous les hommes sont des plats, toutes les femmes sont des rondes ! Chez les Aïnous (1), tous les mâles sont droits convexes à type caucasien, toutes les femmes sont plus ou moins camuses et mongoloïdes.

On retrouve un phénomène de ce genre dans la reproduction des chevaux d'Helsingfors (3). On sait que ces chevaux sont blancs. Or, jamais on n'obtient de cheval blanc en faisant saillir une jument blanche par un étalon blanc, mais il faut une jument noire. En ce cas, le produit n'est jamais un poulain gris. C'est l'étalon qui *race* !

VI

Tout se passe comme si le mâle était un état plus différencié que la femelle, comme le plat est un état plus différencié que le rond. L'homme est plus différencié que la femme. Chaque partie de leur corps en est le témoignage. Ce qui veut dire, la vie étant irréversible, qu'au commencement était la femme et non l'homme. La fonction mâle est une fonction de luxe (4).

J'ai demandé au professeur Boule à quoi il attribuait la *différenciation* : « Au cerveau ! » me répondit-il.

C'est donc au cerveau que serait dû le décalage de la différenciation chez les deux partenaires : homme et femme.

La différenciation a toutefois une limite. L'évolution peut être représentée par une courbe sinusoïde. L'oscillation déglingue le système en cas de trop d'amplitude, mais le déglingue aussi en cas d'insuffisance (5).

Le parallélisme entre le cerveau et la différenciation ne veut pas dire que le décalage de celle-ci, chez l'homme et la femme, fasse que l'hypermâle symbolise l'esprit et l'hyperfemelle la matière. Ici aussi le trop ou le pas assez déglingue le système.

L'hypersexualité favorise, dans une certaine mesure, la race, mais l'intersexualité favorise l'individu, du moins au point de vue de l'esprit, qui s'accommode d'une certaine fusion entre les caractères sexuels secondaires. Exemple : Léonard de Vinci.

Mais l'esprit de l'individu, qui est en quelque sorte l'effet d'une dépolarisation morphologique et sexuelle, ne peut pas prévaloir dans le monde, pour la bonne raison qu'il tue la vie, non seulement par la désertion procréatrice qu'il déclenche, mais encore par la destruction inexorable des peuples androgynés sous les coups d'agresseurs plus sexués. Rien ne peut prévaloir contre la nature, qui sacrifie toujours l'individu à l'espèce.

Le caractère sexuel secondaire de l'âme masculine est en effet l'*aggressivité*. Lui faire perdre ce caractère par l'inhibition pacifiste, c'est vouloir l'*émasculer*.

L'observation clinique montre que nous sommes des mosaïques (6), des mélanges de rond et de plat (7) de mâle et de femelle (8). Or la vie sédentaire, l'abondance de la nourriture favorisent les potentialités *plastiques* et *féminines*. Cela n'a aucun inconvédient au point de vue de l'espèce, du moins en ce qui concerne les femmes, qui s'accommodent d'un poids mort convenant à leur tempérament *anabolique* et par là même se sexuent davantage.

Mais, les mêmes facteurs d'action, en *anabolisant* les mâles, les *dévirilisent*. La nature nous montre partout le mâle *catabolique* laissant sa proie à sa femelle et à ses petits et maîtrisant sa faim jusqu'à ce qu'ils soient rassasiés.

(1) Dr DE LAMBERT.
(2) Dr MONTANDON. — (L'Ologénèse. F. Alcan).
(3) CORNEVIN.
(4) LAVILLE.
(5) LAVILLE.
(6) J'ai étendu l'idée de NAUDIN à l'homme.
(7) DE LAMBERT.
(8) R. BARON. — Méthodes de reproduction.

Le mâle doit rester musculaire, la femelle doit rester digestive.

Quant à l'instruction intensive et universelle, elle tend à développer de plus en plus le cerveau, c'est-à-dire à précipiter la différenciation et par conséquent à abréger la carrière de la race.

Mais ce danger, commun aux deux sexes, est encore plus menaçant pour les filles. Leur donner les mêmes leçons, les mêmes emplois, les mêmes exercices, la même mentalité, les mêmes sentiments qu'aux garçons, c'est les déféminiser, les masculiniser, c'est en faire des gynandres.

Or, ce qui assure l'avenir d'une race, c'est la polarisation des sexes, la spécificité de leurs caractères respectifs, la divergence optima de leurs tendances.

En méconnaissant cette loi biologique, l'Alma mater nous fabrique des *bœufs* et des *beuves* (1).

La jeunesse perd l'instinct viril de combativité et la jeunesse féminine, l'instinct de la maternité.

Pendant ce temps les peuples mâles font des enfants, exaltent leurs instincts dans le sens des sexes, et se préparent à accélérer notre destin.

VII

Qu'il me soit permis de dire encore quelques mots en manière de conclusion.

J'ai essayé de vous donner une idée aussi exacte que possible de la *polarité morphologique* des mammifères et particulièrement de l'homme. Il s'agit d'ailleurs d'une loi biologique très générale.

Le microbe lui-même n'oscille-t-il pas entre deux formes extrêmes : le *filament*, où il s'effile au maximum au profit de ses surfaces, et le *coccus*, où il s'arrondit au profit de son volume ? Le filament, forme de carence, le coccus, forme de pléthore ! ne sont-ce pas là deux formes polaires au même titre que le plat et le rond ?

Je vous ai montré ensuite de quelle façon et sous quelles réserves on pouvait comprendre la superposition possible de la polarité sexuelle sur la polarité morphologique.

Si les deux polarités sont de même sens, l'individu s'oriente vers l'hypersexualité (2) ; si elles sont de sens contraire, elles favorisent ou masquent plus ou moins l'intersexualité.

L'intersexualité mitigée est une condition plus ou moins avantageuse pour l'esprit, mais dangereuse pour la vie. Etes-vous pour l'individu ou pour la race ?

Moi je suis pour la race !

Or, dépolariser les sexes est la plus grande imprudence qu'on puisse commettre à l'égard d'un peuple qui veut encore conserver son honneur et son indépendance.

J'ai fait jouer, en l'occurence, le signal S O S, non pour faire ma Cassandre, mais pour analyser le mal et en préciser l'essentiel.

« La vie ne saurait avoir tort ! »

Tôt ou tard elle aura raison de l'esprit et, comme dit Mademoiselle Beulemans : « Il n'y a rien à dire là contre ! »

(1) Mot emprunté à Baron.
(2) Comme y insiste Allaix, ne pas confondre hypersexualité et hypergénitalité, la sexualité de rut et la sexualité de jeu. Les hypergénitaux sont au contraire des hyposexués.

ACTUALITÉS

Le mois médico-psychologique

Quelques observations exceptionnelles

Etre à la fois très délirant, intelligent, affectif et sociable, voilà une combinaison de syndromes pathologiques et normaux présentée par un sujet du service de la Clinique de la Faculté et dont le cas a été relaté par MM. Claude, Le Guillaret et Rondepierre, sous le diagnostic de *paraphrénie*...

Le syndrome délirant est touffu, composé de plusieurs thèmes à prédominance mégalomanique et imaginative, à idées incohérentes. Excité, expansif, le sujet se dit « Dieu le père » ou « Dieu le fils » ; accuse un certain voisin de trahison en affirmant qu'il s'est fait nommer général de division pour contrecarrer les ordres de Joffre. Il a vu l'Arc de Triomphe se dresser tout seul » ; raconte que Napoléon 1er a renversé « ce monument d'un coup de pied et l'a remis ensuite de la même façon, etc. ». Il s'agit comme on voit, d'un délire paranoïde, apparaissant, d'habitude, chez un être intellectuellement affaibli. Ici, ce n'est point le cas. Malgré son énormité et son incohérence apparemment absurde, ce délire se trouverait compatible avec une vie intellectuelle et affective normale.

Les auteurs nous mettent au courant de l'histoire clinique de ce singulier malade.

Il a perdu sa mère à l'âge de 12 ans. Il avait une sœur et un frère plus jeunes de 3 et 5 ans.

Après la mort de sa mère, les trois enfants ont vécu avec le père, un alcoolique invétéré, qui mourut subitement sur la voie publique.

L'aîné s'est occupé de ses cadets et particulièrement de son frère qu'il aida de toutes ses forces à se créer une bonne situation.

Il n'a reçu en échange que des manifestations d'une ingratitude noire.

C'est à cette brouille avec son jeune frère que remonte le début du délire. Le malade commença à parler d'une « bande » dirigée par son frère et, son imagination aidant, il amplifia ses inventions délirantes d'une foule de détails les plus baroques. Ceux qui l'écoutaient avaient l'impression qu'il « brodait » pour « amuser la galerie ». Il avait, d'ailleurs, la réputation d'un « amuseur », d'un « pitre »... En diverses occasions, il donnait des représentations de guignol au théâtre du « Petit Monde ». Il y témoignait d'une certaine originalité. On l'appréciait comme « mime » et comme inventeur de « récits les plus extravagants ». Au « Guignol » il commençait par un tintamarre étourdissant ; racontait des histoires absurdes, incohérentes, d'où il tirait finalement le thème de la pantomime.

Il s'est marié à 31 ans. A sa femme, à ses deux filles, il a toujours témoigné des sentiments affectueux, vifs, normaux. Exerçant la profession de courtier d'assurances, il est très apprécié de sa clientèle : son bagout l'amuse ; il se montre cordial et réussit comme démarcheur. Il travaille depuis 28 ans dans la même compagnie d'assurances, est bien appointé et jouit de la confiance de ses employeurs. C'est ainsi que son patron, qui vient le visiter régulièrement à la Clinique, demande à le reprendre à sa sortie.

Aucun trouble de son activité et de son comportement professionnel, aucune baisse de son rendement n'ont été relevés pendant les mois antérieurs à son internement.

Et voilà un cas dans lequel on constate la coexistence, dans un esprit par ailleurs sain, au caractère normal, d'idées délirantes, absurdes, illogiques, incohérentes...

Les auteurs rejettent le diagnostic de « délire d'imagination », de « psychose hallucinatoire » et de « démence paranoïde », parce que le malade semble reconnaître l'absurdité de ses propos.

C'est ainsi que lorsqu'il dit à l'un de ses clients : « Je suis Dieu le père », il transforme aussitôt sa déclaration en boutade devant l'étonnement de son auditoire... Et il ajoute alors ceci : « Jamais je n'aurais voulu dire de choses semblables pour risquer de me faire interner »...

Et pour qualifier nosologiquement ce cas, il est étiqueté sous le terme de « paraphrénie » ou de « psychose paranoïde ».

***

Une autre observation assez pittoresque de M. Courbon et de Mme Francey nous montre un des aspects cliniques que peut prendre la *colère pathologique*, celui d'une crise d'état passionnel chez une femme de 39 ans, mariée à un vieillard débile de 67 ans dont les effusions, rarissimes et très imparfaites, ne la satisfont guère.

Le syndrome qui nécessita l'internement débuta après plusieurs années de vie conjugale, en apparence paisible, pleine d'entente. Mais voilà que la femme se mit à négliger sa toilette et son ménage ; devint taciturne ; ne voulut plus sortir ni recevoir ; cassait la vaisselle à la moindre contradiction ; lacérait les documents professionnels de son époux.

N'adressant plus la parole à ce dernier, elle lui remit une lettre dans laquelle elle lui exprima son dégoût pour sa personne, tout en lui reprochant de ne pas savoir gagner de l'argent... La missive se terminait par cette demande inattendue : « Tue-moi ! »...

Quand les policiers, alertés par le mari, se présentèrent pour faire leur enquête sur place, la femme, dépeignée, en tenue désordonnée, proféra bruyamment ses plaintes et ses récriminations, accusant son époux de lui avoir fait mener une « vie d'enfer », à elle qui lui a sacrifié sa « jeunesse » ; lui reprochant, aussi, de dépenser son argent en spéculations « idiotes » et en « orgies » ; avouant le désir de mourir plutôt que de continuer à être une « victime de la stupidité de son mari » (*sic*)...

Au bout de quelques jours d'isolement à l'Asile, la femme se calma et put fournir des explications sur son accès de colère :

— Il y a toujours eu entre mon mari et moi, déclara-t-elle, une incompréhension qui m'exaspérait... Il n'a jamais su me prendre... Tous les efforts qu'il faisait pour me calmer m'énervaient davantage... Mon mari se laissait facilement escroquer par des inventeurs. C'est ainsi qu'il avait prêté de l'argent à un certain V... qui construisait, soit-disant un « avion sans pilote » (!)... C'est exaspérant de voir disparaître ainsi la fortune du ménage... Mon mari est vieux et n'est pas éternel .. Que deviendrai-je seule, lui disparu ?... Je n'avais pas l'intention sérieuse de me tuer, non ; je voulus donner une leçon à mon mari !... »

Le diagnostic d'état hyperémotif d'ordre passionnel au moment des époques explique fort bien le cas par le *libido* non satisfait...

***

Il est assez rare pour ne pas dire exceptionnel, de voir des *toxicomanes* se servir d'une façon prolongée, de la voie *intraveineuses* pour satisfaire à leur obsession. Voici un cas observé par MM. Dupouy et Pichard dans lequel un malade, un blessé de guerre, atteint de paraplégie avec troubles sphinctériens et douleurs fulgurantes violentes, a pris l'habitude de se piquer à la morphine à raison de trois injections par jour, chacune de 5 c.c. Evacué en arrière, il a continué à se morphiniser. En 1921, il part aux colonies dont il est originaire et, là, ne cesse point de se livrer à sa toxicomanie, au point qu'en 1927, il arrive à s'injecter sous la peau deux grammes de morphine associée à du pantopon à doses variables. Il cherche alors à réduire sa dose quotidienne, sans y parvenir, lorsque, en 1929, il y a trois ans, il eut l'idée de se servir de la voie intra-veineuse.

Il débuta en s'injectant de cette manière le contenu entier de sa seringue et tomba, aussitôt après, dans une

syncope qui dura trois heures. Revenu à lui, il adopta définitivement ce mode d'introduction du poison pour deux raisons : réduction importante de la dose quotidienne et intensité plus grande de la sensation recherchée. Quand, par hasard, il se trompait de dose en la dépassant quelque peu, il déterminait chez lui un état confusionnel, semi-délirant, une sorte d'ivresse dont il avait conscience et qui disparaissait au bout d'un certain temps.

A propos de cette curieuse observation, M. Morat a cité le cas d'un étudiant en médecine qui eut la malheureuse inspiration de recourir à l'héroïne par la voie intraveineuse pour combattre un certain degré de fatigue générale. Il s'injecta d'emblée un demi-centigramme d'héroïne. Le choc qu'il éprouva dès la première piqûre fut, d'après lui, très supportable et il continua de la sorte, sans jamais avoir recours à une injection sous-cutanée. Il parvint ainsi à s'introduire par les veines six centigrammes d'héroïne en 24 heures et put poursuivre ses études jusqu'en troisième année sans que sa toxicomanie fut soupçonnée. Augmentant progressivement la dose jusqu'à trente centigrammes par jour, il fit un jour, à la suite d'une injection massive, un choc syncopal avec perte de connaissance pendant trois heures.

Soumis ensuite à un traitement de désintoxication, il fut sevré progressivement et revint à l'état normal assez rapidement.

Il est assez remarquable de constater dans ces deux observations la grande tolérance de l'organisme aux alcaloïdes de l'opium.

Et, pourtant, l'introduction brutale de ces alcaloïdes dans le sang n'agit pas seulement par la gravité du choc ; tous ces poisons sont aussi des destructeurs du globule rouge. La tolérance de l'organisme n'est que plus surprenante.

Dr J. Roubinovitch.

VARIÉTÉS

Le vin et les boissons alcoolisées

Par Henri VIGNES

Le médecin ne peut pas ne pas condamner l'ivrognerie et l'alcoolisme, dangereux pour l'individu, pour sa descendance et pour ses semblables.

Mais le problème n'est point là. Il s'agit de savoir s'il y a inconvénient à absorber chaque jour une quantité moyenne d'une boisson moyennement alcoolisée, telle le vin. Pour certains hygiénistes et moralistes, l'inconvénient serait formidable et c'est leur doctrine qui a abouti dans quelques pays au régime de la prohibition.

L'usage du vin ou des boissons similaires étant très répandu de par le monde et depuis des siècles, on peut se demander si une doctrine aussi absolue ne résulte pas d'une généralisation abusive et si la constatation des accidents morbides et psychiques, que cause l'ingestion abondante d'alcool, la constatation des petits troubles que l'ingestion minime d'alcool détermine chez des sujets prédisposés n'a pas faussé le jugement des abstinents.

***

Le vin peut, à bon droit être considéré comme un aliment. — Il peut fournir à l'organisme un chiffre important de calories (1).

(1) Alquier et Loeper (La valeur alimentaire du vin. *Progrès médical*, 5 oct. 1929) indiquent pour un litre de vin une valeur calorique de 730 calories (c'est-à-dire plus qu'un litre de lait, un kilo de pommes de terre ou une demi-livre de pain). Je rappelle que la dépense moyenne en calories d'un homme adulte est de 3.000 en vingt-quatre heures.

Le Professeur H. Delaunay et le Professeur G. Portmann (de Bor-

Pratiquement, il ne fournit qu'une petite partie des calories nécessaires pour assurer la vie quotidienne et il convient, sauf circonstances exceptionnelles (1), de ne pas trop insister sur la valeur alimentaire du vin, car il serait absurde de soutenir qu'on puisse remplacer habituellement dans le régime un plat de viande ou un plat de légumes par un litre de vin.

***

Le vin est un condiment (l'expression est de Landouzy) et c'est, souvent, un condiment précieux, qui favorise le travail du tube digestif (2). Ce fait est indéniable pour un très grand nombre de sujets et, parmi ceux-ci, il en est pour qui le vin est à peu près indispensable ou du moins, infiniment utile. Il est non moins indéniable que chez d'autres sujets l'estomac tolère mal le vin et que d'autres encore n'en tirent nul profit et nul inconvénient. Nous n'avons pas tous le même tempérament. C'est folie de prescrire du vin à l'individu dont l'estomac ne le tolère pas ; c'est folie de le défendre à qui en tire bénéfice. Ces différences ne sont pas spéciales au vin. Quand on prend la peine d'interroger malades ou bien portants, on voit que le poivre, le sel, le vinaigre, la moutarde, l'estragon et tous les condiments sont salutaires à certains et néfastes à d'autres.

Ce rôle de condiment que remplit le vin chez un grand nombre d'individus est à retenir, l'emploi des assaisonnements étant un fait très général dans l'espèce humaine.

L'action que le vin exerce sur les sécrétions digestives ou, peut-être, les principes astringents que contiennent beaucoup de vins expliquent les effets salutaires que l'on obtient dans certains états diarrhéiques. Dans diverses publications étrangères et françaises récentes, j'ai vu qu'on aurait observé des effets favorables du vin chez certains sujets atteints de colibacillose : ces affirmations qui corroborent mes impressions cliniques personnelles me semblent devoir être étudiées méthodiquement.

***

Le vin est un stimulant du système nerveux et surtout du sympathique et, pour Ch. Fiessinger, il serait un stimulant du système endocrinien. Il peut exercer aussi une action tonique favorable chez certains sujets ; mais, là encore, il faut insister sur ce que nous n'avons pas tous et toutes, le même tempérament. Les uns trouvent dans le vin un excitant salutaire. D'autres n'ont pas à s'en louer : du nombre de ceux-ci, il en est qui tirent plus de bénéfice du café, du thé, de la cigarette, que sais-je encore. L'emploi des stimulants est un fait de tous les pays et de tous les temps ; certains sujets en ont un besoin continu pour obtenir un état d'euphorie minima nécessaire à leur activité et d'autres en ont un besoin intermittent. Le problème est plus général, d'ailleurs, que le problème des stimulants, et quiconque observe les habitudes alimentaires, sans doctrine préconçue et sans fanatisme, peut se rendre compte que les uns sont de grands mangeurs de viande, que les autres sont de grands mangeurs de sucres et de farineux, que d'autres se précipitent sur les crudités, que d'autres consomment de grandes quantités de lait. Il y a là, le plus habituellement, des manifestations instinctives qui traduisent des besoins de l'organisme et tel qui se nourrit à « contre-instinct », tel qui, pour obéir à une prescription hygiénique non motivée, se prive de l'aliment nécessaire à son tempérament, peut payer de troubles parfois inquiétants cette conduite déraisonnable.

Le besoin de boissons alcoolisées peut être particulièrement marqué dans certains malaises. En pratique gynécologique, par

deaux), concluent des travaux de divers auteurs et de leurs recherches que l'alcool ingéré sous une dilution convenable (environ 10 %, c'est-à-dire la dilution moyenne des vins moyens de France) et en quantité modérée (1 gr. environ par kilog et par 24 heures), est entièrement comburé jusqu'aux termes ultimes : CO_2 et H_2O, sans qu'il y ait rejet de produits incomplètement oxydés. La capacité d'oxydation de l'alcool par l'organisme de l'homme est d'environ 7 à 10 c. c. par heure. Au-dessus de cette dose, la combustion est imparfaite, la teneur du sang en alcool s'élève, et l'alcool apparaît dans les produits d'excrétion, en particulier dans l'urine.

(1) Il faut retenir que le vin favorise la fixation de l'azote et du phosphore (Alquier et Loeper) et qu'il a un pouvoir d'épargne pour les substances azotées. Le fait n'est pas particulier à l'espèce humaine et les mammifères peuvent en tirer profit : L. Roos, directeur de la Station Oenologique de l'Hérault a fait, en 1900, sous les auspices du Professeur Hédon, une expérience suggestive sur les cobayes : deux lots de cobayes de même portée et de même poids initial reçurent une alimentation identique ; et, à l'un des lots, on donna, en plus, 30 centim. cubes de vin par kilog de poids corporel. Les cobayes de ce lot eurent une très nette supériorité de poids sur le témoin : 5 % de plus au bout de trois mois et 12 % au bout de six mois. Le Professeur Mauriac et Aubertin (de Bordeaux), ont observé une action analogue sur les lapins. D'autres auteurs l'on également retrouvée chez le cheval.

(2) Le vin excite la sécrétion salivaire, la sécrétion gastrique, l'évacuation de l'estomac, et, comme l'ont montré Loeper et ses collaborateurs, il augmente l'afflux de bile dans le duodénum. Loeper a montré, aussi, que, dans des cas d'insuffisance hépatique modérée, le vin influence favorablement le rapport azoturique et le coefficient de Maillard.

exemple, le vin, l'alcool rendent des services dans certaines métrorrhagies, dans certaines dysménorrhées pour lesquelles les femmes l'emploient instinctivement, et aussi certains troubles de la ménopause. (Je dis certaines et certains, et non pas toutes et tous).

Je ne parle pas de son action non discutée dans certaines pyrexies graves comme l'ont enseigné, il y a longtemps, Laennec et Trousseau. Le vin de Champagne est particulièrement connu pour ses effets salutaires dans l'adynamie des maladies infectieuses.

***

Pour apprécier les effets du vin sur l'organisme, je crois qu'on ne saurait trop insister sur la notion du tempérament. Il n'y a pas une hygiène alimentaire, il y a des hygiène alimentaires.

De plus, chez un même sujet, les besoins peuvent varier. Tel qui passe d'une vie intellectuelle à une vie mouvementée pourra ingérer de plus grandes quantités de vin et en tirer un réel bénéfice. Au contraire, tel franc buveur, en vieillissant, ne peut plus supporter l'alcool et tel autre ne peut plus supporter le vin.

Il est toujours intéressant d'étudier pourquoi un amateur de vin cesse d'aimer sa boisson favorite et pourquoi certains buveurs d'eau éprouvent soudain le besoin de vin. Je connais des femmes qui, dès qu'elles commencent leur grossesse, ont le dégoût de vin et j'en connais d'autres qui, à ce même moment, en ressentent le besoin impérieux (1).

***

Si le vin est utile à bien des sujets, ce n'est pas à dire qu'il ne faille pas se méfier des excès. Pour toutes les substances qui déterminent de l'euphorie, il est facile de glisser à l'abus. L'instinct est un bon guide, parfois, et, parfois, il nous fait dépasser le but.

Le médecin se doit de connaître et de faire connaître les petits signes de l'intoxication alcoolique chronique. Il doit dépister l'alcoolisme discret de ceux qui ingèrent sans s'en douter plus d'alcool qu'il ne convient. Il doit soigner et rééduquer les alcooliques invétérés.

La société se devrait de réprimer, de façon exemplaire, tout acte antisocial accompagné d'ivrognerie. Il est absurde que l'ivrognerie soit tantôt une excuse et tantôt un motif d'aggravation pour les juges qui ont à connaître d'un crime ou d'un délit : le fait qu'il y ait eu coïncidence d'alcoolisme aigu devrait *toujours* faire jouer automatiquement un coefficient d'aggravation de la peine encourue.

Mais les méfaits de l'intoxication alcoolique sont une affaire et les bienfaits du vin, pour un grand nombre d'hommes et de femmes, sont une autre affaire.

(1) Dans bon nombre de cas où je prescris à mes clientes un régime végétarien, je leur permets ou leur conseille (sauf contre-indication) une petite dose de vin pour éviter une dépression trop marquée.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement de certaines aménorrhées par la saignée générale

Dans certaines aménorrhées d'ordre médical, telles que celles d'origine endocrinienne, M. Violet (*Soc. nat. de méd. et des Sc. médic. de Lyon*, 8 juin 1932) conseille de commencer le traitement par une saignée générale de 200 ou 250 grammes. Il a ainsi traité, depuis cinq ans, treize cas avec d'excellents résultats. Une seule saignée suffit souvent, et au bout de quelques jours les règles apparaissent; dans d'autres cas, il a fallu la répéter deux ou trois fois. Il semble assez difficile d'explique le mécanisme par lequel agit la saignée : peut-être a-t-elle un action sur les organes hématopoïétiques.

Fréquence de l'hérédité diabétique

Dans bon nombre de cas le diabète se présente comme une maladie héréditaire.

D'après les statistiques publiées dans ces dernières années la fréquence de cette hérédité serait de 20 à 25 %.

Lemoyne de Vernon (*Th. de Lyon*, 1932) sur un total de 81 observations, a noté 13 fois l'existence de l'hérédité (directe ou collatérale) — soit dans 15 pour 100 des cas. Il existe une différence sensible dans les statistiques suivant que l'on s'adresse à des malades d'hôpital ou à des malades de clientèle. Il est à présumer, dit Lemoyne de Vernon, que les statistiques établies dans les services hospitaliers sont inférieures à la réalité, l'interrogatoire n'étant pas toujours assez poussé. Aussi l'hérédité n'étant pas recherchée systématiquement, il est probable que beaucoup de cas de diabète héréditaire passent inaperçus.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

Le docteur Louis Martin grand officier de la Légion d'honneur. — *Journal des Débats.* — L'élévation à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur de M. le Docteur Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur, directeur de l'hôpital Pasteur, a provoqué au Puy une légitime satisfaction. Né au Puy, comme ses frères, le sénateur de la Haute-Loire et le ministre des Finances, M. Martin jouit dans sa ville d'origine de la respectueuse considération et des sympathies unanimes de ses compatriotes.

Ils sont fiers d'avoir donné à l'Institut Pasteur des hommes tels que Roux, Chantemesse et Martin, dont la science est au service désintéressé de l'humanité et dont la modestie est un haut exemple pour tous.

La simplicité du docteur Louis Martin est particulièrement appréciée des humbles parmi lesquels ce savant éminent vient passer quelques semaines de vacances au cours de la belle saison. D'accueil affable, toujours souriant, le sous-directeur de l'Institut Pasteur aime la compagnie des paysans qui peinent sur le plateau voisin du Mas, près des villages d'où sont sortis les parents de Vallès et où il venait « arracher de l'herbe et de la copie ». Qui sait si plus d'une fois leur ténacité traditionnelle n'a pas inspiré et soutenu son effort contre la maladie et la souffrance ?

Le Velay reçoit dans l'un des meilleurs des siens un grand honneur ; il en est reconnaissant à celui qui le mérite si bien.

Les médecins contre la circulaire de Monzie. — La circulaire de M. de Monzie, relative à l'admission dans la classe de sixième des lycées et collèges a soulevé de nombreuses protestations. Le corps médical de Marseille vient à son tour de signaler le danger de cette circulaire et notamment de protester contre la décision qui exige, pour l'admission des enfants, un certificat d'aptitude physique délivré par les médecins du lycée ou un médecin assermenté.

Le docteur Battesti, président du syndicat des médecins de Marseille, a déclaré à ce sujet :

C'est une nouvelle attaque brusquée, attaque dirigée cette fois par le ministre de l'Education nationale, contre les droits de la famille, du médecin de la famille, contre le libre choix du médecin reconnu par la loi. Qui, en effet, est plus qualifié que le médecin de famille pour délivrer un certificat, et quelles garanties peuvent donner des examens faits en série par un médecin qui ignore tout de l'enfant soumis à sa visite et de ses antécédents personnels ou familiaux ?

Des médecins très réputés ont dû adresser leurs enfants à des confrères. Nous n'insistons pas sur les nombreuses démarches des pères et des mères allant de cabinet médical en cabinet, démarches encore plus vexatoires qu'onéreuses. Est-il vraiment possible d'en arriver à de pareils non-sens ? Nous ferons l'impossible pour que des faits semblables ne puissent plus se renouveler. Nous avons mis en action tout à la fois la Confédération des syndicats médicaux français, les associations de parents et les groupements de membres de l'enseignement secondaire. Le ministre prendra, nous l'espérons, les mesures que la raison et l'équité commandent. Ou alors il faudrait croire que le bon sens, apanage de notre race, a déserté les bureaux ministériels, et nous agirions en conséquence.

A propos de la contagion de la lèpre. — Aux Iles Philippines, pour prouver que la lèpre n'est pas contagieuse entre adultes, 4 médecins et 10 employés du service de santé se sont inoculés des produits lépreux. Les noms des confrères qui ont risqué cette expérience sont : MM. Manolang, Chiyuto, Antonio Ejercito et Espiridion Celis. Les premières inoculations datent déjà de huit mois. (*La Presse Médicale*).

Infanticide. Une statistique. — Chiffres extraits des Comptes généraux de la justice criminelle de France :

	Infanticides ayant fait l'objet d'un non lieu	Infanticides classés sans suite	Infanticides poursuivis	Nombre des accusés	Nombre des acquittés
De 1830 à 1930	16.445	22.686	13.601	15.137	5.873
De 1920 à 1930	1.372	1.297	944	1.050	568

En ce qui concerne le sexe des accusés on compte un homme pour quinze femmes.

La population rurale fournit une proportion de 75 %, la population urbaine de 25 %. A remarquer qu'un individu résidant depuis moins de six mois dans une ville est compté parmi la population rurale et que beaucoup de filles enceintes émigrent de la campagne à la ville pour cacher leur grossesse et leur accouchement.

D'après la même statistique la répartition par profession donne le pourcentage suivant :

Agriculture	50
Domestiques	20
Industrie	18
Sans profession	9
Professions libérales	1

Au point de vue de l'âge, d'après les chiffres donnés par le ministère de la Justice, le crime d'infanticide est plus fréquent aujourd'hui à un âge moins avancé, qu'il y a cinquante ans. (L. GAMBUT. *De l'état social et mental des mères qui tuent leurs enfants et de la protection à leur assurer.* Thèse de Lyon, 1932.)

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4261

FONDÉ EN 1873. — N° 36 LE NUMÉRO : 50 Centimes 3 SEPTEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Asile public d'aliénés du Mans. — Le poste de médecin chef est vacant à l'asile d'aliénés du Mans.

Légion d'honneur. — MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE — *Sont promus ou nommés : Au grade d'officier.*— Docteur Morali, d'Alger.

Au grade de chevalier : Docteur Jean Goutenègre, de Mazan (Vaucluse) ; Docteur Alphonse Grenet, médecin de l'hôpital d'Etampes ; Docteur Francis Heckel, de Paris ; Mme Sarrazin, surveillante à l'hospice de la Salpêtrière.

Médailles d'honneur de l'éducation physique. — *Médailles d'or.* — MM. de Chaisemartin, à Joinville (Seine) ; Monteux, médecin commandant, à Antibes (Alpes-Maritimes) ; Vachet, à Paris.

Médailles d'argent. — MM. Le Carm, médecin de 1re classe de la marine à Paris ; Sammuler, à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).

Médaille de bronze. — M. Carle, externe des hôpitaux de Paris.

Mérite agricole. — Sont nommés :

Au grade d'officier. — MM. les Docteurs Devraigne et Planton (de Paris), Verdier (de Millau).

Au grade de chevalier. — M. le Docteur Didier (de Paris).

Mérite maritime. — *Officiers.* — MM. Fidancet, médecin sanitaire maritime, à Marseille ; Bouteiller, médecin chef de 1re classe.

Chevaliers. — MM. Lansezkour, médecin sanitaire maritime, au Havre ; Le Cann, médecin principal de la marine.

Service de santé. — *Mutations.* — Le médecin colonel Bailly, de l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé, maintenu et désigné comme médecin chef.

Le médecin lieutenant-colonel Lemoine, de l'Ecole d'application du Service de santé militaire de Paris, à l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis.

Le médecin commandant Poy, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à l'Ecole d'application du service de santé militaire.

Les médecins capitaines : Gruson, des troupes du Maroc, à l'Ecole d'aviation d'Istres ; Rouget, du 173e d'infanterie, à l'hôpital militaire annexe d'Ajaccio ; Brocard, du 23e tirailleurs algériens, à l'infirmerie-hôpital de Bourg-Saint-Maurice ; Matinier, du 121e d'infanterie, à l'Ecole militaire préparatoire de Billom ; Rey, des troupes du Maroc, à la 1re légion de la Garde républicaine mobile ; Marteau, du 26e d'infanterie, à l'Ecole militaire préparatoire d'Autun ; Senequier, du 19e corps d'armée, aux troupes du Levant ; Péraldi, des troupes du Maroc, au 19e corps d'armée.

TROUPES COLONIALES. — *En Indochine.* — Le médecin capitaine Marchat, au 42e mitrailleurs malgaches ; le médecin lieutenant Soulage, dans les établissements français de l'Inde.

En Afrique occidentale française. — Le médecin commandant Caperan, au 16e tirailleurs sénégalais ; le médecin commandant Bizien, au 24e tirailleurs sénégalais ; le médecin commandant Lacaze, au 21e d'infanterie coloniale.

En Guyane. — Le médecin capitaine Charot, au 12e tirailleurs sénégalais.

En Algérie. — Le médecin commandant Clouet, du 8e tirailleurs sénégalais.

Au 2e d'infanterie coloniale. — Le médecin capitaine Le Rouzi, rentré du Cameroun.

Au 21e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Pons, rentré de l'Afrique occidentale française.

Au 23e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Leschi, du 11e d'artillerie coloniale.

Au régiment d'infanterie coloniale du Maroc. — Le médecin capitaine Duron, rentré de l'Indochine.

Au 4e mitrailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Hilleret, du 52e mitrailleurs indochinois.

Au 8e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Colin, rentré de l'Afrique occidentale française.

Au 12e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Brobant, rentré d'Algérie.

Au 14e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Castets, rentré de l'Afrique occidentale française.

Au 16e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Beautes, rentré de l'Afrique équatoriale française.

Au 41e mitrailleurs malgaches. — Le médecin capitaine Camenen, rentré de Chine.

Au 42e mitrailleurs malgaches. — Le médecin capitaine Bajolet, rentré de la côte française des Somalis.

Au 11e d'artillerie coloniale. — Le médecin commandant Kerusore, rentré du Cameroun.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales de Marseille. — Le médecin lieutenant-colonel Peyre, rentré de l'Afrique occidentale française ; le pharmacien capitaine Chevalier, de l'hôpital militaire de Fréjus.

Service de santé de la Marine. — Sont nommés, après concours, aux fonctions suivantes :

CHARGÉS DE COURS. — A. — Pour une période de quatre ans comptant du 1er décembre 1932 : *Chef des travaux pratiques de bactériologie a l'école d'application de Toulon,* M. Prade, médecin de 1re classe.

B. Pour une période de quatre ans comptant du 1er novembre 1932 : *Physiologie, hygiène à l'école principale du Service de santé de la marine à Bordeaux,* M. André, médecin de 1re classe.

Histologie, embryologie, aux écoles annexes de Toulon et Brest, M. Escartefigue, médecin de 1re classe pour l'école annexe de Toulon et Le Meur, médecin de 1re classe, pour l'école annexe de Brest.

Séméiologie, petite chirurgie, aux écoles annexes de Toulon et de Rochefort, MM. Audoye, médecin de 1re classe, pour l'école annexe de Toulon et Barbin, médecin de 1re classe, médecin-major de l'école des fusiliers marins, pour l'école annexe de Rochefort.

— Destinations à donner aux officiers dont les noms suivent :

Médecins principaux. Sont désignés : MM. Charpentier, comme médecin-major du croiseur école *Jeanne d'Arc* ; Thomas comme médecin-major du bataillon de côte, à Toulon.

Médecins de 2e classe. Sont désignés : MM. Cals, pour embarquer sur l'aviso *Craonne* ; Hubert, pour embarquer sur l'aviso *Altaïr.*

Médecins de 1re classe. M. Cluzel, à Guérigny, est maintenu dans ses fonctions actuelles pour une nouvelle période de deux ans comptant du 20 septembre 1932.

Assistant des hôpitaux coloniaux. — *Instruction pour l'application du décret du 22 août 1928, modifié par le décret du 3 juin 1932, instituant un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux* (modificatif à l'instruction du 3 novembre 1928).

Art. 1er, premier alinéa, au lieu de : « Les médecins capitaines ayant obtenu au concours le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux... », mettre : « Les médecins capitaines ayant été désignés après concours pour accomplir le stage d'assistant des hôpitaux coloniaux... ».

Art. 4, ajouter le paragraphe suivant :

« Ceux qui n'auront pas accompli la durée totale du stage fixé par décision ministérielle perdront tout droit au titre d'assistant des hôpitaux coloniaux ».

Art. 5, 2e alinéa, ajouter : « La durée de ces stages hospitaliers sera égale, au total, au tiers du temps fixé pour le stage d'assistant ».

Art. 5, 4e alinéa, au lieu de : « Les assistants des hôpitaux coloniaux sont placés », mettre : « Les médecins désignés pour remplir les fonctions d'assistant sont placés ».

Art. 5. après le dernier alinéa, ajouter : « A la fin de chaque année de stage, il est établi par le ou les chefs de service, sous les ordres desquels les assistants ont été placés durant l'année, une feuille de notes techniques qui sera adressée au département, par la voie hiérarchique, sous le timbre de la direction des troupes coloniales (1er bureau). Les feuilles de notes établies au titre de la dernière année de stage devront spécifier si le candidat mérite de recevoir le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux ».

Art. 6., au lieu de : « Les assistants qui cessent leurs fonctions reçoivent », mettre : « Les assistants qui, après leur stage, ont acquis le titre d'assistants des hôpitaux coloniaux reçoivent ».

Chapitre II, paragraphe Clôture des opérations, alinéa 1er, première phrase, supprimer les mots « Pour nomination ».

Conseil supérieur du tourisme. — Par arrêté ministériel du 5 août 1932, sont nommés membres du Conseil supérieur du tourisme pour les années 1932, 1933, 1934 et 1935, MM. Desgrez, Baudouin, Cany, Descomps, Durand-Fardel, Bordas, Boursier, Gardette, à Paris ; Meillon, à Cauterets ; Moncorgé, au Mont-Dore ; Sellier, à Bordeaux.

Office national du tourisme. — Sont nommés membres du Conseil d'administration de l'Office national du tourisme, pour les années 1932, 1933, 1934 et 1935, au titre de représentants des stations hydro-minérales ou climatiques et des stations de tourisme, MM. Boursier, Cany, Desgrez, Durand-Fardel, à Paris ; Meillon, à Cauterets ; Moncorgé, au Mont-Dore ; Sellier, à Bordeaux.

Université de Paris. — Par décret présidentiel, le recteur de l'Académie, président du conseil de l'Université de Paris, est autorisé à accepter la donation d'une somme de 20.000 francs que M. Delcroix (Alexandre-Louis-Joseph) a faite à cet établissement au profit de son institut de radium (département thérapeutique et médical, dénommé fondation Curie) pour ladite somme être affectée aux recherches ayant pour but la guérison du cancer.

Clinique ophtalmologique Hôtel-Dieu. — Sous la direction de M. le Professeur Terrien, un cours de chirurgie oculaire sera fait à l'Hôtel-Dieu, par M. le Professeur Regaud, M. Velter, professeur agrégé, M. A. Terson, et MM. Casteran, Veil, Renard, J. Blum et Dollfus, chefs de clinique.

Ce cours commencera le vendredi 21 octobre, à 10 heures, à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) ; il continuera les jours suivants et sera complet en douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques (à l'Ecole de médecine); démonstrations de diathermie, visite à l'Institut du radium.

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée du cours.

PROGRAMME DES LEÇONS. — 1. *La chirurgie oculaire* : Ses principes généraux, ses particularités. Son évolution et ses tendances. Examens préliminaires, technique préopératoire et soins consécutifs. — 1 *bis. Evolution historique des opérations de cataracte et de glaucome* : Origines et techniques successives de l'abaissement et de l'extraction du cristallin. — *Iridectomie et sclérostomie* : Procédés anciens et nouveaux. Améliorations techniques.

2. *L'opération de la cataracte* : Améliorations apportées à la technique classique. Prophylaxie des accidents immédiats (suture cornéenne, pont conjonctival). Prophylaxie de la cataracte secondaire (extraction totale et arrachement capsulaire). Prophylaxie des accidents post-opératoires (hémorragie expulsive, retard de cicatrisation, prolapsus irien). (Exercices pratiques au laboratoire de la clinique).

3. *Les courants de haute fréquence en ophtalmologie* : Les différents courants employés. Leurs indications respectives. Les appareils. Les électrodes. Les avantages. Les contre-indications et les dangers de la méthode. (Démonstration pratique au laboratoire de la clinique).

4. *Opérations dirigées contre l'hypertonie intra-oculaire* : Hypertension dans les iritis et iridio-cyclites ; paracentèse de


La Passiflorine
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)
DARVILL


BIOENTÉRASE Ampoules
LA BIOENTÉRASE
au secours de l'enfance
(ampoules buvables 10 cc.)
Gastro-entérite des nourrissons. — Entérite aiguë. — Diarrhée verte. — Choléra infantile — Entérocolites dysentériformes.
Posologie : par année d'âge, suivant l'intensité des symptômes, 1 à 2 ampoules par 24 heures.
A PRENDRE DANS DE L'EAU SUCRÉE.
NON TOXIQUE
LABORATOIRES DE L'AMIBIASINE
69, Rue de Wattignies — PARIS (XIIe)

la chambre antérieure. Hypertension primitive : iridectomie antiglaucomateuse dans le glaucome aigu. Opérations fistulisantes. Opération de Lagrange. Technique d'Elliott dans le glaucome chronique. Ciliairotomie et sclérotomie postérieure dans le glaucome absolu. (Exercices pratiques au laboratoire de la clinique).

5. *Traitement chirurgical du décollement de la rétine* : Indications. Discussion des procédés récents. Démonstrations pratiques. Présentation de malades.

6. *Les opérations sur les muscles de l'œil* : Tenotomie, avancement ou plissement capsulo-musculaire, avancement après résection du tendon, raccourcissement musculo-tendineux (Duverger-Velter). Indications respectives. (Exercices pratiques.)

7. *Les opérations sur les voies lacrymales* : Exploration. Stricturotomie. Ablation du sac. Dacryocystorhinostomie. Technique et indications des différents procédés. Les opérations sur les glandes.

8. *Les autoplasties palpébro-conjonctivales* : Principes généraux de ces autoplasties : obtention de plaies chirurgicales aseptiques ; traitement préalable des cicatrices. Autoplasties par glissement et à lambeaux pédiculés. Greffes cutanées sans pédicule. Greffes épidermiques. Autoplasties conjonctivales par glissement et à lambeaux ; greffe de muqueuse buccale. Réfections conjonctivales totales. (Exercices pratiques et projections.)

9. *Radiumthérapie des tumeurs de la conjonctive et des paupières* (M. le Professeur Regaud). (Cette leçon sera suivie de la visite de l'Institut du radium).

10. *Les opérations sur l'orbite* : Orbitectomie. Opération de Knapp-Lagrange pour les tumeurs du nerf optique. Opération de Kroenlein (résection temporaire de la paroi externe de l'orbite). Exentération de l'orbite. (Exercices pratiques.)

11. *Traitement chirurgical de l'entropion et de l'ectropion* : Entropion spasmodique : sutures de Snellen et de Gaillard. Résection de l'orbiculaire. Entropion cicatriciel : marginoplasties. Entropion type paralytique : entropion cicatriciel. Etude critique des différents procédés. (Exercices pratiques.)

12. *Traitement chirurgical du ptosis* : Procédés de suppléance. Méthode de Panas et ses dérivés. Opération d'Angelucci, de de Lapersonne. Procédés de Motais et de Parinaud. (Exercices pratiques.)

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours. Le droit d'inscription est fixé à 300 francs.

Se faire inscrire les lundis, mercredis, vendredis, avant le 10 octobre, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) ou à l'*A. D. R. M.*, salle Béclard (Faculté de médecine).

Nécrologie. — Docteur BAZENERYE, de Paris, 15, rue d'Hauteville, décédé dans sa 69e année. — Docteur Charles BOIS, de Saint-Laurent-de-Chamousset (Rhône), décédé dans sa 82e année. — Docteur André DESCUBES, médecin commandant en retraite, décédé dans sa 69e année au manoir de Rouffiac. — Docteur Gustave MONOD, de Vichy. — Docteur MORIN DE CHATELLERAUT, tué par une automobile. — Docteur Maurice NICOLLE, de l'Institut Pasteur. — Docteur VILLIERS-MORCAME, professeur honoraire à la Faculté de pharmacie de Paris. — Abel BERTRAND, élève de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon, décédé accidentellement. — Docteur Roger DE LA HARPE, de Vevey. — Docteur Fritz STEINMANN, professeur à la Faculté de médecine de Berne.



TRAVAUX ORIGINAUX

Chagrins d'amour et psychoses

Les mots-perroquets. La doctrine de Freud et l'élan de destruction. Biologie des émotions et des passions. Loi de l'oscillation de la décharge motrice et de la décharge végétative. Psychose de désirs. Sinistroses ou colloïdoclasies conjugales. Psychose de dégoût. Désensibilisation ou : Comment Cupidon a perdu son bandeau. Troubles psycho-organiques atypiques.

Par la doctoresse C. PASCAL

Médecin-chef des Asiles Publics d'aliénés de la Seine.

« L'amour ? Un seul mot pour tout çà.
« Tu m'aimes, je t'aime, nous ne nous ai-
« mons plus. L'humanité ergote autour
« d'un mot insuffisant dont elle est dupe »;

Henry BATAILLE.

Le besoin de précision qui est le propre de notre époque actuelle, pousse savants, philosophes et littérateurs à faire la revision de l'échelle des valeurs verbales. Après Bergson, après Bataille et tant d'autres psychologues qui nous ont mis en garde contre le psittacisme, Paul Valery a entrepris la chasse aux mots-perroquets, à ceux que le temps a déplumés et qui n'ont plus qu'une « valeur d'emploi ». Le mot amour est-il devenu un énorme cacatoès réduit à l'usage externe, sans beauté et sans charme, et qui attend qu'on l'extermine ? Si la littérature moderne continue à lui laisser ses plumes, ses philtres et ses flèches empoisonnées, la psychologie est devenue plus exigeante, elle réclame sa vivisection et son autopsie, elle veut savoir comment il fait le bonheur et le mal, le crime et la folie.

La fréquence du crime passionnel et des psychoses par refoulement exige que l'étude de l'amour soit reprise sur des bases nouvelles. La plupart des psychologues et des criminologues sont encore aux définitions désuètes et insuffisantes des passions, données par Descartes, Cureau de la Chambre et Kant. Activité contrariée ? Emotion chronique ? Emotion intellectualisée ? Constitution viciée ? etc.

Pendant des siècles, philosophes, psychologues, aliénistes et littérateurs ont utilisé, sans critique, ces mots, et ils ont confondu les passions avec les émotions, le désespoir, la tristesse, le chagrin avec l'ennui, etc.

Les allergies mentales (haine, vengeance, etc.) ont été prises pour des virtualités psychologiques. En science et en littérature, on est encombré de développements théoriques, de définitions verbales rigides et de schémas scolaires. Vraiment, il nous semble bien que l'oiseau-amour et l'oiseau-passion soient déplumés et qu'ils tirent du pied. Partout on réclame des faits positifs qui représentent la vie avec son rythme réel.

Pour combler cette lacune immense, Freud a créé une nouvelle conception de l'amour. Il a rétabli le règne des instincts défendu déjà âprement par Rabelais (naturisme de Panurge), Rousseau (Arcadie) dans la nouvelle Héloïse et Diderot (Est-il bon ? Est-il méchant ?). Comme ses prédécesseurs, il crie au mensonge, démasque l'artificiel et atteint le vrai individuel, le mystère de l'âme où vivent et souffrent les instincts traqués, à l'état de panique.

Pour cet éminent psychologue, le sexuel (la libido) n'est plus une fonction limitée aux possibilités physiologiques mais une énergie psychique, une force aveugle de l'instinct qui veut se dépenser. « Elle n'est que la tension de l'arc qui ne sait pas encore ce qu'il vise » (Zweig). La décharge de la libido est multiple. Elle varie avec le destin sexuel de chacun. Chez les gens équilibrés et qui réalisent une vie normale, elle se libère ou se spiritualise. Chez les malheureux qui sont victimes de la fatalité exogène, elle s'égare, prend de fausses directions, elle se dissimule, se métamorphose et se symbolise dans des « substituts » de réalisations inattendues et singulières. Une nouvelle pathologie mentale s'est créée qui ne trouve plus de place dans les classifications schématiques, ces immenses herbiers de la psychiatrie moderne où règne la confusion des symptômes et des causes. Les états anormaux psychiques et physiques de l'amour sont innombrables. On les rencontre dans les hôpitaux : services de médecine et de chirurgie, dans les sanatoria, les prisons et les asiles d'aliénés. C'est parmi ces névroses à base de fausses directions sexuelles que l'Ecole psychanalytique de Freud a rangé la neurasthénie, la psychasthénie, l'hystérie, la névrose d'angoisse, les névroses intestinales, gastriques, l'asthme, etc., enfin toutes les algies corporelles sans lésions anatomiques qui sont des refuges et des désirs de fuir le chagrin qui accable.

Le crime passionnel est également une modalité de l'amour refoulé et dévié. L'Ecole psychanalytique a très bien mis en valeur ces déviations. La psychose de désir ou la paranoïa sensitive de Kretschmer et les psychoses de sensibilisation que j'ai décrites moi-même, reconnaissent comme origine la douleur morale qui n'a pu être sublimée. Elles représentent de véritables expériences psychologiques où l'émotion-chagrin joue un rôle important.

Sans Freud, nous aurions tout ignoré des conflits intérieurs et de la transformation des émotions. Il nous a appris à regarder derrière les aspects cliniques et de découvrir la souffrance jusqu'à la racine des instincts. Un fait qui me paraît capital, c'est l'intérêt qu'il attache à l'infantilisme psychosexuel, à l'arrêt de la croissance affective ou stade pubéral. Il est vrai qu'il accorde une importance énorme au complexe dit d'Œdipe, au souvenir émotionnel antique, reliquat de l'affectivité fixée par la tragédie grecque. Les mythes, les légendes et les religions en ont tant d'autres plus suggestifs, qu'on se demande pourquoi Freud a choisi le symbole qui représente un état psychique exceptionnel. Mais s'il ne s'agit que d'une hypothèse utilitaire, elle suffit pour admettre le déterminisme ontogénique indéniable et la fixité du niveau mental à tous les degrés du développement affectif. Le stade sexuel sans sublimation est une forme inférieure du psychisme humain.

J'appelle depuis longtemps *byotype freudien*, l'être qui ne peut s'affranchir du domaine de la libido. En art, en religion, en littérature, il y a des penseurs de valeur qui sont dominés par l'émotion sexuelle ; ils ne peuvent la spiritualiser intégralement. C'est sur ce terrain spécial que se développent les névroses freudiennes.

En nous dévoilant le dynamisme psychologique, Freud a réalisé non seulement une œuvre clinique, il a édifié un système philosophique. Il a subordonné la vie à une seule force : la libido, comme autrefois les cartésiens la soumettaient à la raison.

Lorsqu'on étudie la phénoménologie complexe des émotions et des passions on est étonné de constater que Freud a limité les conflits du « Moi aux Autres » du « dedans au dehors », d'autant plus que la censure et la morale religieuse varient avec les peuples et les milieux, et, qu'elles sont souvent inopérantes sur les vrais et les beaux sentiments ; ceux-ci sont irréductibles comme la mort et défient toute convention. Le vrai conflit est de « *soi à soi* », le vrai combat a lieu entre les instincts. Il est certain que Freud a signalé l'instinct de mort qui vit à côté de la création, de la vie, mais comme l'a fait remarquer Zweig, il n'a pas su démontrer leur interaction. Il y a lieu de mettre en valeur, le double rythme de la vie :

◆◆

l'élan vital et l'élan de destruction, l'assimilation et la désassimilation, la sensibilisation et la désensibilisation. Les conflits intérieurs suivent ce double rythme ; leur drame est plus profond, ils ne sont pas seulement, le désir qui veut se décharger, mais la lutte âpre qui s'organise, d'emblée, entre la vie et la mort.

Dans l'amour, l'instinct sexuel ne constitue pas l'unique centre autour duquel tout gravite. L'instinct de conservation s'éveille comme toujours lorsqu'il y a ébranlement émotionnel ; il met en œuvre ses éléments offensifs et défensifs : l'égoïsme, l'amour-propre, la domination, la crainte, la haine et la colère, il aide à organiser le sentiment d'amour avec le « mien intégral et sacré » ce tabou de « l'appartenance » des états préhistoriques, étudié par Lévy-Brühl, et qui est susceptible de réagir, à un moment donné, sous la forme de jalousie, de haine et de vengeance. Et, comme dans le philtre de Tristan et d'Yseult, on trouve toujours le double goût de l'amour et de la mort ; l'instinct de destruction guette partout, stimule la crainte et s'affirme dans la haine, et la jalousie, dans le suicide et le crime ; il est là pour aider à faire osciller la courbe, pour la faire déchoir de la sensibilisation à la désensibilisation. La vie n'est-elle pas un équilibre ? Elle désorganise ce qu'elle organise pour supprimer l'excessif qui est toujours une souffrance.

Quoi qu'il en soit, c'est principalement dans les amours simples non intellectualisées qu'on trouve la prévalence de cette fusion des instincts. Les dissociations pathologiques mettent en valeur l'appartenance mystique. Le crime passionnel est rarement un crime d'amour, il est presque toujours un crime de revendication ou de dépossession ; il a lieu vers le second rythme, à la phase de désensibilisation sexuelle, de lassitude, lorsqu'il ne reste plus que le sentiment de la propriété et le goût de la mort. L'analyse des observations médico-légales justifiée cette manière de voir. Pour les deux sexes, « la défense formelle d'y toucher » est plus durable que le désir sexuel.

Cette mise au point nous permettra de mieux comprendre les rapports du chagrin d'amour avec les psychoses.

Enfin, l'œuvre de Freud aurait gagné en précision s'il avait voulu adopter la psychogénèse subtile aux lois de la biologie. Notre esprit scientifique ne peut plus se contenter de mots-perroquets : complexes etre foulement. Il réclame un soutien organique qui est d'autant plus nécessaire que ces mots sont à la base de la sexualisation somatique, processus freudien indéniable. Pour que cette œuvre soit compréhensible, à la portée de tous, il faut lui joindre le versant biologique. Les acquisitions récentes permettent de tenter ces recherches et d'expliquer à leur lumière, le complexe et le refoulement.

Biologie des émotions et des passions

Avant la guerre, les émotions étaient étudiées avec des données imprécises. On ne pouvait aimer, souffrir, haïr, avoir peur, être coléreux, jaloux, etc., sans la fatalité morbide : la constitution hyperémotive. La guerre a été une expérience grandiose pour l'étude des émotions. Elle a fait connaître des syndromes émotionnels qui naissent et qui se développent en dehors de toute prédisposition. Le psychose d'effroi a mis en valeur les chocs émotionnels, leur action hémoclasique, le rôle des imprégnations lentes et profondes et la décharge morbide. (Voir les beaux travaux de Voivenel, de Gilles, de Joltrain, de Mairet de Piéron, etc.).

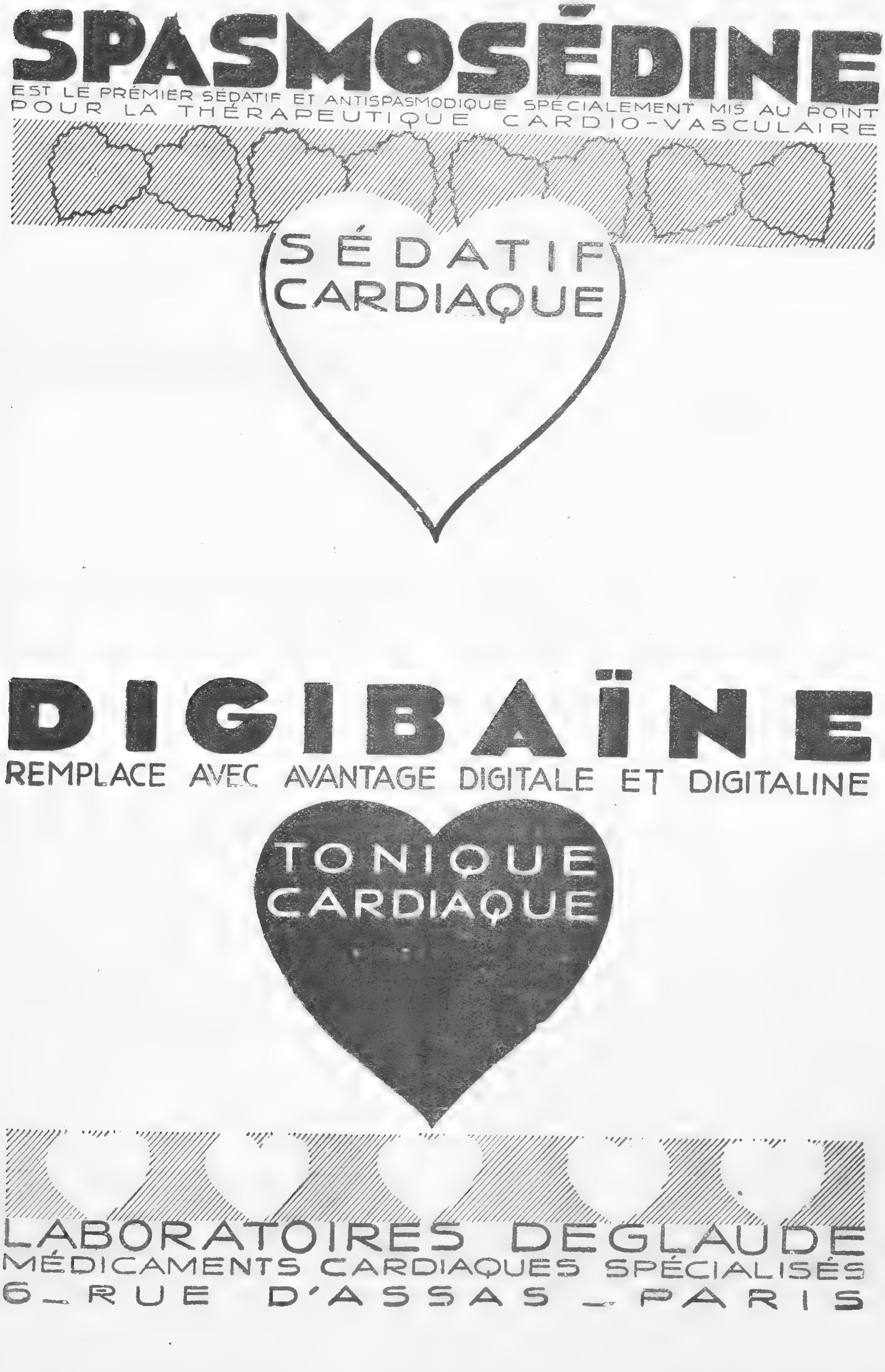
Dans une série de recherches psychologiques, cliniques et biologiques, j'ai essayé de démontrer que l'émotion pathogène est au psychisme ce que l'antigène est à l'organisme. Elle peut créer des lésions spécifiques ou aspécifiques, réveiller les méiopragies et sensibiliser à la manière d'un choc protéino-anaphylactique. Dans ses manifestations aiguës, elle apparaît comme un vrai phénomène d'Arthus ; la crise vasculo-sanguine se déroule dans le même ordre que dans le choc peptonique. Dans la summation émotionnelle, les troubles hémoclasiques, endocriniens, hépatiques et neuro-végétatifs, ceux de la teneur en ions calciques et de la réserve alcaline se groupent et créent un terrain spécial d'anaphylaxie mentale. J'insiste : *ce terrain est une formation et non une constitution permanente* ; elle est susceptible de variation. A la lumière de ces faits biologiques, l'émotion n'est plus un schéma fixe qui se déclenche comme une mimique de marionnette à chaque changement d'attitude motrice. Limitée au jeu des muscles et des réflexes, comme le veulent Lange, James et tous les périphéristes, l'émotion devient incompréhensible pour la pathologie mentale. Son trajet est plus vaste et plus riche ; c'est la vague qui ébranle l'organisme et le psychisme dans leur intégralité.

J'ai appelé émotion syntone, l'ébranlement psychique avec lequel nous vivons constamment, l'état affectif soudain qui tombe dans la conscience sans la heurter, dans l'organisme sans le troubler et qui est suivi de rééquilibration rapide. Quelle que soit sa nature (douleur, joie, colère, etc.), elle est toujours représentée par une série d'ondes (ou d'électrons ou influx nerveux : mots-perroquets, à défaut d'autres plus précis) qui partent du psychisme, se divisant en plusieurs vagues, physiologiques, cyto-humorales et après avoir déterminé de nombreuses réactions sur leurs passages, se projettent de nouveau dans le psychisme. Le circuit émotionnel commence et finit dans la conscience. Il n'est jamais simple ; il s'accompagne d'autres circuits de même nature ou contradictoires selon l'évocation émotionnelle.

L'émotion pathogène est la dissociation des chaînons qui créent l'émotion syntone. J'ai isolé trois états anormaux émotionnels qui représentent les diverses étapes de l'émotion pathogène. *Le cycle à prédominance psychique détermine le phénomène de la sensibilisation qui est un processus d'hyperamnésie émotionnelle. Le cycle à prédominance physiologique motrice*, détermine le syndrome *objectif* d'hyperémotricité, de réflexes de décharges et de protection qui a pour but de canaliser l'influx émotionnel et de faire effraction dans le plan végétatif. *Le cycle à prédominance humorale*, neuro-végétative est le *choc hémoclasique*. Il est d'autant plus violent qu'il y a inhibition motrice.

En me basant sur la clinique, sur les données de la physiologie expérimentale et de la biologie, j'ai dégagé une *loi fondamentale des émotions* et qui permet de comprendre l'action pathogène du refoulement, des états émotifs contenus et non épuisés : c'est la *loi de l'oscillation de la décharge motrice et de l'effraction végétative qui correspond bien à la loi du refoulement et de la réalisation, de l'inversion et de l'extériorisation*. Ce choc émotionnel ne se produit que si l'influx nerveux a pénétré dans les voies humorales, sympathiques, endocriniennes, tissulaires et s'il éveille les méiopragies. De plus, j'ai établi que ce choc biologique n'est qu'une réaction humorale de la sensibilisation psychique, phénomènes d'imprégnation et de summation émotionnelle. Il en résulte que le choc est d'autant plus intense que la mémoire émotionnelle a été plus riche. La vague hémoclasique complète la sensibilisation, leur action combinée crée l'anaphylaxie mentale. A mesure que les mécanismes psychologiques se précisent et que les faits cliniques observés se multiplient, nous sommes obligés de tenir compte des énergies émotionnelles accumulées, de leur perturbation organique importante et de leur association avec d'autres agents anaphylactiques.

La sensibilisation domine la pathologie mentale. Elle est à la base de nos sympathies et de nos antipathies ; elle forme notre individualité psycho-organique et commande toutes nos réactions. Un chagrin d'amour, un deuil, une contrariété, etc., ne sont plus des états d'âme limités à la zone psychique ; ils sont des peines organiques, des souffrances générales qui perturbent notre sentiment vital, diminuent les réactions humorales de défense, arrêtent ou exagèrent les sécrétions endocriniennes (surrénales, thyroïde, foie, etc.), déséquilibrent le vague et le sympathique, diminuent la tension artérielle, la température,


SPASMOSÉDINE
EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT
POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE
SÉDATIF
CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE
TONIQUE
CARDIAQUE
LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 – RUE D'ASSAS – PARIS

arrêtent la leucopoèse et l'hématopoèse, augmentent la coagulabilité du sang, perturbent la réserve alcaline, etc. Cette phénoménologie riche est d'une fréquence extrême. Mais chaque individu réagit spécifiquement devant la douleur morale ; le choc éveille des susceptibilités d'organes jusque-là latentes ; il peut produire de l'insuffisance cardiaque, (parfois la mort subite), de l'ictère, une attaque de goutte, une crise de diabète, etc.

A la lumière de ces connaissances biologiques, la douleur morale génératrice de troubles mentaux devient plus compréhensible. J'ai décrit (1) une formation pathologique, par imprégnation émotionnelle, *la psycho-colloïdoclasie* qui renferme des possibilités dynamiques réactionnelles analogues à celles de la diathèse colloïdoclasique de Widal. C'est sur ce terrain spécial créé de toutes pièces par les émotions dépressives et surtout par la douleur morale que se développent les psychoses affectives, véritables processus de sensibilisation dont l'allergie peut être paranoïaque, maniaque, mélancolique, hystérique, mystique, hypocondriaque, etc. C'est sur ce terrain fortement imprégné d'émotions pathogènes que s'organisent les stases affectives et le refoulement.

Kretschmer a décrit un *caractère sensitif* qui est également une formation émotionnelle ; il apparaît surtout chez les gens malheureux qui ont une mauvaise destinée sexuelle. J'ai repris cette étude et j'ai démontré que les traits particuliers de ce caractère : *impressionnabilité, capacité de rétention affective, impuissance d'écoulement* correspondaient bien à la psycho-colloïdoclasie.

Pour comprendre le rôle pathogène du chagrin d'amour, il faut envisager les émotions qui le constituent comme des refoulements non seulement dans l'inconscient (encore un perroquet) mais dans l'humoralité, dans le système neuro-végétatif et dans toutes les fonctions biologiques qu'il commande.

Nous avons vu plus haut que l'amour normal a une base instinctive, les émotions initiales et sthéniques qui en dérivent constituent les piliers fondamentaux. Mais chez les gens civilisés, il est aussi une superstructure organisée par la sélection sexuelle qui a fusionné l'intelligence avec les sentiments. Cette nouvelle activité intellectuelle polarise toutes les forces psychiques ; l'imagination crée l'illusion, ce bandeau célèbre qui a rendu aveugle Cupidon. Elle est variable avec chaque individu. Aucun sentiment ne donne autant la mesure d'un être humain que l'amour. « On y trouve ce qu'on y apporte » disait Heredia. Chez les êtres d'élite, l'amour est toujours une passion, c'est-à-dire une formation affective et intellectuelle solide dont le but est le bonheur de l'être aimé et le sien par répercussion. Le désintéressement est sa grande beauté, car l'amour-passion se confond avec le sentiment esthétique. *Aimer c'est une joie d'artiste.* On y trouve la générosité, l'intuition et le communicable avec l'intangible. La vraie passion est une modalité du dynamisme psychique ; elle est créatrice. Lorsqu'elle est métabolisée et soumise à l'auto-critique, elle fait partie de l'essentiel de la vie, elle est la possibilité de rénovation et de perfectionnement. Elle accroît la vie psychique. On peut poser en principe que tout sentiment qui dénivelle et obscurcit le jugement n'est pas une réelle passion.

« L'amour-passion est tout aussi rare que le génie » dit Brunetière. Les formes les plus fréquentes appartiennent aux états parasitaires de la vie affective qui ne sont jamais personnalisés, aux équivalents à constellation pauvre qui échappent à l'autocritique, qui se nourrissent de psittacisme, de puérilisme et ont comme aiguillon puissant, la vanité et l'orgueil, et, comme moyen d'organisation, l'auto-suggestion. La vraie passion est un don qui n'appartient qu'aux riches. *Les autres courent après le bonheur avec leurs instincts mal disciplinés et des tares morbides.*

Le chagrin d'amour ressemble à tous les malheurs, « il épouse comme l'eau toutes les formes du vase dans lequel on l'enferme » (Maeterlinck). L'allergie passionnelle normale est parfois le génie ; elle est toujours l'équilibre et le bonheur. Lorsque le chagrin a atteint la passion des âmes d'élite, l'essai de sublimation intellectuelle peut donner lieu à des chefs-d'œuvre. « Poésie, c'est délivrance », disait Gœthe, et c'est grâce au malheur des artistes et des grands intellectuels que nous connaissons le vrai langage du cœur. (Voir les grands poètes, Mlle de Lespinasse, Georgette Leblanc, Colette et même le cynique Proust, etc...)

Le chagrin d'amour ne crée des psychoses que chez les infantiles psycho-sexuels, ces inachevés de la croissance affective (mais qui sont souvent très développés intellectuellement) à qui manquent le pouvoir de syntonisation rapide des émotions et la discipline des instincts. Le moindre ébranlement psychique déclenche une crise hémoclasique, détermine des déviations physiologiques et psychologiques multiples. Que l'émotion reste close ou qu'elle se décharge avec fracas, l'allergie psychique est morbide ; elle ne s'adapte pas à la vie sociale.

Les psychoses engendrées par des chagrins d'amour varient à l'infini. Chaque individu y apporte sa réaction spécifique. Nous avons indiqué plus haut, la phénoménologie riche étudiée par l'école psychanalytique. Il m'a semblé que certains conflits familiaux et sociaux n'ont pas été suffisamment mis en évidence ; il s'agit du *Désir du mariage* et du *Dégoût du mariage.*

Mes nombreuses études sur les psychoses de sensibilisation m'ont permis de ranger dans ce groupe, la *paranoïa sensitive de Kretschmer.* En collaboration avec Mlle Deschamps (1), je lui ai consacré une longue étude psychoclinique et nosographique. L'analyse de ma documentation clinique m'a permis d'isoler des formes diverses de troubles mentaux créés par la vie conjugale. Je les réunis sous le nom de *Sinistroses conjugales.* Dans ce cadre la *Psychose de dégoût* occupe une place importante, elle appartient surtout à la phase de décristallisation des sentiments quel que soit leur contenu (mariage d'intérêt, de vanité, d'amour-passion, etc.), à la phase de désenchantement et de lassitude où le *renoncement* crée à lui seul une nouvelle série de chocs hémoclasiques.

Psychose de désirs ou folie ménagère de Renan

Psychose accidentelle, elle est subordonnée à la situation sociale et familiale du malade. Le célibat forcé crée chez les psycho-infantiles sexuels, une vraie douleur morale. Celle-ci détermine des troubles asthéniques ou sthéniques, selon les moments. Elle organise au début un vrai syndrome psychasthénique avec stases affectives, rumination (délire mélancolique, idées de suicide), suivi de troubles sthéniques à forme paranoïaque. Le délire de revendication à base d'interprétations fausses et d'illusions (idées de grossesse et de maternité) constitue le syndrome le plus fréquent. En littérature (Balzac, Samain, etc.), on trouve souvent la description de ces désespoirs chroniques chez les vieilles filles. Renan dans ses « *Souvenirs d'enfance et de jeunesse* », a décrit sous le nom de « *Folie ménagère* » une vraie psychose de désirs avec symbolisme de compensation. Cette psychose existe aussi chez les hommes célibataires, elle suit la même évolution et s'accompagne des mêmes réactions paranoïaques. Kretschmer en donne des exemples typiques. J'ai pu étudier, l'état mental d'un jeune homme sans situation et qui désirait ardemment « fonder un foyer » pour « faire comme tout le monde » ; il souffrait profondément de son célibat. Pour se consoler, il collectionnait tous les faire-parts de mariage qu'il trouvait, il mettait son nom à la place du marié et celui de la femme désirée (elle variait souvent) à la place de la mariée. Il les gardait dans le tiroir de la table de nuit et les admirait le soir dans son

(1) PASCAL et DAVESNE. Traitement des maladies mentales par les chocs, Masson, 1926.

(1) PASCAL et DESCHAMPS. Psychoses de sensibilisation. *Annales Médico-Psychologiques*, mai-juin 1931.

lit. Il était irritable, et présentait fréquemment des bouffées de délire d'interprétation à thème paranoïaque avec des idées de suicide. Un beau jour, il se maria avec la première femme venue (la petite bonne de l'usine où il travaillait) ; il s'est fait faire de beaux faire-parts de mariage, il s'est mis au doigt un bel anneau... La réalisation du désir de mariage, tant de fois refoulé, pourra-t-elle équilibrer le jeune marié et supprimer son allergie paranoïaque ?

Sinistrose ou colloïdoclasie conjugale. Psychose de dégoût. Comment Cupidon a perdu son bandeau ?

Kretschmer étudie la paranoïa sensitive chez les *gens mal mariés*. Il met en valeur la constellation délirante constituée par toutes les conditions défavorables de la vie conjugale : d'une part, les *conflits sourds* avec la conservation de la façade de l'affection simulée où s'accumulent chaque jour les désaccords psychiques et physiologiques, progressivement intolérables ; d'autre part, l'*adultère* avec ses angoisses, ses scrupules et ses phobies. Il ne s'agit plus ici d'une limitation sexuelle imposée mais d'une satisfaction qui a lieu sans conformité avec la personnalité totale. Enfin, il signale la *haine post-passionnelle* très fréquente dans les mariages d'amour.

En l'état actuel de notre civilisation, le mariage est devenu un problème très grave. Les femmes et les hommes qui ont une conscience ne peuvent l'aborder sans inquiétude. Pour cette raison P. Valéry a écrit que les « âmes d'élite ne se mettent en ménage que par accident ». « Le mariage crée deux personnes morales et physiques nouvelles » dit Ch. Albert ; en somme, pour qu'il soit heureux, il faut qu'il y ait une correspondance parfaite entre ces quatre personnalités. La Bible a une arithmétique à la fois plus simple et plus compliquée, elle désire que deux personnes mariées ne fassent qu'un. C'est une fusion par réduction à réalisation idéale. On arrive souvent à cette unité par la lassitude d'un seul qui soustrait un de deux.

Verhaeren dans les « Heures claires » nous a chanté le poème d'amour des conjoints heureux. D'autres écrivains se sont attachés à nous décrire la galère où le mari et la femme vivent comme des forçats. Dans ce cadre on a tenu compte souvent seulement du caractère du mari ; on a décrit les *Bourreaux domestiques* parmi lesquels on trouve les *Demi-fous de Corday*, les *Nœuds de vipère de Mauriac*, les *Requins de Lenormand*, etc. Les femmes-bourreaux sont étudiées tout particulièrement dans la littérature étrangère. Nietsche, Strindberg, les deux grands misogynes et Wieth-Knudsen, etc., décrivent avec amertume « les souffrances conjugales de l'homme blanc, victime de la femme blanche ».

Mais entre ces formes extrêmes de mariage qui ne se touchent pas, il y a l'Echelle à moules des sages, des stoïques et des passifs rivés à leurs devoirs par les impératifs très catégoriques du code civil, de la religion et de la société. Ces unions qu'on dit toujours heureuses, ont une technique et une symbolique de signes, de gestes, d'habitudes qui leur permettent de supprimer toute spontanéité dans les crises graves de la vie affective.

Les conflits conjugaux ne sont pathogènes que pour un groupe social, les éternels déçus, les humiliés et les offensés, ces grands blessés de la vie qui n'ont jamais de chance et qui finissent par succomber à l'accablement de la destinée extérieure. S'ils se marient, déjà endoloris, ils ne peuvent supporter le poids du *Quotidien conjugal*. Les cœurs opprimés de bonne heure deviennent plus exigeants que les autres, ils sont constamment inassouvis. *En quoi consiste-t-il ce Quotidien conjugal, nouvelle source de malheurs pour eux ? Il est le jour qui se ressemble et qui se répète et qui s'est dépouillé petit à petit du charme de la vie : l'inconnu, la surprise et l'impossibible*. Le mariage démasque et les arrière-façades ne sont pas toujours parfaites. Les sensitifs au cœur tendre, aux antennes sensorielles délicates, aux souvenirs émotionnels à écho permanent ne peuvent supporter le contact avec le réel. Hommes ou femmes, ils cherchent l'absolu et s'épouvantent de tout ce qui est concret. Ils veulent « le mien intégral et sacré » et hument le malheur comme par vieille habitude.

Les chagrins conjugaux réels les atteignent profondément. Ils supportent le deuil mieux que la trahison et celle-ci plus que les conflits sourds de la désillusion. Ce sont ces malheurs psychogènes que j'ai réunis sous le nom de *Sinistroses conjugales*. La vie et la littérature en fournissent des exemples magnifiques, mais, c'est surtout dans les asiles d'aliénés et chez les femmes, qu'on trouve ces psychoses protéiformes de l'amour déçu. Le *Crime dit « passionnel »* est souvent une forme de sinistrose conjugale. La *Jalousie* a été étudiée principalement comme un syndrome toxique ; sa genèse et son développement psychologique réclament de nouvelles recherches. Pour moi, elle appartient au système de défense du psychisme ; elle est une forme de l'allergie de l'instinct de conservation ; elle se montre dans les sucédanés inférieurs de l'amour, dans les formations parasitaire non personnalisées et dénivellantes.

Les psychologues ont étudié surtout après Stendhal, la cristallisation.

Dans l'*Ecole des femmes*, André Gide décrit d'une façon remarquable : la décristallisation. Il nous montre un *Quotidien conjugal* où Cupidon perd progressivement son bandeau. Cette belle étude psychologique permet de suivre la courbe de l'amour conjugal : la sensibilisation avec cristallisation et la chute par désensibilisation. La victime, une sensitive après avoir adoré et estimé l'homme qu'elle a épousé, elle le démasque, le quotidien conjugal lui apporte tous les conflits désensibilisateurs ; le dégoût et le mépris.

Il y a lieu d'étudier, au point de vue psychologique, deux modes de désensibilisation : *le coup de foudre et le dégoût-mépris*.

Désensibilisation en coup de foudre. C'est Anatole France, dans « Le Mannequin d'osier » qui a le mieux étudié cette chute de bandeau. M. Bergeret a connu le choc en coup de foudre, le jour où il a eu la malchance d'assister à la trahison de Mme Bergeret. Après la surprise (premier frisson de décharge), il a des idées homicides mais celles-ci se dispersent, comme chez tous les gens normaux, en moins d'une seconde. Par habitude, il essaye de lire pour chasser *l'idée dite fixe* et qui n'est *qu'une idée qui tourne en rond comme un carrousel*. Cette polarisation déclenche des larmes qui le soulagent. Mais la chance veut qu'il aperçoive, un mannequin d'osier qui lui rappelle à la fois l'idole des Phéniciens (les gens cultivés ont toujours des associations d'idées utiles dans le malheur) et l'image de Mme Bergeret. La furie motrice s'empare de lui, il se jette sur le pauvre mannequin-symbole, l'étreint avec rage, le renverse, le foule aux pieds et le jette par la fenêtre. La vraie décharge est kinétique ; j'ai écrit que « les émotions-chocs ne s'épuisaient que dans la fibre musculaire ».

Dans mes observations, je trouve ce cas intéressant. Il s'agit d'une union conjugale où les deux niveaux *paraissaient* équivalents et où le bandeau cachait les dissonnances. Infidélité de la part du mari. La femme en est sidérée : gros chagrin. Lui, se débat avec la vérité et dans une explosion explicative dit avec cynisme : « *Il ne s'agit que d'une crise épidermique* ». « Coquin d'ectoderme » aurait répondu Paul Valery. Mais la femme n'avait pas lu cet auteur. Elle frissonna douloureusement comme M. Bergeret, sans penser un instant à l'homicide (les femmes normales ont toujours le respect de la vie des autres, même lorsqu'elle n'est pas respectable) ; elle regarda longuement l'homme adoré et elle le vit comme il a dû l'être toujours dans la réalité : laid, faux et vulgaire.

Elle sentit que le bandeau tombait et qu'un apaisement très doux l'envahissait. Plusieurs mois après, on lui a parlé de l'infidèle ; elle avait oublié son nom ; elle a dû

BIBLIOGRAPHIE

La haute fréquence en stomatologie. *Diathermie et diathermo-coagulation, effluvation. Bistouri électrique*, par M. DECHAUME. Préface du Docteur J. CHOMPRET. Un volume de 122 pages. (Collection médecine et chirurgie pratiques), 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'emploi de l'électricité est appelé de plus en plus à se répandre en stomatologie, les résultats sont déjà fort intéressants.

Le bistouri électrique d'abord offre dans bien des cas des avantages considérables, la diathermie permet d'obtenir des résultats thérapeutiques intéressants, les effets de la diathermo-coagulation, notamment pour les soins des gangrènes pulpaires et des granulomes radiculaires permet de constater des transformations heureuses des tissus.

Ce petit livre contient tout ce qui dans l'état actuel de nos connaissances sur la haute fréquence permettra au stomatologiste d'obtenir des résultats pratiques incontestables. La partie purement physique a été volontairement écourtée. Quant au maniement des appareils, l'auteur s'est borné à indiquer des directives générales, nécessaires à la compréhension des notices accompagnant chaque appareil.

L'inspection médicale des écoles, par le Docteur DUVERNOY, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon, directeur de l'Institut d'éducation physique. Un vol. in-8°, 236 pages. (Deuxième édition). Chicandre, éditeur, 49, rue Bersot, Besançon. Prix : 18 francs.

Ce volume, complètement remanié et augmenté, constitue une documentation indispensable non seulement pour le médecin-inspecteur, mais aussi pour tous ceux qui ont mission d'organiser l'inspection médicale des écoles dans le cadre du département.

Il donne le résumé ou le texte entier des systèmes proposées ou fonctionnant actuellement, et une organisation type qui tient compte de ce qui a été fait jusqu'à présent, ainsi que certaines vues originales.

Il reproduit le fac similé de toutes les pièces nécessaires, et surtout celui d'un livret de santé, établi chronologiquement, valable pour toutes les époques de la vie et applicable à l'inspection des écoles. Il envisage enfin le rôle du médecin dans les sociétés sportives scolaires ou post-scolaires.

Comme la première édition, il donne les projets de loi, en y ajoutant toute la documentation nécessaire sur le matériel, les mesures à prendre lors des épidémies, etc , ainsi qu'une note sur les modalités d'inspection actuellement pratiquées dans chaque département.

Livret de santé, par le Docteur DUVERNOY, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon, directeur de l'Institut d'éducation physique. Lefrançois, boulevard Saint-Germain, Paris. Prix : 2 fr. 50 et par quantité (10 au minimum), chez l'éditeur, Chicandre, 49, rue Bersot, Besançon. (15 francs la dizaine).

Ce livret, établi chronologiquement, est destiné à suivre l'enfant, puis l'adulte, à travers toutes les étapes de son existence. Etabli sous forme de pochette, il peut renfermer tous les documents d'ordre médical (ordonnances, certificats, etc.).

Il contient des feuilles qui indiquent la moyenne du poids, de la taille, des dates d'apparition des dents, des performances sportives suivant l'âge.

C'est un document indispensable pour qui veut s'assurer la réelle continuité d'une surveillance physiologique et médicale.

Précis d'hygiène, par Jules COURMONT, avec la collaboration des Professeur Ch. LESIEUR et Docteur A. ROCHAIX. Quatrième édition revue et corrigée par MM. Paul COURMONT et A. ROCHAIX. Un volume de 956 pages avec 225 figures (*Collections de précis médicaux*). Broché : 65 francs ; relié toile : 80 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bien que ce précis classique et connu ait été surtout écrit pour les médecins, l'hygiène occupe une place suffisamment grande dans la vie privée et dans la vie publique, pour qu'il puisse toucher un grand nombre d'individus.

Les médecins y trouveront d'abord les principes essentiels de la médecine préventive, puis tous ceux qui doivent se spécialiser en hygiène : *inspecteurs départementaux d'hygiène, directeurs de bureaux d'hygiène, médecins des écoles, médecins des épidémies, médecins vaccinateurs*, etc., les éléments de leur préparation.

Ce précis est en outre un guide au courant des découvertes scientifiques, des obligations légales, adapté aux possibilités pratiques ; il est cependant compréhensible pour tous, et tout indiqué pour les nombreuses personnes qui ont un rôle à jouer en hygiène sociale.

Il s'adresse ainsi aux pharmaciens, vétérinaires, ingénieurs, architectes, professeurs, membres des conseils d'hygiène, aux commissions sanitaires, enfin aux maires, aux conseillers municipaux, aux parlementaires.

Cette quatrième édition est au courant des organisations nouvelles dans les divers domaines de l'hygiène. Les progrès de l'épidémiologie et de la prophylaxie ainsi que le développement de l'hygiène sociale ont attiré particulièrement l'attention des auteurs.

être obligée de faire un grand effort pour le retrouver. Steckel dans son beau livre sur les « Etats d'angoisse nerveux » donne quelques exemples de ce genre. Il y a une volonté d'oublier comme il y a une volonté d'aimer. On peut appeler cette amnésie par refoulement de complexe désagréable : *amnésie freudienne*. Elle est très fréquente en clinique.

Les troubles mentaux par suite de trahison sont rares ; il faut autre chose pour faire une psychose. La plupart des femmes mariées savent que la fidélité est une conquête qui se renouvelle chaque jour, elle ne peut être jurée. Pour charmer un être toute sa vie, il faut une inépuisable richesse de dons. Mais si le mariage d'amour n'est pas le nirvana, il peut être la galère et pour la femme, la vie de forçat.

L'amour qui s'en va chaque jour, la désillusion et l'aversion sont à la base des troubles mentaux.

Désensibilisation lente et irrégulière.

C'est la courbe fatale de tous les sentiments qu'on n'a pas su cultiver et qu'on n'a pas voulu rendre essentiels à la vie. Pour arriver au souvenir sec de Ribot, à la décharge émotionnelle idéalement complète, il faut suivre le trajet indiqué par Proust: traverser en sens inverse tous les sentiments par lesquels on a passé avant d'arriver au début du grand amour. Trajet très dur, à cause de l'oubli qui progresse irrégulièrement. Il y distingue deux phases, *celle de l'anxiété* où la cruauté du souvenir domine *celle de la douceur* où la décharge a été effectuée. Pour détruire l'image aimée, Proust utilise, à la manière de beaucoup d'hommes cyniques, le mensonge et la calomnie ; il montre ainsi comme Freud, la rudesse des instincts et les bas-fonds de l'âme. « *Albertine disparue*, » est un chef-d'œuvre de psychanalyse profonde. La valeur du souvenir émotionel dans la sensibilisation et dans la désensibilisation est indiquée d'une façon précise.

Dans tous mes travaux de psychobiologie, j'ai essayé de démontrer l'action dynamogénique de la mémoire affective et son importance dans la genèse des troubles mentaux. Mais seul, Proust a su dégager d'une façon remarquable les divers « modes de sentir » susceptibles d'être répétés et qui s'évoquent involontairement.

Dans le chagrin d'amour par deuil, par trahison ou par désillusion, le souvenir affectif crée toute la douleur morale. Il polarise la nouvelle activité et il détermine des troubles physiques. C'est lui, qu'il faut chasser ou détruire.

Paul Valéry dans son étude sur « l'idée fixe » étudie la désensibilisation ; il demande la machine « à produire du temps » pour faire disparaître le sentiment malheureux devenu absurde. Il considère, qu'il faut environ trois ans pour éteindre la voix des échos douloureux. Georgette Leblanc décrit deux mois de « steppes intellectuelles » après un coup de massue, mais elle n'oublie pas de faire remarquer que la tristesse des jours est longue comme la vie.

Le chagrin d'amour comme toutes les émotions a son mode spécifique d'énucléation ; chacun s'en débarrasse à sa façon.

Le chagrin d'être mal marié peut devenir un vrai état d'anaphylaxie avec chocs colloïdoclasiques répétés. Dans les conflits sourds où l'hypertension psychique est à son plus haut degré, on remarque les énucléations les plus variées : ironie froide des deux conjoints ou de la part d'un seul (celui qui a lâché le premier), ricanements avec des mots vexants, scènes publiques de courte durée, politesse excessive, ou, tout simplement, *le silence*, ce négativisme intégral qui supprime, la communicabilité. Georgette Leblanc a décrit ce dernier d'une façon remarquable. Certaines femmes sentent la trahison de l'homme aimé par la suppression du « champ magnétique d'attraction » et aussi les ondes interférentielles de l'Autre. Ces modes de décharge n'ont rien de morbide ; ils tendent vers la liquidation complète des sentiments devenus des peines.

Les sensitifs, que nous avons décrits plus haut, cherchent en vain cette libération. Pour eux, le quotidien conjugal est un état d'alarme continuel, une suite de chocs à base de désillusion ou de renoncements. Quel que soit leur niveau mental, ils sont toujours mésalliés psychiquement. Dans cette pléthore de malaises, *l'aversion, le dégoût, et le mépris* de l'autre conjoint s'installent progressivement et créent la *psychose de dégoût aux métamorphoses multiples.*

Psychoses de dégoût. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Colette dans « La fin de Chéri » nous en a donné un bel exemple de dégoût masculin conjugal.

Ellen Key qui a fait une étude remarquable sur « L'amour et le mariage » demande qu'on étudie la psychophysiologie de dégoût qui est à la base de tant de séparations inexplicables. Ce sont surtout les maris bourreaux-domestiques, autoritaires et satrapes, souvent alcooliques, pervers sexuels ou épileptiques larvés qui provoquent l'aversion chez leurs femmes. Dans certains cas, on trouve des maris doux, passifs, mais indifférents et ignorant tout de l'éternel féminin. Rarement, ces maris psychogènes et allergènes, sont infidèles.

Les réactions morbides qu'ils déclenchent sont multiples : *manie tardive* à accès intermittents, provoqués toujours par la reprise de la vie conjugale ; *mélancolie atypique* sans délire mais avec des algies corporelles ; *mélancolie atypique* avec idées de suicide et troubles pseudo-organiques : sclérose en plaques, hémiplégie, etc. ; *syndrome atypique de catatonie tardive*, avec impulsions-suicides intermittentes ; *états paranoïaques cyclothymiques, à base d'interprétations fausses* sans hallucinations ; *quérulence avec hypomanie* ; *syndrome cénesthopathique* avec délire de grossesse et de maternité ; *états sensitivo-hystériques* nombreux comme j'ai déjà décrits dans la psychose de désirs, etc.

Le caractère essentiel de ces psychoses est leur genèse et leur évolution. Elles sont en rapport direct avec les paroxysmes affectifs de la vie conjugale ; elles naissent et disparaissent avec eux. La connaissance parfaite du passé de ces malades est nécessaire pour établir un diagnostic précis. Elles guérissent toujours avec la disparition des causes qui les déterminent.

On trouve chez toutes ces femmes, le caractère sensitif, l'incapacité d'adaptation au réel, et surtout la malchance, le mauvais destin sexuel, le mari, bourreau ou indifférent. Or, la soif de bonheur qui les caractérise détermine d'emblée la désillusion, la douleur morale profonde, tantôt *l'autisme forcé avec dépression et désespoir muet, tantôt l'exaltation avec décharge paranoïaque et revendicatrice.* Chez d'autres, les refuges corporels créent un vrai syndrome cénesthopathique qui déconcerte les chirurgiens et les médecins praticiens. La douleur morale plus que toute autre émotion a besoin de compensation et ses conversions symboliques sont très nombreuses.

Les sinistroses conjugales apparaissent, soit d'emblée, quelques semaines après le mariage, soit plus tard, après une longue imprégnation d'émotions dépressives (hypersensibilité et intolérance). Si les états allergiques sont tout aussi variables que dans la psychose de désirs, il est rare de trouver la jalousie et la haine. Les malades ne demandent pas l'amour ou la vie comme celles qui aiment encore avec le sentiment de la propriété ; elles désirent la paix, la suppression du sentiment d'aversion et celle de sa cause. La colloïdoclasie conjugale de dégoût se diagnostique les jours de parloir, au moment de la visite du mari. Parfois, l'aversion s'étend sur les enfants. Les actes médico-légaux les plus fréquents sont les *tentatives de suicide* et *les fugues.* L'homicide conjugal est exceptionnel ; lorsqu'il existe, il apparaît comme une réaction de légitime défense (brutalité du mari) et non comme une expression de l'amour-propriété.

Cette pathologie mentale atypique d'origine affective, mérite d'être connue ; elle est déconcertante lorsqu'on l'ignore. Elle explique les succès thérapeutiques faciles et les guérisons spontanées. Elle appartient au début,

à la médecine générale, elle est du ressort du praticien.

Que d'internements on pourrait éviter si tous les médecins connaissaient les chagrins psychogènes et les métamorphoses de l'amour malheureux.

Granulies froides unilatérales

Par **André** et **Gérard PATOIR.**

Depuis les travaux récents de Burnand et Saye, de Rist, Jacob, Hautefeuille et Ameuille, de Jousset, de Jacob et Cournant, les thèses de Hautefeuille, Bourgeois, Delarue, Y. Hesse en France, les travaux de Hubschmann et Arnold en Allemagne, de Stilvemann et Hessel en Amérique, le terme de granulie froide a pris place dans la nosologie de la tuberculose pulmonaire.

Les auteurs de ces différents travaux observent bien la prédominance possible des lésions à un côté, signalent même l'éventualité de lésions unilatérales, aucun n'insiste particulièrement sur cette forme anatomique.

Elle mérite cependant d'être individualisée bien qu'elle n'affecte pas de symptomatologie clinique et radiologique spéciale mais parce qu'elle représente par excellence la forme curable de la granulie froide.

Nous résumons ici l'observation d'un malade que nous avons suivi et traité pendant plus d'un an. Nous avons en outre pu relever dans les observations de granulie froide, antérieurement publiées, quatre cas analogues. Enfin Delarue dans sa thèse reproduit les clichés radiologiques d'un malade dont il n'a malheureusement pas publié l'observation.

I. (Burnand et Saye). — La malade de Burnand et Saye présentait une température rigoureusement physiologique, elle ne toussait pas, crachait peu et dans son expectoration on ne trouvait pas de bacilles de Koch. Elle n'était atteinte d'aucun signe d'imprégnation tuberculeuse ; on lui institua un pneumothorax et elle fut suivie du 29 mai 1922 au 15 mars 1923. Elle a décrit ainsi la marche de sa maladie en février 1922 : hémoptysie avec température éphémère dont le maxima était 39°5.

Dès lors température subfebrile, en avril apyrexie, plus de toux, rare expectoration, présence de bacilles de Koch.

II. (Hautefeuille). — M. W..., 27 ans ; père mort de tuberculose à 33 ans. Elle tombe malade en 1924 ; elle toussait quelque temps auparavant, elle a de la fièvre, tousse et dit avoir maigri de façon notable. Elle fait une hémoptysie, la fièvre monte à 39°2. On trouve des bacilles de Koch dans les crachats.

Les signes physiques sont très réduits : légère diminution du murmure vésiculaire, au sommet droit quelques crépitations après la toux. La température descend progressivement à 38°8. La radioscopie ne montre qu'une diminution de transparence de la moitié supérieure du poumon droit ; mais un cliché fait à cette date met en évidence un semis de taches étendu au poumon droit ; quelques fines taches semblables mais peu nombreuses se retrouvent également à l'apex gauche.

Elle fait un séjour au sanatorium d'Angeville du 30 avril au 30 janvier 1925. Sa température est généralement à 37°, parfois à 37°5 avant les règles. Reprise de poids de 2 kgr. Quatre examens de crachats ne donnent pas de bacilles de Koch. Un deuxième cliché fait en février 1926 montre une image thoracique normale. Aucun signe fonctionnel ni physique.

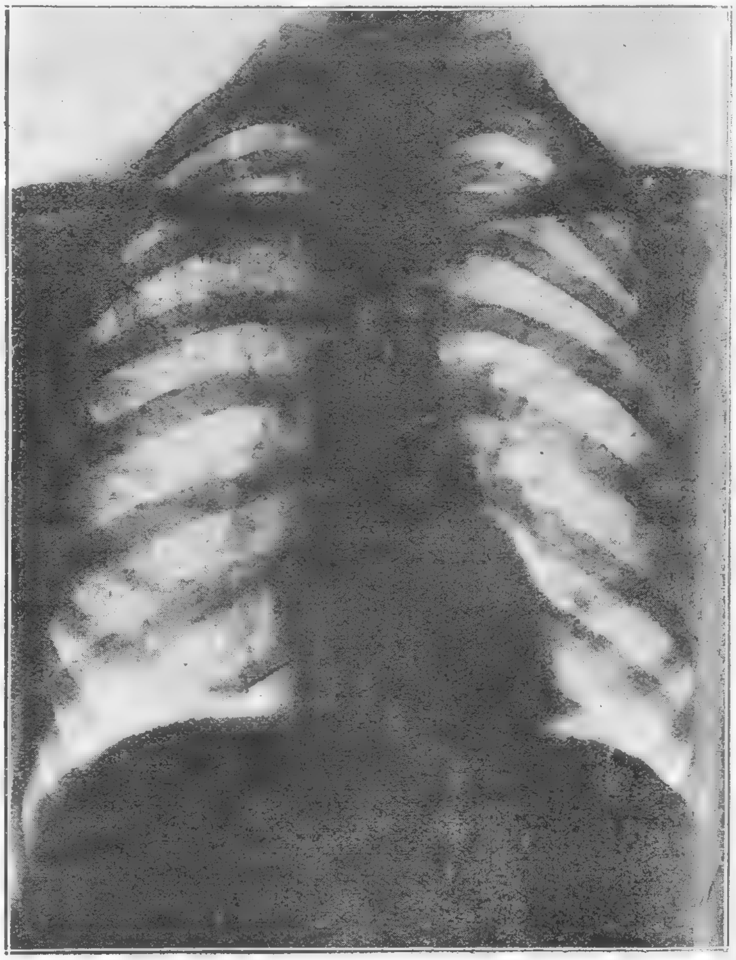
III. (Hautefeuille). — M. Rl., 21 ans, vient consulter en janvier 1926 pour fatigue, amaigrissement, datant de quelques mois et dyspnée marquée datant de quinze jours.

Dans les antécédents on note en septembre 1925 une hémoptysie de moyenne importance, n'ayant entraîné aucune sanction thérapeutique. L'examen physique montre : signes de bronchite à la base droite surtout en avant.

A l'écran on trouve une zone de condensation discrète autour du hile et à la partie moyenne du champ pulmonaire ; sur un cliché on note en dehors de ce foyer de condensation un aspect granulique typique de la base droite. Un examen de crachats mais un seul n'a pas révélé de bacilles de Koch.

Le malade envoyé à Arcachon a fait de grands progrès grâce à une cure surveillée, il a repris du poids, la température est demeurée normale.

IV. (Jacob et Cournant). — Jacob et Cournant ont examiné une femme de 30 ans dont la tuberculose remonte à 1927. Le début fut traînant et lors d'un premier examen en 1928 on cons-





tata un état d'amaigrissement notable, une expectoration richement bacillifère, des signes d'infiltration de la partie supérieure du champ pulmonaire gauche, râles secs et fins de la partie moyenne droite. Elle est entrée le 11 juin 1928, aucune amélioration, température 37-38°, on pratique deux clichés qui mon-

trent une image de condensation à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche et à droite de très fines taches disséminées.

Les auteurs ont pratiqué un pneumo à droite.

V. (Personnelle). — Le 27 juillet 1930 se présentait un sujet de 25 ans qui venait nous consulter en raison d'un amaigrissement persistant depuis cinq mois s'accompagnant d'une asthénie considérable.

Depuis peu de jours il avait commencé à tousser d'une toux quinteuse et rauque, suivie d'une expectoration presque nulle, parfois rosée. Malgré ces phénomènes il ne ressentait aucune impression subjective de fièvre sauf une augmentation notable de la sudation et n'avait pas dû cesser son travail.

Ses antécédents étaient assez chargés : sa sœur avait été traitée pour un mal de Pott cervical, son jeune frère présentait un syndrome de Fernet-Boulland en voie de régression. Lui-même avait été opéré dix-huit mois auparavant pour une prétendue déviation de la cloison nasale. L'intervention n'avait amené aucune amélioration dans sa dynamique respiratoire.

A l'examen on se trouvait en présence d'un sujet longiligne, insuffisant respiratoire facial et thoracique, scoliotique, légèrement dyspnéique et cyanosé. D'une taille de 1 m. 72, il pesait 54 kgr. (son poids habituel était de 60 kgr.) ; l'examen systématique de tous les appareils ne montrait rien d'anormal, sauf une submatité légère étendue à l'hémithorax droit avec obscurité respiratoire du même côté et quelques crépitations fines et inconstantes dans l'espace interscapulo-vertébral.

Cette très minime symptomatologie clinique nous a semblé insuffisante pour expliquer les signes généraux et fonctionnels impressionnants présentés par le malade. Nous demandons donc un examen radiographique, un examen bactériologique des crachats et la prise régulière de la température rectale.

L'examen radiographique que nous devons à l'obligeance des docteurs Loe et Vandendorp, donne les résultats suivants :

A droite : l'apex ne s'éclaire pas à la toux, la totalité du champ pulmonaire est couverte d'un semis de taches miliaires et de petits nodules plus serrés au sommet.

A gauche : le sommet s'éclaire peu à la toux ; on note une accentuation des arborisations broncho-vasculaires, de plus, on trouve dans la région parahilaire et au-dessous du hile quelques taches miliaires, le hile est chargé. L'amplitude diaphragmatique est à peu près nulle des deux côtés.

L'examen des crachats montre la présence de très rares bacilles de Koch après homogénéisation.

La prise de la température devait nous réserver une surprise. Celle-ci bien que ne descendant jamais au-dessous de 36°8 le matin, ne dépassait jamais 37°8 le soir.

L'analyse des éléments cliniques, radiologiques et bactériologiques, que présentait notre malade, nous inclinait donc à poser le diagnostic de tuberculose chronique fibreuse avec granulie froide unilatérale surajoutée.

Dès lors notre conduite était tracée : un pneumo fut institué quelques jours après et le résultat nous en semble aujourd'hui digne d'être rapporté.

Le malade a grossi de huit kgr. la température reste localisée entre 36°7 et 37°2, la toux est abolie, l'expectoration tarie. Radiologiquement le collapsus, bien que gêné par une adhérence sous-claviculaire est suffisant.

Le seul incident que nous ayons observé semble dû à une série d'injections intra veineuses de sels d'or.

Les cinquième et sixième injections ont été suivies d'une réaction thermique à 39° avec phénomènes intestinaux (diarrhée et anorexie) et pulmonaires (crachats hémoptoïques).

Depuis l'abandon de cette chimiothérapie intempestive, notre malade qui a repris sa vie normale, ne mérite ce nom de malade que par la notion que nous avons de son évolution antérieure.

D'après ces observations il est facile de voir que la granulie froide unilatérale ne diffère cliniquement des granulies froides bilatérales que par la moindre intensité des symptômes fonctionnels. Elle est donc difficile à déceler.

Le malade qu'on examine est un sujet jeune, asthénié et amaigri chez qui on trouve à peine quelques *signes* pulmonaires banaux. Les antécédents héréditaires et collatéraux sont chargés.

Lorsque le malade vient consulter, il y a déjà quelques mois que l'affection a débuté. L'atteinte de l'état général a été progressive et insidieuse sans signes fonctionnels importants. La température, si elle est prise, reste localisée entre 37° et 38°.

Parfois une hémoptysie survient brusquement au cours de ce tableau clinique. Enfin plus rarement elle le précède.

Les signes fonctionnels trouvés sont très discrets : légères douleurs thoraciques, toux sèche et rare, expectoration peu abondante, ni dyspnée, ni cyanose.

Les signes physiques sont également peu marqués. Cependant une percussion soigneuse permet toujours de déceler une submatité de la région sus-épineuse. Les signes d'auscultation sont banaux ; râles de bronchite, craquements très discrets ; encore parfois ces signes sont-ils éphémères ou mobiles.

L'examen radioscopique ne montre qu'un voile, une grisaille de tout ou partie d'un hémithorax. Cette ombre qu'on ne peut interpréter de façon formelle, impose un examen radiographique. Celui-ci surprend par l'étendue des lésions qu'il révèle : « sur un fond généralement gris se dessine avec plus ou moins de netteté un semis de granulations irrégulièrement arrondies, de dimensions variables mais toujours petites (de 1 à 3 millimètres de diamètre). Leurs bords sont assez flous et ces fines taches se distinguent souvent assez mal des voisines comme si plusieurs granulations, à des profondeurs variables et selon des axes différents plus ou moins décentrés, se projetaient sur la plaque » (Hautefeuille).

Les taches sont réparties irrégulièrement. Elles sont beaucoup plus nombreuses au niveau du hile et surtout dans la région sous-claviculaire. La grisaille du fond tient à la présence des granulations mais surtout à l'exagération de la trame fibreuse. En effet, on note une disposition analogue du côté opposé où il est facile de l'étudier.

Elle consiste en un éventail rayonnant du hile vers la périphérie et présentant son maximum au niveau de la région sous-claviculaire.

En comparant les deux poumons on peut facilement la retrouver du côté granulique. Du côté sain on rencontre souvent quelques granulations isolées soit au hile, soit au sommet.

Enfin l'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch dans presque tous les cas.

En raison du caractère curable de cette forme, aucune autopsie n'a été pratiquée jusqu'à ce jour. Cette affection n'est donc appuyée sur aucun examen histologique. On trouverait probablement des lésions identiques à celles des formes bilatérales.

La carence de ce renseignement est d'autant plus regrettable qu'on se trouve en présence d'un aspect de début de la granulie froide. Un examen histologique à cette période, fixerait définitivement les idées sur la nature intime de cette maladie.

L'évolution est caractéristique et autorise à la décrire séparément : la granulie froide unilatérale est parfaitement accessible à la thérapeutique ; les signes fonctionnels et physiques rétrocèdent sous son influence, et l'état général se rétablit peu à peu. La radio montre dans certains cas la disparition des images granuliques, mais lorsqu'on laisse évoluer l'affection, la granulie se bilatéralise presque toujours. (Observation 5 de Y. Hesse).

Le diagnostic est très malaisé. On peut facilement méconnaître cette affection et rapporter les phénomènes observés aux syndromes que l'on a décrits sous les noms d'imprégnation tuberculeuse ou d'état prétuberculeux. Il est nécessaire de savoir que la plupart de ces états sont en réalité sous la dépendance d'une lésion sinon clinique, du moins radiologique, et que le diagnostic ne doit en être posé que lorsque la radiographie est muette.

Il n'est pas difficile d'éliminer les pneumokonioses : elles ont une étiologie professionnelle bien particulière, leurs nodules sont plus volumineux et les signes cliniques ne sont pas superposables. C'est surtout avec la bronchopneumonie miliaire et la sclérose nodulaire que le diagnostic est difficile. Il ne faut pas trop demander à la radiographie : les images sont semblables mais la plus grande intensité des signes cliniques, et surtout l'évolution pourront donner des indications utiles.

La granulie syphilitique prête à confusion, mais les

antécédents, la sérologie et l'évolution donnent la clef du diagnostic. Dans tous les cas d'ailleurs l'examen des crachats avec la bacilloscopie positive, lèvera tous les doutes. Le diagnostic posé, il convient d'envisager le traitement.

Malgré l'allure peu évolutive de la maladie, malgré la faible intensité des signes généraux et locaux il faut agir. On ne doit pas oublier que la granulie froide est lentement mais sûrement progressive et se transforme en phtisie ulcéro-caséeuse presque à coup sûr. Quand on a la chance de porter le diagnostic au stade unilatéral on serait aussi inexcusable de rester inerte qu'en présence d'une caverne unilatérale et bien tolérée. Le traitement de choix, nous le pensons et le bon sens l'indique, c'est le pneumothorax artificiel. Il a donné à Burnand, à Jacob et Cournand, il nous a donné, les résultats les plus heureux et les plus encourageants. Joint à la cure hygiénique, il doit être appliqué systématiquement dans cette affection sans doute plus fréquente qu'on ne le pense et qui ne prendra sa place dans le cadre de la tuberculose que lorsque l'étude de celle-ci sans sortir du cadre de la clinique sera plus franchement entrée dans son stade radiologique. Il nous semble en effet possible, sinon probable qu'un certain nombre de tuberculoses fibreuses ou ulcéreuses ont pu revêtir à leur début la forme anatomo-radiologique spéciale que nous envisageons ici. Un diagnostic précoce, un traitement approprié, les eut arrêtées dès cette période.

BIBLIOGRAPHIE

1. BURNAND et SAYE. — *Ann. médic.*, 1924, p. 365, 1923, p. 46. t. II.
2. ARLOING, ROLAND, JACOB et HAUTEFEUILLE. — *Bull et mémoires Soc. hôp.*, Paris, juin 1926 ; *Revue tuberc.*, tome 8, 1927, n° 4, p. 625.
3. ROLLAND, JACOB et HAUTEFEUILLE. — *Annal. anat. path.*, tome 3, décembre 1926.
4. GUINARD. — Soc. méd. Sanat. et Dispens. *Hygiène sociale* de 19.6.
5. HAUTEFEUILLE. — Thèse Paris, 1926.
6. GIRAUD. — *Paris Méd.*, 1927, 25 juin.
7. BESANÇON, BRAUNN et DUHAMEL. — *Rev. Tuberc.*, 1927, t. 8, p. 406.
8. NOBÉCOURT. — *Rev. génér. clin. et thérap.*, 17 mars 1928.
9. HUGUENIN et DELARUE. — *Annal. Anat. pathol.*, 7 juillet 1928.
10. TRÉMOLLIÈRES et MOUSSOIR. — *Bull. Mémo. Soc. hôp.*, Paris, 7 juin 1928.
11. MACAIGNE et NICOT. — *Presse Médicale*, 15 février 1928.
12. JACOB et COURNAND. — *Bull. Soc. hôp.*, Paris, 26 juillet 1928.
13. BOULANGER et PILET. — *Paris Méd.*, 12 janvier 1929.
14. ROUXLACROIX. — *Marseille Méd.*, 25 mai 1929 ; *Arch. méd. et chir. Appar. Resp.*, 5 septembre 1929.
15. GATÉ, DECHAUME et GARDÈRE. — *Bull. et mémo. Soc. hôp.*, Paris, 13 mai 1929.
16. AMEUILLE et HUGUENIN. — *Presse Méd.*, 21 mai 1930.
17. D. HESSE. — *Hôpital*, août 1930.
18. Y. HESSE. — Thèse Paris, 1930.
19. DELARUE. — Thèse Paris 1930.
20. COURCOUX. — *Revue tuberc.*, 5 juillet 1930.
21. BESANÇON et DELARUE. — *Presse Méd.*, 12 mars 1930.
22. ROUBIER, DOUBROW, FROMENT, GIRARD. — *Paris Méd.*, 28 mai 1931.

« Une surveillance hygiénique rigoureuse doit être instituée chez les enfants des diabétiques. S'ils ne sont pas diabétiques dans le jeune âge, ils peuvent le devenir plus tard. Aussi doit-on éviter avec soin de surmener par une alimentation trop abondante, leur appareil glyco-régulateur. J'ai montré, dans une de mes observations, les conséquences dangereuses que la suralimentation ne manque pas d'avoir pour eux. Il ne faut pas attendre les accidents, il faut les prévoir par une bonne éducation alimentaire. C'est le devoir du médecin de famille. (Marcel LABBÉ. L'hérédité du diabète. Leçons cliniques sur le diabète, 1 vol., 1932, Masson, édit.).

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

L'épilepsie solitaire des tumeurs cérébrales

MM. Riser, Ducoudray et Laporte (*XIIe Réunion neuro-intern.*) rapportent quatre cas de tumeurs différentes par leur siège et leur nature qui ne se sont traduits pendant des années que par des crises jacksoniennes ; le diagnostic est très difficile et les malades souvent considérés comme des syphilitiques ; l'intervention est d'ailleurs loin de s'imposer lorsque l'épilepsie reste rigoureusement solitaire.

Les épididymites colibacillaires

La localisation du colibacille sur l'épididyme commence à être connue ; elle deviendra plus fréquente lorsque le diagnostic en sera fait. L'épididymite colibacillaire présente quelques particularités qu'il faut connaître : elle évolue chez des infectés colibacillaires, urinaires et intestinaux à la fois ; — elle survient comme un épisode aigu avec fièvre ; elle tend vers la suppuration à colibacilles ; elle procède souvent par poussées successives, elle rechute, elle est parfois bilatérale et à bascule. En dehors des indications locales, le traitement de l'intestin est nécessaire, ainsi que la désinfection de l'arbre urinaire par les lavages du bassinet. Le sérum anticolibacillaire de Vincent peut enfin rendre des services.

(Duvergey, *Soc. de chir. de Bordeaux*, 14 avril 1932.)

L'anesthésie à l'eukodal

MM. Marricq et Ho Dac Di rapportent (*Soc. de chir. de Marseille*, 2 mai 1932) quelques observations d'anesthésie à l'eukodal. Ils n'ont jamais pu obtenir d'anesthésie complète par injection intra-musculaire de ce produit. Ils considèrent cependant que l'eudokal est très intéressant comme anesthésique de base et présente les avantages suivants : innocuité complète (à la dose de deux ampoules pour un adulte de poids moyen), suppression de l'angoisse pré-opératoire, diminution dans de très grandes proportions de la dose d'éther nécessaire à la narcose, réveil assez tardif pour que soient évitées les douleurs post-opératoires immédiates.

L'épilepsie jacksonienne par vascularite

MM. Riser, Ducoudray et Planques (*XIIe Réunion neur. intern.*) sur 62 cas d'épilepsie jacksonienne non traumatique de l'adulte, ont pu incriminer 28 fois une lésion vasculaire qui n'était syphilitique que dans quatre cas sur dix ; les crises peuvent s'observer avant, pendant ou après la formation du ramollissement ; l'épilepsie par vascularite simule parfois une tumeur ; l'hypertension artérielle ne produit l'hypertension du liquide céphalo-rachidien que lorsqu'elle s'accompagne d'hypertension veineuse.

Les convulsions de l'enfance dans leur rapport avec l'épilepsie

MM. Heuyer et Dublineau exposent (*XIIe Réunion neur. intern.*) la statistique de 475 enfants ayant ou ayant eu des convulsions ; les convulsions de l'enfance caractérisées par une perte de connaissance et des mouvements tonico cloniques se compliquent d'épilepsie convulsive dans 29 pour 100 des cas, de troubles épileptiques du caractère dans 30 pour 100 ; les anciens convulsifs restés absolument indemnes sont en nombre infime. Quand les crises débutent entre 3 et 7 ans, elles sont suivies d'épilepsie motrice ou psychique dans 80 pour 100 des cas ; 61 pour 100 des épileptiques ont eu des convulsions dans l'enfance. Quelle que soit la variété de convulsions en cause, la constatation d'une crise convulsive avec perte de connaissance doit faire réserver l'avenir : à défaut d'épilepsie ultérieure, le rendement psychique est souvent déficient.

Epilepsie et varices méningées

M. Brunschweiler (*XIIe Réunion neur. intern.*) rapporte l'observation d'un malade présentant des crises généralisées et des signes de localisation pariétale gauche ; l'opération montra deux énormes varices méningées traversant la région pariétale.

Le rôle des spasmes vasculaires dans la pathogénie des accès épileptiques

M. D. Bolsi (Turin) (*XIIe Réunion neur. intern.*) a traité des épileptiques par l'acétylcholine en injections ; dans un certain nombre de cas, les crises ont temporairement disparu ; cette action d'une substance vaso-dilatrice montre le rôle des spasmes vasculaires ; l'acétylcholine n'a pas d'action sur les équivalents psychiques, le spasme n'est d'ailleurs qu'un facteur surajouté à une lésion cérébrale.

Traitement des tuberculoses cutanées par les injections locales d'or

MM. Gougerot et Burnier (*S. fr. de derm. et de syph.*, 9 juin 1932) ont traité une quinzaine de lésions tuberculeuses de la peau et de tuberculides par des injections de crisalbine à 1 pour 100 *in situ* ave des résultats favorables.

A propos de la syphilis sans chancre

M. Pinard (*S. fr. de derm. et de syph.*, 9 juin 1932) a observé deux malades chez lesquels les accidents secondaires paraissaient primitifs ; or un examen approfondi montra chez un malade un chancre du canal de l'urètre et chez l'autre un chancre du tiers inférieur de laj ambe.

« Le manque d'idées générales, l'absence de principes synthétiques, la méconnaissance des lois de la santé, l'ignorance de la constitution quaternaire de l'homme et des influences des milieux naturels sur son organisme, l'idée étroite que la maladie tombe uniquement de l'extérieur par contagion ou malchance, tous ces vices d'enseignement ont créé de pauvres cerveaux de médecins très scientifiques, mais, en réalité, fort primaires, parce qu'incomplètement instruits et nullement préparés à l'art si difficile d'individualisation et de manœuvre thérapeutiques ».

(Dr Paul Carton. — *L'art médical. La cuisine simple.* Un vol. Maloine, édit.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

Montaigne.

L'autopsie du duc de Reichstadt. — Journal des Débats du mercredi 15 août 1832.

Paris, 14 août. — L'autopsie du corps du duc de Reichstadt a eu lieu le 23 juillet dans le château de Schœnbrunn. Voici ce qu'elle a présenté :

1° Etat extérieur. — Le corps était tout amaigri ; la charpente osseuse de la poitrine était longue et étroite par rapport au reste du corps, la poitrine plate, le cou long. Tout le corps a cinq pieds neuf pouces de longueur, la peau était rude.

2° Dans le crâne. — La consistance du crâne était très compacte ; cependant, aux sutures, il était transparent. Le cerveau paraissait avoir été comprimé par le crâne.

3° Dans la cavité de la poitrine. — Le sternum était extrêmement court. Le poumon droit consistait en un nombre infini de tubercules d'une matière squirrheuse carcinomateuse. A la partie supérieure du poumon gauche, il y avait un tubercule. Le reste du poumon gauche, ainsi que le cœur, étaient dans un état parfaitement sain.

4° Dans la cavité du ventre. — Le foie grand, normal ; la vessie du fiel petite, le pancréas en bon état, la rate extraordinairement grande et molle. L'estomac petit, du reste en bon état. Les deux reins, surtout celui de gauche, avaient un peu plus de la grandeur ordinaire ; ils étaient en bon état, ainsi que la vessie.

Les humanités gréco-latines et les études médicales. — *C'est le titre d'un article de M. Marfan, article paru dans le* Journal des Débats (16 août 1932) *et dont voici un extrait* :

..... Ce qui m'a conduit à me préoccuper du meilleur mode

de préparation aux études médicales, c'est la constatation de l'abaissement progressif de la culture des étudiants en médecine. Longtemps en contact avec eux comme professeur et comme examinateur, j'ai pu suivre les progrès de cette décadence. Elle était déjà sensible avant la guerre. Depuis, elle est devenue chaque jour plus manifeste. Sans doute, aux examens, nous avons parfois la très grande joie de nous trouver devant des sujets d'élite ; mais cette joie est devenue rare. Le plus souvent, même chez les laborieux, nous sommes surpris de certains défauts d'esprit. Leur mémoire est encombrée de notions fragmentaires, dont ils n'aperçoivent pas le lien. Chose plus grave, on s'assure qu'ils n'ont ni le désir d'une définition claire, précise et complète, ni le goût du mot propre, ni la curiosité de l'étymologie des termes les plus usuels de la langue médicale. Et je parle ici des travailleurs. Quant aux autres, ce qu'ils font entendre est souvent déconcertant ; ils répondent presque toujours, mais n'importe quoi, au hasard de ce qui se présente à leur mémoire. On se demande comment ils ont pu franchir la barrière du baccalauréat et des examens du P. C. N.

En procédant à une enquête, en consultant les dossiers et en posant quelques questions, on s'assure que ceux dont les réponses sont les plus satisfaisantes sont pourvues en général — et sauf exception, il y en a en tout — du diplôme de bachelier « latin-grec ». Au sortir d'un examen, je le faisais remarquer à un de mes collègues : « Ce n'est pas étonnant, répliqua-t-il. Ceux qui nous ont si bien répondu étaient déjà sur les bancs du collège des sujets laborieux et bien doués. C'est pourquoi ils ont été dirigés vers les études gréco-latines ». Peut-être y a-t-il une part de vérité dans cette réponse. Mais qu'est-ce à dire, sinon que les humanités classiques seraient déjà un moyen de sélection ? Je suis persuadé qu'elles sont bien plus que cela. Elles constituent la meilleure préparation aux études médicales. Il est possible qu'elles soient moins nécessaires pour aborder d'autres renseignements. Pour les futurs médecins rien ne peut les remplacer.

A propos de la campagne de dénigrement contre nos stations thermales et climatiques. — *M. le Professeur Paul Cazeneuve écrit dans le* Lyon Médical (14 *août* 1932).

... Sans doute, le Ministre fait très bien d'avertir les Français de cette campagne absurde et de mauvaise foi. Mais, à mon sens, il ne s'agit pas seulement de toucher nos compatriotes dans cette réplique judicieuse ; il s'agit d'avertir l'étranger lui-même, et bien mieux, d'empêcher qu'à l'avenir cette propagande néfaste et injuste puisse continuer.

Avertir l'étranger par la voie de la presse, la nôtre et même celle étrangère, est bien. Mais je suis pour les méthodes préventives, en hygiène morale comme en hygiène matérielle.

Je me demande pourquoi telle commission compétente de la Société des Nations ne serait pas saisie de cette propagande contraire à la plus claire vérité scientifique.

Au point de vue économique et spécialement au point de vue de l'hygiène, une commission importante à Genève s'occupe de toutes les questions se rattachant au *Travail*. Cette commission publie de gros volumes sur ses travaux et les documents qu'elle reçoit dans l'intérêt de la santé du travailleur. C'est là de l'hygiène au premier chef, si je ne me trompe.

Bien mieux encore, une commission spéciale a été instituée, où siègent de hautes compétences médicales de France et de l'étranger, pour envisager et arrêter toutes les mesures à prendre pour enrayer l'extension des foyers d'épidémie, pour que le choléra, la peste, la poliomyélite, etc., ne franchissent pas les frontières et ne deviennent pas un fléau par l'étendue de ses ravages.

Ne revient-il pas à cette commission, qui fonctionne avec le concours de nombreux étrangers, de prendre l'iniative auprès de certains gouvernements, dont la presse est déchaînée contre nous, de protester énergiquement aux fins de rectifications.

La délégation française, au sein de cette commission d'hygiène, est toute désignée, après enquête, s'il était nécessaire, pour apporter solennellement une protestation et une rectification, dont le retentissement aurait la portée efficace désirable afin de mettre un terme, une fois pour toutes, à une malhonnête propagande.

Si la Société des Nations veut remplir son but de prévenir la guerre, en cherchant les moyens d'établir la vie harmonique entre les peuples, qu'elle accomplisse sa mission dans tous les domaines, le domaine économique et aussi le domaine moral.

A une commission d'hygiène, c'est-à-dire d'hommes de science, on ne demande que la bonne foi et l'amour de la pure vérité scientifique. Mais, je tiens à le répéter, il est important et nécessaire que les délégués ressortissant à telle ou telle nation, aient auprès de leurs gouvernements respectifs l'autorité qui détermine une intervention énergique, sinon une répression exemplaire.

Les peuples représentés à la Société des Nations devront s'entendre pour mettre un terme aux fausses nouvelles, aux contre-vérités, à la calomnie. Le désarmement dans le domaine moral et aussi dans le domaine de la science et de l'hygiène est aussi important que l'autre...

Maurice Nicolle. — *De M. Léon Daudet dans l'*ACTION FRANÇAISE (26 *août* 1932).

L'aîné des deux Nicolle, comme l'histoire de la médecine les appellera, mon vieil ami Maurice Nicolle, vient de mourir, après une longue et cruelle maladie. C'est une lumière de la science française qui s'éteint, et l'Institut Pasteur est en deuil. Il faisait partie, avec Duclaux, Roux, Calmette, Yersin, Lesage, son frère Charles, de la glorieuse phalange qui, pendant quarante ans, poursuivit l'étude des maladies infectieuses et épidémiques, de leur traitement en *similia similibus* inauguré par le grand Pasteur, des vaccins et serums, curateurs ou bienfaisants, adoptés par l'univers entier. C'était un esprit universel et dont la pensée cheminait — pour employer l'image de M. Meyerson — aussi bien dans les quantitatifs et les mathématiques que dans le qualitatif et toutes les branches de la biologie. Il n'avait pas vingt-neuf ans qu'à l'Ecole de médecine ses maîtres et ses camarades — dont j'étais — le considéraient comme un homme de génie et, pour les cas malaisés, recouraient à sa clairvoyance. Il vivait dans le domaine des idées, pour les idées, indifférent à toutes les brigues, à toutes les intrigues dont la Faculté était le théâtre, entre 1885 et 1894, et affichant un souverain mépris pour les dogmes éphémères des mandarins et tyranneaux d'alors. Nul ne prouva mieux que lui la nécessité, pour l'envergure et le déploiement des branches et rameaux de l'intelligence, d'une forte et ligneuse souche du caractère. Le vrai savoir exige la fermeté de l'âme, comme le véritable amour.

Notre génération, dont il fut, sur le plan scientifique, le premier, — aucun de nos contemporains ne me contredira — était intellectuellement tournée vers la science et la métaphysique allemandes. J'ai conté cela dans un ouvrage de bonne foi, mais insuffisamment détaillé et que je voudrais reprendre un jour. Maurice, chaque année, passait quelques semaines dans le laboratoire de Kœlliker et s'imprégnait de méthodes assez différentes des nôtres, en anatomie pathologique comme en histologie, plus tard comme en bactériologie. Nous étions tous fervents de Wagner et de Schumann, de Gœthe et de Heine. Dès 1887, les



fascicules, brochés en bleu, de *Zarathoustra* firent leur apparition parmi nous, et nous en déclamions avec enivrement le « *O Mensch, gieb acht...* » (« O homme, attention, que dit le minuit profond ! ») On retrouvera plusieurs fois, dans le « Journal » d'Edmond de Goncourt, la silhouette et le nom de Maurice Nicolle. Il venait fréquemment au grenier d'Auteuil. Sa conversation était fougueuse, intimante, imagée. Il ressemblait étonnamment aux portraits de Balzac jeune, et cette ressemblance amusait le vieux maître.

....

Ceux qui voudront se rendre compte de la puissance de l'intelligence de Maurice Nicolle pourront se procurer un épais bouquin bleu, de petit format, écrit en collaboration par les deux frères, Leredde (notre plus grand syphiligraphe depuis Fournier) et Lesage : *Manuel de pathologie interne*. Le livre, succinct, est un travail de jeunesse. Mais il n'a pas vieilli, et l'on y trouve, dans la discussion de l'étiologie, l'exposé des symptômes et la classification des traitements, les qualités maîtresses des quatres grands médecins qui, quarante ans plus tard, seraient justement célèbres. Ils liront aussi la thèse de Maurice sur les *Myocardites*, qui a ouvert à la pathologie cardiaque un domaine alors mal connu, et surtout mal délimité.

Tous les grands premiers rôles de la génération médicale, un Darier, un Vaquez, un Widal — hélas ! disparu — un Sollier ont gardé le souvenir de ce cher Maurice, loyal, généreux, confiant, — à qui l'outrecuidance et la partialité faisaient hausser les épaules — et qui recherchait la vérité avec une passion froide et lucide. Nous sortions un jour d'un cours d'embryologie de Mathieu Duval, personnage étonnant, lui aussi, et qui vaudrait une étude à part. Nous avions eu ce choc, ce plaisir, de la définition juste et comme assénée. Après un moment de silence, et faisant allusion à une minutieuse observation de ce patron insigne, Maurice me dit, avec sa moue coutumière et en levant le doigt : « Vois-tu, dans la science biologique, c'est par le petit « qu'on atteint au grand. C'est pourquoi il n'y a pas, chez nous « (c'est-à-dire en médecine), de petite remarque. » Puis, après un moment de silence : « C'est par l'extension démesurée qu'on déraille. »

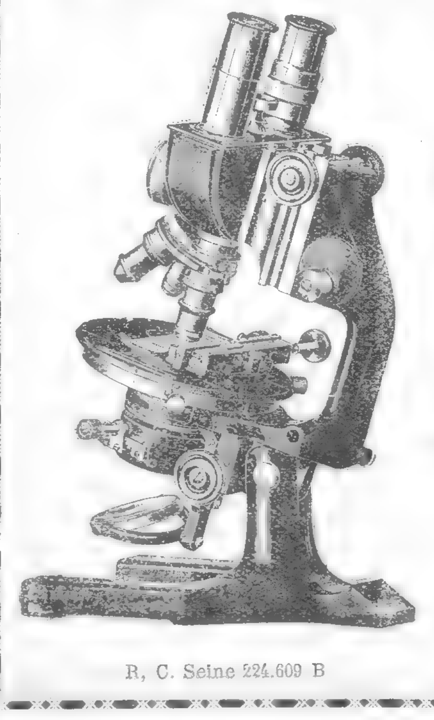
QUESTIONS POSÉES PAR LES PARLEMENTAIRES

Le professorat dans les Facultés de pharmacie et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie. — M. Louis Proust, demande à M. le ministre de l'Education nationale : 1° quels sont les titres exigés pour être professeur dans une faculté de pharmacie ; 2° quels sont les titres exigés pour être professeur d'une faculté mixte de médecine et de pharmacie ; 3° si un agrégé de faculté mixte de médecine et de pharmacie, non pourvu du grade de docteur ès sciences d'Etat ou du diplôme de pharmacien supérieur, a le droit d'être nommé professeur titulaire d'une faculté de pharmacie ; 4° si un agrégé de faculté mixte de médecine et de pharmacie non pourvu du titre de licencié ès sciences d'Etat a le droit d'enseigner dans une faculté de pharmacie.

RÉPONSE. — 1° Les titres et grades exigés pour pouvoir être nommé professeur dans une faculté de pharmacie sont déterminés par le décret du 12 juillet 1878, article 5 ; il faut être docteur ès sciences physiques ou naturelles et avoir été reçu pharmacien dans une faculté de pharmacie ou bien être titulaire du diplôme supérieur de pharmacien ; 2° pour être nommé professeur dans une faculté mixte de médecine et de pharmacie, il faut être docteur en médecine (décret du 22 août 1854, article 6), toutefois, les pharmaciens, docteurs ès sciences et les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien peuvent être nommés dans une chaire relevant des sciences pharmaceutiques dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie (décret du 13 juillet 1878) ; 3° réponse négative ; 4° réponse négative. »

Un agrégé de chirurgie générale peut-il être nommé à une chaire de clinique ophtalmologique ? — M. André Février, de Lyon, ayant demandé à M. le ministre de l'Education nationale si un chirurgien étranger à une spécialité médicale est susceptible d'être nommé à une chaire concernant cette spécialité, alors qu'il ne présente aucune des qualités requises pour être admis comme simple praticien parmi les membres du Syndicat professionnel de cette spécialité, a reçu la réponse suivante.

RÉPONSE. — Les conditions exigées pour être nommé professeur dans une chaire de faculté sont fixées par le décret du 22 août 1854 ; il faut être docteur dans l'ordre de cette faculté, avoir fait un stage de deux ans et être âgé de 30 ans.



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 37 LE NUMÉRO : 50 Centimes 10 SEPTEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec
A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
M. CHIFOLIAU, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
A. CLERC, Professeur de Pathologie interne, Médecin de l'Hôpital Lariboisière
H. CODET, Ancien Chef de Clinique psychiatrique
C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Accoucheur de la Pitié
Ch. LENORMANT, Professeur de Pathologie chirurgicale, Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'Ecole d'Anthropologie
A. PHILIBERT, Professeur agrégé à la Faculté
Félix RAMOND, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
A. SÉZARY, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital St-Louis
Henri VIGNES, Professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de la Pitié

Secrétaire de la Rédaction :
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris (Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, métro Gambetta.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies de l'endocarde, du péricarde, du myocarde, de l'aorte et de l'artère pulmonaire.* — Ce cours, qui aura lieu du 14 au 24 novembre 1932, sera fait par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. HAGUENAU, médecin des hôpitaux, WELTI, chirurgien des hôpitaux, A. BLONDEL, ancien interne lauréat des hôpitaux, premier assistant du service, GILBERT-DREYFUS, EVEN, F. P. MERKLEN, ODINET, J. PAUTRAT, P. PUECH, RACINE, anciens internes du service, GOLBLIN, assistant d'électrocardiographie, MARCHAL, assistant de radiologie du service, BRÉANT, chef du laboratoire du service, DEPARIS, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique (pression artérielle, pression veineuse, électrocardiographie, métabolisme basal, débit cardiaque, etc.) ou exercices cliniques (présentation de malades).

PROGRAMME. — Lundi 14 novembre, 10 heures, M. LIAN : Remarques générales sur l'examen clinique du cœur ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. BLONDEL : Endocardites malignes ; 16 heures, M. ODINET : Démonstrations de sphygmomanométrie auscultatoire ; 17 h. 1/2, M. HAGUENAU : Endocardite aiguë rhumatismale.

Mardi 15 novembre, 10 heures, M. LIAN : Conférence-Consultation ; 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : Insuffisance mitrale ; 16 heures, M. PAUTRAT : Démonstration de sphygmomanométrie oscillométrique ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Rétrécissement mitral.

Mercredi 16 novembre, 10 heures, M. LIAN : Insuffisance aortique rhumatismale ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. BLONDEL : Rétrécissement de l'orifice aortique et de l'isthme aortique ; 16 heures, M. GOLBLIN : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. MARCHAL : La radiologie dans le diagnostic des affections du cœur et des gros vaisseaux.

Jeudi 17 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Péricardites aiguës et subaiguës ; 11 heures, MM. LIAN et MARCHAL : Démonstration de radiologie cardiovasculaire ; 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : Affections valvulaires du cœur droit ; 16 heures, M. GOLBLIN : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. HAGUENAU : Insuffisance aortique syphilitique et insuffisance aortique fonctionnelle.

Vendredi 18 novembre, 10 heures, M. LIAN : Conférence-Consultation ; 15 heures, M. BLONDEL : Péricardite chronique et symphyse péricardique ; 16 heures, M. BLONDEL, : Exercices cliniques ; 17 h. 1/2, M. WELTI : Traitement chirurgical des épanchements et de la symphyse du péricarde.

Samedi 19 novembre, 10 heures, M. LIAN : Les données de la phonocardiographie ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. MERKLEN : Cardiopathies traumatiques ; 16 heures, M. PUECH : Démonstration pratique de l'examen du cœur à l'autopsie ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Syndromes myocardiques aigus.

Lundi 21 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Hypodynamie du myocarde ; 11 heures, M. LIAN : Exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes ; 15 heures, M. BLONDEL : Infarctus du myocarde ; 16 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Les troubles myocardiques d'origine thyroïdienne.

Mardi 22 novembre, 10 heures, M. LIAN : Conférence-consultation ; 15 heures, M. RACINE : Anévrysmes de l'aorte ; 16 heures, M. BRÉANT : Technique de la détermination du métabolisme basal et de la mesure du débit cardiaque ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL Syphilis du myocarde.

Mercredi 23 novembre, 10 heures, M. LIAN : Aortites de la crosse ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. BLONDEL : Artérites pulmonaires ; 16 heures. M. EVEN : Pratique et valeur séméiologique de la mesure de la pression veineuse ; 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Aortites thoraciques et abdominales.

Jeudi 24 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. ODINET : Cardiopathies congénitales ; 16 heures, M. ODINET : Exercices cliniques ; 17 h. 1/2, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1) Arythmies ; 2) Grands syndromes cardiaques ; 3) Artères, veines et capillaires ; 4) Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

Le cours de juin 1933 portera donc sur les troubles du rythme cardiaque, et sera suivi d'un voyage d'études à quelques stations hydro-minérales françaises utilisées dans le traitement des affections cardio-vasculaires.

Droits d'inscription : 250 francs.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Blondel assistant du service soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Congrès de gynécologie (3 au 5 octobre 1932.) — La séance d'ouverture du Congrès français de gynécologie sera présidée par M. le Professeur S. RECASENS, professeur de clinique gynécologique, doyen de la Faculté de médecine de Madrid.

Désireuse de resserrer les liens d'estime et d'amitié qui unissent les gynécologues français à leurs collègues étrangers, la Société française de gynécologie a décidé d'offrir chaque année la présidence d'honneur de son Congrès à un gynécologue étranger.

Enfants assistés de la Seine. — Sont nommés médecins du service des Enfants assistés de la Seine, à titre provisoire :

pour la circonscription médicale d'Aigueperse (agence de Gannat), M. Chapoutot ; pour la circonscription médicale du Châtelet-en-Berry (agence de Saint-Amand), M. Maquart ; pour la circonscription médicale de Luzy-Est (agence de Luzy), M. Dollet.

Premier Congrès international d'hygiène méditerranéenne. — Nous rappelons que le premier Congrès international d'hygiène méditerranéenne s'ouvrira le mardi 20 septembre, à 9 heures, à Marseille, sous les auspices de la Faculté de médecine de cette ville et sous le haut patronage de M. le Président de la République, et des plus éminentes personnalités médicales.

Cette manifestation scientifique internationale à laquelle de très nombreux et éminents savants appartenant à tous les pays méditerranéens apporteront leur concours et les résultats de leurs travaux, sera inaugurée par M. le Ministre de la Santé publique et présidée par M. le Professeur Marchoux, membre de l'Académie. Ce Congrès s'avère d'ores et déjà des plus importants, tant par le nombre que par la qualité des travaux qui y seront présentés.

Précisons qu'en outre des communications se rapportant aux sujets les plus divers portés au programme de ce Congrès plusieurs rapports du plus haut intérêt seront présentés aux congressistes : La spirochétose espagnole (Sadi de Buen) ; La fièvre ondulante (M. Burnet) ; La dengue (M. Blanc) ; Les procédés modernes dératisation des navires (M. Lutrario) ; La fièvre exanthématique méditerranéenne (M. Olmer).

De nombreuses réceptions et fêtes auront lieu à la Faculté de médecine, à l'Hôtel de Ville, à la Chambre de commerce, à la Foire de Marseille, ainsi qu'un banquet de clôture.

Une excursion en Provence sera offerte aux congressistes le dimanche 25 septembre.

Les personnes qui désirent bénéficier des avantages accordés par les Compagnies de chemins de fer et de navigation peuvent se faire inscrire en adressant leur cotisation (100 francs par membre et 50 francs par membre associé, femme ou fille), à M. Baillière, trésorier du Congrès, 19, rue Hautefeuille, à Paris, compte chèque postal : Paris 166.082, et en envoyant leur carte à l'agence « Exprinter », 26, avenue de l'Opéra, Paris.

Pour tous renseignements (inscriptions, communications, séjour et réductions sur les voyages, etc.), s'adresser au secrétaire général : Professeur H. Violle, Faculté de médecine, Palais du Pharo, Marseille ou au Docteur Ch. Broquet, secrétaire général adjoint, 195, boulevard Saint-Germain, Paris.

Congrès des Sociétés tchécoslovaque et yougoslave d'orthopédie. — Ce Congrès aura lieu les 3 et 4 octobre 1932 à Zagreb.

Les questions à l'ordre du jour sont : 1° Importance de l'orthopédie dans la médecine sociale ; 2° Tuberculose des os et des articulations : *a*) indication social du traitement chirurgical dans la tuberculose des os et des articulations ; *b*) question de l'occupation des malades qui souffrent de la tuberculose des os et des articulations ; 3° Rachitisme : *a*) le rachitisme considéré comme question sociale et nationale ; *b*) importance sociale du rachitisme tardif ; 4° Poliomyélite : *a*) analyse pathogénique et classification des troubles gastro-intestinaux dans la poliomyélite ; *b*) résultats du traitement orthopédique de la poliomyélite.

S'inscrire auprès de M. E. Sorrel, 179, boulevard Saint-Germain (Paris), secrétaire général de la société française d'orthopédie.

Inauguration du Camp thermal de Salies-du-Salat. — Tout récemment, M. Hippolyte Ducos, sous-secrétaire d'Etat à l'Enseignement technique, a inauguré le camp thermal de Salies-du-Salat, Haute-Garonne.

Nos lecteurs savent que le thermo-climatisme social est entré, depuis ces derniers mois, dans la voie de la réalisation ; mais peu de stations convenaient aussi bien que Salies-du-Salat à la création d'un camp thermal dont les enfants pourront suivre le traitement auprès des eaux chlorurées et iodurées sodiques de la célèbre station.

Après que le Docteur Molinéry, médecin directeur de Luchon, et initiateur des camps thermaux de France, eut développé la nécessité de généraliser de pareilles créations, le Ministre étendit encore le programme, et, dans un très beau discours, insista sur la nécessité, pour les Assurances sociales, de fonder partout où la chose sera possible, de véritables cités thermales pour les assurés sociaux.

Le camp de Salies-du-Salat est un véritable village de toile, aussi coquet que possible, et dont l'organisation technique et hygiénique a remporté tous les suffrages. On ne saurait trop féliciter cette station de l'effort réalisé en communion d'idées avec le T. C. F., en même temps qu'avec l'Association des camps de vacances du Commandant Fabre. Ce camp est à la fois un véritable type de camp thermal et, comme il a été dit par le Docteur Molinéry, un veritable symbole.

Congrès international d'hygiène méditerranéenne (Marseille, 20-25 septembre 1932). — Le *premier* Congrès international d'hygiène méditerranéenne s'ouvrira le mardi 20 septembre, à 9 heures, à Marseille, sous les auspices de la Faculté de médecine de cette ville, et sous le haut patronage de M. le Président de la République, et des plus éminentes personnalités médicales.

Bureau du Congrès. — Présidents d'honneur : MM. E. Roux et A. Honnorat ; président, professeur E. Marchoux ; vice-présidents : MM. les doyens Imbert, Euzière, Leblanc ; secrétaire général, professeur H. Violle ; secrétaire général adjoint, docteur Broquet ; trésorier, docteur G. Baillière.

Programme du Congrès. — Mardi 20 septembre, 9 heures :

Séance solennelle d'ouverture au Grand-Théâtre, en présence de M. le Président de la République. La spirochétose espagnole, rapporteur M. SADI DE BUEN (Madrid) ; 14 heures : communications, démographie, mouvements de la population, émigration, immigration.

Mercredi 21 septembre, 9 heures : La fièvre ondulante, rapporteur M. BURNET (Tunis), communications : mélitococcies. — 14 heures : communications : météorologie, climatisme, urbanisme, génie sanitaire, hygiène du rivage des mers sans marée, questions connexes d'hydrologie et de géologie.

Jeudi 22 septembre, 9 heures : La dengue : rapporteur, M. BLANC (Casablanca). Communications : fièvre à papataci, fièvre jaune. — 14 heures : communications : leishmanioses, paludisme, bilharziose, fièvre typhoïde, variole.

Vendredi 23 septembre, 9 heures : Des procédés modernes de dératisation des navires, rapporteur, M. LUTRARIO (Rome). Communications : lutte contre les rongeurs, rats, puces, peste. — 14 heures : communications : trachome, lèpre, tuberculose, maladies vénériennes.

Samedi 24 septembre, 9 heures : La fièvre exanthématique méditerranéenne, rapporteur M. OLMER (Marseille). Communications : fièvres exanthématiques, typhus exanthématique. — 14 heures : communications : prophylaxie publique et privée des maladies infectieuses les plus communes dans le bassin méditerranéen. Ententes internationales.

RÉCEPTIONS, EXCURSIONS. — MM. les délégués et membres du Congrès seront reçus officiellement à la Faculté de médecine, à l'Hôtel de Ville, à la Chambre de commerce de Marseille. Des visites de la ville et de ses environs auront lieu pendant le Congrès et des excursions sont prévues aux villes d'art de Provence pour le dimanche 25 septembre. Un comité de dames organisera des promenades et des thés pour les femmes et les filles des membres du Congrès.

PUBLICATIONS DU CONGRÈS. — Les rapports du Congrès seront réunis et publiés *in extenso* et remis aux congressistes dès l'ouverture du Congrès. Les communications devront être remises dactylographiées en double exemplaire (ne pas dépasser cinq pages d'impression in-8°). Les auteurs sont priés de joindre un résumé de dix à quinze lignes et d'indiquer si leurs rapports seront accompagnés de projections ou de films cinématographiques.

LANGUES. — Les langues admises au Congrès sont : l'anglais, l'espagnol, le français, l'italien.

PARTICIPATION AU CONGRÈS. — Les personnes qui désirent être inscrites comme membres du Congrès doivent adresser leur cotisation soit 100 francs à M. Baillière, trésorier du Congrès, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e), compte chèque postal : Paris 166.082. En réponse à leur envoi, il leur sera adressé leur carte de membre du Congrès.

VOYAGES, CONDITIONS DE SÉJOUR. — Les grandes compagnies de chemins de fer français accordent aux membres du Congrès, français et étrangers, qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres ou qui consentiront à payer pour cette distance, ainsi qu'à leurs femmes et filles non mariées, les accompagnant, une réduction de 50 % (tarif plein à l'aller, gratuit au retour). Les autorisations sont valables à l'aller, du 15 au 25 septembre 1932 inclus, au retour du 20 septembre au 10 octobre inclus.

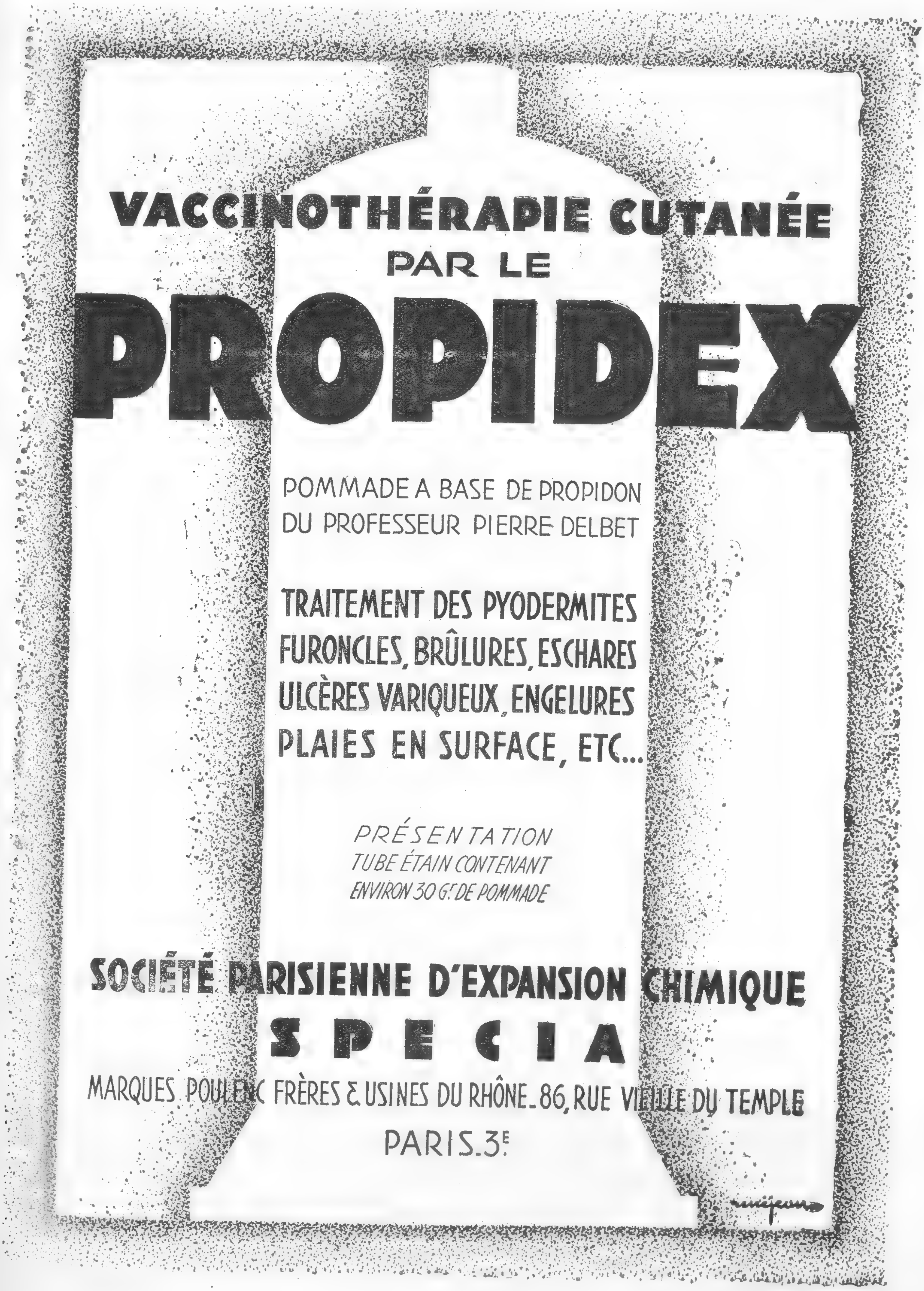
La Compagnie générale transatlantique (Algérie et Tunisie seulement) et la Compagnie de navigation mixte (Touache) accordent aux membres du Congrès, une réduction de 20 % et la Compagnie Fraissinet une réduction de 50 % (nourriture et péages non compris) sur le montant des traversées aller et retour, en limitant à un mois la durée de validité du coupon de retour.

Les demandes de réduction des tarifs de voyage devront être adressées avant le 20 août, dernier délai à l'agence de voyages Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

RENSEIGNEMENTS. — Les demandes de renseignements doivent être adressées : au secrétaire général, Professeur H. VIOLLE, Faculté de médecine, Palais du Pharo, Marseille, ou au Docteur Ch. Broquet, 195, boulevard Saint-Germain, à Paris.

« Le médecin est le seul travailleur ici-bas, qui n'ait pas choisi — et pour cause — entre le jour et la nuit, entre la semaine et le dimanche. Dans ce bagne, il n'est pas à plaindre. Car son esclavage est illimité. Il possède la vie et la mort. Deux domaines dignes d'envie. »

(Gilb. ROBIN. *Grandeur et servitude médicales*. Un vol. Flammarion, édit.).


VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE
PAR LE
PROPIDEX
POMMADE A BASE DE PROPIDON
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
TRAITEMENT DES PYODERMITES
FURONCLES, BRÛLURES, ESCHARES
ULCÈRES VARIQUEUX, ENGELURES
PLAIES EN SURFACE, ETC...
PRÉSENTATION
TUBE ÉTAIN CONTENANT
ENVIRON 30 GR. DE POMMADE
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE. 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE
PARIS. 3E

TRAVAUX ORIGINAUX

Nouvelles réflexions sur la physiologie de la douleur

Par le Docteur **Roger CHARPENTIER**

Qu'on nous excuse de ne pas apporter ici d'expériences originales. Mais il nous a semblé que l'interprétation de faits cliniques pouvait donner lieu à des considérations intéressantes, et qu'en somme certains actes répétés souvent (tels les anesthésies) avaient la valeur d'expériences.

Cas de l'anesthésie générale. — Les anesthésiques sont des déshydratants, et il a été soutenu (Raphaël Dubois) que l'anesthésie générale est une déshydratation du système nerveux. Overton a pensé qu'il y avait altération des lipoïdes du cerveau. Cette théorie n'enlève rien à la précédente.

On observe pendant l'anesthésie générale : 1° une période d'hyperidéation. A ce moment l'équilibre est perdu, des troubles sensoriels apparaissent, la notion de temps est altérée ;

2° Une période caractérisée par la conservation des réflexes le cerveau seul étant troublé ;

3° Une période d'abolition d'une partie des réflexes.

Cas particuliers d'anesthésie locale. — Habituellement obtenue par l'injection de *cocaïne* et de ses succédanés : novocaïne, allocaïne, syncaïne, etc. ; elle peut l'être aussi par :

Compression par garrot, bande d'Esmarch ;

Par stase veineuse ;

Par injection d'eau distillée ;

Par changement de température : *a*) en 1851, Arnot et Velpeau tentèrent l'utilisation du froid appliqué sur le cerveau ;

b) On sait qu'après 10 minutes de séjour dans une enceinte à 37° une grenouille perd toute sensibilité.

c) Action du froid localement (glace, kelène, etc.).

Pour expliquer l'action de la cocaïne on l'a comparée à celle du curare sur les plaques motrices. Ceci paraît inexact, d'après les travaux de François Franck, qui a vu que l'action anesthésique se fait sentir sur le nerf lui-même et sur les centres nerveux. Franck prétend que cette action est analogue à une section physiologique du nerf. Il y aurait en plus une action directe sur les centres nerveux. L'action anesthésique est souvent précédée par une action d'hyperexcitabilité passagère peu marquée.

Or, il nous est apparu qu'une hypothèse simple pouvait rendre comparable le mécanisme de l'anesthésie dans des cas apparemment si différents que :

Une anesthésie générale ;

Une anesthésie chimique (cocaïne) ;

Une anesthésie par piqûre d'eau distillée ;

Une anesthésie par compression ;

Une anesthésie par le froid ;

Et rendre compte de certaines douleurs, de certains éréthismes, de certaines névralgies et de quelques anomalies sensorielles.

L'anesthésie se produirait : quand le tissu nerveux central est déshydraté par rapport au tissu nerveux périphérique ou inversement quand le tissu nerveux périphérique est surhydraté par rapport au tissu nerveux central.

Le schéma ci-contre illustre cette idée.

Tout semble se passer comme si : une sensation, dont le sens de propagation est centripète,

Ne peut pas se propager d'un point du système nerveux surhydraté à un point moins hydraté ;

Au contraire elle passe mieux d'un point déshydraté à un point plus hydraté.

S'établirait-il un courant moléculaire du cerveau déshydraté au nerf surhydraté qui contrarie le courant sensitif (considéré actuellement comme une propagation moléculaire) ?

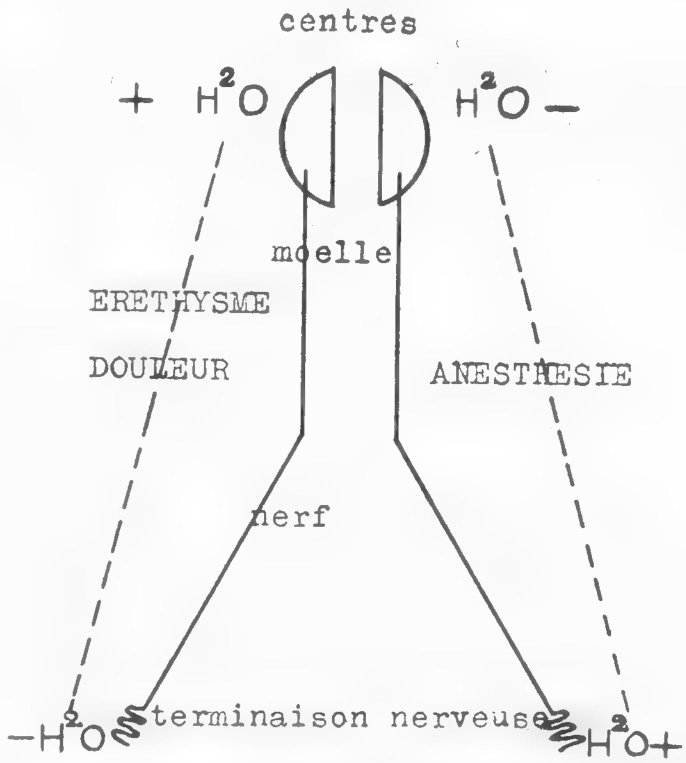
Une comparaison nous vient à l'esprit avec le potentiel électique :

Le potentiel nerveux favorisant le courant, s'établirait à la faveur d'une hydratation des centres par rapport à l'organe nerveux périphérique ;

Et serait anihilé par une moindre hydratation des centres ou par une surhydratation de la périphérie.

Voici maintenant les faits qui seraient en faveur de cette manière de voir, ou qui trouveraient en elle une explication simple :

L'anesthésie générale aboutissant à une déshydratation des centres : aucune sensation ne parvient plus au centre.



1° Une sensation cheminant d'un point surhydraté vers un point déshydraté (+ H^2O vers — H^2O) ne parvient pas, d'où : *Anesthésie.*
2° Une sensation cheminant d'un point déshydraté vers un point surhydraté (— H^2O vers + H^2O) est transmise avec aggravation : *Eréthisme, douleur.*

Une compression par garrot entraîne une stase veineuse, qui est susceptible d'entraîner une hydratation des extrémités nerveuses.

Une injection d'eau distillée semble pouvoir, étant sous pression, faciliter l'imbibition des terminaisons nerveuses.

Et on pourrait concevoir que le produit actif de la solution anesthésique (cocaïne, etc.) intervient pour fixer la solution de l'eau sur le tissu nerveux. On aurait ainsi l'explication séduisante et facile des deux faits contradictoires suivants :

La cocaïne agissant sur l'extrémité nerveuse est anesthésique, agissant sur les centres elle est stimulante (excitation idéative et motrice, perceptions sensorielles avivées, l'exagération de la sensation allant jusqu'à l'illusion et l'hallucination).

Parallèle entre l'action d'un déshydratant du système nerveux : (l'alcool) et de la cocaïne (fixateur de H^2O sur le système nerveux ??)

L'alcool en application locale provoque une douleur (déshydrate la terminaison nerveuse.)

La cocaïne en application locale supprime la douleur.

L'alcool en application générale (imprégnation éthylique, inhalation) provoque un engourdissement pouvant aller jusqu'à l'anesthésie, émousse la sensation. Un individu en état d'ivresse perçoit peu la douleur, ses sensations générales sont émoussées.

La cocaïne provoque l'ivresse cocaïnique avec sensations avivées exagérées jusqu'à l'hallucination.

La proposition paraît démontrée. *Le même effet s'appliquant à la périphérie provoque un résultat inverse de celui appliqué au centre.*

1° Cas : quand la cocaïne agit localement, elle contribue à hydrater le nerf périphérique et alors supprime le passage de la sensation en créant un point surhydraté à la périphérie (le courant sensitif étant incapable de passer d'un point surhydraté à un autre qui l'est moins.)

2° Cas : la cocaïne agissant sur les centres, contribue à hydrater le centre, et alors facilite le passage du courant nerveux sensitif d'un point moins hydraté au centre plus hydraté.

On comprendrait alors pourquoi, abolissant la sensation dans un cas, elle la facilite dans l'autre, par une même action hydratante appliquée en des pôles différents.

Cas de la névralgie. — On pourrait admettre que le nerf ou la terminaison nerveuse considérée est déshydratée d'une façon chronique. Le froid ne pourrait-il pas avoir une action déshydratante sur les téguments et les organes sensitifs qui y sont contenus, d'où névralgie *a frigore*. S'il en était ainsi on comprendrait que les sensations soient exagérées jusqu'à la douleur, la névralgie *a frigore* s'expliquerait par le fait que le froid diminuant la circulation périphérique prive les terminaisons sensorielles d'une partie de leur eau.

La réhydratation de ce nerf vaudrait la guérison. N'est-ce pas ce qui expliquerait les succès de la diathermie qui amène un afflux circulatoire pouvant être capable de réhydrater certains tissus ?

Certains cardiaques avec œdèmes, certains brightiques à la période terminale ont une hyperesthésie généralisée des téguments et le moindre contact est très douloureux, une piqûre est insupportable. Ces malades ont tous les organes œdématiés et en particulier l'œdème doit envahir le cerveau. Ne serait-ce pas à cette circonstance que cet éréthisme généralisé serait dû ?

On peut constater encore ce fait au cours d'une anesthésie locale, par exemple pour une amputation de doigt. L'anesthésie étant faite les manœuvres d'amputations, les sections, les tiraillements ne sont pas douloureux, mais l'application de teinture d'iode est vivement ressentie. L'alcool et l'iode sont capables de déshydrater momentanément l'extrémité nerveuse et le courant sensitif peut passer du nerf ramené à la déshydratation par rapport au centre, l'action de la cocaïne reprenant du reste aussitôt.

L'application de sel (Na Cl), qui attire l'eau à lui au détriment des tissus environnants, sur une plaie vive est la cause d'une douleur accentuée.

La rétention chlorurée dans le cerveau entraîne au contraire l'engourdissement.

La douleur chimique et par brûlure est-elle le fait d'une déshydratation de la terminaison sensorielle ?

Peut-on expliquer par l'inverse l'effet sédatif du pansement humide ?

Les spasmes sont-ils si douloureux parce que la violente contraction exprime l'eau des tissus et en particulier du tissu nerveux ?

Si nous voulons une preuve expérimentale ne la trouverons-nous pas dans l'exposé suivant :

« *L'action provocatrice de douleur de l'ion K.* — *C. Haebler Etr. Hummel* (*Klinische Wochenschrift*, tome 7 n° 45, 4 novembre 1928). (Résumé.)

Ces auteurs montrent que, toutes proportions égales d'ailleurs (pression osmotique, acidité locale, etc.), les solutions de KCl sont plus douloureuses que NaCl, $CaCl^2$ $MgCl^2$. Les auteurs font remarquer que dans toute inflammation apparaît une proportion importante de K par destruction cellulaire. Dans les plaies il y a au début également production instantanée de liquide riche en K à quoi viennent s'adjoindre ultérieurement des substances acides.

Armés de notre théorie, que pouvons-nous dire de plus ? Ceci : Le K est un des plus puissants déshydratants. Déshydratant plus facilement les tissus et en particulier le tissu nerveux, il s'explique qu'il facilite et provoque plus la douleur que les ions Na, Ca, Mg qui sont déshydratants à un degré moindre.

Le cancer se développe parfois sans douleur (à moins de compression de troncs nerveux étrangers à sa propre substance).

Serait-ce parce qu'il s'agit d'un processus très hydratant, dont l'hydratation sert à sa construction cellulaire et en même temps à l'hydratation des terminaisons nerveuses qui seraient anesthésiées d'où en somme autoanesthésie des tissus en voie de croissance rapide ?

Cela expliquerait le processus insidieux de certaines énormes masses tumorales qu'on a peine à comprendre d'être restées indolores si longtemps.

Cette hydratation ou déshydration de la terminaison nerveuse, du nerf, ou du centre, se passent à l'échelle colloïdale, au niveau des protéines et des lipoïdes, et interviendraient pour faciliter ou contrarier des mouvements moléculaires.

Resterait à trouver un fixateur universel de l'eau dans le système nerveux, comme on a trouvé un fixateur du Ca dans le système ostéo-musculaire en l'espèce des merveilleux rayons ultra-violets.

Celui-là serait maître de la *douleur* qui saurait doser l'hydratation du système nerveux en l'hydratant de moins en moins de la périphérie au centre.

Un point surhydraté, en amont d'un point sous-hydraté, ne permet plus le passage normal du courant sensitif d'amont en aval, et forme un barrage infranchissable au courant moléculaire, substratum de la sensation.

Les modalités de l'anesthésie sont dues à l'altitude différente de l'arbre nerveux à laquelle on porte artificiellement un semblable déséquilibre.

Nous n'entendons formuler ici qu'une hypothèse, que nous serions heureux de voir passer au rang de loi physiologique si des confirmations cliniques, histologiques, expérimentales, chimiques venaient à se faire jour.

Note. — L'action renforçante de l'adrénaline dans l'anesthésie locale, par les mélanges cocaïne-adrénaline, paraît pouvoir s'expliquer très simplement par le fait que, fermant la circulation locale elle empêche l'eau de la solution anesthésique de s'en aller, la laissant toute pour imbiber les tissus.

On pourrait chercher dans un trouble de l'hydratation des terminaisons nerveuses la clé du problème de la cellulite.

L'action sur les douleurs du système nerveux sympathique s'expliquerait aisément par ses propriétés vasomotrices réglant la teneur en sérum des tissus.

Rappel. — Essai sur la physiologie de la douleur R. C. *Le Progrès Médical*, 21 février 1931.

Bibliographie. — *Revue d'Ophtalmologie*, décembre 1924. Un nouveau mode d'anesthésie locale par injection d'eau distillée.

Presse Médicale, 24 septembre 1930. Quelques théories récentes sur les myalgies et les névralgies. Mouvement Médical.

21 octobre 1931. Nouvelle méthode d'alcoolisation dans les algies périphériques. Mario Dogliotti.

● ● ●

De l'ostéomyélite costale post-typhique

Par Henri COURSIÈRES

Externe des hôpitaux de Toulouse.

L'ostéomyélite costale post-typhique n'est pas une lésion d'observation journalière ; ce n'est pas, non plus une lésion grave et la plupart des sujets qui en sont atteints paraissent jouir d'une excellente santé ; elle constitue cependant une affection intéressante car sa symptomatologie, d'une part prête à des erreurs de diagnostic — dont les conséquences peuvent être fâcheuses, — et, d'autre part ne paraît pas exiger le traitement énergique qui est indispensable, dans la majorité des cas, pour obtenir la guérison. Notre maître, M. le Docteur J.-P. Tourneux, chirurgien-chef de l'Hôtel-Dieu a bien voulu nous communiquer l'observation — édifiante à ce dernier point de vue — d'un malade que nous avons pu suivre pendant un certain temps dans son service ; nous la résumons ci-dessous.

Observation clinique. — Louis F..., âgé de 38 ans, de Mazamet (Tarn) est pris vers le 8 décembre 1929 de céphalée assez intense, s'accompagnant de malaises, et d'une modification sensible de l'état général. Ces signes vont s'accentuer jusqu'au 15 décembre, date à laquelle survient de la diarrhée et une certaine ascension de la température. Le diagnostic de fièvre typhoïde est alors à peu près certain, car la femme du malade avait été atteinte à partir du 15 septembre d'une dothiénentérie grave, qui a provoqué plusieurs entérorragies (la première au vingtième jour) et hématémèses, et dont la convalescence a été compliquée d'abcès et d'escarres.

L'évolution ultérieure de la maladie confirme les prévisions du début. Dans la nuit du 24 au 25 décembre en effet, survient une hémorragie intestinale — qui devait se répéter dans la suite — tandis que se constitue un ictère. Puis une hématurie, d'origine rénale, entraîne une rétention d'urine (obstruction du canal urétral par des caillots). Au cours du cathétérisme évacuateur, on fait une fausse route, qui est le point de départ d'un abcès périurétral. Cet abcès, qui s'ouvrira par une fistule périnéale, ne sera pas le seul : il s'en constitue un nouveau dans la masse musculaire de la cuisse gauche. Cependant l'état du malade finit par s'améliorer, et la guérison est complète au mois de mars 1930.

Au mois d'avril suivant, des douleurs au niveau de la région thoracique, sont suivies de l'apparition d'une tuméfaction, qui constitue bientôt un véritable abcès à hauteur de la sixième côte. L'ouverture au bistouri n'entraîne pas la guérison et il persiste une fistule.

En novembre 1930, on intervient : curettage chondro-costal de C_6. Non seulement ce foyer persiste mais un autre — qui est cureté en janvier 1931 — apparaît au niveau de l'articulation chondro-costale de C_5. Le résultat n'est pas meilleur et, après une opération, identique en février 1931 pour une nouvelle localisation à l'articulation chondro-sternale de C_6, la suppuration de ces trois points d'ostéite continue.

En mai, une radiographie, montre l'existence, non pas seulement de trois, mais de cinq foyers : chondro-costal au niveau de C_5, chondro-sternal et chondro-costal pour chacune des 6e et 7e côtes.

Notre maître, qui voit le malade pour la première fois quelques jours plus tard, pratique le 27 du même mois, sous anesthésie générale, une résection étendue au niveau des cinq localisations : tandis que la réunion se fait progressivement à hauteur de C_5 et des articulations chondro-sternales de C_6 et C_7, la suppuration des foyers chondro-costaux de ces deux dernières côtes persiste. Le 15 septembre 1931, une anesthésie locale permet de réséquer une partie de C_7, mais ce n'est pas encore le succès complet, et le malade ne sera définitivement guéri qu'après une nouvelle intervention en décembre 1931 par résection très large de C_6 et C_7.

L'évolution de cette ostéomyélite costale post-typhique nous a intéressé, et nous a amené à rechercher les autres observations ou les travaux sur la question, publiés jusqu'à ce jour. Ces documents — dont nous allons aborder l'étude parallèle — mettent en relief certains caractères que nous retrouvons dans l'observation précédente :

1° Il s'agit, en effet, d'une ostéomyélite survenue peu après la guérison d'une fièvre typhoïde, de forme grave, chez un sujet de 38 ans.

2° Elle évolua d'une façon froide, chronique, sans grandes réactions locales, et n'empêcha pas le malade de récupérer les forces qu'il avait perdues au cours de la dothiénentérie et de prendre de l'embonpoint.

Mais l'intérêt du cas rapporté plus haut réside surtout dans les particularités suivantes :

1° Les lésions s'étendirent sur trois côtes et le sternum, constituant cinq foyers, alors qu'on n'avait guère signalé jusqu'ici l'atteinte de plus de deux côtes à la fois.

2° La guérison ne fut obtenue qu'après plusieurs interventions successives, ce qui souligne la nécessité absolue de pratiquer des résections dépassant nettement la limite des lésions apparentes, pour réunir le maximum de chances d'enlever tous les tissus pathologiques, et d'obtenir la guérison.

Historique.

L'historique des suppurations osseuses post-typhiques peut se diviser en trois périodes. Pendant la première, qui est marquée surtout par la thèse d'agrégation de Maisonneuve (1839) et le Traité de la suppuration de Chassaignac, les auteurs signalent des lésions osseuses après la fièvre typhoïde, mais n'accordent pas à cette dernière maladie une grande valeur étiologique. L'important mémoire de Keen (1878) marque le début de la seconde période, ou période clinique. « En l'absence de toute notion bactériologique » les auteurs émettent des hypothèses sur la pathogénie des lésions observées. Citons en France les travaux de Mercier, Lévesque, Bouchard, Rondu, Hutinel, et ceux de Hayward, Jackson, etc., en Angleterre. La troisième période est dite « bactériologique ». Dès 1885, Freund suppose que les lésions osseuses post-typhiques sont dues à une localisation du bacille découvert quatre ans plutôt par Eberth, hypothèse vérifiée, en 1889, par Ebermaïer qui trouve ce bacille, seul, dans deux cas de périostite suppurée. Signalons ensuite les travaux de Sacchi, Orloff (1889), Achalme, Cornil et Péan, Colzi (1891) et Haslé (1892). Il faut noter, l'année suivante (1893), une thèse importante de Dehu, et, en 1894, les ouvrages de Gangolfe, Polaillon, Mauclaire, les observations de Buschke et de Klemm. Nous terminerons l'historique des ostéomyélites typhiques en général en citant les travaux de Catrin, Tuffier et Widal, Paul Boncour (1896) Savatier (1897) et Ruais (1899).

Pour ce qui est de la bibliographie spéciale aux localisations sterno-costales, nous soulignerons les communications de Furbringer au Congrès de Vienne (1890), et d'Helferich au Congrès des naturalistes allemands de la même année. les observations de Barbacci (*Lospérimentale*, 1891), Achard et Broca (*Société médicale*, 1893). Braquehaye, Sultan, Albertin (*Province médicale*, 1895) et Widal (*Gazette des Hôpitaux* 1896) ainsi que l'article, de Tourneux (Conférences de clinique chirurgicale pratique 1931).

Etiologie.

Fréquence. — De toutes les maladies infectieuses, c'est la fièvre typhoïde qui produit le plus souvent des lésions osseuses. Cependant l'ostéomyélite typhoïdique n'est pas fréquente (8 cas sur 927 dothiénentériques : Dopter).

« Le tibia est l'os de choix » mais les côtes sont souvent atteintes ainsi que l'ont fait remarquer Paget, Helferich, et Bergmann. Albertin en 1895 recueillait déjà 19 observations d'ostéite typhoïdique des parois thoraciques ; quelques autres ont été publiées depuis (Widal, Ruais).

La fièvre typhoïde doit donc rentrer en ligne de compte dans l'étiologie des abcès ossifluents des parois thoraciques (Braquehaye).

Age. — Ceci est d'autant plus vrai qu'on s'adresse à des sujets plus âgés, car, si l'ostéomyélite typhique en général s'observe de préférence avant 25 ans, la localisation

aux côtes de cette affection n'a guère été rencontrée qu'après 30 ans (Helferich).

Sexe. — Elle serait également plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (comme la fièvre typhoïde d'ailleurs) et ce serait là une conséquence de la plus grande fréquence chez eux des traumatismes.

Traumatisme. — S'il n'est pas la condition *sine qua non* des complications osseuses de la fièvre typhoïde, il a cependant un rôle localisateur indéniable et on a vu des ostéomyélites typhoïdiques se développer au niveau d'un traumatisme ancien (Valentini) ou d'une ancienne fracture consolidée (Mouisset).

Siège. — C'est dans l'immense majorité des cas — Braquehaye dit « toujours » — au niveau de la partie antérieure du thorax que se fait la localisation. Nous n'avons trouvé, dans la littérature médicale, qu'un seul cas où la tumeur (qui débuta d'ailleurs au début de la dothiénentérie pour disparaître à la défervescence) se trouvait en arrière, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate (Widal). Les lésions siègent le plus souvent sur l'une des 5e, 6e, 7e ou 8e côtes, ou sur plusieurs d'entre elles à la fois ; elles peuvent être plus étendues et intéresser en même temps le sternum.

Gravité de la fièvre typhoïde. — «C'est surtout à la suite des formes à rechutes et des formes prolongées que s'observe l'ostéomyélite typhique » (Chantemesse et Widal), et cela est si vrai qu'on a pu accuser précisément la suppuration osseuse de prolonger la convalescence. Il semble que cette interprétation soit mauvaise car, on a vu — bien que ce soit rare — les complications osseuses apparaître après des formes frustes dont elles ont fait faire le diagnostic rétrospectif (Broca), et on a pu constater ces mêmes complications chez des sujets déjà complètement rétablis et dont l'état général n'était nullement touché par ces nouvelles lésions.

Époque d'apparition. — L'ostéomyélite costale typhoïdique peut, en effet, survenir longtemps après la dothiénenterie. Elle peut apparaître aussi au début. Mais « les complications osseuses de la fièvre typhoïde sont presque toujours des accidents tardifs, apparaissant, en général, dans le premier mois qui suit la convalescence » (Widal).

Pathogénie.

Ce bacille d'Eberth est amené par le sang au niveau de la moelle osseuse, pour qui il a une véritable prédilection (Chantemesse et Widal) et où on a pu, malgré le pouvoir bactéricide de cet organe, le retrouver très longtemps après la fièvre typhoïde (Buschke). Le tissu spongieux, sternal ou costal, au sein duquel il y a un ralentissement de la circulation est particulièrement favorable au dépôt et à l'arrêt du microbe. Ebermaïer, sur dix autopsies, l'y a rencontré neuf fois ; Quincke, Busch ont fait des constatations analogues. Le bacille demeure ainsi « où le hasard l'a abandonné » ; qu'une cause quelconque (traumatisme, fatigue, etc ..) intervienne pour favoriser sa prolifération, et nous assisterons à des manifestations pathologiques diverses que nous allons étudier.

Un premier degré de l'infection ostéomyélitique serait un état irritatif de la moelle (Ruais), dont les poussées congestives se traduiraient par l'ostéalgie isolée. Mais la moelle osseuse s'étend, par les canalicules de Havers, jusqu'à la couche profonde du périoste, de telle sorte que l'os y est absolument baigné (Cornil et Ranvier). L'altération médullaire peut donc se propager à l'os, puis au périoste, dont l'inflammation est particulièrement marquée dans la couche profonde. Ce stade inflammatoire peut se traduire par une excitation du pouvoir ostéogénique et il est fréquent de constater l'apparition d'hyperostoses.

Lorsque l'infection est plus intense, le microbe plus virulent, la suppuration peut survenir, et cette réaction locale phagocytaire est logique dans un organisme à demi immunisé au moment de la convalescence (Widal).

Concluons, dès à présent, que l'ostéomyélite costale typhoïdique se manifeste sous plusieurs formes : ostéalgies, périostites et hyperostoses, suppurations plus ou moins profondes (sous-périostées, osseuses, médullaires), mais que, « même dans les cas où il semble n'exister qu'une périostite c'est par la moelle des os que l'infection osseuse se propage » (Mauclaire).

Cette origine profonde se retrouve lorsque, seul le cartilage costal est atteint, et Achard et Broca écrivent à propos d'un cas de chondrite costale à bacille d'Eberth. « C'est donc, vraisemblablement, au niveau des vaisseaux qui existent chez l'adulte au centre des cartilages costaux que la lésion a débuté. Ce point sert de centre à l'ossification toujours plus ou moins tardive qui envahit avec une grande lenteur les cartilages costaux ; il y a là comme un rudiment de la moelle cartilagineuse qu'on trouve dans le squelette de l'embryon. Aussi pensons-nous que le même mécanisme qui préside au développement des ostéomyélites en général peut être évoqué ici pour expliquer cette lésion du cartilage. C'est sans doute, une sorte de chondromyélite engendrée par des colonies microbiennes venues par voie sanguine. »

Bactériologie.

L'étude bactériologique de l'ostéomyélite post-typhique des parois thoraciques donne les mêmes résultats que celles des localisations aux autres portions du squelette. Selon les cas il s'agit :

D'ostéomyélite spécifique à bacille d'Eberth ;

D'ostéomyélite par infection secondaire, due aux cocci de la suppuration ou d'ostéomyélite par infection mixte.

En ce qui concerne l'ostéomyélite spécifique, où le bacille d'Eberth a été trouvé pur (Chantemesse et Widal, Achard et Broca, Sultan, etc...) le pouvoir pyogène de ce bacille est suffisamment démontré aujourd'hui pour ne plus revenir sur la théorie de Frœnkel et Baumgarten d'après laquelle il ne pourrait qu'envahir secondairement le foyer de suppuration créé par les microbes pyogènes habituels.

Nous n'insisterons pas sur l'ostéomyélite par infection secondaire, dans laquelle la recherche du bacille d'Eberth reste négative (Frankel, Netter, Schede, Moizard).

Au sujet de l'infection mixte, Dupont, Savatier, rappellent les travaux de Vincent sur le rôle des associations microbiennes dans la fièvre typhoïde (le bacille d'Eberth ayant été trouvé, dans les viscères et le sang, associé au streptocoque, au staphylocoque doré ou au colibacille) et admettent que « les deux espèces microbiennes puissent venir se fixer et se développer simultanément en un point de squelette et produire, par conséquent, des ostéomyélites par infection mixte ». Mais on peut aussi bien supposer que la suppuration est spécifique au début, et que, secondairement streptocoque, et staphylocoque, interviennent, apportés par le sang ou ensemencés directement par la fistule, pour donner une suppuration mixte ; celle-ci, à son tour, pourrait ne montrer à un examen ultérieur que les pyogènes ordinaires, le bacille typhique, dont la vitalité serait moindre, disparaissent secondairement (comme dans les expériences de Roux).

La porte d'entrée des germes d'infection secondaire, évidente lorsqu'il y a une fistule, est constituée, dans les autres cas, par les escarres, les excoriations de la peau ou des muqueuses, et les ulcérations intestinales qui sont une voie facile pour les micro-organisme pullulant dans l'intestin.

Anatomie pathologique.

Au sujet de l'ostéomyélite costale en général, on sait que : « l'ostéomyélite prend toujours naissance au niveau des points diaphysaires des os contigus à leurs car-

BIBLIOGRAPHIE

La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives, par B. Malinowski. Traduit de l'anglais par le docteur S. Jankélévitch. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Scientifique* : 25 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le célèbre professeur d'anthropologie à l'Université de Londres, M. B. Malinowski a rapporté, il y a quelque années, d'un long séjour en Nouvelle-Guinée un remarquable ouvrage, *La Vie sexuelle des Sauvages*. Il publie aujourd'hui sur le même sujet une nouvelle étude sociologique qu'il présente comme suit : « La psychanalyse nous a conduits à une théorie dynamique de l'esprit ; elle a donné à l'étude des processus mentaux une orientation concrète : elle nous a appris à concentrer notre attention sur la psychologie de l'enfant et sur l'histoire de l'individu. En dernier lieu — et ceci n'est peut-être pas son mérite le moins important — elle nous a forcés à prendre en considération les aspects pour ainsi dire non officiels et non reconnus de la vie humaine.

« La franche étude de la sexualité et de certaines petitesses et vanités humaines, considérées comme honteuses, étude qui, plus que tout le reste, a valu à la psychanalyse la haine et les injures de tant de gens, constitue, à mon avis, sa plus grande contribution à la science et la rend précieuse, surtout aux yeux de ceux qui se livrent à l'étude de l'homme, qui veulent connaître l'homme sans se laisser arrêter par des scrupules sans valeur. En disciple et partisan de Havelock Ellis, je songe moins que quiconque à accuser Freud de « pansexualisme », malgré les profondes différences qui me séparent de lui quant à la manière d'envisager l'impulsion sexuelle. Et pas davantage je n'accepte ses idées avec des protestations, en me lavant soigneusement les mains, afin de les débarrasser des impuretés qui y ont adhéré. L'homme est un animal ; comme tel, il est parfois impur et l'anthropologiste honnête doit tenir compte de ce fait. Ce qu'un savant peut reprocher à la psychanalyse, ce n'est pas d'avoir traité la sexualité franchement et avec l'accent qu'elle mérite, mais de l'avoir traitée d'une manière incorrecte.

« Des observations directes portant sur le complexe matriarcal, tel qu'il se manifeste chez les Mélanésiens, constituent, à ma connaissance, la première application de la théorie psychanalytique à l'étude de la vie sauvage et comme telle, elle n'est peut-être pas sans intérêt pour ceux qui étudient l'homme, son esprit et sa culture. »

Précis de clinique sémiologique, diagnostics, pronostics et traitements, par Gaston Lyon. Deuxième édition revue. Un volume de 868 pages, broché : 50 francs, cartonné : 62 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est un *Petit Précis de médecine* plus concret que bien des manuels classiques, plus direct, qui donne de l'acte médical à la fois et dans le même exposé tous ses aspects. La sémiologie, la pathologie générale, la thérapeutique, la technique y sont intimement unies et leur lien c'est la clinique. Ce livre est divisé en six parties :

1. Interrogatoire ; 2. Examen ; 3. Recherches de laboratoire ; 4. Exploration des différents appareils et séméiologie ; 5. Pronostics ; 6. Applications thérapeutiques.

Cette deuxième édition est strictement au courant des nouveautés scientifiques, notamment en ce qui concerne les examens de laboratoire.

Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène. (Recueillis par ses élèves). II. *Appareil génital de la femme.* (Deuxième partie), par P. Moulonguet. Un volume de 380 pages avec 243 figures, 80 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce volume est le troisième actuellement publié des travaux de diagnostics anatomo-cliniques rédigés d'après les notes personnelles de Paul Lecène. Comme le précédent volume avec lequel il forme un tout complet, celui-ci est consacré en entier aux affections de l'appareil génital de la femme. C'est un ouvrage de clinique qui contient une illustration considérable. Pour chacune des affections exposées on y trouvera une interprétation minutieuse des signes cliniques, mais aussi un exposé des techniques spéciales, surtout histologiques et bactériologiques auxquelles le chirurgien devra avoir recours pour établir un diagnostic dans les cas difficiles, avant, pendant et après l'opération. C'est ce qui différencie nettement ces travaux des traités de *diagnostic chirurgical* habituels.

On trouvera exposées dans ce volume les questions suivantes :

Les lésions dystrophiques des ovaires et de l'utérus. Les néoplasmes bénins de l'utérus. Les néoplasmes malins de l'utérus. Les tumeurs de la trompe. Les tumeurs de l'ovaire et du ligament large. Les endométriomes. Les chorio-épithéliomas. Les tumeurs et les kystes du ligament rond.

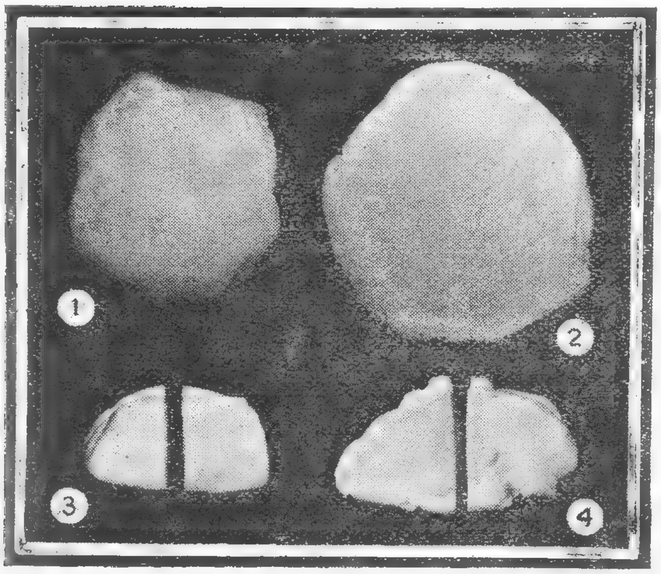
DES CAILLOTS LÉGERS ET DIFFLUENTS...

●

Le lait maternel constitue incontestablement, pour le nouveau-né, le plus digestible des aliments. Le lait maternel forme, en effet, dans l'estomac du nourrisson des caillots légers et diffluents très perméables à l'action des sucs gastriques.

Le lait de vache, au contraire, qu'il soit cru, bouilli ou pasteurisé, caille en masse compacte ; les sucs gastriques de l'enfant ne peuvent donc exercer leur action que sur la surface de cette masse.

Examinez la photo ci-contre : vous y verrez que le lait concentré non sucré Gloria présente en caillant toutes les caractéristiques particulières au lait de femme, ce qui lui confère son incomparable digestibilité. Cet avantage est dû :



COMMENT LE LAIT CAILLE:

1) *Lait maternel* 2) *Lait concentré dilué avec de l'eau*
3) *Lait de vache cru* 4) *Lait de vache bouilli une minute*

1° A ce que, seul, un lait rigoureusement frais est chimiquement en état de supporter les diverses phases de la préparation du lait non sucré Gloria.

2° A ce que la concentration dans le vide enlève exclusivement le superflu d'eau naturelle, tout en respectant l'intégralité des principes nutritifs.

3° A ce que l'homogénéisation sous forte pression fragmente les globules gras infinitésimalement et les répartit uniformément dans toute la masse liquide comme dans le lait maternel.

4° A ce que la stérilisation en boîtes closes, scientifiquement conduite, offre une garantie absolue de l'absence de tout germe.

Stérile, digestible et nutritif, le lait non sucré Gloria s'impose à la confiance du pédiâtre. En outre, le lait Gloria n'étant pas sucré, la richesse du biberon en éléments nutritifs du lait peut être accrue sans modifier la teneur en hydrates de carbone ; la fluidité du lait Gloria, tel qu'il sort de la boîte, vient encore faciliter ce dosage.

Enfin, le lait Gloria, n'ayant subi l'adjonction d'aucune substance étrangère, est pur et peu coûteux. Recommandez-le : il vous rendra d'indéniables services.

GLORIA



● Provenant de troupeaux sélectionnés vivant toujours au pâturage en plein cœur du pays normand, le lait non sucré Gloria est concentré, homogénéisé et stérilisé sur place à Carentan (Manche).

● Il est en vente partout. La petite boîte de 170 gr. se recommande spécialement pour l'alimentation infantile, sa contenance étant facilement consommée dans une journée, et ne laissant ni perte ni déchet.

LAIT GLORIA, S^té An^me, 48, RUE AMPÈRE, PARIS (17e)

tilages de conjugaison, et comme les côtes ne font pas exception à cette loi, c'est donc au voisinage de leurs zones d'accroissement que siégeront les lésions. Il s'ensuit que le foyer ostéomyélitique peut donc se développer soit en avant, au voisinage ou même au niveau de l'articulation chondro-costale, soit en arrière, au niveau de la tête des côtes.

Dans l'ostéomyélite post-typhique cette dernière localisation est exceptionnelle ; par contre les cartilages costaux peuvent également être atteints, soit en même temps que les parties adjacentes de la côte osseuse ou du sternum, soit isolément. Les lésions se développent à la face externe de l'os, la face interne restant indemne le plus souvent. Enfin les côtes atteintes étant, presque toujours, les 5e, 6e, 7e, ou 8e, les abcès deviennent rapidement visibles sous la peau et ne subissent pas de grandes migrations.

Nous avons vu que l'infection, primitivement localisée à la moelle, peut déterminer par extension : ostéite ou chondrite, périostite et exostoses, suppuration de la moelle, de l'os, ou du périoste. Quelle est l'anatomie pathologique de ces différentes lésions ?

L'infection légère et isolée de la moelle détermine une congestion, une hyperémie intense, et la richesse en globules rouges libres s'ajoute à une diminution notable de la graisse pour donner à cet organe une teinte rouge sombre bien accusée.

Le tissu osseux est-il atteint, il se montre parsemé de petite taches rouges qui représentent les canalicules dilatés, remplis d'une moelle osseuse rouge entourant un vaisseau dilaté et gorgé de sang.

L'extension au périoste est vite évidente ; il s'épaissit, se tuméfie, acquiert une vascularisation intense ; il adhère peu ou mal à l'os. Selon l'intensité de l'infection le processus est, avons-nous vu, productif et aboutit à l'hyperostose, ou destructif il se produit alors un abcès sous-périosté.

L'exostose se présente comme une saillie de quelques centimètres de diamètres peu consistante au début (l'incision laisse écouler du sang) mais qui devient aussi dure que l'os auquel elle adhère. Elle peut rester ainsi pendant des mois et même des années, elle peut se résorber (observation de Widal) mais souvent elle suppure (au bout de sept dans un cas de Buschke). Déjà à l'incision d'exostoses douloureuses, qui rougissent et s'enflamment lentement, on peut trouver quelques gouttes d'un pus blanchâtre bien lié (Hallé).

L'abcès sous-périosté constitué est analogue à celui de l'ostéomyélite vulgaire, mais le pus — de quelques gouttes à un quart de litres — « n'est souvent pas du pus véritable » ; quelquefois jaune blanchâtre, rarement verdâtre, il est le plus souvent rouge brun largement teinté de sang (Buschke). De consistance visqueuse, d'odeur fade et non nauséabonde, il se montre pauvre en éléments cellulaires riche en détritus. Tous ces caractères tiennent sans doute à ce que le bacille d'Eberth n'est pas véritablement pyogène mais plutôt nécrosant à la manière du bacille de Koch (Klemm, Mauclaire, Léri). Cette nécrose ne s'étend pas nécessairement, dans le cas de suppuration sous-périostée, au tissu osseux sous-jacent, et il est exceptionnel qu'on trouve des séquestres, toujours réduits quand ils existent à une simple lame osseuse de la périphérie de l'os. Ces séquestres sont la cause, jusqu'à leur élimination, de la persistance de fistules, mais celles-ci sont de règle dès que les lésions sont un peu accusées.

Dans l'ensemble des lésions que nous venons de voir, l'atteinte du périoste domine, l'ostéite est peu importante, les modifications de la moelle peu sensibles, il s'agit d'une ostéo-périostite (Cornil et Péan, Léri), ou d'une simple périostite » (Hallé) plus que d'une ostéomyélite. C'est ce que l'on rencontre, souvent, au niveau des os longs mais aussi au niveau des côtes quelquefois. Cependant, ce qui est la règle dans la localisation costale, c'est « la véritable ostéomyélite » altérant la côte profondément.

Albertin a particulièrement insisté sur ce caractère. Quelles que soient les altérations du périoste, épaississement, infiltration œdémateuse ou fongueuse, la lésion non seulement primitive, mais primordiale par son intensité, siège dans la portion centrale de l'os. La côte subit des modifications de forme et de volume spéciales, semble-t-il, au squelette de la région thoracique : la coque osseuse se dilate comme si elle était soufflée, devient fusiforme ou ovoïde. « Il y a, dit Albertin, une altération comparable au spina ventosa ». A l'exsudat inflammatoire du début, a succédé la nécrose, le ramollissement puriforme de l'os et quelquefois la liquéfaction. Ici encore les séquestres sont rares ou très petits, lamelleux. La moelle est profondément altérée. Il y a eu congestion, puis véritable prolifération, et enfin suppuration mal caractérisée. Le foyer est rempli de fongosités rougeâtres et laisse écouler un pus peu abondant, sirupeux, hémorragique.

Indépendamment de cette forme à foyers circonscrits du volume d'une noix ou d'une petite orange, on peut rencontrer (Jaboulay) une infiltration, une « médullisation » diffuse de la côte, qui devient rougeâtre, prend l'aspect de la bouillie splénique mais demeure assez ferme pour que son ablation nécessite l'emploi de la curette.

Enfin l'incision mène souvent sur l'orifice fongueux de cavités d'ostéite raréfiante, profondes, diverticulaires parfois, contenant plus ou moins de fongosités, et limitées par de l'os tuméfié, de consistance diminuée sur une grande étendue.

De ces lésions de véritable ostéomyélite nous rapprocherons celles qu'on observe dans la localisation au cartilage costal. Celui-ci peut, en effet, être simplement calcifié par l'infection mais il s'agit plus souvent d'une « sorte de chondromyélite ». A l'intervention assez précoce on trouve, très adhérente au cartilage, une tumeur aplatie, arrondie, molasse, constituée par un tissu analogue aux fongosités des abcès tuberculeux mais de teinte plus rouge, avec des parties foncées, hémorragiques. On ne trouve pas dans cette masse une poche d'abcès, mais des aréoles plus ou moins larges, contenant un peu de liquide séro-purulent. Au-dessous, le cartilage est « comme vermoulu », creusé de petites cavités diverticulaires remplies de pus sanguinolent, ou de produits de régression du tissu infecté. Dans des cas plus anciens semble-t-il, il existe, non pas une tumeur, mais une cavité pleine de pus, limitée par une membrane granuleuse, communicant par un orifice fistuleux avec une cavité, creusée dans le cartilage, et où l'on trouve des fongosités et des débris du cartilage voisin.

Symptomatologie

C'est pendant la convalescence de la fièvre typhoïde que débute presque toujours l'ostéomyélite costale. Le premier signe de l'affection est la douleur, le plus souvent localisée en un des points de prédilection (avec des irradiations possibles dans l'épaule) mais pouvant s'étendre à toute une partie du thorax. Quelquefois même le malade se plaint de douleurs erratiques généralisées, mais dont le maximum est au niveau de la côte atteinte, qui restera ultérieurement le seul point douloureux. Ces douleurs, plus ou moins vives, spontanées, sont exagérées par la pression, les mouvements, la respiration, et croissent d'intensité la nuit (on les a comparées aux douleurs ostéocopes de la syphilis), elles procèdent par paroxysmes, s'atténuant, disparaissant même pour reparaître après un laps de temps plus ou moins long (jusqu'à sept ans) ; elles ont enfin un caractère essentiel : c'est leur constance : quelle que soit la forme qu'affecte l'ostéomyélite elles constituent toujours le premier symptôme qui attire l'attention.

Elles peuvent en être le seul. On décrit en effet deux grandes formes d'ostéomyélite post-typique : l'une aiguë, l'autre chronique ; il arrive que la première ne se traduise que par la douleur. C'est à peine si l'on trouve une petite élévation de température, et un léger empâtement

local. Tous ces phénomènes s'amendent, et disparaissent rapidement, sans laisser de traces, et cette bénignité extrême fait que ces cas sont rarement signalés.

En général la forme aiguë est plus sévère. La douleur s'accompagne de phénomènes généraux : malaise, courbature, fièvre avec frissons. Au bout de quelques jours deux à quatre le plus souvent, apparaît une tuméfaction, d'abord peu marquée, qui s'allonge bientôt dans le sens de la côte. La peau garde à ce niveau sa coloration et sa mobilité normales. L'évolution peut se faire vers la résolution spontanée, tous les symptômes diminuant progressivement, ou vers la suppuration. Dans ce dernier cas, la peau devient rouge, chaude, œdémateuse, la tumeur, qui fait corps avec l'os croît progressivement. Les signes généraux sont alors à leur maximum, mais au bout de quelque temps ils commencent à s'amender tandis que la tumeur devient fluctuante : le périoste a été perforé, et on peut sentir une masse allongée, adhérente profondément, qui peut rester stationnaire pendant une période plus ou moins longue, au bout de laquelle la peau devient lisse, s'amincit, pour se perforer enfin, si l'incision tarde à venir. L'abcès se vide par cette ouverture spontanée et il en résulte une fistule qui n'a aucune tendance à se tarir. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur cette forme aiguë, qui d'ailleurs n'est pas propre aux suppurations post-typiques, et paraît correspondre aux cas d'infection secondaire.

Le bacille typhique a, en effet, une tendance marquée à déterminer des processus chroniques torpides et froids, ou à réactions subaiguës avec température subfébrile ». (Chantemesse et Widal). Aussi l'ostéomyélite costale post-typhique revêt-elle fréquemment la forme chronique que nous allons maintenant étudier.

Les douleurs, ici encore ouvrent la scène. Elles sont d'intensité très variable mais toujours suffisante pour attirer l'attention sur le point où apparaîtra plus tard, quelquefois un mois, un an, une petite tuméfaction qui va s'accroître avec une extrême lenteur, sans provoquer de réactions locales, sur les téguments, ou générales (pas de frissons, pas de fièvre). L'affection aboutit à la suppuration ou à la formation d'exostoses.

Dans la forme suppurée, après le gonflement peu étendu du début, on trouve une tumeur costale, de la grosseur d'une noix ou d'un œuf de poule, assez ferme, qui augmente de volume (dans un cas de Sultan la tumeur était grosse comme une tête d'enfant), mais change de consistance jusqu'à devenir fluctuante. En même temps la peau devient lisse, rosée, tendue, œdémateuse souvent, tandis que les douleurs, qui ne se montraient plus que par accès, acquièrent de nouveau une grande intensité. Après l'ouverture spontanée ou chirurgicale, il persiste une fistule. Il est fréquent que les malades, peu inquiets des symptômes précédents viennent seulement à cette période demander des soins. On est frappé souvent par l'état d'embonpoint de ces sujets qui se plaignent d'ailleurs, uniquement de leur fistule. Celle-ci, située au centre d'un bourgeon charnu, entouré d'une aréole cicatricielle laisse écouler, lorsqu'on presse sur le trajet de la côte un peu de sérosité purulente ; son exploration au stylet permet de sentir l'os nécrosé. En dehors de toute intervention chirurgicale, la guérison a pu être observée. Mais elle se produit au bout d'un temps très long (dix ans dans un cas de Widal) pendant lequel l'orifice fistulaire s'ouvre par intermittences pour éliminer un petit séquestre ou une certaine quantité de pus.

Nous avons dit que l'ostéomyélite chronique pouvait évoluer vers la formation d'exostoses. Le début est le même que celui de la forme suppurée, mais la tumeur, au lieu de devenir fluctuante, durcit jusqu'à prendre la consistance de la côte à laquelle elle est fixée. Cette exostose, qu'il est facile de palper sous la peau parfaitement mobile, est légèrement douloureuse à la pression et lorsque le malade fait un effort. Elle peut persister longtemps ainsi, mais il est fréquent qu'au bout d'un temps variable, survienne une suppuration identique à celle de la forme précédente.

En résumé, si l'on excepte les cas évoluant vers la résolution spontanée, l'ostéomyélite costale post-typhique aboutit à une fistule dont la persistance souvent désespérante réclame une intervention chirurgicale.

Complications

Il semble indubitable en effet que la persistance de cette suppuration peut exposer le malade à certaines complications locales, — telles que décollement chondro-costal, ulcération de l'artère intercostale, épanchement pleural, — ou générales : accidents septico-pyohémiques par exemple. En fait nous n'avons pas trouvé d'observation où l'une de ces complications — qui se voient dans les ostéomyélites costales banales — ait été signalée.

Pronostic

L'ostéomyélite costale post-typique comporte donc un pronostic bénin. Il convient cependant d'insister sur les douleurs qu'elle provoque, la longue évolution des fistules, la fréquence des récidives dans les cas guéris en apparence.

Diagnostic

Le diagnostic ne présente de difficultés que dans certaines formes, et il sera toujours aidé par l'étude des antécédents pathologiques, des commémoratifs.

En présence des douleurs du début, avant l'apparition d'une tuméfaction, on pourrait penser au rhumatisme articulaire. Mais l'intégrité du cœur, l'âge du malade et, au besoin, l'inefficacité du salicylate de soude permettent d'abandonner cette hypothèse.

La tuméfaction apparue, on vérifiera tout d'abord qu'il s'agit bien d'une affection costale. On explorera soigneusement le sternum en se souvenant qu'il peut être atteint en même temps que les côtes (foyers chondro-sternaux). L'ostéomyélite de la clavicule pourrait être confondue avec une affection identique des premières côtes, mais ce n'est pas là ordinairement le siège de l'ostéomyélite post-typhique, qui intéresse presque toujours les cinquième, sixième, septième ou huitième. Cette localisation explique également qu'on parviendra sans hésiter beaucoup à éliminer les abcès non ossifluents de la région. Il sera aisé en effet de constater par une palpation attentive que les côtes ne sont pas l'origine de certains abcès qui se montrent au niveau des parois thoraciques : abcès froids d'origine pleurale par exemple, abcès du foie (Fürbringer). De plus les suppurations s'extériorisant facilement, tandis que dans les ostéomyélites des premières côtes les migrations du pus à distance sont fréquentes, on ne sera pas induit en erreur par un phlegmon sous-pectoral progressant vers la base du cou, ou un adéno-phlegmon de l'aisselle qui vient poindre au niveau du creux axillaire.

Il est plus difficile de préciser la nature de cette tumeur dont l'origine costale vient d'être reconnue. S'agit-il d'une ostéomyélite typhoïdique aiguë ou d'une ostéomyélite banale à staphylocoque, d'une ostéomyélite typhoïdique chronique ou des manifestations osseuses de la tuberculose ou de la syphilis ? La confusion est facile entre l'ostéomyélite vraie à forme typhoïde, et la fièvre typhoïde avec atteinte costale. Mais, dans le premier cas les localisations osseuses précèdent les signes généraux, caractérisent la période aiguë, surviennent enfin chez un adolescent, dans le second la maladie générale précède la tuméfaction costale, survient le plus souvent pendant la convalescence, chez un homme âgé. Ultérieurement l'ostéomyélite à staphylocoque se distingue par son évolution, son extension plus rapides, l'apparition très précoce de l'abcès sous-périostique et d'un œdème considérables, la formation enfin de séquestres importants et d'une hyperostose plus nette.

Le diagnostic est souvent hésitant dans les formes torpides et froides (Braquehaye, J.-P. Tourneux) qui peuvent évoluer « pendant des mois et même plus d'une année sous le masque d'une ostéopathie syphilitique ou des abcès froids de la tuberculose » (Chantemesse et Widal). Dans la tuberculose costale, dès le début (phase de crudité, développement de la périostite), la douleur est moins vive, sans exacerbation nocturne, et on ne trouve pas cette première période qui correspond à la localisation du bacille typhique, et qui attire l'attention du malade. La notion d'une fièvre typhoïde antérieure avec un état général actuellement satisfaisant, dans certains cas, des antécédents de tuberculose, des signes d'atteinte ganglionnaire ou viscérale, un mauvais état général, dans d'autres cas, orienteront différemment le diagnostic. Plus tard, tandis qu'apparaît une poche fluctuante, l'augmentation de la douleur, les caractères de la peau qui devient successivement rosée (Broca), puis lisse, tendue, rouge et non violacée montrent bien qu'il ne s'agit pas d'abcès froid costal — ce que l'on confirmera par une ponction exploratrice pour examen du pus. A la période de fistulisation cet examen perd son intérêt, l'infection secondaire étant à peu près fatale ; ce sont les caractères de l'orifice et des téguments voisins, l'évolution de la maladie, l'aspect du sujet, qui inciteront à rechercher les lésions coexistantes pouvant déceler l'origine tuberculeuse de l'affection.

C'est de même en mettant en évidence des traces d'un chancre, des accidents secondaires syphilitiques : roséole, plaques muqueuses, adénites multiples, en s'aidant de l'interrogatoire qu'on reconnaîtra une périostite syphilitique, dont les douleurs ultérieurement l'apparition d'une tuméfaction dure et très sensible, peuvent prêter à confusion avec la périostite typhique.

L'erreur est également possible en présence d'une gomme syphilitique. Sans doute lorsque l'épaississement douloureux du début, qui ne s'accompagnait d'aucune réaction générale ou locale, s'est ramolli, puis s'est ouvert à la peau, le peu de liquide citrin qui s'écoule, ainsi que l'aspect de la fistule, dont les bords taillés à pic ne bourgeonnent pas, feront reconnaître aisément la gomme syphilitique. Mais même bien avant la fistulisalion, la constatation de lésions similaires dans d'autres régions, ou de stigmates caractéristiques, permettra bien souvent de se prononcer. Qu'il s'agisse de périostite ou de gommes, d'ailleurs, on sera aidé par les réactions sérologiques et, au besoin, l'essai du traitement spécifique.

Le diagnostic sera complété par la recherche de la côte lésée. On y parviendra facilement par la palpation, dans une région où les os sont superficiels, la radiographie viendra confirmer la localisation.

L'examen bactériologique a été très utile chaque fois que la symptomatologie et l'étude des antécédents pathologiques prêtaient à confusion ; mais il sera bon de le pratiquer, même lorsque ces investigations paraissent mettre en évidence, avec assez de probabilités, le rôle étiologique d'une fièvre typhoïde. L'ensemencement du pus, ou des produits pathologiques, vient souvent à l'appui de la clinique en décelant le bacille d'Eberth pur ou associé. D'autres fois, on trouve simplement les microbes pyogènes ordinaires, ce qui n'implique pas — nous l'avons vu — que le bacille d'Eberth n'ait jamais été en cause. Enfin il est possible que le liquide ne contienne ni microbes, ni globules de pus (Colzi, Albertin, Achard) et la notion d'une fièvre typhoïde antérieure, l'évolution générale, l'aspect des lésions, reprennent toute leur importance.

Traitement

Les signes objectifs locaux ou généraux de l'ostéomyélite costale sont si peu alarmants qu'on a pu être tenté de réduire au minimum le traitement. Mercier conseillait même de s'abstenir ! Dans l'état actuel de la chirurgie la même prudence ne se conçoit plus.

Evidemment l'incision n'est pas indiquée lorsque tout se borne à des douleurs, sans signes d'inflammation locale ; elle peut être discutée devant une exostose peu importante, indolore, sans tendance apparente à l'extension ou à la suppuration ; mais chaque fois que la méthode résolutive n'aura pas empêché la tuméfaction de se constituer, de croître, et même de devenir fluctuante, ou lorsque le malade ne sera vu qu'après la fistulisation, l'intervention chirurgicale devra être opposée à l'évolution d'une suppuration interminable.

La vaccinothérapie, que nous essaierons chaque fois, dès le début, et que des auteurs considèrent comme suffisante, au moins à cette période (Lecène, Léri) constituera toujours un adjuvant des plus utiles.

A l'opposé des tendances de Barillet et de Haslé, qui recommandaient la ponction avec injections antiseptiques l'intervention doit consister à aller jusqu'au foyer d'ostéomyélite pratiquer une résection étendue. L'incision, parallèle à la côte, ouvre l'abcès péricostal et, après évacuation du pus, permet, dans une région aussi peu vasculaire, un accès facile sur les parties malades qu'il faut explorer attentivement.

On essaie quelquefois le simple grattage lorsque les lésions sont superficielles, ou la trépanation suivie d'abrasion des tissus pathologiques à la curette, d'ablation des séquestres s'il en existe, d'évidement des parois osseuses périphériques, quand l'atteinte est plus profonde mais localisée. On risque ainsi, pour être économe, de ne pas enlever tout ce qui est atteint et de voir persister la suppuration.

Aussi vaut-il mieux dépasser franchement la limite des lésions visibles, et pratiquer une large résection de la côte (Helferich, J.-P. Tourneux). S'il existe une fistule on débride la totalité du trajet dont on excise la paroi sur toute sa longueur. Enfin, loin de rechercher la réunion par première intention on doit laisser la plaie largement ouverte, tamponnée avec des mèches sèches ; on peut ainsi la surveiller journellement et obtenir une cicatrisation progressive de la profondeur vers la superficie.

Les impulsions sexuelles des alcooliques

Par Henri DAMAYE,

Médecin des asiles d'aliénés

C'est là une question médico-légale d'une énorme importance.

Les alcooliques à réactions sexuelles constituent une fraction notable des sujets des Cours d'Assises inculpés de ce qu'on nomme couramment « attentats à la pudeur ».

Dans un précédent article (1), nous avons étudié cette autre grande fraction d'inculpés des mêmes attentats constituée par des psycho-neurasthéniques à syndrome fruste dans lequel domine le symptôme impulsion génitale. Un examen médical superficiel expose à méconnaître chez ces malades, le syndrome psycho-neurasthénique. Chez eux, en effet, les symptômes psychiques concomitants (céphalées, obsessions, colères, algies, insomnie, impulsions à frapper, etc...) sont incomplets ou peu marqués, au profit de l'impulsion génitale, qui émerge et constitue le symptôme le plus marqué, la réaction cardinale. Un grand nombre des « attentats à la pudeur » rencontrés dans les prisons appartiennent à cette catégorie.

Une autre catégorie immense des mêmes inculpés est fournie par les alcooliques chroniques, par les buveurs

(1) DAMAYE. Les impulsions sexuelles psycho-neurasthéniques. *Progrès Médical* du 27 décembre 1930. — Questions modernes de neuro-psychiatrie. Maloine, éditeur, Paris.

d'habitude. Là, nous pouvons ne pas trouver le syndrome psycho-neurasthénique. Mais quand on étudie bien et à fond ces malades, on s'aperçoit nettement que l'intoxication éthylique a créé, chez eux, une sorte de psychose ou à mieux dire, de névrose génitale. Ces sujets réagissent à l'intoxication alcoolique par des besoins plus ou moins impérieux de coït, quelquefois avec anomalies (fillettes, garçonnets, etc...). Des enfants sont très fréquemment utilisés par ces éthyliques, comme aussi par les psycho-neurasthéniques, pour la satisfaction du besoin sexuel.

Une étude minutieuse de ces malades nous montre bien que leur réaction pathologique à l'alcool s'accomplit, chez eux, dans le domaine médullaire, dans le domaine génital. Il y a, chez eux, réaction génitale, impulsion génitale, tout comme chez d'autres alcooliques il y a réaction cérébrale, impulsions cérébrales à frapper, à briser, à lacérer, etc.

Il y a, par conséquent, un alcoolisme génital, comme il y a un alcoolisme cérébral. Tout comme la mentalité, l'instinct génital a ses anormaux, ses excités, ses déprimés, ses délirants. Certains alcooliques prédisposés font leur réaction pathologique sous forme de troubles mentaux. Certains autres font cette réaction à l'alcool sous forme de troubles sexuels. Dans l'un et l'autre cas la forme seule diffère. Au fond, les uns ne sont pas plus coupables que les autres, scientifiquement envisagés.

Nous avons vu, dans les prisons, un assez grand nombre de ces malades. Tout comme les psycho-neurasthéniques, ce sont parfois des hommes très honnêtes de par ailleurs. Ce sont parfois de bons pères de famille, des hommes très probes dans leur profession. Ce sont parfois des hommes pratiquant régulièrement une religion révélée. En définitive ce sont bien des malades, scientifiquement des irresponsables.

Dernièrement encore nous examinions, dans une prison, un homme de 58 ans, père de seize enfants, très honnête en sa profession, mais éthylique chronique sans ivresses. Depuis quelques années, il se livrait, de loin en loin, au coït, avec violences, sur ses plus jeunes filles : seize, quatorze et onze ans. Cet homme ne présentait ni syndrome psycho-neurasthénique, ni réactions cérébrales anormales, ni troubles gastro-intestinaux. Sa réaction à l'intoxication alcoolique était toute dans le domaine génital. Il y avait seulement un peu d'artério-sclérose et un peu de tremblement de la langue et des doigts étendus.

Socialement, ces sujets sont des coupables ; scientifiquement, ils ne le sont pas. Nos codes actuels, qui datent de l'époque préscientifique et qui ignorent la biologie, ne sont plus à la page ; notre système pénitentiaire et notre assistance non plus. Il faudrait, pour tous les sujets en question, des établissements réalisant à la fois la mise en sûreté, l'utilisation sociale par le travail et le traitement médical.

Chez ces malades, la suppression graduelle de l'alcool, les arsénicaux et l'hydrothérapie ont une influence salutaire. On améliore toujours et l'on guérit fréquemment. La prison actuelle ne traite pas ces malades ; elle les affaiblit tout simplement.

Dans notre pratique personnelle nous déclarons toujours ces sujets là « irresponsables », afin de les faire envoyer à l'Asile, pour qu'ils y soient médicalement traités. Mais mieux vaudrait d'autres établissements et une autre législation, qui permettraient au magistrat et au médecin d'exercer leur action chacun en ce qui le concerne. Actuellement, le médecin d'asile endosse une responsabilité en traitant ces malades en son établissement, car il les soustrait, de ce fait, à l'action et à la surveillance judiciaires : ce qui ne devrait être.

La question des malades et des anormaux sexuels doit être désormais envisagée biologiquement. La thérapeutique médicale, aujourd'hui, est à même d'améliorer et de guérir un grand nombre de ces sujets qui font leur réaction à l'alcool dans le domaine génital au lieu de la faire par des troubles psychiques ou par des désordres en d'autres organes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin 1932

Calcifications péri-humérales. — *M. Basset* a observé un cas où il existait des calcifications le long et en dehors de la tête humérale.

M. Guimbellot a observé un cas analogue. Les douleurs n'ayant pas cédé aux agents physiques, une opération fut décidée. Elle permit d'extraire une masse crayeuse composée uniquement de sels de chaux. Guérison absolue.

A propos du tétanos post-opératoire. — *M. Guibal* a vu une malade mourir de tétanos foudroyant treize jours après une résection d'un cancer du côlon pelvien, où le bord supérieur s'était partiellement sphacélé.

M. Vanverts a observé un seul cas : tétanos douze jours après une hystérectomie pour cancer du col. Il incrimine une insuffisante stérilisation du catgut.

Diverticulite appendiculaire. — *M. Okinczyc* fait un rapport sur une observation de *M. Vassitch* (de Belgrade). Il existait une diverticulite suppurée à la partie moyenne de l'appendice, qui était ouverte dans l'anse iliale terminale. Fermeture de l'orifice du grêle, ablation de l'appendice. Drainage. Guérison.

Kyste du ligament gastro-colique. — *M. Moulonguet* relate cette observation de *MM. Datin et Fruchaud* (d'Angers) où le kyste coïncidait avec une lithiase vésiculaire et s'était manifesté par des hématémèses graves.

Ligature des artères iliaques primitive et hypogastrique. — *M. Moure* rapporte ce travail de *M. Condé* (de la Marine). A la suite d'une injection de quinine, son blessé avait un gros hématome de la fesse.

L'auteur l'incisa, mais ne put faire l'hémostase par ligature. Tamponnement serré dans l'échancrure sciatique. Le lendemain, ligature de l'artère hypogastrique par voie abdominale.

Le tamponnement de la fesse enlevé, l'hémorragie se reproduit. Nouveau tamponnement. Le lendemain, ligature de l'artère iliaque primitive.

L'hémorragie est enfin arrêtée. Suites très simples et guérison. Aucun phénomène de gangrène du membre inférieur. Mais amyotrophie marquée.

Cinq ans après, la marche est possible sans canne, mais le steppage est accentué.

M. Lenormant n'est pas d'avis d'ériger ces ligatures successives en méthode.

Ostéoarthropathies à distance dans les fractures du col du fémur. — *MM. Roubier et Lecœur* insistent à nouveau sur ces lésions.

Le numal comme anesthésique général. — *M. Fredet* considère que son emploi peut être utile comme anesthésique de base, à la condition d'y associer un anesthésique volatil pendant certains temps opératoires un peu douloureux.

Diverticules jéjunaux. — *M. Leriche* communique l'observation et une radiographie d'un malade chez qui il existait sept diverticules sur la première anse jéjunale. Résection du plus gros d'entre eux. Le malade a été amélioré.

Volvulus de la vésicule biliaire. — *M. Leriche* a observé un nouveau cas, sans gangrène, ni accidents aigus. La malade a parfaitement guéri par une cholécystectomie.

Sténoses traumatiques de l'intestin grêle. — *M. Vanlande* a observé un cas ; en présence d'adhérences multiples, on fit une iléo-sigmoïdostomie.

Arthrodèse extra-articulaire dans la coxalgie. — *M. Richard* présente une malade opérée par lui et guérie depuis trois ans.

G. Menegaux.

CHRONIQUE

Les dangers des extraits préhypophysaires, du moins de ceux qui sont actifs, sont signalés par HOFBAUER(1). Des cobayes ovariectomisées ont reçu des injections d'extrait préhypophysaire. Conséquence : hypertrophie considérable du cœur et du rein. C'est là une conséquence de l'hormone de croissance, qui s'est d'autant plus manifestée qu'il y avait insuffisance ovarienne (l'incrétion ovarienne inhibant la croissance de l'individu).

***

Incrétion hypophysaire. — BOMPIANI (2) a publié les résultats d'une série de recherches exécutées dans le but d'établir le mécanisme pathogénique de certaines anomalies de la menstruation. La difficulté du dosage des hormones dans le sang et l'urine l'a amené à user seulement du procédé qualitatif d'ASCHEIM et ZONDEK, c'est-à-dire à se borner aux réactions d'ovulation (réaction I), d'hémorragie folliculaire (réaction II), de lutéinisation (réaction III), produite par les injections aux souris impubères de prolan A et B.

Quoiqu'il en soit des controverses soulevées par FELS, PHILIPPS, CENTANNI, CANDELA, VOZZA, il n'en reste pas moins acquis que de petits fragments d'hypophyse antérieure, à l'abri de toute influence ovulaire, déterminent une maturation rapide du système sexuel. Et, de plus, il est démontré qu'en dehors de l'état de gestation, il est possible de déceler, dans le sang et dans l'urine, la présence des hormones sexuelles différentes de la folliculine : la première thermolabile, la deuxième thermostabile activent différemment les muqueuses génitales (ALLEN et DOISY, WIESNER et PATEL).

Avant d'exposer sa technique, BOMPIANI s'arrête sur ce qui est déjà acquis sur la présence de ces hormones dans le sang et l'urine hors l'état de gestation : ZONDEK et ASCHEIM, dans leur première publication, observent une réaction du premier degré dans le cas d'une femme normale, dans un cas d'acromégalie, un cas d'hyperthyroïdisme, un cas de mixœdème, un cas d'aménorrhée par adénome kystique, trois cas d'aménorrhée fonctionnelle, sept cas de carcinome génital.

Dans un travail ultérieur, ZONDEK dit avoir vu même chose après la ménopause et après oophorectomie double. BROUHA, HINGLAIS et SIMONNET ont constaté une réaction utérine accusée chez des femmes atteintes de troubles ovariens (aménorrhée hyperhormonale) sans réaction de l'ovaire ; BRUHL a eu quelques résultats positifs dans des cas de troubles de la ménopause ; et, aussi, LOURIS et ROSENZWEIS dans des cas de kystes de l'ovaire, d'aménorrhée fonctionnelle et de ménopause.

ECKARDT a vu des réactions I chez des femmes en ménopause précoce, consécutive à la castration, ou dans les premiers mois après la ménopause. Par contre WAGNER ne trouva pas un seul cas de réaction II et III dans 151 aménorrhées. SMITH a vu des réactions positives produites par l'urine de onze carcinomateuses et négatives chez cinq aménorrhéiques. VOZZA a eu un résultat positif dans un cas d'annexite inflammatoire.

(1) *Zentralblatt für Gynäkologie*, T. LVI, 23 avril 1932, p. 1032.
(2) BOMPIANI. — Ricerche sul contenuto di ormone sessuale in donne affete da malattie ginecologiche e piu spécialmente da disordini della funzione mestruale. Recherches sur la teneur d'hormones sexuelles chez les femmes affectées de maladies gynécologiques et plus spécialement de troubles menstruels). *Rassegna di Clinica, Terapia e Science Affini*, an XXXI, fasc. III, Rome, mai-juin 1932.

En ce qui a trait aux expériences pratiquées à l'aide du sérum de gravides ou aux différents moments de la période menstruelle, il faut se rappeler les recherches anciennes de Fellner, celles d'Amati qui mirent en évidence les modifications spécialement produites sur la musculature utérine par les injections de sérum de femelles animales non gravides ; celles de Binz, de Trivino, de Fels qui, sur 38 gravides, obtint trente résultats positifs par l'Ascheim-Zondek et négatifs sur neuf menstruées normales.

Précédemment Frank avait décelé l'hormone ovarienne, la folliculine, dans le sang et l'urine pendant les règles et noté que sa quantité augmentait progressivement à l'approche de l'époque menstruelle pour diminuer lentement avec leur apparition. Hirsch a noté le taux maximum dans le temps prémenstruel, ce qui a été confirmé par Acieri. Siebke, au contraire, a trouvé le taux hormonal dans les urines plus bas avant et durant la période et les valeurs maxima au milieu de l'intervalle menstruel. Les récentes recherches de Hunemann ont montré que l'on peut voir des réactions positives dans le sang (réaction d'ovulation I) chez des femmes castrées complètement par acte chirurgical ou par rayons de Röntgen, dans la ménopause ou dans des aménorrhées prolongées. Il pense que, dans ces cas, la réaction positive pourrait relever d'hyperpituitarisme.

Des recherches ont été faites sur le rapport entre l'hyperplasie plus ou moins accusée de la muqueuse utérine et le taux hormonique du sang ; enfin Solmes et Klopstok ont mis en relief l'importance à donner à ces recherches dans les cas d'aménorrhée et de ménopause précoce, divisant ces cas en hypo et hyperhormonaux, rappelant l'observation antérieure de Brouha et Simonnet d'aménorrhée à taux élevé d'hormone folliculaire.

Procédé employé : technique de Zondek et Ascheim pour les urines et pour le sérum, obtenu par séparation spontanée de 30 à 40 c. c. de sang prélevé sur l'avant-bras. Recueilli dans une éprouvette stérilisée, il était conservé au froid durant toute la durée de la détermination. Aux cas de manque de souris, Bompiani a eu recours aux cobayes. Du fait de la difficulté de reconnaître le sexe des petites souris blanches impubères, il a expérimenté parfois sur des mâles chez lesquels l'injection d'urine de femme gravide produit une rapide maturation de tout le système génital et un processus intense de spermatogénèse. La quantité de sérum injectée variait de 3,5 à 5 c. c. subdivisé en doses de 0,20, 0,25, 0,30, 0,40. Il faisait six injections le premier jour, deux le second et une le troisième. En général, il consacrait à chaque recherche quatre sujets, afin de les confronter entre eux et en prévision de décès possibles. Ils étaient injectés respectivement à la dose de 0,20, de 0,25, de 0,30, de 0,40 et désigné par les lettre A, B, C et D dans les observations. Au bout de 80 à 100 heures, mises à mort des souris par décapitisation et Bompiani observait à la loupe les organes génitaux et la musculature utérine ; il recherchait si, dans l'ovaire, des follicules hémorragiques étaient visibles et en état de lutéinisation. Pour plus de sûreté il examinait au microscope des coupes, fixées à l'alcool et colorées à l'hématoxiline-éosine.

Technique d'Amiti pour les cobayes : une femelle de dix à trente-cinq jours, injectée, dans le tissu sous-cutané de la cuisse, avec du sérum, à intervalles de deux à quatre jours à la dose de 1 c. c. par jour, en une seule fois ; quantité totale 4 à 8 c. c. Mise à mort le lendemain de la dernière injection.

Expériences et résultats. — Vingt-trois cas : huit cancers utérins ; neuf aménorrhées et insuffisances ovariennes ; quatre femmes castrées ; une femme ayant eu une hystérectomie avec conservation des ovaires ; une ostéomalacie puerpérale en voie de guérison. Chez les opérées, le sang, pour servir à l'expérience, a été prélevé de six à quinze jours après l'intervention.

Suivent les observations que Bompiani résume ainsi : sur huit cancéreuses de l'utérus, il y a eu quatre résultats négatifs (trois de ces patientes dépassaient 60 ans ; chez une autre de 43 ans, la ménopause remontait à trois ans) ;

il y eut trois réactions I positives (la première chez une femme de 54 ans, en ménopause depuis trois ans ; une de 49 ans et une autre de 25 ans) le huitième cas était douteux. Dans quatre cas de castration chirurgicale, il y eut trois résultats entièrement négatifs et une réaction III ; mais il s'agissait d'une grossesse tubaire. Dans huit cas d'aménorrhée, il y eut cinq résultats négatifs et trois réactions I, (parmi lesquelles une fille de 27 ans, aménorrhéique depuis quatre mois consécutivement à un changement de milieu ; une autre de 31 ans mais avec rythme menstruel plus ou moins conservé et hypoménorrhéique ; enfin une autre de 25 ans, aménorrhéique depuis huit mois). Finalement deux autres résultats positifs I ; l'un chez une fille hystérectomisée pour fibrome, sans ablation des annexes ; l'autre chez une femme encore régulièrement menstruée ayant de l'ostéomalacie puerpérale.

Le petit nombre de cas et le défaut de répétition de l'expérience pour un même sujet ne permettent pas à l'auteur de conclure sinon pour affirmer à nouveau que, hors l'état de gestation, soit par le procédé de ZONDEK, soit par celui d'AMATI, jamais on obtient la réaction III caractéristique de cet état, qu'on expérimente avec le sang ou avec l'urine.

Reste à voir pourquoi il y a eu une réaction I positive chez quelques patientes gynécologiques, non gestantes.

En admettant qu'une réaction ovarienne I chez la souris impubère, corresponde toujours à une sécrétion d'hormone préhypophysaire du type *Prolan* A, il faut se demander pourquoi elle est présente dans quelques formes d'aménorrhée, chez des femmes en ménopause ou, même, dans d'autres affections de l'organisme féminin et quelle est la signification pronostique à donner à cette réaction positive ? Il n'est pas douteux qu'il existe normalement durant toute la durée de l'activité sexuelle et très probablement avant la puberté et après la ménopause une étroite relation fonctionnelle entre l'ovaire et l'hypophyse antérieure. Voilà des années qu'HOFBAUER a fait de l'hypophyse le centre trophico-moteur des fonctions génitales et que ZONDEK et ASCHEIM, plus récemment, l'ont comparé au petit moteur déclencheur du grand moteur de l'activité ovarienne. Et, il advient que, promptement, quand le gros moteur ne fonctionne pas soit pour cause de ménopause, soit par un dérangement dans l'engrenage (aménorrhée anatomique ou fonctionnelle) le petit moteur recommence à se mettre en mouvement : ce que confirme l'effet de la castration chirurgicale. Bien des auteurs ont, en effet, pu observer que, tandis que la réaction de ZONDEK est entièrement négative, lorsque pratiquée à courte échéance de l'arrêt fonctionnel (ablation de l'ovaire, castration par radiation), elle devient positive dans un haut pourcentage de cas si elle est mise en œuvre au bout d'un laps de temps plus long. C'est ce qu'ont confirmé les examens histologiques de ROSSLE, qui aurait vu que les cellules dites de castration dans la préhypophyse apparaissent seulement un certain temps après l'intervention. Et, alors, en appliquant cette conception de cas d'une aménorrhée fonctionnelle, on est porté à admettre que retrouver dans ces cas de réaction I positive constitue une signification pronostique favorable, en ce que la persistance de l'inaction ovarienne aurait déterminé l'entrée en fonction de l'hypophyse et la sécrétion du prolan A.

En réalité aucun des résultats de réaction I positive observé par BOMPIANI, principalement dans des cas de simple hypoménorrhée ou d'aménorrhée fonctionnelle, ne lui permet de souscrire à cette manière de voir.

Par contre, les recherches de HUNEMANN portant sur un nombre important de femmes atteintes d'affections gynécologiques auraient montré que jamais il n'y a de réaction I positive dans de simples hypofonctions ovariennes se manifestant par de l'hypoménorrhée de courte durée, tandis qu'elle se rencontre dans les ménopauses ou les aménorrhées prolongées. Et, d'autre part, aurait-on obtenu des réactions positives aussi dans les hyper ou polyménorrhée, dans ces cas on devrait admettre de l'hyperpituitarisme, d'où hyperovarisme secondaire.

Dans l'interprétation des résultats obtenus, on ne peut négliger le fait plus souvent constaté de guérison d'aménorrhées par excitation rœntgénienne de l'hypophyse ou encore par des préparations riches en prolan A et B récolté dans l'urine des gestantes ; et, de plus, les formes dites d'aménorrhées hyper-hormoniques (à taux élevé de folliculine) dans lesquelles échappe la cause première qui inhibe la muqueuse utérine à répondre au stimulus fonctionnel qui détermine normalement le cycle évolutif.

Tout ce faisceau de faits porte à considérer combien est complexe le mécanisme intime du processus menstruel et combien il est difficile de déterminer les causes de ses anomalies fonctionnelles ; et il apparaît, donc, logique de persévérer dans ces recherches qui, il faut l'espérer, indiquerons dans un lointain domaine la voie à suivre pour l'interprétation pathogénique des troubles menstruels et donneront aussi la thérapie à leur opposer soit par des préparations hormoniques soit par des excitations des glandes endocrines.

Des expériences de BOMPIANI, on peut conclure qu'une réaction III est presque absolument spécifique de la gestation ; tandis qu'une réaction I peut s'observer avec une fréquence relative chez les carcinomateuses, les castrées chirurgicales ou rœntgéniques, dans la ménopause naturelle et, aussi, dans diverses affections gynécologiques, particulièrement les anomalies de menstruation. Probablement ceci correspond à une réaction hyperpituitaire.

Au point de vue pronostic, l'existence, chez une femme atteinte d'anomalie de la menstruation (surtout formes d'aménorrhées), d'une réaction I nettement positive, semble devoir lui faire attribuer, dans certains cas au moins, une signification favorable de curabilité.

Henri VIGNES.

« Des savants, comme par exemple le grand Bichat, qui est le créateur de l'histologie, n'avaient, chose étrange, jamais regardé dans un microscope. »

(Professeur POLICARD. *L'histoire merveilleuse du microscope.*)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 38 LE NUMÉRO : 50 Centimes 17 SEPTEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Clinique médicale propédeutique (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de revision d'une semaine (7 au 12 novembre 1932 sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du Professeur Emile SERGENT et de M. C. LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, HARVIER, agrégés, médecins des hôpitaux ; FAROY, P. PRUVOST, WEISSENBACH, médecins des hôpitaux ; JOANNON, agrégé ; BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, PÉRISSON, anciens internes des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS. — I. Chaque matin dans un hôpital différent : 9 h. 1/2 à 11 heures, exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi, démonstration pratique. — Lundi 7 novembre, M. LIAN, hôpital Tenon. — Mardi 8 novembre, M. AUBERTIN, hôpital de la Pitié. — Mercredi, 9 novembre, Professeur SERGENT, hôpital de la Charité. — Jeudi 10 novembre, M. FERNET, hôpital Broca (service de M. Weissenbach). — Vendredi 11 novembre, M. FAROY, hôpital Beaujon. — Samedi 12 novembre, M. PÉRISSON, hospice de la Salpêtrière (service du Professeur Guillain).

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité : 3 heures à 4 heures, démonstration pratique (service ou laboratoire du Professeur Sergent) : 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférences cliniques (amphithéâtre de la Clinique du Professeur Sergent).

La leçon d'ouverture du cours sera faite par le Professeur Sergent.

Lundi 7 novembre, 3 heures à 4 heures, M. Henri DURAND (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Professeur SERGENT (appareil respiratoire) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. PRUVOST (appareil respiratoire).

Mardi 8 novembre, 3 heures à 4 heures, M. LIAN, (cœur, vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. PÉRISSON (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. CHABROL (foie, nutrition).

Mercredi 9 novembre, 3 heures à 4 heures, M. PÉRISSON (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. DUVOIR (médecine légale) ; 5 h. 1/2 à 6 heures, M. HARVIER (endocrinologie) ; 6 heures à 6 h. 1/2, M. ABRAMI (pathologie générale).

Jeudi 10 novembre, 3 heures à 4 heures, M. FERNET (peau et syphilis) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FERNET (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 heures, M. JOANNON (hygiène) ; 6 heures à 6 h. 1/2, M. AUBERTIN (sang).

Vendredi 11 novembre, 3 heures à 4 heures, M. Weissenbach (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FAROY (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gaston DURAND (intestin).

Samedi 12 novembre, 3 heures à 4 heures, M. BLECHMANN (pédiatrie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. BLECHMANN (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. LIAN (cœur, vaisseaux).

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine, ou bien tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 16 heures (sauf le samedi) salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien au secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures. Droit d'inscription 250 francs.

Création d'une clinique de chirurgie orthopédique pour adultes. — Le Conseil municipal de Paris vient de prononcer, avec avis favorable, le renvoi à l'Administration et à la 5e Commission d'une proposition de M. Gaston Pinot et de plusieurs de ses collègues tendant à la création d'une clinique de chirurgie orthopédique pour adultes.

Service de santé de la Marine. — Les élèves du Service de santé de la Marine dont les noms suivent, reçus docteurs en médecine, sont nommés à l'emploi de médecin de 3e classe auxiliaire et sont affectés : MM. Arclas, à Rochefort ; Gros, à Bordeaux et Floch, à Lorient.

Distinctions honorifiques. — LÉGION D'HONNEUR. — *Officier.* — M. N. Clerc, président de la Fédération des médecins sanitaires maritimes.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier*: Docteur Henri Montlaur, de Paris.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'argent.* — MM. Abadie, Bousquet, Chavannac, à Bordeaux (Gironde) ; Desruelles, à Saint-Ylie (Jura).

Médaille de bronze. — MM. Clauda, à Carcassonne (Aude) ; Orsini, à Bastia (Corse) ; Giraud, aux Andelys (Eure) ; Kuborn, à Ivry-la-Bataille (Eure) ; Fourquet, à Bordeaux (Gironde) ; Fromenty, à Tours (Indre-et-Loire) ; Jacquinet, à Reims (Marne); Cayet, à Thionville (Moselle) ; Jung, Maret, Nieder, à Metz (Moselle) ; Mlle Blankoff, M. Rigoll, à Zuidcoote (Nord) ; MM. David, à Lille (Nord) ; Galand, à Anzin (Nord) ; Besset, à Echandelys, et Cornet, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ; Dumont à Paris ; Duche, Houde, Masson, à Auxerre (Yonne) ; Rollin, à Souk-el-Kémir (Tunisie).

IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. (27-30 septembre 1932). — Le IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie se tiendra à Madrid du 27 au 30 septembre 1932, sous la haut patronage de S. E. Monsieur Alcala Zamora et sous la présidence du Professeur A.-G. TAPIA. Les réunions auront lieu dans la salle des spectacles du Palais du Cercle des Beaux-Arts.

RAPPORTS PRÉSENTÉS : *Otosclérose.* — Anatomie pathologique, par M. OTO-MAYER (Vienne) ; Aspect clinique, par M. FRASER (Edimbourg) ; Etudes réalisées en Amérique, du point de vue anatomique (embryologique), métabolique et pathogénique, par M. GORDON WILSON (Chicago).

Ozène. — Etiologie (hérédité, constitution, contagion). Pathogénie, bactériologie, par MM. LEROUX-ROBERT (Paris) et COSTINIU (Bucarest) ; Traitement médical, par M. VIGGO SCHMIDT (Copenhague) ; Traitement chirurgical, par M. LAUTENSCHLAEGER (Berlin) ; Anatomie pathologique, par M. TORRINI (Florence) ; Recherches bactériologiques et pathologie expérimentale par MM. TRIMARCHI (Crémone).

Sclérome. — Les résultats de l'enquête internationale en ce qui concerne le sclérome (géographie, statistique, épidémiologie), par M. BELINOFF (Sofia) ; Anatomie pathologique et expérimentale, par MM. SZMURLO (Wilno) et SERCER (Zagreb) ; Bactériologie, par M. LASAGNA (Parme) ; Clinique et thérapeutique, par M. BOURACK (Minsk) ; Historique, par M. HAJEK (Vienne) ; Législation internationale, par M. BARRAUD (Lausanne); Prophylaxie, par M. ZALEWSKY (Lwow) ; La guerre et le rhinosclérome, par M. POUTSCHOWSKY (Kiew) ; Etiologie, par M. H. STREIT (Kœnigsberg) ; Sérologie, par M. NEUBER (Debrecen).

Bronchoscopie et œsophagoscopie. — Traitement endoscopique des suppurations trachéo-bronchiales, par M. CHEVALIER-JACKSON (Philadelphie) ; Traitement endoscopique des lésions inflammatoires (phlegmons, etc.) de l'œsophage et de son voisinage, dues aux corps étrangers, par M. von EICKEN (Berlin).

Traitement des tumeurs malignes en O.-R.-L. par les radiations pénétrantes (rayons X, radium). — Indications respectives des radiations et de la chirurgie, par M. Hautant (Paris) ; Technique de l'emploi du radium et des rayons X, par MM. Ledoux et Sluys (Bruxelles) ; Traitement du cancer de l'amygdale par les radiations, par M. Lemaître (Paris).

Une exposition d'appareils aura lieu en même temps que le Congrès.

Les inscriptions sont reçues par le secrétaire du Congrès, M. Fumagallo, Hermosilla 2, Madrid. Droits d'inscription : congressistes : 10 dollars ; dames et jeunes filles accompagnant les congressistes : 4 dollars par personne.

Rouen. — Un concours pour l'externat des hôpitaux s'ouvrira le jeudi 20 octobre 1932, à 16 h. 30, à l'hospice général, dans la salle des séances de la Commission administrative.

Renseignements : secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen.

Toulon. — Le lundi 14 novembre 1932, à 8 heures, il sera ouvert un concours pour la nomination d'un médecin chef du laboratoire de biologie médicale des hôpitaux-hospices civils de Toulon.

Ce concours aura lieu à la Faculté de médecine de Montpellier, sous la présidence d'un membre de la Commission administrative des hôpitaux-hospices civils de Toulon, et devant un jury médical désigné par le doyen de la Faculté.

S'adresser au secrétariat des hôpitaux-hospices civils de Toulon pour les renseignements.

Hôpitaux de Nîmes. —La Commission administrative des hôpitaux de Nîmes donne avis qu'un concours pour deux places d'interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Nîmes aura lieu à l'hôpital Ruffi, le vendredi 2 décembre 1932.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 novembre 1932 inclus, dernier délai.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction des hôpitaux, 1 *bis*, rue Hôtel-Dieu, à Nîmes.

La production du sérum antivenimeux.—Le ministère de la Santé publique communique la note suivante :

« Il nous est signalé que quelques pharmaciens éprouveraient certaines difficultés à s'approvisionner, à l'Institut Pasteur, en sérum antivenimeux.

« Jusqu'à cette année les quantités préparées répondaient à la consommation. Brusquement, les demandes ont plus que doublé et il ne peut y être donné satisfaction immédiatement ; un délai de quelques jours est parfois nécessaire.

« Il faut que le public sache que la fabrication du vaccin antivenimeux est longue et coûteuse et que le prix de vente est hors de proportion avec celui de la préparation.

« Il est donc nécessaire, tout au moins dans la période actuelle

de n'autoriser de demandes de vaccin qu'en vue du traitement des personnes. De grandes quantités sont, en effet, demandées par les chasseurs qui traitent leurs chiens mordus par des vipères.

« Des dispositions sont prises en vue d'intensifier la production. »

Russie. — A la fin de l'année 1931, la Russie comptait 84.000 médecins, y compris les médecins-dentistes. En 1932, 5.000 nouveaux médecins termineront les instituts médicaux et commenceront leur activité médicale aux établissements variés. La perte naturelle en médecine monte à environ 1.680 par an.

(*La Presse Médicale.*)

Nécrologie. — Docteur René CONTAL, médecin capitaine, mort du typhus exanthématique contracté à Ourgha (Sahara algérien). — Médecin inspecteur Henry FOURNIAL, ancien directeur du Service de santé de l'armée d'Orient, décédé au Val-de-Grâce à l'âge de 66 ans. — Docteur Maurice GAUBERT, de Montpellier. — Docteur Charles GUÉRET, de Sète (Hérault). — Docteur KNOEPFLER, de Nancy, ancien chef de clinique ophtalmologique, décédé à l'âge de 73 ans. — Docteur Laurent PRINCETEAU, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien honoraire des hôpitaux, décédé dans sa 74e année. Il était le père du Docteur Princeteau de Niort. — Docteur A. RAPHAEL (Mlle), de Paris, 46, rue Beaujon (VIIIe). — Docteur Charles SALLÉ, de Tesson (Charente-Inférieure). — Docteur Raymond SICARD, de Lombers (Tarn). — Docteur TATY, de La Tour-Salvagny (Rhône), ancien chef de clinique à l'asile de Bron, décédé dans sa 72e année. — Docteur THYSSEN, de Paris. — Docteur F. HENRIJEAN, professeur émérite de la Faculté de médecine de Liége où il fut titulaire de la chaire de pharmacodynamique pendant trente ans, décédé dans sa 72e année. Docteur *honoris causa* des Universités de Paris, de Lyon et de Toulouse, commandeur de la Légion d'honneur, il était membre associé de l'Académie de médecine depuis 1921. — Professeur C. P. CHAGAS, directeur de l'Institut Oswaldo Cruz, à Rio de Janeiro. — Professeur Rudolf KRAUS (Santiago).

« La Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, impressionnée par les bons résultats signalés au cours de sa réunion du 20 juin sur le traitement des septicémies par le sérum antistreptococcique de Vincent, émet le vœu que, malgré le prix élevé de ce produit, celui-ci puisse être employé dans les services hospitaliers aussi largement que nécessaire ».

BIBLIOGRAPHIE

Balzac et les médecins dans la comédie humaine, par José BOZZI. Lille, 204, rue de Solférino. Edit. du *Mercure Universel*. 12 francs.

« Sujet vaste. Entreprise considérable si l'on songe à ce qu'il a fallu de lectures et de documents pour mettre sur pied « *Balzac et les médecins dans la Comédie humaine* ». Plusieurs tentatives. Rien de complet jusqu'à ce jour.

« Sans longues phrases, sans vaines fioritures, José Bozzi nous dit ce que furent les médecins du grand romancier, comment et pourquoi il vint à eux. Nous suivons dans ce livre, tour à tour la carrière du vrai médecin, — de l'original, — et celle créée par l'imagination du romancier.

« Une œuvre courte et intelligente qui ne manquera pas de retenir l'attention des admirateurs de Balzac et de ceux qui, en général, s'intéressent tant au mouvement des lettres françaises qu'au progrès scientifique ».

A ce communiqué — qui est exact — j'ajoute :

L'auteur a de grandes qualités ; il est clair. On le lit vite, facilement, agréablement.

Il indique de façon saisissante les causes de l'apparition du *médecin* dans la littérature. Je crois qu'on imagine mal, tant qu'on n'a pas lu ce livre, la place que tient la médecine dans la *comédie humaine*, l'admiration de Balzac pour le *médecin*.

Venant d'un auteur : José Bozzi, qui, je crois, n'est pas médecin, cette étude objective archi-documentée est un témoignage précieux qui ne tentera pas seulement érudits et lettrés, mais que tout médecin se doit de mettre à une place d'honneur dans sa bibliothèque. E. de M.

Une solution pratique du pacte d'assistance mutuelle, par le commandant Philippe NEL, capitaine de vaisseau (Jean Nerel). Une broch. Toulon, 9, rue de Chabannes.

« Le Gouverment britannique, nous dit l'auteur, a expliqué son refus par les quatre considérations suivantes : il sera le plus souvent impossible de déterminer l'agresseur et la victime, — le long délai qui s'écoulera avant que les forces mises à la disposition de la S. d. N. puissent entrer en action contre l'agresseur, risque de réduire à néant l'efficacité de la répression, — la S. d. N. aura à désigner le Commandant supérieur des forces de police, d'où de grandes difficultés à prévoir, — tout bien examiné, un tel projet entraînerait pour le Gouvernement britannique plutôt un accroissement qu'une diminution de ses forces navales. »

L'auteur qui estime que les objections britanniques ne méritent pas une réfutation, ne prétend les combattre que par l'exposé complet, d'un projet personnel d'assistance mutuelle. En quelques pages il examine chacun des cas où l'une des grandes nations serait l'agresseur.

Ecrivain, chroniqueur au *Mercure de France*, l'auteur qui est officier de marine (capitaine de vaisseau) introduit naturellement dans l'argumentation une optique professionnelle des plus intéressantes.

E. de M.

TRAVAUX ORIGINAUX

Notions générales d'aurothérapie

Par **J. LAFONT** (Clermont-Ferrand)

Comme toutes les médications nouvelles, l'aurothérapie a été tout d'abord employée au petit bonheur ; indications, posologie, rien n'était fixé ; chaque médecin agissait à sa guise ; les résultats étaient nécessairement irréguliers, mais il y en avait assez de bons pour démontrer la valeur de la méthode. Aussi a-t-elle vécu et même, pourrait-on dire, survécu aux accidents, aux catastrophes qu'elle a déclenchés. Après une période de fol espoir, on en est revenu à une conception plus sage de la réalité ; on a renoncé à demander l'impossible à l'aurothérapie et cherché à en tirer le meilleur parti, en choisissant les cas, en perfectionnant la technique, en réglant la posologie. Les études récentes permettent, dès à présent, de dégager les notions générales, d'où dépendent la conduite du traitement et l'avenir du malade.

Les notions générales admises aujourd'hui sont au nombre de trois ; ce sont l'auro-tolérance, l'auro-sensibilité et l'auro-saturation ; elles ont été étudiées et mises en valeur par F. Dumarest et H. Mollard, qui se sont spécialisés dans l'aurothérapie et dont les nombreux travaux font autorité en la matière.

Nous commencerons par l'auro-tolérance ; voici ce qu'en disent ces deux auteurs :

« L'auro-tolérance est la capacité de l'organisme à supporter sans accident des injections de sels d'or... Nous croyons ... que les accidents de la chrysothérapie relèvent plus d'une intolérance individuelle que d'une intoxication chimique. L'intolérance est une réaction de l'organisme au produit. L'intoxication est une action du produit sur l'organisme. La première est personnelle quelle que soit la quantité de substance injectée. La seconde, pour une dose donnée, est générale, quel que soit l'organisme auquel on administre cette substance. Un champignon vénéneux demeurera vénéneux pour tous les organismes. Ses effets seront plus ou moins nocifs suivant la quantité de champignon absorbée. On conçoit donc qu'ici la dose aura une importance capitale. Voilà un exemple d'intoxication. Au contraire, certains sujets ne supportent pas l'antipyrine, les œufs ; bref, ils sont rebelles à des médicaments ou à des aliments particuliers, quelle que soit la quantité de substance administrée ou ingérée. On conçoit qu'ici la dose importera beaucoup moins que la susceptibilité propre de l'organisme. Voilà des exemples d'intolérance. Or, si l'on excepte évidemment l'hypothèse d'une introduction massive de sels d'or ..., il est certain que les accidents de la chrysothérapie sont liés aux sujets beaucoup plus qu'aux doses injectées. Ils tiennent à la constitution du malade lui-même et non à la quantité de produit administré... En d'autres termes, une dose très faible peut être dangereuse chez l'un et une dose forte inoffensive chez l'autre. Lorsqu'une complication éclate, c'est qu'elle doit éclater et une dose de 5 centigrammes ne permettra pas plus de l'éviter qu'une dose de 50. La question n'est donc pas de savoir si l'on agira défavorablement sur l'organisme. Elle est de savoir si l'organisme tolérera l'introduction du sel d'or ».

L'auro-tolérance individuelle doit être explorée avant toute autre chose ; les deux auteurs débutent par 0 gr. 05, ou même 0 gr. 03 chez les sujets très fragiles ; par suite l'auro-tolérance, telle qu'ils la conçoivent, est une auro-tolérance minima, indispensable pour entreprendre le traitement, qui, si l'on en tire les conséquences logiques, n'agit pas au-dessous de 0 gr. 03. Deux objections viennent immédiatement à l'esprit, l'une, qu'on peut tâter la tolérance mais qu'on ne peut lui fixer un niveau arbitraire, l'autre, que certains auteurs ont préconisé des doses de début très inférieures, seules capables d'éviter toute intolérance. C'est ainsi que C. Colbert et Roger Pigeon parlent d'un seuil de tolérance, qu'il ne faut dépasser en aucun cas et qu'ils commencent par une dose de 0 gr. 01. Feldt a même recommandé de débuter par 0 gr. 001 pour le Krysolgan. Ce ne sont là, à vrai dire, que des points de détail ; retenons-en simplement que l'auro-tolérance normale est rarement inférieure à cinq centigrammes.

Ceci admis, on se demandera s'il n'y a qu'une intolérance ou qu'une seule forme de l'intolérance. L'auro-tolérance, telle que l'ont définie L. Dumarest et H. Mollard, peut être congénitale ; elle peut également être acquise ou anaphylactique et éclater au cours d'une seconde série, alors que l'organisme a été sensibilisé par un premier traitement parfaitement supporté. Ils la distinguent nettement avec Pavie, des accidents biotropiques (réactions focales, métastases) et des accidents d'intoxication (dose trop massive, produits altérés et surtout phénomènes de saturation).

Il semble bien que l'on puisse décrire trois formes d'intolérance : intolérance de l'organisme sain par intoxication aurique ; intolérance du foyer tuberculeux par réaction dite focale ; intolérance de l'organisme tuberculeux, forme mixte par intoxication générale et par réaction locale, qui nous intéresse tout particulièrement.

Cette intolérance mixte elle-même présente des degrés ; tantôt l'intoxication domine la scène, tantôt la réaction tient la plus grande place, tantôt les troubles observés sont dus à la mauvaise tolérance tant de l'organisme que du foyer ; il y a à faire entre eux une discrimination des plus délicates, d'autant plus que les accidents localisés relèvent de l'intoxication générale tandis que les troubles généraux sont dus à la réaction locale.

C'est ainsi par exemple qu'un syphilitique, soumis à l'aurothérapie et atteint d'intolérance, présentera surtout et à peu près exclusivement des aurides ; un tuberculeux, placé dans les mêmes conditions fera des accidents analogues ; il accusera en outre des troubles généraux, dus non plus à l'intolérance personnelle, mais bien à l'intolérance du foyer bacillaire : poussée thermique, réaction de foyer, amaigrissement ; il s'agit d'une intolérance mixte, biforme.

L'intolérance personnelle existe ou n'existe pas, c'est un fait. Dans le premier cas assez rare, on en est quitte pour abandonner l'aurothérapie. Dans le second on n'a plus à tenir compte que de l'intolérance focale ; encore est-il nécessaire de s'entendre, car il est difficile de différencier l'intolérance de la réaction, que certains auteurs jugent indispensable au succès du traitement ; de plus il y a une véritable échelle algébrique des réactions, certaines étant au-dessous de 0.

La réaction focale proprement dite est aujourd'hui considérée comme inutile sinon comme dangereuse.

La réaction thermique, jugée inoffensive et à peu près inévitable, est un premier pas vers la réaction focale. Entre les deux il n'existe qu'une différence de degré. Une certaine dose donne une réaction focale, une dose inférieure détermine une simple réaction thermique. L'intensité et la durée de la réaction thermique sont elles-mêmes proportionnelles à la dose injectée et diminuent avec une dose inférieure.

La conclusion c'est qu'il y a un seuil de réaction focale et un seuil de réaction thermique qui varient avec chaque sujet et, pour le même sujet, au cours du traitement, s'élevant avec l'accoutumance, s'abaissant avec la saturation.

La réaction thermique est égale à 0, quand le dosage n'atteint pas le seuil thermique ; mais ce seuil thermique est extrêmement bas, beaucoup plus bas qu'on ne l'imagine ; Th. et J. Stéphani ont observé des températures de 39° à la suite de l'injection d'un vingtième de milligramme de solganal ou d'aurophos ; c'est dire qu'en règle générale on évoluera toujours dans la zone thermique.

Si l'on pratique un dosage faible et régressif, chez un certain nombre de tuberculeux, on observe une réaction au-dessous de 0, une réaction thermique négative, une réaction hypothermique si nous osons dire. Il y a un seuil d'hypothermie. Ce phénomène, que nous avons fréquemment observé avec

••

l'emploi des cyanures doubles a été bien mis en valeur par les recherches de Velez, faites non plus avec l'or, mais avec le cadmium, employé suivant les principes de Walbum ; si les métaux diffèrent, un élément constant persiste, l'organisme tuberculeux, dont les réactions restent toujours les mêmes.

Une injection d'un quart de milligramme de métallosal cadmium a donné une élévation de température dépassant 38° pendant une semaine ; une injection d'un dixième de milligramme chez le même sujet a produit au contraire une descente rapide de la température.

L'établissement de la dose hypo ou antithermique par le contrôle thermométrique présente un intérêt réel, si l'on admet l'efficacité des doses très faibles.

En dehors de la tolérance, générale ou locale, par injection, il existe une tolérance journalière, qui commande l'espacement des piqûres.

La posologie au kilo a été exposée par de nombreux auteurs, nous n'avons rencontré nulle part la prise en considération de la dose journalière, qui est une notion assez riche de conséquences pratiques.

Il existe pour chaque sujet une dose journalière optima ; une quantité inférieure rendrait le traitement inefficace, une quantité supérieure amènerait rapidement à la saturation. Si la tolérance est inférieure à la normale, il suffit de diminuer les doses et de rapprocher les injections, au lieu de s'en tenir à un intervalle fatidique ; on arrive ainsi à faire bénéficier de l'aurothérapie des malades, qui supporteraient mal un schéma normal de cure. Malheureusement il est difficile d'établir *a priori* la dose journalière utile ; on ne la connaît qu'en fin de traitement, après avoir divisé la dose totale injectée par le nombre de jours (séries et intervalles compris) ; encore peut-on simplement affirmer que telle dose journalière a été donnée et qu'elle a produit tel résultat ; on a donc la dose journalière moyenne et non la dose journalière optima. Seules des statistiques bien étudiées permettront de fixer la posologie journalière des différents cas cliniques, en tenant compte des variations qu'elle est susceptible de subir au cours du traitement par accoutumance ou saturation.

On a cherché, et c'était bien naturel, à augmenter la tolérance de l'organisme aux sels d'or. Le jour où l'on a considéré la sanocrysine comme toxique, on a essayé de lui substituer de nouveaux produits, soi-disant mieux tolérés, comme le solganal, l'aurophos, le sulfo-krysolgan, le lopion. Il est difficile d'avoir une idée quelconque sur la valeur comparée de ces différents sels ; il semble cependant qu'il faille tenir compte de la proportion d'or qu'ils contiennent.

On a tenté de rendre la sanocrysine moins toxique par l'adjonction d'hyposulfite de soude ou de magnésie ; Etcheverry et Ducco ont même préparé le chimio-aurol (néo-sanocrysine de Corbalan) en combinant les deux sels.

On a changé la voie d'introduction ; l'allochrysine s'injecte par la voie intramusculaire, ce qui a pour résultat d'en retarder l'absorption. La voie sous-cutanée est utilisable, à peu près exclusivement pour les doses infinitésimales (fractions de milligramme), qui sont seules indolores ; nous les prescrivons aux malades éloignés de tout médecin ; la fréquence des piqûres et la prolongation du traitement permettent d'obtenir avec le temps des résultats qui ne surprendront pas les partisans de la méthode de Walbum ; évidemment il n'y a plus d'intolérance possible dans ces conditions.

La solution aqueuse a été remplacée par la suspension huileuse ; F. Lebeuf, H. Mollard et Ch. Blanchard insistent sur la douceur et le ralentissement de l'absorption, qui permettent de compter sur une augmentation de la tolérance.

La prévention des accidents a enfin été tentée, en agissant directement sur l'organisme par l'administration quotidienne de glucose ou par des injections de morrhuate d'éthyle ou d'extrait hépatique.

Toutes ces tentatives sont intéressantes, ne fut-ce que par la confiance qu'elles traduisent dans l'emploi de l'aurothérapie.

***

De l'auro-tolérance passons à l'auro-sensibilité, qu'ont si bien définie F. Dumarest et H. Mollard.

« L'auro-sensibilité est la capacité de l'organisme à réagir favorablement aux injections de sels d'or. Elle est personnelle. La dose qui déclenche l'amélioration — la dose optima — varie d'un individu à l'autre ... Si la tolérance est normale, on cherchera à découvrir l'auro-sensibilité particulière de chaque malade. On se fondera, pour cela, sur les modifications symptomatiques constatées (abaissement thermique, diminution de l'expectoration, reprise de poids), sur les constatations subjectives fournies par le malade (impression de mieux-être ou au contraire de mal-être, auxquelles nous attachons une grande importance), enfin sur l'exploration méthodique des fonctions rénale, hépatique et sanguine. Souvent il faudra « tâtonner » pour découvrir cette dose optima... La recherche de cette auro-sensibilité conduira tantôt à des doses faibles, tantôt à des doses plus fortes ».

On voit la différence qu'il y a entre les deux notions d'auro-tolérance et d'auro-sensibilité. La première se rapporte à l'action de l'or sur l'organisme, la seconde à l'action sur la tuberculose. Dans le premier cas on détermine la dose tolérée, dans le second la dose active. L'auro-tolérance permet de faire le traitement et l'auro-sensibilité d'en obtenir des résultats favorables.

De même qu'il y a des sujets auro-sensibles il y en a d'auro-résistants, chez lesquels toute tentative aurothérapique restera inutile et vaine ; ce ne sont pas des cas très fréquents ; encore importe-t-il de le rappeler.

C. Colbert et R. Pigeon considèrent qu'il y a un seuil de tolérance et un seuil d'action. Il est contre-indiqué de dépasser le seuil de tolérance ; il est possible de dépasser le seuil d'action à condition de rester au-dessous du seuil de tolérance ; il ne semble cependant pas avantageux de se tenir au-dessus du seuil d'action. Les cas auro-résistants sont ceux dans lesquels le seuil de tolérance est inférieur au seuil d'action ; il est alors préférable de ne pas insister.

En somme la dose active est limitée par en haut, comme les aurides se chargent de le révéler, mais est-elle limitée par en bas ? Où commence-t-elle ? Une fois de plus l'auro-sensibilité pose la question de la posologie ou plus exactement des différentes sortes de posologie. Les partisans des doses moyennes et des doses faibles se cramponnent à leurs positions ; les doses fortes ont été naturellement abandonnées, elles étaient indéfendables ; les doses infinitésimales, bien que rarement utilisées, méritent d'être prises en sérieuse considération ; nous allons en parler et d'autant plus longuement qu'elles sont plus mal connues.

Le promoteur des doses infinitésimales, L. E. Walbum, a cherché à établir une méthode générale de traitement plutôt qu'une variété posologique, et il s'est occupé des métaux en général, du cadmium et du manganèse en particulier ; ses conclusions et ses résultats sont en marge de l'aurothérapie, puisqu'il n'a employé l'or que dans le lupus, mais ils n'en ont pas moins une influence indirecte sur elle, car tout semble se tenir en chimiothérapie ; les produits varient, les dosages diffèrent, les techniques divergent ; l'organisme tuberculeux reste immuable ; les données, péniblement acquises, conservent leur valeur, grâce à cet élément permanent, dont le mode de réaction reste constant, aussi bien à l'intoxication microbienne qu'à la stimulation thérapeutique.

Quelles sont les doses infinitésimales proposées par Walbum et son école ? Quelques chiffres suffiront à en donner une idée précise.

La solution de manganèse (métallosal Manganèse de 0,02 mol.) contient 0 gr. 001.098.6 de manganèse métal par centimètre cube. Les doses injectées varient de 4 à 6 milligrammes de métal, tous les 4 ou 5 jours.

La solution d'or (métallosal or de 0,001 mol.) contient 0 gr. 000.19 d'or métal par c.c. La dose injectée dans le lupus est d'environ un milligramme de métal par quinzaine. Il faut multiplier ces chiffres par 2,5 pour avoir les doses correspondantes de sanocrysine.

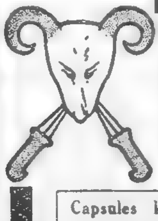
La solution de cadmium (Metallosal Cadmium de 0,000.6 mol.) contient 0 gr. 000. 067.4 de cadmium métal par c.c. Les doses injectées varient d'un à cinq dixièmes de milligramme de métal, 2 fois par semaine.


TOUTES NÉVRALGIES REBELLES
SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE
AMPOULE STÉRILISÉE
NAÏODINE
NaI STABILISÉ HYPERACTIF
Injections indolores
de 20cc à 30cc par jour
en ampoules de 10cc et 20cc
LABORATOIRES J. LOGEAIS _ Boulogne s/seine près PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard _ PARIS (XVIe)







Cette posologie n'a pas été fixée arbitrairement, elle est basée sur l'expérimentation et la clinique. Walbum a constaté que les petites concentrations ont une action stimulante et les fortes concentrations une action paralysante tant sur la formation des anticorps (ambocepteurs et agglutinines) que sur la croissance des bactéries. La différence entre le cytotropisme et le parasitotropisme est que l'action stimulante optima a lieu à des concentrations métalliques différentes ; pour agir sur les bactéries il faut une concentration supérieure à celle qui agit sur la cellule animale.

Si, dans le traitement d'un animal infecté, on emploie des solutions métalliques à des concentrations progressives, on observe trois zones d'action différentes et successives : 1° Augmentation des défenses organiques ; 2° Diminution des défenses organiques et stimulation de l'activité bactérienne, inversement proportionnelles ; 3° Arrêt de l'activité bactérienne. La première zone est thérapeutique dans la proportion où elle stimule la défense organique ; la seconde est dangereuse, car elle paralyse la défense et favorise le parasite ; la troisième est thérapeutique dans ses effets bacillicides, bien qu'elle paralyse la défense organique.

Sans entrer dans la discussion des faits expérimentaux précédents, on ne peut les interpréter que de la manière suivante : l'aurothérapie a, en partant de zéro, deux zones d'action, l'une sur l'organisme, l'autre sur le parasite, séparées par une zone dangereuse. Les doses infinitésimales, optima pour Walbum, aux environs de 0 mgr. 3 pour le cadmium et de 6 mgr. pour le manganèse, agissent surtout sur l'organisme ; c'est la zone optima. Au-dessus vient la dose dangereuse ; au-dessus encore se trouve la zone d'affaiblissement bacillaire. Ces doses trop fortes ne sont du reste pas très considérables et se tiennent à distance raisonnable de celles qui produisent une intoxication métallique. De ces deux zones actives, seule la première a été adoptée par Walbum ; il ne s'ensuit pas nécessairement que la seconde ne soit pas adaptable à la thérapeutique.

Il est difficile de prendre parti dans des questions aussi controversées et surtout aussi obscures. Les résultats eux-mêmes ne prouvent pas grand'chose, car on les voit à travers les statistiques, dont les plus sincères sont rarement les plus brillantes, les autres étant fréquemment et inconsciemment faussées par l'enthousiasme et les illusions. Tout ce qu'on peut dire c'est que la méthode des doses infinitésimales est une réaction contre la posologie admise et que Walbum s'est engagé dans une voie nouvelle, qui est peut-être la bonne et sur laquelle Th. et J. Stephani ont attiré fortement l'attention dans leur étude magistrale du *Progrès Médical* ; ils considèrent qu'une dose de 0 mgr. 05 (cinq centièmes de milligramme) d'un sel peu toxique, comme le solganal ou l'aurophos, est suffisante pour déclencher la ou les réactions voulues et produire un changement dans la marche de la maladie.

Ces doses infinitésimales ont leur valeur et leur utilité. Nous avons expérimenté systématiquement les injections sous-cutanées d'allochrysine à la dose d'un centième de milligramme chez les malades isolés de la campagne, qu'une raison quelconque (plus particulièrement la difficulté des communications, surtout l'hiver), empêchait de se rendre à la ville. Ces injections, faciles à pratiquer par le sujet lui-même ou par une personne de son entourage, indolores en solution physiologique, étaient faites tous les 2 jours. Th. et J. Stephani débutaient par cinq centièmes de milligramme en 15 jours ; notre dose est de sept centièmes et demi pour le même laps de temps ; les conditions sont à peu près égales, par suite de la différence des voies d'introduction. Les injections sous-cutanées furent pratiquées pendant plusieurs mois. Dans tous les cas nous eûmes la surprise de constater une amélioration réelle; il s'agissait de lésions bacillaires discrètes ou lentement évolutives ou circonscrites ou à tendance sclérosante ; c'étaient en somme de bons cas ; ils auraient évidemment progressé davantage avec un traitement individuel bien dosé et administré par voie intraveineuse ; là n'était pas la question ; le point capital était que le traitement minimum, consistant en doses infinitésimales, introduites par une voie médiocre, donnait quand même quelque chose avec le temps ; le traitement minimum n'est pas le traitement idéal, il peut être un traitement de départ, d'appoint, de remplacement, d'arrivée ou de fortune c'est tout et il faudrait être bien exigeant pour lui demander davantage.

« Nous insistons ... sur cette notion essentielle ... tout est affaire de dose. C'est parce que nous savons bien maintenant qu'il faut commencer par des quantités infinitésimales et progresser très lentement, que nous obtenons de cette méthode les beaux résultats thérapeutiques qu'on est en droit d'en attendre ». Ces lignes ont été écrites en 1910 par F. X. Gouraud et concernent la tuberculine. Si nous parlons de tuberculine, ce n'est pas au hasard, c'est parce que la chimiothérapie agit exactement comme si elle était une forme d'autotuberculinothérapie. De nombreux auteurs l'ont déjà signalé.

« L'effet du cyanocuprol... présente, à certains égards, une grande ressemblance avec la tuberculine ». (T. I. Masuda et T. K. Matsuda.)

« L'action aurothérapique correspond dans ses traits principaux à l'action de la tuberculine ». (A. L. Roballos et M. R. Castex.)

Si cette similitude d'effets a été constatée, il ne semble pas qu'on en ait tiré un argument en faveur des doses infinitésimales. Or, il y a un parallélisme frappant entre l'histoire de la tuberculinothérapie et celle de l'aurothérapie. Au début, mêmes espérances, mêmes catastrophes. Ensuite la prudence, l'abaissement des doses. Voici un *schéma idéal* de tuberculinothérapie de Gouraud, basé sur le principe essentiel : « Commencer par des doses infinitésimales et suivre une progression très lente qui maintient le malade à l'abri de toute réaction ».

Deux injections sous-cutanées par semaine pour les doses faibles : 1re injection, *un cent-millième de milligramme* de tuberculine ; progression régulière : 10e injection, un dix-millième de milligramme ; 20e injection, un millième de milligramme ; 40e injection, un centième de milligramme ; et ainsi de suite jusqu'à ce que soit atteinte la dose *agissante.*

Avons-nous à l'heure actuelle un schéma idéal d'aurothérapie ? Il semble bien que non ; et pourtant il suffirait de reprendre l'étude de Gouraud en remplaçant le mot « tuberculine » par « or ». La posologie de Gouraud pour la tuberculine comme celle de Walbum pour les métaux et celle de Th. et J. Stephani pour l'or, commence très bas, aux doses infinitésimales ; elle n'y reste pas forcément pendant toute la durée du traitement ; ces auteurs abaissent le plancher posologique, sans chercher à plafonner. Des recherches biologiques récentes montrent que l'action de l'or sur le système réticulo-endothélial varie avec les doses : stimulante aux doses faibles, paralysante aux doses fortes ; G. F. Capuani admet uniquement les doses très faibles, seules stimulantes, quelques milligrammes ; les doses élevées (un centigramme par kilo) sont paralysantes ; entre les deux, la dose de cinq centigrammes est déjà paralysante au premier et au second degré ; cette dose de cinq centigrammes serait donc le plafond pratique.

L'aurothérapie subira-t-elle le sort de la tuberculinothérapie et sombrera-t-elle pour n'avoir pas su évoluer à temps ? L'avenir seul nous le dira. Tout ce qu'on peut affirmer actuellement, c'est que le sort de l'aurothérapie est étroitement lié à la précocité du diagnostic et à la précocité du traitement ; il en est de même pour la chimiothérapie antibacillaire, qui donne d'autant mieux qu'elle est appliquée plus près de la période de rupture d'équilibre entre la défense organique et l'attaque microbienne à l'avantage de cette dernière ; il y aurait même lieu de considérer son rôle préventif, dans tous les cas où il y a fléchissement de l'organisme et danger de tuberculisation.

* * *

Les accidents de saturation, qui avaient été signalés par F. Dumarest, H. Mollard et P. Pavie, ont donné lieu à la notion de saturation aurique ou d'auro-saturation, bien exposée par F. Lebeuf, H. Mollard et P. Pavie.

« Lorsqu'on injecte une dose donnée de sel d'or, une partie du médicament s'élimine. Une autre partie se fixe dans l'organisme. A dire vrai, cette fixation n'est pas définitive... L'organisme cherche lentement à se délivrer du corps étranger métallique ... Il en résulte qu'une partie du produit demeure longtemps fixée dans son intérieur. Cela n'a aucune importance,

si la dose introduite est minime. Mais plus les injections sont répétées, plus la quantité fixée devient importante. Elle s'accroît ainsi, jusqu'au jour où l'organisme réagit à la masse totale accumulée. C'est le jour où survient la saturation.

« Cette saturation — véritable intoxication — peut se produire chez tous les malades à la condition que le traitement soit suffisamment poussé. Elle est donc à distinguer des phénomènes d'intolérance qui, eux, sont essentiellement individuels, surviennent chez l'un, ne se produisent jamais chez l'autre. Idiosyncrasique ou acquise, l'intolérance dépend du sujet et non de la dose. La saturation dépend de la dose et non du sujet.

« ... Dans l'intolérance, les variations dépendent uniquement des propriétés humorales de l'individu. Dans la saturation, les variations dépendent uniquement du rapport physique, quantitatif, entre le volume d'or introduit et le volume de l'organisme auquel on l'a administré : dans l'intolérance, le problème est chimique ; dans la saturation, le problème est physique et purement physique ».

La saturation se traduit par des troubles digestifs, musculaires, nerveux et cutanés ; les plus caractéristiques sont l'embarras auro-gastrique (F. Dumarest, H. Mollard et P. Pavie) et la chryso-cyanose (L. Nové-Josserand, Gaté, Charpy, Josserand et Cuilleret), pigmentation aurique des paupières ou de la face. La courbe thermique devient irrégulière et le poids fléchit brusquement.

L'examen du sang révèle un syndrome très particulier, qui confirme la saturation : ce sont l'élévation du nombre des globules blancs à 20.000 et la polynucléose à 80 ou 85 %.

Tous ces signes s'exagèrent si l'on continue le traitement et disparaissent rapidement dans le cas contraire.

La saturation fait intervenir un élément nouveau, le temps ; aux doses couramment employées, une partie du sel d'or s'élimine, une autre se fixe dans l'organisme ; plus les injections sont rapprochées, plus le traitement dure et plus la quantité d'or emmagasinée devient importante ; il arrive un moment où la masse métallique s'accumule au point de produire une intoxication générale, d'autant plus sérieuse qu'elle ne cesse pas automatiquement avec l'interruption du traitement, car l'élimination en est particulièrement lente.

Au point de vue pratique l'auro-saturation indique que les doses sont trop élevées ou les intervalles entre les piqûres ou les séries trop brefs ou le traitement trop prolongé.

Si l'accoutumance contre-balance à peu de chose près la progression des doses, il n'en est pas de même pour l'élimination dont le seuil ne peut être atteint ou dépassé sans inconvénients plus ou moins sérieux pour l'organisme.

Ici encore il faut faire appel à la notion trop négligée de la dose journalière qui représente le quotient de la dose par le temps. Aux doses fortes doivent correspondre des intervalles plus étendus, tant entre les injections qu'entre les séries.

Les séries elles-mêmes représentent un facteur de saturation, temporaire il est vrai. Le sujet accumule l'or au cours d'une série, il s'en débarrasse dans la période de repos ; mais, quelle que soit la précision du dosage individuel, la masse métallique est toujours en équilibre instable. Si la surcharge est nette à la fin de la série, la carence est non moins nette à la fin du repos ; dans le premier cas les piqûres *travaillent* et fatiguent le malade, dans le second elles lui *manquent*, pour employer les expressions par lesquelles il cherche à traduire ses sensations.

Il semble que l'espacement soit destiné à figurer dans les préoccupations du médecin au même titre que le dosage. Le traitement continu succéderait alors à la série. Les doses seraient progressives, l'espacement aussi. On arriverait ainsi à établir une réserve métallique constante, dont l'élimination serait compensée par les apports. L'augmentation progressive des intervalles semble le meilleur antidote de la saturation ; elle est difficile à pratiquer ; ce ne sont plus les symptômes d'imprégnation qui comptent, mais bien les symptômes de déficit ; ces derniers se caractérisent par un état de malaise indéfinissable, moral et physique, qui apparaît dans les derniers jours ou les dernières heures précédant l'injection et qui disparaît avec elle ; l'intervalle est alors considéré comme trop grand.

En attendant une modification de la technique actuelle, qu'on l'ait désiré ou non, on constate des phénomènes d'auro-saturation ; la conduite à tenir est simple, il faut arrêter le traitement. L'intoxication disparaît. La question se pose alors de savoir si et quand il y aura lieu de reprendre les injections. Quelques essais prudents, après un repos prolongé et à des intervalles augmentés, permettront de le faire en parfaite quiétude.

L'auro-saturation n'indique pas que le traitement est terminé, elle commande simplement une interruption, que les circonstances feront momentanée ou définitive.

***

Les trois notions générales, que nous venons d'exposer et de discuter, ont une valeur théorique incontestable ; elles ont de plus un intérêt pratique qui règle toute l'application du traitement.

Quelque tendancieuses que soient les formules, on peut dire que l'auro-tolérance correspond à la possibilité de la cure, l'auro-tolérance à son efficacité, l'auro-saturation à sa durée.

On aboutit toujours à la question des doses et l'aurothérapie n'est en fin de compte qu'un problème posologique.

Ce problème présente des solutions multiples, mais toutes ces solutions sont, doivent ou devraient être nettement individuelles ; les auteurs sont formels à ce sujet ; quelques citations affirmeront cet accord.

Roballos et Castex écrivent : « L'unique moyen d'éviter les périls de la sanocrysine et d'obtenir en même temps le maximum de résultats est de réaliser le traitement individuel des malades, en déterminant la dose-limite individuelle et la dose optima, en chaque cas et à chaque moment du traitement comme l'exige Feldt ».

Dumarest, Lebeuf et Mollard sont très nets : « La posologie nous est dictée par chaque malade... Le dosage est essentiellement individuel ».

J. Stephani et Delore adaptent le traitement à chaque cas particulier et ont une posologie particulière pour chaque malade. « La sanocrysine constitue un traitement efficace de la tuberculose pulmonaire, mais cette efficacité est dans une très forte mesure sous la dépendance de la manière dont a été conduite la cure, c'est-à-dire du « schéma posologique » adopté ».

En somme chaque tuberculeux doit recevoir un traitement sur mesure et non un traitement de confection.

Pourquoi faut-il que ce concert soit troublé par une voix discordante, celle de Walbum ? Il est partisan d'une dose optima ou « peut-être plutôt d'une zone optima » ; malheureusement cette zone ne correspond pas du tout à celle des classiques ; ce ne serait rien s'il ne s'agissait que d'une différence de posologie et s'il n'y avait une différence de conception générale ; la théorie moderne (nous la qualifions ainsi par opposition avec la classique et sans y attacher une signification de supériorité quelconque) est extrêmement séduisante ; elle a en outre la position très forte que donne le point de départ expérimental ; nous l'avons résumée plus haut ; qu'il nous suffise de dire que le « principe directeur » de la walbumthérapie indique deux zones posologiques : l'une, très basse et dont la limite inférieure est marquée par sa seule inefficacité, qui agit favorablement sur l'organisme infecté ; l'autre, élevée et dont la limite supérieure est constituée par le seuil de tolérance, qui entrave et arrête la croissance des bactéries ; entre les deux zones thérapeutiques existe une zone dangereuse, où l'organisme est déprimé et la bactérie stimulée.

C'est, sous une forme rajeunie, la vieille histoire du terrain et du microbe, que nous retrouvons ici comme à chaque chapitre des maladies infectieuses. Il semble bien que Walbum ait raison en ce qui concerne le terrain ; une étude récente de Franz Schreiber et Bernhard Villinger montre les bons effets de doses infimes d'or en combinaison organique, par voie buccale, sur la résistance physique du travailleur manuel, intellectuel ou sportif. Mais les résultats cliniques des classiques ne sont point négligeables.

La question de savoir qui a raison est difficile à trancher ; les effets généraux de l'or n'ont été le plus souvent indiqués que par les modifications du poids et de la température ; les réactions sanguines semblent avoir plus de valeur.

La plus simple et la plus facile à utiliser est la réaction de sé-

dimentation des globules rouges ; elle a contre elle son défaut de standardisation, ses variations journalières, l'imprécision de ses limites ; elle a pour elle d'être chiffrée et de permettre de faire le point. Pourquoi être plus exigeant pour la sédimentation que pour le Wassermann ? Une réaction biologique donne ce qu'elle peut et, si peu que ce soit, un clinicien en tire toujours quelque chose. Une réaction de sédimentation isolée a une valeur pronostique, elle montre sinon où l'on est, du moins où l'on va. Une courbe de réactions de sédimentation indique le chemin parcouru, soit en avant, soit en arrière.

La sédimentation nous donne le bilan de l'état général ; elle est une base de départ solide pour l'étude d'un traitement chimiothérapique quelconque ; elle permettrait de se rendre compte des effets des méthodes aurothérapiques opposées, classique et moderne ; encore faudrait-il adopter une double classification des cas, l'une d'après la lésion, l'autre d'après la vitesse de sédimentation. Pour longue que soit cette expérimentation, elle mérite d'être entreprise.

Dans l'état actuel de l'aurotnérapie, on arrive à concilier les deux écoles en commençant très bas pour arriver progressivement et prudemment à la dose individuelle optima.

Les conditions pratiques d'application dépendent surtout des malades.

Les tuberculeux isolés, éloignés de tout médecin, peuvent être traités par les doses infinitésimales (de 0,01 mgr. à 1 mgr. d'allochrysine). La voie sous-cutanée est indolore pour les dilutions inférieures à 1 ‰. La répétition des piqûres permet l'addition des petits résultats.

Le traitement ambulatoire, pratiqué au cabinet, n'est possible, au point de vue psychologique, que s'il ne détermine jamais d'incidents. La voie intraveineuse est préférable, mais la voie intramusculaire reste suffisante. Les doses varient de 1 à 10 milligrammes (allochrysine pour la voie intra-musculaire).

Le traitement au sanatorium, sous la direction et la surveillance d'un médecin spécialisé, permet l'utilisation de doses plus élevées, dont le plafond serait d'un centigramme par kgr. L'injection intraveineuse est naturellement la plus active.

Même dans ces dernières conditions, il n'est pas défendu de débuter par des doses infinitésimales : centième de milligramme, dixième de milligramme, milligramme. Le départ du traitement n'en sera que mieux assuré ; c'est le cas de rappeler le conseil fameux : Ne nous pressons pas, nous n'avons pas de temps à perdre.

La méthode des doses infinitésimales offre encore un avantage ; elle permet de traiter, sans le moindre inconvénient, tous les cas douteux, tangents, initiaux, pour lesquels on craint toujours de faire trop ou trop peu ; elle comblerait ainsi une lacune assez fâcheuse de la pratique courante.

L'avenir montrera si la méthode moderne de Walbum est destinée à tenir une place secondaire dans le traitement de la tuberculose ou au contraire à triompher de l'école classique ; dès maintenant elle paraît capable de rendre de très grands services et doit être prise en sérieuse considération.

BIBLIOGRAPHIE

1. G. F. Capuani. Ueber die durch die Chemiotherapie der Tuberkuloseinfektion verursachten biohumoralen Reaktionen. *Beitrage zur Klinik der Tuberkulose.* Bd 77, H. 4-5, P. 497-516, 1931. — 2. C. Colbert et R. Pigeon. La pratique de l'aurothérapie chez les tuberculeux. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 21 décembre 1930. — 3. G. Corbalan Trumbull. Contribucion al estudio del tratamiento de la tuberculosis. America latina. Santiago du Chili, 1929. — 4. F. Dumarest, F. Lebeuf et H. Mollard. Le problème du dosage dans la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 février 1931. — 5. F. Dumarest et H. Mollard. La posologie individuelle des sels d'or dans la tuberculose pulmonaire. L'auro-tolrance et l'auro-sensibilité. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 24 février 1931. — 6. F. Dumarest, H. Mollard et P. Pavie. L'état actuel de la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. *Annales de Médecine*, juin 1931. — 7. B. F. Etcheverry. Algunos comentarios acerca de la quimioterapia de la tuberculosis pulmonar por la sanocrysina del professor H. Mollgaard. *Semana Medica*, 1926, n° 11. — 8. A. Feldt. Zur Chemotherapie der Tuberkulose mit Gold. *Deutsche Midizinische Wolchenschrift*, , 20 mars 1913. — 9. A. Feldt. Die Goldbehandlung der Tuberkulose und der Lepra. Klinische Erfahrungen mit Krysolgan. C. Marhold, Halle 1924. — 10. A. Feldt. Zur Goldbehandlung der Lungentuberkulose mit den neueren Goldpraparaten. *Fortschritte der Therapie*, février 1925, nos 3 et 4. — 11. F. X. Gouraud. Traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine. *Consultations médicales françaises*, fasc. XX. Poinat, Paris, 1910. — 12. J. Lafont. Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les cyanures doubles. *Progrès Médical*, 26 janvier 1929. — 13. J. Lafont. Les tendances actuelles de l'aurothérapie en tuberculose pulmonaire. *Progrès Médical*, 5 avril 1930. — 14. J. Lafont. L'orientation pratique de l'aurothérapie en tuberculose pulmonaire. *Sciences Médicales*, 30 avril 1931. — 15. F. Lebeuf et H. Mollard. La chrysothérapie de la syphilis .*Annales des maladies vénériennes*, février 1931. — 16. F. Lebeuf, H. Mollard et Ch. Blanchard. Les suspensions huileuses de sels d'or (solganal B) dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. *Feuillets Médicaux*, décembre 1931. — 17. F. Lebeuf, H. Mollard et Pavie. La phase de saturation dans la chrysothérapie. *Lyon Médical*, 4 octobre 1931. — 18. T. I. Masuda et T. K. Matsuda. Clinical experience with Koga's cyanocuprol. *American Journal of the Medical Sciences*, CLVI, n° 1, 1918. — 19. L. Nové-Josserand, Gaté, Charpy, Josserand et Cuilleret. Pigmentation aurique de la peau chez trois enfants tuberculeux soumis à un traitement prolongé par les sels d'or : chryso-cyanose. *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1931. — 20. A. L. Roballos, et M. R. Castex. Contribucion al estudio del tratamiento de algunas formas clinicas de tuberculosis pulmonar cronica por medio del aurotiosulfato de sodio (Sanocrysina). Juan Roldan, Buenos-Aires, 1927. — 21 F. Schreiber et B. Villinger. Sobre el aumento de la resistencia fisica producido por dosis infimas de metales. *Prensa Medica Argentina*, 20 avril 1932. — 22. Th. et J. Stephani. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. *Progrès Médical*, 3 novembre 1928. — 23. J. Stephani et G. Delore. Effet de la sanocrysine sur la résistance générale des tuberculeux pulmonaires exprimé par les variations de la formule du sang d'Arneth. Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine. *Progrès Médical*, 3 octobre 1931. — 24. F. J. Velez. Tratamiento de la tuberculosis por los metales a dosis ultrapequenas segun el metodo de Walbum. *Vida Nueva*, 15 novembre 1929. — 25. X... Traitement par la thérapeutique des sels métalliques à petites doses d'effet optima, procédé du docteur Walbum. Brochure éditée par la Leo Insulin Company, Copenhague, sans date.

ACTUALITÉS

Pronostic, prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire au cours de la gestation

L'influence de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire ne cesse pas d'être étudiée et remaniée. S'il peut sembler, ainsi que l'exprime M. Bergeron que tout soit dit sur ce sujet depuis plus de 2.400 ans, qu'il y a des fils d'Hippocrate et qu'ils pensent, il n'est besoin que de compulser les travaux récents pour se convaincre que le propre de l'observation médicale est de rajeunir tous les problèmes, et que la multiplicité des points de vue exposés modifie heureusement des opinions qui paraissaient définitives.

Des communications faites à la Société des médecins des dispensaires antituberculeux en 1931, apportent des faits, des statistiques, des suggestions qu'il est bon de retenir.

De 1919 à 1930, M. Bergeron a observé 41 cas de tuberculose associée à la grossesse, avec 25 morts, mais dans le même laps de temps, sur 47 tuberculeuses non enceintes, 28 succombaient, soit 60 % de mortalité pour la pre-

mière catégorie, 59 % pour la seconde. La distinction des formes cliniques est d'autant plus à considérer que « les formes caséeuses extensives » passent pour être seules désastreusement influencées par la grossesse. Les statistiques conjuguées de MM. Bergeron et Lafosse aboutissent à des conclusions qui s'opposent à cette manière de voir trop schématique.

Pour l'un, sur sept cas de tuberculose fibro-caséeuse commune bilatérale, moins de deux ans après l'accouchement aucune malade n'avait survécu ; sur 9 cas de M. Lafosse, la mort rapide a été observée sept fois. Dans la forme fibro-caséeuse unilatérale, justiciable du pneumo, la mort est survenue quatre fois sur 7 cas (Bergeron), une fois sur 9 cas (Lafosse). Sur 18 cas de tuberculose fibreuse active, paucibacillaire, peu ou pas évolutive avant la grossesse, 10 ont survécu plus de trois ans (Bergeron), 12 sur 17 ont échappé à la mort, après des aggravations passagères (Lafosse). Enfin 8 cas de tuberculose considérée comme inactive avant la gestation ont donné lieu à une grave poussée évolutive, au début de la gestation ou après sa terminaison, avec six morts et deux survies (Bergeron) ; sur 11 cas de M. Lafosse, six ont présenté une gravité extrême et ont abouti à la mort de six à vingt mois après la délivrance. Ainsi dans les formes en apparence les moins dangereuses, la terminaison fatale s'est produite dans 75 % pour l'un des observateurs, dans 54 % pour le second d'entre eux. Ces considérations renforcent la thèse soutenue par M. P. Astruc. L'auteur a été particulièrement frappé des excellents résultats obtenus en plaçant en sanatorium les tuberculeuses pendant la grossesse.

Il apporte seize observations qu'il répartit en trois groupes. Le premier groupe comprend les malades atteintes de tuberculose au stade ganglio-interstitiel tramitique (six cas) ; le deuxième groupe comprend les cas de tuberculose confirmée, fibro-caséeuse, fibreuse (quatre cas) ; le troisième groupe comprend le cas de tuberculose ulcéreuse.

Sur ces seize malades, la bacilloscopie était positive huit fois, soit dans 50 % des cas. Au cours de la grossesse, deux fois on a eu recours au pneumo, une fois d'une façon temporaire, une fois d'une façon continue ; il s'agissait une fois de pneumo créé avant la grossesse. La durée de séjour en sanatorium n'a dépendu que de l'âge de la grossesse au moment de l'examen : trois fois, le départ a eu lieu dès le premier mois, une fois au deuxième, trois fois au troisième, cinq fois au cinquième, quatre fois au sixième mois. Une fois, un séjour de onze mois a été fait au sana avant la grossesse, et le deuxième séjour a eu lieu pendant la gestation. Dix fois sur seize, les malades ont fait un deuxième séjour au sana l'Espérance (Hauteville) après l'accouchement. Dans ces seize cas, sauf une aggravation passagère, consistant en une hémoptysie grave trois mois après l'accouchement, il n'a été observé aucun incident, et, après un, deux et trois ans, toutes sont en vie et ont gardé presque entier le bon résultat obtenu par une cure sanatoriale rigoureuse.

Les suites lointaines, dans ces excellentes conditions, sont aussi parfaites que les suites immédiates (P. Astruc). En formulant les conclusions de son étude, l'auteur regrette que ce qu'il a pu obtenir en décidant l'envoi en sanatorium, dépendant d'une œuvre privée, soit, à l'heure actuelle, très difficile, sinon impossible à réaliser dans la pratique des dispensaires, où la longueur de l'attente opposée aux demandes de placement empêche presque totalement de désigner les tuberculeuses enceintes pour le départ en sanatorium.

Faisant état de ce que les formes légères paraissent avoir des conséquences presque aussi redoutables que les formes graves, M. P. Astruc considère que toutes les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire compliquée de grossesse devraient être admises, dès le début de la gestation, dans un *hôpital sanatorium-maternité*, où l'accouchement aurait lieu, où la malade pourrait continuer la cure après la délivrance, et où un pavillon spécial serait réservé aux enfants pour effectuer, dès la naissance, la séparation et la prémunition. Des établissements analogues existent à l'étranger, en particulier aux Etats-Unis.

Sur 463 sanatoriums des Etats-Unis, 87, représentant 11.414 lits, reçoivent des femmes enceintes et les gardent jusqu'après l'accouchement : 247 sanatoriums, représentant 23.404 lits gardent ces malades seulement jusqu'à l'accouchement. On estime que 40 % des lits sont réservés aux cas frustes et insidieux, 40 % aux formes modérément avancées et 20 % aux formes graves, et l'on évalue qu'il y a 90 décès sur 1.000 tuberculeuses accouchées, soit 9 % en moyenne (contre 36 % dans les trois mois qui suivent l'accouchement, d'après MM. Couvelaire et Lacomme). Les suites lointaines sont ainsi appréciées, dans les sanatoriums américains : 62 % des femmes atteintes de formes frustes vivaient encore quinze ans après l'accouchement, ainsi que 30 % des femmes atteintes de formes modérément avancées et que 8 % des formes graves.

Il semble donc bien qu'il y ait avantage — et c'est aussi l'opinion exprimée par M. Smolizanski, à envoyer les tuberculeuses enceintes en sanatorium, où elles peuvent bénéficier à la fois de la cure, de la collapsothérapie, du traitement par les sels d'or.

La chrysothérapie préventive, prônée récemment par MM. Léon Bernard, Mayer et Sakellaropoulos pourrait y être appliquée plus sûrement qu'aux dispensaires hospitaliers car la méthode ambulatoire souvent employée se heurte à l'écueil des déplacements successifs, des fatigues qui doivent être évités aux tuberculeuses enceintes. La surveillance de la tolérance aux sels d'or est également plus facile à l'hôpital, au sanatorium.

MM. Léon Bernard, Mayer et Sakellaropoulos considèrent que la chrysothérapie est une arme puissante dans le cas que nous envisageons. Ils ne comptent que deux échecs réels sur vingt et un essais, et ils rapportent quinze résultats excellents. Sur 14 cas de tuberculose ulcéro-caséeuse commune, ils ont eu huit résultats satisfaisants ; les autres observations ont trait à la tuberculose ulcéro-fibreuse évolutive et fibreuse inévolutive, moins dangereuses que la précédente. Avec les sels d'or, si l'amélioration se manifeste pendant la grossesse, ils ont obtenu l'arrêt de la poussée aiguë, des suites obstétricales normales, la disparition des bacilles de Koch, la régression des signes physiques et radiologiques. Ce traitement qui doit être appliqué aussi précocement que possible, doit être repris après l'accouchement aux doses prudentes et progressives de 0,05, 0,10, 0,25 suivant la tolérance des malades.

Le recours au pneumothorax artificiel ne constitue plus, au cours de la grossesse, ni une nouveauté thérapeutique ni une matière à discussion. Il est classique de considérer avec Dumarest et Brette, Léon Kindberg, que la grossesse constitue une indication impérative de pneumo toutes les fois où l'atteinte pulmonaire unilatérale débute ou se manifeste dans les premiers mois de la gestation.

Les thèses de Decaulne, Andler, Ghinsberg, Péraire, apportent des faits précis, il est vrai avec des résultats assez divers ; mais nous ne voulons que rappeler la possibilité même du pneumo-unilatéral, bilatéral ou bilatéralisé pendant la gestation, ainsi que les thérapeutiques chirurgicales complémentaires : section des brides, oléothorax, phrénicectomie, jusqu'à la thoracoplastie. La possibilité de mettre en jeu toutes ces méthodes thérapeutiques restreignent de plus en plus les indications de l'avortement provoqué, qui ne peut plus guère être défendu que dans certaines circonstances : gestation nouvelle mal tolérée, qui succède à une grossesse au cours de laquelle l'état pulmonaire s'est nettement aggravé, extension des lésions avec fièvre, altération de l'état général, qui éveillent l'idée d'un danger imminent que toute autre mesure semble impuissante à conjurer, poussée aiguë dans le



Roger Dacosta. Edit.

BIBLIOGRAPHIE

Le remaniement nosologique de la dilatation des bronches par l'application systématique du lipiodo-diagnostic, par POUMEAU-DELILLE. Préface du Professeur SERGENT. Un volume de 132 pages avec 27 figures en hors texte, 24 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La méthode d'exploration par le lipiodol, inaugurée par Sicard et Forestier, a été appliquée systématiquement aux affections de l'appareil respiratoire par le Professeur Sergent et ses collaborateurs au cours de ces dix dernières années.

L'opacification artificielle de l'arborisation bronchique par le lipiodo en dessinant les déformations des bronches, en mettant en évidence des bronchiectasies invisibles par l'exploration radiologique simple, et, parfois même, indécelables par la clinique, ont conduit les cliniciens à concevoir la nécessité de réviser les données courantes.

Après dix ans bientôt de recherches il est possible de tirer les commentaires et les conclusions qui se dégagent des documents cliniques et radiologiques qui ont été réunis.

Ce travail condense ces recherches sur le chapitre particulier du remaniement de la dilatation des bronches par l'emploi systématique de l'opacification artificielle par le lipiodol.

La lèpre. (*Légende. histoire, actualité*), par le Docteur Etienne BURNET. Un volume in-18 jésus. Illustré. Prix : 12 francs. Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Etienne Burnet connaît l'art, non pas de romancer, la réalité étant ici plus pathétique qu'un roman, mais de vivifier tout ce qu'il touche. Son histoire de la lèpre dans l'Antiquité, au Moyen-Age, au temps de la Renaissance et dans les temps modernes, retiendra quantité de lecteurs que sollicite une curiosité légitime pour le plus horrible des fléaux de l'humanité. Et puis, — c'était fatal ! — cette histoire déborde l'histoire ; voilà que, sur le fléau lui-même, sur le diagnostic et le traitement de la maladie, sur la psychologie, notamment la psychologie sentimentale et même érotique des lépreux, sur les léproseries des Indes, du Japon, des Philippines, des îles Hawaï, etc. sur la question de la lèpre à la Société des Nations, sur le rôle de la France, grande puissance coloniale, dans la lutte contre le mal, l'auteur, avec son expérience exceptionnelle et sa lucidité coutumière nous livre des renseignements, tous de première main, qui, littéralement, stupéfient.

Manuel de dessin dentaire à l'usage des candidats à l'examen de validation du stage, par les Docteurs A. BOULAND et L. LEBOURG. Troisième édition revue et corrigée. Un volume de 104 pages avec 67 figures, 16 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le but de ce petit livre dont la troisième édition très modifiée vient de paraître, est de permettre à l'étudiant stagiaire de se familiariser avec le dessin anatomique dentaire, le modelage et le moulage qu'on exige de mémoire pour l'examen. C'est en outre un véritable recueil de planches d'anatomie dentaire que le praticien pourra consulter avec intérêt au cours de sa vie professionnelle. En effet à la lecture de ce manuel on se rendra vite compte que les auteurs ont voulu se dégager du seul point de vue de l'examen pour faire œuvre à la fois didactique et pratique. Ils montrent tout l'intérêt du dessin qui possède une réelle valeur dans la formation professionnelle du dentiste et à l'occasion du dessin ils donnent une description graphique des dents qui est facilement et rapidement compréhensible.

En quelques planches dessinées au trait toute l'anatomie dentaire normale se trouve ainsi passée en revue d'une manière particulièrement précise.

Épreuves biologiques dans les ictères, *Applications au diagnostic et au pronostic*, par François THIÉBAUT. Préface du Professeur Noël FIESSINGER. Un volume de 192 pages avec 17 figures, 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre traite du sujet le plus difficile de l'exploration hépatique, celui des ictères : sujet difficile parce que dans les ictères, le trouble apporté à la traversée biliaire soit par rétention, soit par effraction, rend illusoire toute exploration des fonctions d'élimination et en particulier de la fonction chromagogue si facile, si simple à réaliser.

L'idée dominante de l'auteur a été de rechercher la correspondance clinique et anatomique des troubles décelés au cours des ictères. Pour cela il a successivement analysé les troubles de la sécrétion externe du foie (fonctions biliaire et chromagogue) et les troubles de la sécrétion interne (métabolismes hydrocarboné, hydrique et azoté). Chacun de ces chapitres commence par un rappel physiologique de la fonction explorée ; il continue par l'exposé des techniques employées et des résultats obtenus : il se termine par une étude critique où les troubles fonctionnels sont jugés en tenant compte de l'évolution clinique et des lésions anatomiques. Après une courte revue sur l'insuffisance hépatique envisagée dans les ictères en particulier, et dans les maladies de foie en général, vient un essai de la pathogénie des ictères.

Une série d'observations cliniques, biologiques et anatomiques complètent ce travail.



poumon réputé sain chez une porteuse de pneumo, et collapsothérapie bilatérale impossible. Dans ces éventualités et celles que la clinique varie, l'idée de recourir à l'avortement provoqué peut être émise. Mais, limitée à ces seuls cas, l'interruption de la grossesse n'aboutit pas qu'à d'heureux résultats. Pour en poser l'indication, l'entente obstétrico-phtisiologique doit être absolue, et ne comporter aucun sacrifice de conscience.

BIBLIOGRAPHIE

Professeur Léon BERNARD, Ch. MAYER et SAKELLAROPOULOS. — La chrysothérapie préventive chez les tuberculeuses enceintes, *Presse médicale*, 7 octobre 1931.

Docteur BERGERON. — *Bulletin* de la Soc. des médecins des dispensaires antituberculeux de l'O. P. H. S., 1er juillet 1931.

Docteur P. ASTRUC. — Même *Bulletin*, 1er octobre 1931.

Docteur LAFOSSE. — Même *Bulletin*, 1er mars 1932.

Docteur SMOLISANSKI. — Même *Bulletin*, 1er mars 1932.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

La phagomanie, comparable à la potomanie, est une affection fréquente que l'on retrouve à l'origine du plus grand nombre des cas d'obésité, se manifestant tantôt avec des caractères excessifs qui en font véritablement un trouble mental, tantôt au contraire avec une bénignité apparente qui ne la fait pas considérer autrement qu'une variété de gourmandise. Les petits états de phagomanie sont les plus fréquents et très répandus dans le monde ; les grands états de phagomanie ne sont pas rares.

J'ai fréquemment l'occasion de voir des dames qui viennent se plaindre d'engraisser et qui refusent d'avouer la cause réelle de leur engraissement qui est l'excès de nourriture ; elles trouvent toujours des termes pour déguiser l'abondance de l'alimentation, des raisons pour la justifier.

Toutes les causes de la phagomanie sont psychiques, aucune n'est matérielle ou organique.

Les uns sont poussés par le désir d'acquérir des forces, prétendant ressentir un état de faiblesse insupportable lorsqu'ils ne se suralimentent pas ; les autres sont des pithiatiques qui mettent une véritable gloriole à manger plus que les autres ; ce sont certaines femmes qui sentant la vieillesse venir, s'imaginent avoir trouvé dans l'engraissement un remède aux rides.

Quelles que soient les raisons qui ont imposé le désir de la suralimentation, celle-ci devient à partir d'un certain moment une idée fixe qui dirige l'individu, et autour de laquelle se groupent tous les actes de l'existence ; elle commande à l'individu, elle règne en maître dans son psychisme, elle s'y installe à la place des instincts naturels : c'est alors que l'on peut vraiment parler d'un état de folie.

La phagomanie s'acquiert à tous les âges, débute très souvent à la fin de la vie sexuelle active, à l'époque de la ménopause, commence parfois dès le jeune âge, l'enfant, dans les familles de gros mangeurs, prenant à la table familiale l'habitude de la suralimentation.

Le traitement doit être cherché dans la rééducation psychique de l'individu, rééducation qui est très difficile à faire. C'est en isolant les sujets du milieu où ils vivent, en les mettant sous une surveillance médicale constante dans un établissement spécial, qu'on arrivera à transformer et redresser leur psychisme.

Il conviendrait de faire entrer l'éducation alimentaire dans l'instruction générale des enfants.

(*Leçon clinique du Professeur M. Labbé. La phagomanie. Paris médical*, 2 juillet 1932.)

En présence d'une syncope, l'idée de la possibilité d'une **hémorragie du tube digestif**, ne se présente pas toujours immédiatement à l'esprit. On a plutôt tendance à en rechercher la cause dans une lésion ou un mauvais fonctionnement de l'appareil cardio-vasculaire ou du système nerveux. C'est pourquoi il a paru intéressant aux deux auteurs de rapporter l'histoire de trois malades atteints d'ulcères gastro-duodénaux latents et méconnus, qui se mirent à saigner au cours d'une poussée évolutive ; l'hémorragie fut assez importante pour déterminer une syncope.

Dans deux cas l'hémorragie n'apparut que tardivement. La syncope se présentait ainsi comme un symptôme dont l'étiologie échappait.

(Costedoat et Aujaleu. La syncope révélatrice de l'ulcère gastro-duodénal. *La science médicale pratique*, 15 juin 1932.)

L'accès fébrile « intermittent » n'est pas l'apanage exclusif de l'infection malarique et s'observe dans bien d'autres affections. « Tout individu qui a séjourné dans les colonies et qui présente plus ou moins longtemps après, un accès intermittent, avec ses trois stades classiques de « frisson, chaleur et sueurs », considère cet accès comme un « accès paludéen », et prend de la quinine, et si celle-ci demeure inefficace, il conclut que son paludisme est « quino-résistant ». Parmi les syndromes infectieux que l'on confond fréquemment avec le paludisme et qui ne sont que des cas de « pseudo-paludisme fébrile », il y a lieu de citer :

1° L'*infection uro-septique*. Chez les gens qui ont séjourné en pays exotique ou en région malarigène, elle est fréquemment prise pour du paludisme. Rien ne ressemble plus à un grand accès paludéen qu'un franc accès urineux : brusquerie du début, intensité du frisson, abondance des sueurs, élévation de l'acmé thermique, etc., sont de même grandeur.

Combien de coloniaux autour de la cinquantaine accusent des « accès palustres », qui sont, en réalité des accès urineux par infection d'origine prostatique, ou par suite d'un cathétérisme inopportun ou traumatisant ?

2° L'*infection bilio-septique* est une cause fréquente de confusion avec le paludisme intermittent. Si, frissons, chaleur, sueurs, température fébrile, sont moins accentués dans l'accès bilieux que dans l'accès paludéen et que dans l'accès urineux, ils sont assez nets pourtant, pour donner le change au malade comme au médecin. L'hépatite suppurée d'origine amibienne est assez fréquemment confondue avec le paludisme, cependant pas d'hématozoaire, ni de mononucléose sanguine, pas de régularité dans les accès fébriles. Dans cette question du pseudo-paludisme, les infections des voies biliaires : angiocholites, angiocholécystites, péricholécystites, cholécystites, calculeuses ou non, occupent une place plus importante que l'hépatite suppurée, parce que plus fréquentes.

3° Les *affections du tube digestif* tiennent, dans le chapitre du pseudo-paludisme, une place aussi grande que les infections bilio-septiques. La plus grande place est tenue par l'*amibiase intestinale*.

4° La *tuberculose*, surtout la tuberculose pulmonaire à son début, quand les signes d'auscultation ne se révèlent pas avec netteté, peut parfois être prise pour du paludisme.

5° L'*endocardite aiguë maligne*, dans sa forme latente, mais plus encore sa forme pyohémique, reproduit parfois la symptomatologie de l'accès intermittent ou subintrant du paludisme : grands accès hectiques, avec frissons intenses et sueurs profuses.

6° La *méningite cérébro-spinale à méningocoques*. Il s'agit le plus souvent de méningococcémie avec accès fébriles intermittents, soit subintrants ou rapprochés, soit au contraire espacés.

7° Le *typhus récurrent*. L'erreur jusqu'à ces dernières années a été bien souvent commise.

La confusion a été faite avec les maladies les plus diverses : accès fébriles des septicémies, des pyohémies à staphylocoques, à streptocoques, à pneumocoques — affections annexielles de la femme, gonococcémie, « fièvre éphémère » ou « grippale » abcès profonds (sous-phréniques, etc.).

La fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la mélitococcie peuvent être également confondus avec le paludisme.

(J. Rieux. Pseudo-paludisme infectieux. *Les Sciences médicales*, 15 juin 1932.)

Syphilis

Le Bordet-Wassermann, est considéré aujourd'hui, écrit le Docteur Schiyers, de Liége, « comme un vieux serviteur que l'on doit pensionner, sans lui faire de reproches au sujet des services qu'il n'est plus en état de rendre, il faut s'en passer... Quand les médecins ont introduit la séro-réaction de Bordet-Wassermann dans leur pratique, ils l'ont fait de bonne foi, dans l'intérêt de leurs malades parce que les savants avaient d'excellentes raisons de la croire très utile, même indispensable.

Aujourd'hui il appert que cette recherche cause plus d'embarras qu'elle ne rend de services, et qu'on fait bien de s'en

passer ; les mêmes praticiens peuvent donc, en toute conscience, et doivent, dans l'intérêt de leurs malades, abandonner une méthode périmée. Beaucoup le font déjà, les autres suivront. »

(Docteur Henri Schivers (Liége). L'évolution des idées au sujet de la valeur de la réaction du sang des syphilitiques. *La Clinique A*, juillet 1932.)

Thérapeutique

Le bore a été proposé dans le traitement de la maladie de Basedow par MM. Loeper et J. Olivier en 1925. Un travail récent (*Presse Med.*, 26 mai 1932) du Professeur W. Orlovski donne à cette question un regain d'actualité.

Les conclusions d'Orlovski, pour encourageantes qu'elles soient, sont à notre sens trop restrictives. La plupart des cas étudiés par lui sont à peine indiqués, surtout ils ne nous semblent pas avoir été suivis pendant un assez long temps.

Or, c'est là ce qui importe : la continuité de l'administration du bore. Si l'on applique le traitement boré avec ténacité et pendant plusieurs mois, non seulement on observe des modifications des signes subjectifs, ce qui serait déjà quelque chose, mais aussi des signes objectifs, ce qui est mieux, et même des signes ou des tests chimiques de la maladie : protéinémie et métabolisme, ce qui serait encore plus intéressant.

Comment faut-il administrer le bore ?

Il doit être très pur et par conséquent entièrement dépouillé du plomb que sa préparation a pu entraîner.

Sa saveur est assez désagréable et il peut provoquer quelques troubles gastriques, des nausées, de la diarrhée, parfois mais exceptionnellement des érythèmes et du prurit.

Mais ces inconvénients sont minimes quand on l'administre avec les aliments, et son action sur le système nerveux et sur les organes éloignés de l'appareil digestif reste identique.

Il est peu soluble dans l'eau, à 1/20 seulement, mais sa solubilité s'accroît par addition de glycérine.

On peut donc formuler :

Borate de soude	10 grammes
Glycérine	10 grammes
Eau	200 grammes

Une cuiller à soupe deux et trois fois par jour.

La glycérine étant acide, l'introduction de bicarbonate de soude est interdite pour éviter la production de gaz dans la potion.

L'adjonction du citrate de soude par contre est très recommandable et nous avons remarqué qu'elle permettait des solutions plus concentrées et plus stables.

Elle réalise un *citrate boricosodique* assez comparable au tartrate boricopotassique, moins irritant pour l'estomac parce qu'il est citrate et sodique et non tartrique et potassique.

Voici la formule de cette potion :

Citrate de soude }	
Borate de soude }	àà 10 grammes
Eau	200 grammes

par cuiller à soupe.

On peut également dissoudre les deux sels dans un litre d'eau et prescrire matin et soir un verre à bordeaux de cette solution.

Quand la solution est mal supportée on peut aux mêmes doses l'introduire par voie rectale avec une petite seringue de 25 à 30 c. c. et nous avons connu des malades qui prenaient pendant des mois deux lavements par jour et cela sans aucune irritation rectale.

Nous avons tenté d'introduire le borate de soude dans les veines mais ces injections, du fait de la dilution étendue, sont d'un volume assez élevé ; elles peuvent au surplus produire un choc particulièrement regrettable chez les thyroïdiens.

Au point de vue de leur action physiologique les composés borés et le borate de soude sont légèrement hypotenseurs et diurétiques. Ils accroissent légèrement le coefficient azoturique, ils élèvent après une dizaine de jours le poids des animaux, ils abaissent légèrement la glycémie et la cholestérinémie chez l'animal sain et plus fortement chez le diabétique.

L'action du bore dans la maladie de Basedow est difficile à préciser.

Quoi qu'il en soit :

1° Le bore paraît un médicament du corps thyroïde.

2° Il est, sous les espèces du borate de soude et aussi d'autres composés organiques plus riches en bore, recommandable dans la maladie de Basedow.

3° Il peut atténuer les phénomènes subjectifs : agitation, nervosisme, insomnie, mais aussi les phénomènes objectifs : tachycardie, tremblement, hypertrophie thyroïdienne et même, à la longue, l'exophtalmie.

4° Il peut même, ainsi que nous l'avons dit plus haut, modifier les deux tests chimiques de la maladie thyroïdienne, c'est-à-dire l'équilibre protéique et le métabolisme basal.

Il peut donc à la fois prétendre à améliorer la maladie et à préparer une intervention.

5° On peut affirmer qu'il agit sur le système nerveux mais on ne peut encore soutenir qu'il se fixe électivement sur la thyroïde ni qu'il en modifie les réactions pathologiques.

(M. Loeper, P. Soulié et E. Bioy. Le bore dans la maladie de Basedow. *La Presse Médicale*, 29 juin 1932.)

Chirurgie infantile

L'intervention dans les foyers juxta-articulaires de la hanche « si séduisante qu'elle soit en théorie ne donne pas en pratique de bons résultats. Elle n'empêche pas, faite dans les meilleures conditions et par les mains les plus autorisées, l'envahissement secondaire de l'article. Personnellement, nous ne connaissons pas de cas opérés, qui n'aient tôt ou tard évolué vers la coxalgie ; bien plus, il nous a paru même que dans quelques cas l'opération a hâté ou aggravé cet envahissement, et il nous est possible d'opposer à des observations de coxalgies graves ayant suivi ces interventions, d'autres observations de coxalgies plus bénignes, avec guérison plus simple, voire même reprise de la mobilité, ayant évolué plus ou moins longtemps après une ostéite du col fémoral ou du sourcil cotyloïdien traitée sans opération.

Comme tous ceux de nos collègues qui s'intéressent à la chirurgie osseuse, nous pensons qu'il faut autant que possible opérer loin du foyer tuberculeux, que si par nécessité il faut passer à travers lui (résection du genou, de l'épaule) il faut opérer tard, en milieu « éteint ».

La coxalgie, avec une fréquence qui peut être érigée en loi, est l'aboutissement régulier de la lésion juxta-articulaire de la hanche. »

(A. Richard et P. Gasne. Ostéites tuberculeuses juxta-articulaires de la hanche. *Paris Médical*, 18 juin 1932.)

Varia

En présence d'une typho-bacillose, le contrôle radiographique est absolument indispensable, il doit être fait le plus tôt possible et règle générale on trouvera une lésion dans les régions hilaires et pré-hilaires, et souvent aussi en plein parenchyme pulmonaire.

La typho-bacillose ne peut plus être considérée comme une septicémie dans le sens strict qu'on lui donnait autrefois.

(A. Courcoux. Quelques considérations pratiques à propos de la typho-bacillose, *La Médecine*, mai 1932.)

***

La pelade n'est pas sans analogies avec le syndrome de Raynaud. Les deux maladies représentent, l'une quant au poil, l'autre quant aux artérioles des extrémités, des spasmes inhibiteurs, de véritables crampes qui relèvent de l'hypertonie sympathique.

(H. Jausion. Antigènes et réactions cutanées. De la spongiose à la parakératose. *La Science médicale pratique*, 1er juin 1932.)

***

Le médecin n'a plus le droit de mettre en doute l'authenticité du mécanisme de l'inhibition dans certains cas de mort subite, lorsque les conditions favorisantes et le facteur déterminant de ce processus peuvent nettement être mis en évidence chez la victime et en l'absence de toute autre cause de mort que seule une autopsie médico-légale minutieuse peut permettre d'éliminer.

(Fribourg-Blanc. Sur un cas de mort par inhibition. *La Science médicale pratique*, 1er juin 1932.)

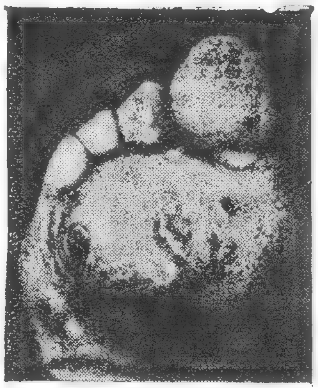
***

J'ai suivi pendant cinq ans un homme de 45 ans, très vigoureux, menant vie large, ayant bonne table.

Il avait de fréquentes poussées de furoncles un peu partout sur le corps. Les vaccins de toute provenance, les auto-vaccins furent sans résultat. La vie au grand air, la sobriété réussirent.

Un de mes camarades d'internat eut pendant près d'une année des furoncles, des adénites multiples à aspect lymphomateux.





Six mois passés au bord de la Méditerranée, au grand soleil guérirent le malade qui put alors reprendre sa vie d'hôpital.

Mais je ne condamne ni stock, ni auto-vaccins. Ils sont parfois utiles. L'hygiène l'est toujours.

(Professeur Tédenat. Accidents staphylococciques durant une suite d'années. *Le Concours Médical*, 10 juillet 1932.)

***

Les études expérimentales récentes, en montrant le rôle important joué par le *terrain* dans la genèse de toutes les affections endocarditiques, jettent un jour nouveau sur la question et permettent d'espérer des recherches futures des données pathogéniques intéressantes. En ce qui concerne le pronostic des endocardites lentes, les notions jusqu'ici admises, demeurent entières ; aucun exemple de guérison durable de cas, avec streptocoques viridans constatés dans le sang, n'a été confirmé.

(J. Liegeois et Albot. Notions récentes sur les endocardites lentes. *Annales de médecine*, juin 1932.)

***

Certains rhumatismes chroniques blennorrhagiques ne s'améliorent que traités moins comme arthrites gonococciques que comme arthrites à germes divers. Une comparaison n'est-elle pas possible avec certaines blennorrhagies traînantes dont la chronicité relève avant tout des agents d'infection secondaire et dont le traitement doit être celui d'uréthrites polymicrobiennes ?

(Robert Sicard. Du diagnostic des rhumatismes chroniques blennorrhagiques. *Le Bulletin médical*, 28 mai 1932.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1932

Exclusion haute de l'estomac avec implantation gastro-jéjunale. — *M. Bergeret* montre les bienfaits de cette opération, en tant que premier temps d'une gastrectomie ultérieure.

Torsion de la trompe coïncidant avec une appendicite aiguë. — *M. Ricard. M. Mondor*, rapporteur. La trompe tordue était saine, et la torsion semble bien avoir été une complication de l'appendicite aiguë.

Ablation d'un éclat d'obus intrapulmonaire par voie juxta-vertébrale. — *M. Proust* rapporte cette observation de *M. Maurer*. L'opération fut faite en deux temps. Le premier consista à sectionner les apophyses transverses, puis à pratiquer le décollement de la plèvre médiastinale. Le deuxième temps fut l'extraction sous le contrôle de l'écran.

Apicolyse. — *M. Maurer*, relate *M. Proust*, est parvenu quatre fois à réaliser l'apicolyse après ablation totale de la première côte par voie juxta-vertébrale.

Fibro-lipome para-néphrétique. — *M. Chevassu* rapporte deux observations dues à *MM. Didier* (de Paris) *et Leibovici*. La première observation concerne une femme de 44 ans, chez qui M. Didier enleva avec le rein gauche une tumeur pesant 3 kgr. 750.

Une récidive fut extirpée deux ans après ; enfin la malade mourut d'une affection pulmonaire mal déterminée trois ans et huit mois après la première intervention.

La deuxième observation a trait à une malade de 59 ans, à qui M. Leibovici enleva avec le rein gauche une volumineuse tumeur qui pesait 10 kgr. Pas de récidive deux ans après l'opération.

Bec-de-lièvre bilatéral total. — *MM. Veau et Plessier* donnent les résultats de leur technique. Celle-ci consiste, contrairement à la méthode classique, à ne pas toucher chirurgicalement au tubercule médian.

Volvulus du côlon sigmoïde. — *M. Lecercle* (de Damas) communique à la Société quatre nouvelles observations. Il considère que la résection est le traitement de choix, avec suture idéale ou établissement d'un anus *in situ*, dans tous les cas très précocement.

Sténose par rupture traumatique du canal hépatique. *M. Papin* (de Bordeaux). — Une anastomose hépato-duodénale permit le rétablissement du cours de la bile, mais le malade mourut d'hémorragies une huitaine de jours après l'opération.

Prolapsus de la trompe dans le vagin après hystérectomie par voie basse. — *M. Caraven* (d'Amiens) enleva la trompe par voie abdominale.

Cardiospasme traité par cardio œsophagotomie extra-muqueuse par voie abdominale. — *MM. Charbonnel et Massé* (de Bordeaux).

Séance du 13 juillet 1932

Troubles mentaux post-opératoires. — *M. Proust* analyse une observation de *M. Chureau* (de Châtillon-sur-Seine) concernant un cas intéressant de troubles mentaux survenus consécutivement à une gastro-pylorectomie.

Kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. — *M. Brocq* rapporte cinq observations de *MM. Sabadini, Bressot et Sicard*. Le rapporteur insiste sur la relative fréquence du diagnostic exact. Il lui semble qu'à l'heure actuelle les indications opératoires se précisent : si le diagnostic est fait, il vaut mieux ouvrir le kyste. Si le diagnostic est douteux, la cholédocotomie semble indiquée.

M. Moulonguet apporte une nouvelle observation où le drainage du kyste n'a pas amené la guérison.

Infarctus de l'intestin. — *M. Mondor* rapporte un travail de *MM. Schultz et Fontaine*. Ces auteurs préconisent l'extériorisation pure et simple des anses atteintes. Sur un malade, les anses grêles extériorisées ont réintégré spontanément l'abdomen et le malade a parfaitement guéri.

M. Grégoire relate à la Société un cas analogue.

M. Desplas a fait une fois une extériorisation puis les accidents ont repris et ont entraîné la mort.

M. Labey rapporte une observation qui illustre la rapidité des lésions.

M. Duval demande sur quels symptômes les auteurs se basent pour affirmer la réalité de l'infarctus.

Traitement du cancer du col utérin. — *M. Leveuf* rappelle ses recherches sur l'envahissement lymphatique, 34 cas ont été examinés et 16 malades avaient un envahissement ganglionnaire. Huit fois il s'agissait d'une forme mucicarminophile, tandis qu'un seul cas présentait cette propriété, parmi les cas sans métastases ganglionnaires.

Interventions pour arthrite sèche de la hanche. — *M. Sorrel* a opéré deux cas. Il a modelé la tête fémorale et a amélioré ses malades. Dans deux autres cas, il a ajouté un greffon qui réalisait une arthrodèse mixte. Dans un cas, l'ankylose fut obtenue. L'auteur a aussi utilisé l'opération de Whitmann et a obtenu deux fois un excellent résultat.

M. Mathieu a fait huit fois une arthrodèse, et huit fois une résection arthroplastique et il est très difficile de conclure actuellement quelle intervention est la meilleure.

G. Menegaux.

« On ne sait pas très exactement qui a découvert le microscope. Fait singulier : cet instrument est d'une utilité scientifique immense, employé partout, de date relativement récente, et nous sommes encore ignorants de son origine exacte et des conditions de son invention. Il semble que nous devons cette découverte à un ouvrier opticien, technicien pur et non savant, du nom de Zacharias Jansen, Hollandais qui exerçait sa profession à Middelbourg, petite ville de l'île de Walcherren, dans la Zélande. A la fin du XVIe siècle, vers l'année 1590, Zacharias Jansen, aidé de son fils Hans, a eu l'idée de rassembler deux lentilles et il s'est aperçu qu'il obtenait ainsi une image extrêmement grossie des objets qu'il examinait. Ainsi aurait été réalisé le premier microscope. Il était du reste fort différent du microscope que nous connaissons aujourd'hui. Cet instrument avait quelque chose comme deux mètres de long. »

(Professeur Policard. La merveilleuse histoire du microscope. *Revue de l'Université de Lyon*, juin 1932.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La torsion des trompes utérines.

J. Regad vient de consacrer une thèse importante (*Th. de Lyon*, 1932, 454 p.) à ce sujet. Voici les conclusions de l'auteur :

La torsion des trompes, beaucoup plus fréquente que les anciens auteurs ne l'avaient cru, est une affection qui doit rentrer dans le cadre de la nosographie générale au même titre que le volvulus du grêle par exemple et en tant qu'entité morbide nettement définie. La torsion porte aussi bien sur les trompes saines que sur les trompes malades antérieurement. Par trompes saines l'auteur entend celles qui n'ont donné lieu à aucune manifestation clinique et qui ne présentent microscopiquement pas d'autres lésions qu'une infiltration sanguine ; par trompes malades celles qui sont atteintes de lésions connues sous les noms suivants : hydrosalpinx, pyosalpinx, abcès froid tubaire, trompe gravide et trompe néoplasique, toutes susceptibles de se tordre. La torsion se produit aussi bien dans le jeune âge et chez les vierges que chez les multipares et les femmes plus âgées. Sur les 201 observations réunies par J. Regad, on note une fréquence de :

20 % avant la puberté ;
80 % pendant l'activité génitale.

Sur ces 80 %, les cas se répartissent dans la proportion de :

33 % chez les vierges ,
25 % chez les nullipares ;
24 % chez les multipares.

Suivant l'âge, la répartiton est la suivante :

5 % chez le nourrisson et l'enfant ;
16 % de 10 à 13 ans ;
44 % de 13 à 22 ans ;
25 % de 22 à 35 ans ;
10 % de 35 à 49 ans.

Les torsions sont très souvent associées à des lésions utérines ou annexielles, la principale de ces dernières étant le kyste de l'ovaire ; on les trouve aussi dans les orifices herniaires. A leur origine, on a invoqué tour à tour les troubles du péristaltisme tubaire, la congestion des règles, l'action des violences extérieures et du sport, la grossesse et l'involution utérine

La pathogénie en reste encore douteuse. Elle est différente suivant que les trompes sont saines ou non. Pour les trompes saines, diverses théories ont été émises : la théorie hémodynamique de Payr, la théorie anatomique d'Auvray, entre autres. J. Regad pense qu'il faut faire jouer un rôle important au péristaltisme tubaire dont les troubles se manifestent spécialement chez les spasmophiles et après intoxication par l'apiol, circonstances où l'on a observé des accidents qui sont publiés par l'auteur. Dans les torsions de trompes malades, les théories mécaniques dont la principale est celle de Cathelin suffisent à expliquer le phénomène.

Cliniquement les torsions tubaires affectent de nombreuses formes : une forme aiguë, une forme subaiguë, une forme chronique, comprenant des formes graves récidivantes, frustes, enfin des formes dues à l'exagération d'un symptôme : hémorragiques, douloureuses, tumorales, etc... Il existe en outre des formes associées : à une lésion utérine, à une lésion ovarienne, à des tumeurs du parovaire, à des lésions salpingiennes, à la grossesse utérine normale ou extra-utérine, à la hernie inguinale des annexes.

La symptomatologie, quelle que soit la forme anatomo-pathologique, est essentiellement dominée par un syndrome, le syndrome de torsion tubaire dont les éléments sont les suivants :

a) Crises douloureuses pelviennes avec agitation et angoisse apparaissant au voisinage des règles.

b) Pouls rapide coexistant avec une température normale.

c) Masse latéro-utérine de consistance irrégulière, mobile et extrêmement douloureuse au toucher.

d) Absence des signes pathognomoniques de la grossesse tubaire.

On peut isoler cliniquement des complications : infectieuses (suppuration), hémorragiques (hématocèle rétro-utérine) et mécaniques (amputation spontanée des annexes), ces dernières aboutissant parfois à une greffe ovarienne secondaire. Le diagnostic différentiel se fera surtout avec l'appendicite, les torsions des kystes de l'ovaire ; accessoirement avec la salpingite banale et les différentes coliques, néphrétiques surtout.

Le diagnostic positif a été fait dans certains cas. Regad a relevé sept cas où il le fut formellement et croit qu'on peut le faire plus souvent, lorsqu'on connaît le syndrome tubaire (dont les éléments se retrouvent dans presque toutes les observations) et en y pensant chaque fois que les affections d'allure clinique similaire se présentent sous une forme un peu atypique.

Le traitement ne peut être que chirurgical. Quand les annexes du côté opposé présentent des lésions qui nuisent à leur fonction, il doit être le plus conservateur possible, allant malgré cela, de la castration dans les cas graves à la fixation tubaire, dans les cas où les lésions sont minimes, en passant par la salpingectomie simple, la salpingostomie, la réimplantation utérine de la trompe. Quand les annexes opposées sont reconnues saines, l'ablation pure et simple des lésions peut être effectuée en y associant dans certains cas la fixation des annexes restantes pour éviter les récidives.

L'hypersensibilité aux aliments acides dans certains cas d'asthme

La méthode des cuti-réactions et l'observation clinique semblent concorder pour délimiter un type spécial d'asthmatiques, particulièrement sensibles aux aliments acides, et surtout aux fruits acidulés. Parfois ceux-ci doivent avoir été absorbés plusieurs jours consécutifs pour que l'intolérance se manifeste. Presque toujours coïncident des symptômes d'irritation des muqueuses et de la peau, en particulier aphtes et ulcérations commissurales (moitié des cas). Ce type d'asthme se rencontre 4 ou 5 fois plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte, peut-être parce que la croissance osseuse empêche l'enfant de mobiliser aussi bien que l'adulte ses réserves calciques pour neutraliser les acides mal métabolisés et maintenir le niveau normal du pH humoral. Ainsi s'expliquerait la fréquence de la guérison spontanée de l'asthme infantile à la fin de la croissance.

Ce type d'asthme n'est peut-être pas en contradiction avec les recherches anglaises, qui montrent que la contractilité des muscles bronchiques s'accroît en milieu alcalin, car il est possible que les acides soient neutralisés et éliminés par les muqueuses sous forme de sel alcalino terreux, comme ils peuvent l'être par les urines.

(A. Schlemmer. *Congrès intern. de l'asthme*, juin 1932.)

Traitement du prurigo-strophulus par les injections intra-dermiques de peptone de Witte

Les auteurs estiment que les injections de peptone chez l'adulte atteint d'urticaire sont souvent plus nuisibles qu'utiles. Il n'en est pas de même chez l'enfant qui souffre de prurigo-strophulus. Ce mode de traitement, conjugué avec un régime alimentaire convenablement choisi, donne de bons réultats et, en particulier, abrège la durée des crises prurigineuses.

(MM. René Mathieu, Gaston Lévy et Lautmann. *S. de pédiatrie*, 19 avril 1932.)

L'extrait thyroïdien dans les néphroses lipoïdiques de l'enfance

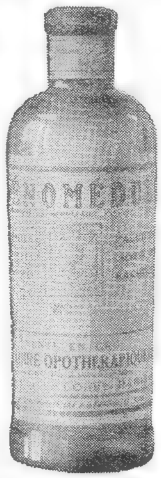
Les auteurs rapportent l'observation d'une enfant de 5 ans atteinte de néphrose lipoïdique typique, avec anasarque, hypercholestérinémie, hypoprotéinémie et inversion du rapport sérine-globuline qui fut très améliorée par l'extrait thyroïdien à la dose de 0 gr. 20 par jour. Les auteurs insistent sur la nécessité de ces fortes doses pour amener la disparition des œdèmes, et sur leur remarquable tolérance. Ces faits paraissent confirmer l'importance du facteur intra-rénal dans la pathogénie de certains œdèmes, et le rôle du corps thyroïde dans le métabolisme des albumines.

(M. Mouriquand, Mlle Shoen, MM. Naussac et Bouchon. *S.M. des hôp. de Lyon*, 26 avril 1932.)

La saignée-choc dans l'asthme

L'auteur pense que les émissions sanguines modérées, soit par scarification cutanée, soit par ponction veineuse, donnent ordinairement, dans la crise d'asthme, des résultats nuls ou des plus médiocres. Il ne semble pas en être de même des grandes phlébotomies, comme le montre le cas suivant : asthmatique ancien, âgé de 50 ans, légèrement emphysémateux, ne présentant aucun trouble cardio-vasculaire ni rénal. Au cours d'une crise extrêmement sévère menaçant à brève échéance la vie du malade, une saignée copieuse et rapide provoqua des manifestations lipothymiques brutales et impressionnantes, après lesquelles la dyspnée ne se reproduisit pas. Dans ce cas, la saignée semble avoir agi comme une véritable médication de choc, conditionnée sans doute, en grande partie par la rapidité et l'abondance de la soustraction sanguine.

(M. Perpère. *Congrès intern. de l'asthme*, juin 1932.)



CHRONIQUE

Aspect radiologique de la selle turcique et menstruation. — RAGUZ, HARO et VILLAVERDE (1) se sont proposé la vérification des chiffres de PLASS sur les rapports de la menstruation avec les dimensions de la selle turcique. Dans ce but, ils ont recueilli les observations de femmes radiographiées dans le service de MARANON et les ont résumées schématiquement en un tableau.

Le diamètre antéro-postérieur, d'après PLASS, mesurait de 8 à 12 mm. chez 84 femmes sur 90 examinées ; la majorité des cas de RAGUZ, HARO et VILLAVERDE oscillaient entre 10 et 14 mm. Des trois femmes de PLASS, inférieurs à 8 mm. et non menstruées, deux étaient âgées de plus de 14 ans, la troisième de 11, leur aspect était infantile. Par contre, les cas des auteurs, au-dessous de 10 mm., avaient été réglées non tardivement (deux à 11 ans, la troisième à 13) et avaient 13, 15 et 19 ans lors de leur mensuration. Les trois cas de PLASS, supérieurs à 13 mm. étaient normalement réglées et la taille de deux d'entre elles était plus élevée que dans la généralité. Dans les mesures élevées du travail des auteurs se rencontrent des femmes de toutes tailles.

PLASS note, en rapprochant l'âge de la puberté et les dimensions de la selle, l'existence d'un retard chez les femmes à petite selle de même que chez celles où elle est grande. Les recherches des auteurs ne confirment rien d'autre que ce qui a trait aux grandes dimensions, celles à petite selle étant, au contraire, précoces, y compris un cas de légère achondroplasie (de 13 mm. de diamètre horizontal) réglée à 7 ans : les cas de puberté précoce comportant de petits diamètres et ceux de puberté tardive des diamètres plus grands.

Sur vingt et une jeunes filles non réglées vues par PLASS, la selle de six d'entre elles âgées de plus de 14 ans, mesurait 6 mm. chez deux, 9 mm. chez une, 10 mm. chez trois et, excepté un cas normal, chez les autres il existait du retard dans les caractéristiques sexuelles et une certaine propension intersexuelle. Dans les cas des auteurs, chez dix, la menstruation faisait défaut, quatre d'elles avaient dépassé 14 ans : une acromégalique de 18 ans avait un diamètre horizontal de 19 mm. ; une infantile avait un diamètre de 10 mm., une obèse hypophysaire avait un diamètre de 12 mm. et une encéphalitique à réaction acromégalique avait un diamètre de 11 mm. ; c'est, donc, dire que, dans ce groupe, la selle est très vaste, preuve de la relation étroite entre la sexualité et l'hypophyse.

Il existait, dans les séries de PLASS, treize métrorragies ou ménorrhagiques dont une seule avec selle de moins de 10 mm. ; mais, dans ce cas, l'histoire était plutôt celle d'une aménorrhéïque. Les auteurs n'ont pas eu de cas semblable.

Les cinq aménorrhées secondaires de PLASS avaient une selle petite, une seule dépassait 10 mm. Les onze cas des auteurs avaient de grandes selles dépassant 11 et 13 mm., exceptée une enfant de 15 ans dont la selle turcique mesurait 9 mm. et qui avait de l'insuffisance thyro-ovarienne.

Au total, les conclusions de PLASS, que les auteurs font leurs, sont que les résultats sont suggestifs mais non concluants.

(1) R. RAGUZ, F. HARO et VILLAVERDE. — Menstruacion y tamano de la silla turca. (Menstruation et dimension de la selle turcique.) *Anales de Medicina interna*, T. III, n° 1, page 261, Madrid, mars 1932.

Dimensions normales de la selle turcique : depuis les travaux d'OPPENHEIM, la mensuration radiographique de la selle a acquis une parfaite précision. Et cependant les classiques

ne précisent ni les chiffres, ni les limites normales, variables selon eux de 6 mm. à 16,20 pour le diamètre longitudinal.

LE COULM a suivi le développement de la selle de la naissance à l'âge adulte. Celle du nouveau-né affecte la forme d'une cupule longue de 8 mm. et profonde de 3 à 4, dépourvue des clinoïdes postérieures dont l'apparition a lieu vers deux ans et dont la forme est définitive à 4 ans. Les dimensions restent stationnaires de 4 à 11 ans et, de là jusqu'à l'âge adulte, elles croissent de 0,5 mm. par an.

CUSHING assigne au diamètre longitudinal 15 mm. maximum et 10 en moyenne et, au vertical 10 mm., CAMP donne 10,6 et 8,1 pour les deux, REYES, au Mexique, de 6 à 11 pour le diamètre longitudinal, et de 6 à 9 pour le diamètre vertical.

Les mensurations des auteurs ont été pratiquées exclusivement sur des personnes du sexe féminin suspectées d'affections hypophysaires ou de tumeurs endocriniennes. Les dimensions du diamètre horizontal sont, en moyenne, de 12,6 et l'on peut considérer comme normales les dimensions de 10 à 14 mm. bien que celles de 13 et 14 soient élevées.

Il est indispensable de suivre toujours la même technique radiographique afin d'obtenir des résultats comparables entre eux : des leurs, les auteurs concluent que, chez les femmes normalement réglées la selle turcique est normale, que chez les aménorrhéiques, la selle turcique est grande et que chez les oligoménorrhéiques, poliménorrhéiques et dysménorrhéiques, les selles étaient plutôt normales.

***

Greffe placentaire sur une déchirure cervicale (?) — Une femme de vingt-six ans vient consulter pour pertes de sang, assez importantes pour retentir sur l'état général. Elle saigne depuis dix mois, de quatorze à dix-huit jours chaque mois. Aussi a-t-elle perdu sept kilos et a-t-elle dû s'aliter depuis un mois.

Deux mois avant le début des accidents, elle est accouchée pour la quatrième fois. Les suites de couches ont été normales.

Une masse ferme, de trois centimètres sur cinq, fait saillie dans le canal cervical ; cette masse à l'aspect d'un angiome implanté sur une cicatrice de déchirure cervicale.

On lui fait une transfusion, on l'endort et on extirpe la masse qu'un pédicule avec des vaisseaux reliait à la base d'infantation. On fait un curettage et on cautérise le col.

Après quoi, la guérison est rapide.

L'examen macroscopique et microscopique montra qu'il s'agissait de tissu placentaire et JACK D. PARKER (1) qui publie cette observation l'interprète comme une greffe d'un fragment placentaire lors de la délivrance.

***

Des ulcères ronds du col utérin ont été observés à deux reprises par HINSELMANN. Il s'agissait de plaies atones après mise en place d'une pince tire-balle pour curettage (2).

***

Métabolisme de la créatine pendant la menstruation et la grossesse. — On sait que la créatine est un corps azoté, existant en quantité assez abondante dans le muscle (deux pour mille). Par déshydratation, elle se transforme en créatinine (en particulier dans le muscle et dans le foie).

Les corps créatiniques sont excrétés par le rein à l'état de créatinine (3) et, dans certaines conditions pathologiques, à l'état de créatine : par exemple, dans le jeûne (surtout le jeûne hydrocarboné), dans l'acidose, dans la fièvre, dans l'intoxication thyroïdienne, dans les maladies du foie (4).

(1) JACK D. PARKER. — Placental fragment engrafted in cervical lacération. (Greffe d'un fragment placentaire sur une déchirure cervicale). *Journ. of the amer. medic Ass.*, tome 99, 16 juillet 1932, p. 212.

(2) *Zentralbl. für Gynäk.*, T. LVI, 23 avril 1932, p. 1042.

(3) Chez la femme, 13 à 14 milligr. par kilogr. (soit 5 % de l'azote urinaire total).

(4) Maurice DÉROT. — *La créatinémie*, Marcel Vigné, éditeur, 1932.

Dans ces divers syndromes, quand il y créatinurie, la créatininurie est en même temps augmentée le plus souvent.

La créatininémie varie de 10 à 20 milligrammes. Elle augmente, comme l'urée, dans les néphrites azotémiques.

Il m'a semblé intéressant d'indiquer, ici, les variations de la créatininémie et de la créatininurie pendant la menstruation et pendant la grossesse.

Taux sanguin. A) *Menstruation.* — Wang, sur quinze femmes observées pendant la menstruation, relève dix créatininémies augmentées, une inchangée et cinq diminuées.

B) *Grossesse.* — On admet que, pendant la grossesse, la créatinine du sang est diminuée comme l'urée, comme l'azote non protéinique, comme l'acide urique.

Excrétion urinaire. A) *Menstruation.* — D'après Krause et Kramer, d'après Mac Laughlin et K. Blunt, il y aurait, pendant les règles, augmentation de la créatininurie.

B) *Grossesse.* — Pour Alamani (1) il existe, chez la femme enceinte, une créatininurie légère qui augmente pendant le travail surtout si celui-ci est long et difficile. Pour Mac Laughlin et K. Blunt, on observe une augmentation de la créatininurie pendant les derniers mois de la grossesse dans les jours qui suivent l'accouchement cette dernière hypercréatininurie serait due à l'involution utérine. Van Hoogenhuijze (*Nederl. Tijdschr. V. Geneesk*, 22 mai 1915) donne comme signe de toxémie grave le fait que la *créatinurie* soit supérieure à 20 % de la *créatininurie*. Pour Brentano (2), on observerait parfois de la créatinurie pendant la grossesse. D'après N.-J. Eastman et S.-W. Lee, les femmes qui allaitent, éliminent de la créatine par l'urine. Au contraire, très rapidement, la créatinurie de celles qui n'allaitent pas diminue rapidement. La créatinurie puerpérale ne diminue pas si on administre de l'iode, à la différence de la créatinurie basedowienne (3).

(1) Alamani. — Sulla, creatininuria puerperale, *Riv. ital. di gin.* mars-avril 1925.

(2) Brentano. — Signific. clinique de la créatinurie *Deutsche med. Woch.*, 29 avril 1932, T. 58, p. 699.

(3) Puerperal creatinuria. *Chinese medical journal*, 1932, t. 46, p. 143.

L'or et le rein. L'or me rendant de signalés services dans divers cas gynécologiques et, en particulier, dans le traitement de la stérilité, j'ai été très intéressé par un article de Le Blaye (1) indiquant la fréquence des lésions rénales au cours des traitements par l'or. Dans ses observations, les doses étaient pourtant minime (dix centigr. de chrysalbine dans un cas, de l'or colloïdal à « doses quasi homéopathiques » dans l'autre).

***

Bains les Bains. Des observations anciennes ont montré l'action des eaux de Bains-les-Bains sur le système nerveux végétatif. Des études modernes dues à Curie et Laborde, puis à Moureu ont montré leur puissante radio-activité (2). Récemment, Santenoise (3), par l'étude du plexus solaire et par l'étude des réactions à l'adrénaline, ont montré que cette eau exerçait une action sédative très nette sur l'excitabilité du sympathique.

***

La tension artérielle maxima est une valeur d'appréciation difficile et la plupart des auteurs en donnent un chiffre différent. Aussi ai-je lu avec un grand intérêt l'article de L. Prado (de Porto) sur ce sujet. Pour lui, les tensions artérielles normales de deux individus sont proportionnelles aux racines carrées des volumes de leur sang. Il en déduit la valeur de la tension artérielle des sujets normaux en fonction de leur poids et taille (4).

Henri Vignes.

(1) Le Blaye. — L'or et le rein. *Revue méd. du Centre-Ouest*, 7 juillet 1932, p. 206.

(2) Piéry et Milhaud. — Les eaux minérales radio-actives. Doin, éd., Paris, 1924, p. 273.

(3) Santenoise, Merklen et Vidakovitch. — Action de l'eau de Bains-les-Bains sur le système organo-végétatif. *Bull. de l'Ac. de méd.*, séance du 12 avril 1932 et *Presse thermale et climatique*, 1er août 1932, p. 509.

(4) L. Prado. — Tension artérielle maxima, expression mathématique de sa valeur. Branjo et Sobrinho, éd., Porto, 1932.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

L'organisation de l'Internat obligatoire en 6e année est d'une réalisation difficile. — *De M. le professeur Léon Imbert (sur la réforme des études médicales.* (GAZETTE DES HÔPITAUX, 17 août 1932.)

Qu'est-ce qu'être interne ? 1° C'est avoir un ensemble de malades à soigner, sous la direction de médecins expérimentés, mais avec une certaine indépendance ;

2° C'est aussi répondre aux questions d'urgence que peut poser la garde, même dans les petites villes.

Est-il possible d'imposer ce double et bienfaisant travail à tous les élèves de 6e année ? Je ne le crois pas. Même en s'adressant aux grandes villes d'Ecoles, une Faculté ne pourra réaliser cet idéal, pour les raisons suivantes :

1° Remarquons d'abord que ce néo-internat ne peut s'adresser qu'aux futurs omni-praticiens ; presque toujours, les futurs spécialistes trouveront plus de ressources cliniques dans les villes de Facultés. Les omni-praticiens eux-mêmes, s'ils veulent approfondir une ou plusieurs spécialités, se trouveront dans le même cas et devront passer leur 6e année près de la Faculté.

2° Si l'on envoie ainsi des étudiants de 6e année, soit dans un hôpital universitaire, soit dans une autre ville, qui assurera leur culture médicale ? Car voir des malades n'est pas tout. Peut-on supposer que des médecins non universitaires s'astreindront à ce travail ? Il y en aura certes, il y en a ; mais je crains bien que la plupart ne marquent une funeste indifférence à ce sujet. Que fera dès lors l'étudiant de 6e année de son année d'internat ?

3° Même la surveillance disciplinaire sera difficile ; et je crains que les administrations hospitalières n'aient fort à faire sur ce terrain, où elles refuseront souvent de s'engager. La surveillance de ces etudiants arrivant à la fin de leurs études ne me paraît réalisable qu'à côté de la Faculté ou de l'Ecole.

4° Comment seront données les inscriptions, cependant nécessaires au contrôle de la Faculté ? Assurément par les médecins des hôpitaux qui auront été chargés de l'enseignement ; mais la valeur des certificats qu'ils donneront sera très inégale, pratiquement incontrôlable. Ces difficultés de forme ne seront pas négligeables, ou si on les néglige, l'étudiant a bien des chances de perdre son temps.

5° Il y aura aussi les difficultés pratiques de la vie : les étudiants de 6e année, obligés de quitter la ville de Faculté pour en habiter une autre n'y vivront pas commodément : difficulté secondaire sans doute, mais qu'on ne peut négliger. L'hôpital consentira-t-il à les nourrir ? à les loger ? Ce serait le mieux et cela permettrait aux élèves de mener la vraie vie d'interne. Mais les hôpitaux accepteront-ils ces charges pour des jeunes gens qui ne leur rendront aucun service puisqu'ils possèdent déjà leur personnel normal ?

6° Je reconnais que bien des hôpitaux ont besoin d'internes, et ne peuvent pas en avoir. Mais ces internes d'un an, imposés par l'Instruction publique, ne leur diront rien qui vaille ; et sans doute, les administrations hospitalières ne leur marqueront-elles pas la confiance qu'elles accordent au personnel qu'elles choisissent elles-mêmes.

Pense-t-on vraiment que, en envoyant 50 étudiants parisiens à Dijon, on en fera 50 internes ? Assurément non. Les internes ne s'instruisent que s'ils sont proportionnés au nombre des malades ; si les néo-internes sont trop nombreux dans un hôpital, ils n'y feront rien de bon.

7° Enfin, dernière observation essentielle : l'institution de l'Internat ne fait bon ménage avec l'Université que pour les raisons suivantes :

D'une part, les hôpitaux y trouvent un corps de jeunes médecins choisis parmi les meilleurs de leur génération, auxquels ils ne donnent qu'un maigre traitement parce que n'ayant pas le droit d'exercer légalement la médecine, une longue tradition, une tradition seulement, leur donne la faculté de l'exercer illégalement dans l'enceinte de l'hôpital.

D'autre part, l'Université chargée de former des médecins — n'oublions pas que c'est son devoir le plus certain — n'ignore pas que l'Internat est une Ecole clinique de premier ordre. Université et hôpitaux se disputent parfois ; mais les difficultés s'effacent toujours parce que les avantages de cette Institution sont évidents pour tous. L'attelage marche aussi bien que possible. Mais si on veut généraliser le système, je ne crois pas que l'on puisse y arriver sans le prendre à l'origine et sans créer une entente formelle entre l'Instruction publique d'une part, la Santé publique de l'autre. Encore ne faut-il pas oublier que les hôpitaux sont presque partout autonomes.

Pour me résumer, je crois que l'Internat obligatoire est une réforme désirable et qu'on doit l'étudier; elle est certainement d'une réalisation fort difficile. Mais si, au lieu d'en faire une règle étendue à tous, on voulait se borner à une simple amélioration de l'état actuel, on pourrait, je crois, y trouver facilement un grand profit.

Les thermomètres de l'Assistance publique. *Du* CRI DE PARIS (28 août 1932.)

L'administration de l'Assistance publique a procédé, pour l'année 1932, à l'adjudication de 40.000 thermomètres. M. Félix Lobligeois, conseiller municipal à l'œil de lynx, se demande pourquoi. Nous aussi.

Certes, nous n'ignorons pas que, faute d'une quantité suffisante de thermomètres, infirmières et infirmiers des hôpitaux parisiens étaient obligés, jusqu'ici, de prendre rapidement, c'est-à-dire inexactement, la température de leurs patients. Ceux-ci s'en plaignaient. Ils avaient parfaitement raison. Mais de là à mettre 40.000 thermomètres à leur disposition pour les contenter, il nous semble qu'il y ait quelque exagération.

Les facétieux penseront certainement que cette exagération est le fait d'un adjudicataire qui, lui-même, aurait grand besoin de se soumettre à l'examen thermométrique. On peut partager

cet avis. Mais il en est un autre qui, très probablement, vaut davantage. C'est celui des gens clairvoyants qui présument que, loin d'avoir le cerveau surchauffé, l'instigateur de l'achat excessif de thermomètres est, au contraire, quelqu'un qui sait envisager très froidement les combinaisons profitables.

La loi oblige les fournisseurs à joindre à chaque thermomètre médical un certificat, délivré par le contrôle de l'Etat :

Pour quel motif l'Assistance publique accepte-t-elle des thermomètres sans bulletin de vérification ?

Pour quel motif ces achats ne donnent-ils lieu à aucune adjudication ?

Pour quel motif ces achats sont-ils faits en Allemagne ?

Nous espérons que M. Lobligeois aura la curiosité de poser à M. le Préfet quelques questions indiscrètes.

Jurisprudence. — MALADIES PROFESSIONNELLES (*Tribunal civil de Lille*, 4 juin 1932).

Ne peut constituer un accident du travail l'action lente de substances toxiques, alors qu'il est impossible d'assigner une date même approximative à ce prétendu accident.

Le demandeur ne peut donc obtenir réparation alors que cette maladie ne figure pas aux tableaux des maladies professionnelles. (LE QUOTIDIEN JURIDIQUE.)

Attendu que par exploits des 25 et 26 septembre 1931, enregistrés, le demandeur a fait citer les défenderesses à comparaître devant le tribunal pour s'entendre condamner à lui payer une rente annuelle viagère de 8.570 fr. 12. Qu'il se prétendait atteint d'une maladie professionnelle entraînant une incapacité permanente de 100 % et consistant dans des lésions aux poumons ; que selon lui, ladite maladie avait été causée par l'emploi prolongé de produits toxiques servant à la désinfection des objets et milieux contaminés ;

Attendu que le demandeur reconnaissant ainsi que la maladie qu'il invoque ne figure pas aux tableaux dressés en exécution de la loi du 25 octobre 1919, invoque aujourd'hui dans ses conclusions les dispositions de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ;

Attendu que si certaines lésions causées par des substances toxiques doivent être considérées comme accidentelles, c'est seulement dans le cas où l'action de la substance incriminée a été soudaine et violente, qu'en effet un accident implique nécessairement un traumatisme si léger soit-il, qu'il est suivant la définition qu'en a donnée M. Sachet : « Un événement anormal, en général soudain ou tout au moins d'une durée courte et limitée, qui porte atteinte à l'intégrité ou à la santé du corps humain » ;

Attendu que le demandeur ne rapporte en aucune façon la preuve d'un événement de ce genre et qu'il est impossible d'assigner une date quelconque, même approximative à l'accident dont il prétend avoir été la victime, que la date du 6 janvier 1930 indiquée par le demandeur est purement fantaisiste ;

Attendu enfin qu'il s'est écoulé plus d'un an entre le 6 janvier 1930 et la déclaration d'accident (27 janvier 1931), que l'action est donc prescrite ;

Par ces motifs,

Déclare Selosse mal fondé en ses demandes, fins et conclusions, l'en déboute ;

Déclare au surplus l'action prescrite ;

Condamne Selosse en tous les dépens.

Vieilles locutions. — M. René LE ROYER (*Journal des Débats*). — *A peut pas reprendre son vent.*

« Dans tout le nord de l'Anjou, pays de Segré, de Château-Gonthier, on dit couramment *perdre son vent* pour perdre la respiration, et *al"* pour *elle*. Un paysan d'ici dirait très bien : « Al" peut pas reprendre son vent, al" étouffe. »

Beaucoup d'oppression pour *beaucoup de pression* relève de la confusion entre deux mots de la langue écrite. Constamment, non seulement dans les campagnes, mais encore dans les villes, les gens peu instruits en commettent d'analogues.

Fisc. — *De* AUX ECOUTES.

Les mêmes agents (*Agents des Directes*) demandent à taxer les chirurgiens et médecins d'après les signes extérieurs de la richesse, la notoriété et le registre d'opérations, que, disent-ils, les cliniques privées devraient tenir et qui permettraient d'avoir une idée du nombre d'opérations effectuées par eux.

NOUVELLE RÉDUCTION DU PRIX DES PLACES DE LITS-SALON AVEC DRAPS

Afin de faciliter le développement des voyages de nuit à grande distance, la Cie P. L. M. a réalisé, en janvier dernier, un abaissement important du montant de ses places de lits-salon sur toutes ses relations.

Elle a consenti, depuis le 1er avril, une nouvelle réduction d'environ 10 % du prix du supplément.

Par exemple, pour aller de Paris à Nice, le supplément de lits-salon avec draps qui était l'année dernière de 469 fr. 70 et qui avait été ramené à 375 fr. 80 en janvier, n'est plus aujourd'hui que de 338 fr. 80.

Nous rappelons que les places de lits-salon, désormais munies de draps, offertes dans les trains de la Cie P. L. M., réalisent, avec leurs différents aménagements, le maximum de confort pour les voyages de nuit en chemin de fer.



CHEMINS DE FER DE L'ETAT

BILLETS DE FIN DE SEMAINE

Si vous avez un déplacement de courte durée à faire en fin de semaine, profitez de la réduction de 40 % offerte par les billets de fin de semaine.

Ces billets sont délivrés jusqu'au dernier dimanche d'octobre pour les stations thermales et balnéaires du Réseau de l'Etat. Ils sont valables du samedi matin au lundi minuit pour les trajets aller et retour ne dépassant pas 600 km. et du vendredi matin au lundi minuit pour les trajets aller et retour supérieurs à 600 km.

Aucune prolongation de validité n'est accordée pour ces billets. Les billets de fin de semaine ne sont pas délivrés le jour, la veille et l'avant-veille de la Pentecôte, ainsi que les vendredis, samedis et dimanches compris entre les 11 et 16 juillet et les 12 et 17 août.

Pour tous renseignements, s'adresser aux gares du Réseau de l'Etat, aux Bureaux de tourisme des gares de Paris (Saint-Lazare et Montparnasse) et de Rouen-R.D. et à la Maison de France, 101, avenue des Champs-Elysées, à Paris.

Le Gérant : A. ROUZAUD. Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 39 LE NUMÉRO : 50 Centimes 24 SEPTEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique médicale propédeutique , Charité.* — Un cours de revision sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne aura lieu, du 7 au 12 novembre prochain, sous la direction de M. le professeur Emile SERGENT et de M. C. LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, HARVIER, agrégés, médecins des hôpitaux ; FAROY, P. PRUVOST, WEISSENBACH, médecins des hôpitaux ; JOANNON, agrégé ; BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, PÉRISSON, anciens internes des hôpitaux.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. GOUGEROT.) — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Une série de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie aura lieu au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle le Docteur Olga ELIASCHEFF, chef de laboratoire, le 12 octobre.

Les séances auront lieu les mercredis, jeudis et samedis, de 17 à 19 heures.

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures.

Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques.

. Prix de chaque cours : 350 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mlle le Docteur Olga ELIASCHEFF, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, les mardis et vendredis, de 10 à 11 heures.

Histologie. — Sous la direction de M. le Professeur Champy, des cours pratiques destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique, seront faits à partir du lundi 3 jusqu'au 22 octobre, tous les jours de 14 à 17 heures, au laboratoire d'histologie (salle Ranvier), de la Faculté de médecine.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 heures, au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4). Le nombre des élèves est limité à 20. Droit d'inscritipon : 250 francs.

Radiologie clinique. — M. R. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, commencera le mercredi 5 octobre, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine et continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.

Ces leçons seront accompagnées de projections et à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

Concours de l'externat des hôpitaux de Paris. — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mai 1933 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le mercredi 7 décembre 1932, à 9 h. 30 au Parc des Expositions, (Porte de Versailles, Paris 15e.)

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le mercredi 26 octobre jusqu'au mercredi 23 novembre 1932 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Hôpitaux Cochin et Tenon. — Des consultations de médecine générale et de chirurgie générale sont ouvertes dans les hôpitaux Cochin et Tenon aux heures indiquées ci-dessous :

Hôpital Cochin, le mardi et le vendredi, à 20 heures.

Hôpital Tenon, le mardi et le samedi, à 18 h. 30.

Médecins adjoints de la Préfecture de la Seine. — Sont nommés en qualité de médecins adjoints : MM. Odinet, affecté à la 2e circonscription (3e, 4e, 10e et 11e arrondissements) ; Desforges, affecté à la 7e circonscription (15e arrondissement et communes annexes) ; Netter, affecté à la 9e circonscription (17e arrondissement et communes annexes).

Office public d'hygiène sociale. — Est promue à la 3e classe, Mlle Huguet, médecin-assistante d'établissement.

Ministère de la Santé publique. — Un concours sur titre est ouvert pour deux postes de médecin adjoint au sanatorium départemental du camp d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et peut atteindre 36.000 francs, par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les demandes devront être adressées, avant le 29 septembre 1932, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Les candidats qui seront désignés devront, préalablement à leur nomination, être reconnus physiquement aptes à exercer les fonctions de médecin adjoint.

Asiles publics d'aliénés. — M. le Docteur Schutzenberger, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire, est nommé médecin chef de service de l'asile public d'aliénés du Mans, en remplacement de M. le Docteur Bourdin, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Le poste de médecin directeur de la Charité-sur-Loire est déclaré vacant.

Faculté libre de médecine de Lille. — *Concours d'agrégation.* — Par décision du conseil supérieur de l'Université, un concours pour une place d'agrégé de la Faculté libre dans la section de médecine, et un concours pour une place dans la section de chirurgie, auront lieu en juillet 1934.

Les conditions de ces concours, et le programme des épreuves seront publiés ultérieurement.

Lyon. — Le Conseil d'administration des hospices civils de Lyon donne avis que, le lundi 5 décembre 1932, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'un médecin qui aura le titre de médecin de l'hôpital Renée Sabran et qui sera chargé du traitement des enfants dans cet établissement, situé à Giens, par Hyères (Var).

Strasbourg. — M. le Docteur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé à compter du 1er janvier 1933, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. le Professeur Leriche.

Caen. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, s'ouvrira le lundi 19 janvier 1933, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Limoges. — Un concours pour deux emplois de professeurs suppléants : 1° de la chaire d'anatomie ; 2° de la chaire de physiologie, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, s'ouvrira le jeudi 12 janvier 1933, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Saint-Germain-en-Laye. — Le concours ouvert pour la nomination d'un accoucheur de l'hôpital s'est terminé par la nomination de M. le Docteur Jacques Courtois qui a été placé à la tête du service nouvellement créé.

Service de Santé. — *Mutations.* — Le médecin lieutenant-colonel Boye, de l'hôpital Villemin, à Paris, aux salles militaires de l'hospice mixte du Mans.

Les médecins commandants : Royer, du 361e d'artillerie portée, aux salles militaires de l'hospice mixte de Verdun ; Liébert, du 35e d'artillerie, aux salles militaires de l'hospice mixte de Vannes ; Bouissou, du 1er groupe d'ouvriers d'éronautique à l'hôpital Villemin, à Paris ; Cames, du 155e d'artillerie à pied, au 1er groupe d'ouvriers d'aéronautique, à Paris ; Ryckebusch, de l'hôpital sanitaire de Vannes, maintenu et désigné comme médecin-chef ; Goudet de l'Ecole militaire préparatoire de Billom, aux salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier.

Les médecins capitaines : Cheyrou-Lagrèze, des troupes du Maroc, au 155e d'artillerie à pied, à Strasbourg ; Auban, du 15e d'infanterie, au 301e d'artillerie portée, à Commercy ; I...barthe, des troupes de Tunisis, au 152e d'infanterie, à Colmar ; Janand, des troupes de Tunisis, au 23e tirailleurs algériens, à Morhange.

A la mémoire du biologiste Henri Toussaint. — Dimanche 11 septembre a eu lieu à Rouvre-la-Chétive l'inauguration d'une plaque commémorative en l'honneur d'Henri Toussaint biologiste, ancien professeur à l'Ecole vétérinaire et à la Faculté de médecine de Toulouse, qui découvrit, avant Pasteur, le principe de la vaccination anticharbonneuse.

Cette cérémonie, qui était placée sous le patronage du ministre de l'Agriculture, était présidée par M. le professeur Champy, de la Faculté de médecine de Paris.

De nombreux représentants de Facultés et d'Ecoles vétérinaires assistaient à cette cérémonie.

Société des Médecins littérateurs et amis des lettres. — L'Académie française vient de décerner le prix Capuran, prix triennal destiné à récompenser la meilleure œuvre dramatique ou lyrique à M. J. Giuliani, alias Germain Trézel, pour sa pièce : *La Tunique de Nessus*. Notre confrère est déjà titulaire du prix Archon-Despérouse décerné par la même Académie. La Société des médecins littérateurs vient de faire paraître une anthologie des médecins-poètes, contemporains, qui publie les œuvres d'une trentaine de confrères. D'autres qui, par suite de retards dans les envois n'ont pu y figurer, seront publiés dans une prochaine édition. Les confrères, désireux de se procurer le volume, sont priés de se hâter, le tirage en étant limité. S'adresser Docteur Giuliani, 75, cours de la Liberté, Lyon. Mandat de 30 francs.

D'autre part, la Société organise un grand Congrès des médecins littérateurs et amis des lettres. Ce Congrès se tiendra à Lyon en septembre 1933 et comportera un programme des plus intéressants, visite de Lyon, des hôpitaux, notamment de l'hôpital moderne de Grange-Blanche, de la nouvelle Faculté de médecine, excursions aux environs, représentation dramatique, séances d'études où sera traitée l'importante question de la nécessité des études littéraires et gréco-latines pour les futurs médecins. Les confrères, désireux d'y participer et d'y présenter des rapports, sont priés d'envoyer dès à présent leur adhésion de principe à M. Giuliani.

Concours de « l'Univers médical ». — Le jury du concours de l'*Univers Médical*, réuni sous la présidence des Docteurs Foveau de Courmelles et Dartigues, a attribué, le 3 août, les trois voyages offerts comme prix aux lauréats.

Il s'agissait, pour les concurrents de répondre aux questions suivantes : 1° Quel pays d'Europe désirez-vous visiter ? 2° Dans quelle ville de ce pays vous serait-il agréable de passer plus de vingt-quatre heures ? 3° Quelle sera l'époque du voyage et sa durée ? 4° Rédiger un texte publicitaire de dix lignes maximum susceptible d'inciter vos confrères à prendre part au voyage qui vous intéresse.

Le concours-referendum était anonyme.

En voici les lauréats :

Le Docteur Mme Lombart-Traverson (de Nantes) premier prix (Un voyage de vingt et un jours en Espagne).

Le Docteur Georges Lévy, ancien interne des hôpitaux de Nancy, second prix (Une croisière de 15 jours en Méditerranée et Adriatique).

Le Docteur M. Boutarel, 89, rue de Rennes, à Paris, troisième prix (Un voyage de dix jours aux îles Baléares).

Le Jubilé médical de M. Edouard Branly. — L'illustre savant M. Edouard Branly est entré dans sa quatre-vingt-huitième année. Voici exactement cinquante ans qu'il a passé son doctorat en médecine.

C'est vers 1900 qu'Edouard Branly découvrit le principe de la télégraphie sans fil : à cette occasion, il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur. Mais depuis, le pays et la science ont largement profité de ses recherches et de ses découvertes ou inventions.

Aussi, l'Union médicale latine a-t-elle décidé de célébrer, très prochainement, le jubilé médical du célèbre physicien.

Les médecins au faubourg. — On connaît le célèbre Club du Faubourg, présidé par M. Leo Poldès, dont les séances ont lieu, à partir du 1er octobre, tous les samedis en matinée au Crystal-Palace, et en soirée, tous les mardis, salle Wagram, tous les jeudis, salle des Sociétés Savantes. Au cours de la session 1932-1933, de nombreux débats seront consacrés aux problèmes médicaux et scientifiques. Parmi les personnalités qui viendront cet hiver au Club du Faubourg, citons les noms de MM. le Professeur Brouardel, de l'Académie de médecine, le Professeur Gougerot, de la Société de prophylaxie sanitaire et morale, le Professeur Charles Richet, de l'Académie de médecine, le Professeur Victor Pauchet, les Docteurs Bizard, médecin de la prison Saint-Lazare, G. Paul-Boncour, Gillet, Cattier, Vachet, Chauvois, Dalsace, Schreiber, Wicart, Pelletier, Ménard Bérillon, Frumusan, Regnault, Foveau de Courmelles, etc. Nos lecteurs désireux d'être convoqués aux séances de rentrée sont priés d'envoyer leur adresse sur une enveloppe timbrée au *Faubourg*, 155, boulevard Péreire (XVIIe).

Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mai 1933 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours aura lieu le mercredi 7 décembre 1932, à 9 h. 1/2 au Parc des Expositions (Porte de Versailles, Paris-15e).

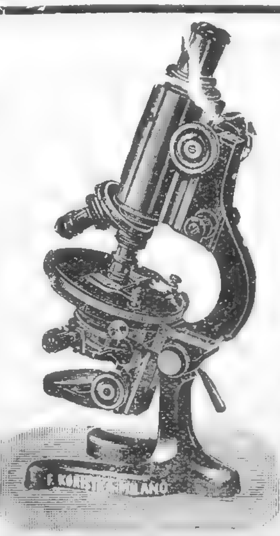
Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le mercredi 26 octobre jusqu'au mercredi 23 novembre 1932 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Nécrologie. — Docteur Amblard, de Manduel (Gard). — Docteur Alphonse Delannoy, de Lille, 31, rue des Poissonceaux, président du syndicat des stomatologistes du Nord décédé à Malo-les-Bains, des suites d'un accident d'automobile — Docteur Jules Gardin, d'Avesnes (Nord). — Docteur Ed. Marchand, de Paris, décédé à Nemours. — Docteur Adrien Michel, conseiller général d'Yssingeaux, décédé à l'âge de 88 ans. — Docteur Puissant, de Paris. — Docteur Serbouce, de Montbéliard. — Docteur Thiroux du Plessis, de Brive. — Albert Arnaudet, interne des hôpitaux de Paris, décédé accidentellement à l'Institut de biologie de Tamaris (Var). — Léon Comar, anicen président de section au tribunal de commerce de la Seine, directeur des laboratoires Comar (Laboratoires Clin), décédé à Orsay. — Docteur Zaleski, professeur de chimie pharmaceutique à l'Université de Varsovie. — Professeur Schmorl, de Dresde, membre associé de la Société anatomique de Paris — Professeur Rudolph Krauss, directeur de l'Institut de bactériologie et de sérothérapie de Vienne. — Grand duc Alexandre d'Oldenburg, docteur *honoris causa*, créateur de l'Institut russe de médecine expérimentale, ancien chef des services, sanitaires de l'armée russe pendant la guerre. — Sir Henry Simson, un des accoucheurs et gynécologues les plus connus de la Grande-Bretagne, mort subitement au cours d'une intervention qu'il pratiquait. Le professeur Simson était âgé de 60 ans. — Docteur Henri Vulliet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lausanne, décédé à l'âge de 64 ans. Il avait succédé en 1926 au professeur César Roux et était titulaire de la Croix de guerre et de la Légion d'honneur pour les services qu'il avait rendus pendant la guerre à l'arrière du front français. Il était le petit-fils d'Adam Vulliet qui dirigea l'École normale protestante de Paris. — Docteur André Morlet, radiologue, décédé à Anvers.





TRAVAUX ORIGINAUX

Psycho-Physiologie de l'homme [1]

La détente du cycle neuro-moteur

Par René PORAK

Les biologistes, les médecins et les psychologues se sont appesantis sur l'étude du sommeil, sujet complexe et confus, et n'ont prêté aucune attention au démarrage et au freinage des rythmies quotidiennes, sujet limité et d'observation relativement facile. L'indifférence sur cette question a été si grande que le mot réveil n'implique pas les stades successifs du réveillement et qu'aucun mot admis dans la langue française ne désigne l'endormement.

Ces phénomènes physiologiques me paraissent si importants et ils ont été si négligés, qu'il est difficile de montrer d'emblée l'étendue de leur portée et surtout de tirer immédiatement les applications innombrables qu'en pourraient retirer les cliniciens. Ce champs d'exploration étant si peu connu, j'ai dû me limiter à des prémisses, tirées d'une auto-observation.

Pour aborder une question de biologie humaine, aussi étroite qu'elle puisse au premier abord paraître, il importe de prendre un point d'appui psycho-physiologique. Une analyse trop limitée ferme l'accès à la compréhension des phénomènes de la vie. L'enchaînement de tous les rythmes dans l'organisation du corps humain, implique une vue générale sur la vie, même lorsqu'on étudie des événements infimes comme le freinage et le démarrage des rythmies. En ce qui concerne ces derniers mécanismes, j'ai été poussé, à la suite d'une réflexion prolongée, à choisir un point de départ dans la notion de disponibilité énergétique à un moment donné. La vie est une perpétuelle mutation d'énergie et la convergence des influences externes et internes donne à chaque moment de la durée, une tonalité spécifique à cette disponibilité énergétique. Ce principe qui contient en germe toute la philosophie de la biologie, devait être rappelé au début de ce travail. Par quelque côté que j'observe un phénomène physiologique, je suis presque irrésistiblement ramené à ce principe fondamental. La valeur énergétique est intuitivement reconnue par l'introspection en appréciant l'état actuel de la dynamogénie, forme observable de la valeur énergétique.

L'introspection n'a pas bonne presse. Le subjectif est rejeté par les hommes qui se piquent d'esprit scientifique. Cette condamnation est juste parce que le langage est imparfait ; si même on supposait l'attention et le jugement impeccable, il serait impossible d'exprimer dans toutes ses nuances, éminemment variables, les impressions concernant l'état actuel de notre dynamogénie. Il est pourtant nécessaire d'atténuer cette condamnation et d'accepter certaines références de la conscience, car la conscience est le seul instrument qui nous renseigne sur l'intégration totale de tous les rythmes de l'organisme.

Ce que les physiologistes ne pourront jamais tracer sur un cylindre, c'est le processus d'harmonisation qui, à chaque instant de l'existence, se produit. Cette harmonisation se fait à des niveaux variables. Les échelons de la valeur organique, les degrés de disponibilité énergétique, vus sous l'angle de la dynamogénie, sont reconnus par la conscience.

Tenant compte des exigences scientifiques d'objectivation, j'ai trouvé dans la thermogénèse une fonction mesurable, étroitement liée à l'état de la dynamogénie et j'en suis arrivé à mesurer par la température rectale, le démarrage et le freinage des rythmies quotidiennes.

L'activité neuro-motrice a un rythme : élan, expansion affaiblissement des fonctions de relation. Immobilisation puis nouvel essor.

Suivant des circonstances éminemment variables, après le sommeil, mon énergie neuro-motrice fait sentir une poussée vers l'expansion ; mais le rendement neuro-moteur n'atteint pas d'emblée sa meilleure forme ; il y a une phase de transition entre le sommeil et l'activité aussi bien adaptée que possible à mes besoins et aux circonstances de l'état de veille.

Inversement, le sommeil ne se reproduit pas en état de santé sans que j'ai livré, en rendement neuro-moteur, l'énergie dont la poussée dès le réveil se faisait sentir. Suivant que la dépense énergétique euphorisante est plus ou moins exactement atteinte, l'entrée dans le sommeil se fera plus ou moins bien ; la nature du sommeil dépend de l'état psycho-physiologique du dernier état de veille, à la condition que la période de vie n'accumule pas des résidus de fatigue qui pèsent sur l'état de veille actuel).

La juste adaptation de la dépense neuro-motrice aux besoins d'expansion active, en l'absence de surmenage, de préoccupations psychiques et d'émotions, est la meilleure condition de l'endormement rapide et du réveil direct.

Suivant la marge laissée libre aux expansions neuro-motrices, nous sommes voués, par notre nature, à des alternances de dédynamogénie et de redynamogénie. Ces mots se comprennent aisément par le développement précédent. En effet, au réveil, nous sentons la poussée d'expansion neuro-motrice, parce que nous sommes redynamogénisés et le soir l'assoupissement nous conduit aisément au sommeil, lorsque nous sommes dédynamogénisés.

La diminution et la disparition du besoin neuro-moteur pourront être suivies, pendant la période d'assoupissement, avant le sommeil, en prenant la température rectale au moment où les teintes du sentiment intérieur changent. Ainsi ressortira un mode physiologique du freinage des rythmies qui nous renseignera sur l'extinction des disponibilités neuro-motrices à la fin de la période de veille.

En portant mon attention sur le rythme de la dynamogénie et après une longue pratique de la méthode psycho-physiologique j'ai pu *a posteriori* mettre en vedette le rôle de la dédynamogénie et de la redynamogénie. Mais dans une vie parfaitement réglée, dans une vie où l'activité motrice est répartie à petites doses chaque jour l'importance que j'attribue à la dédynamogénie et la

(1) Ce mémoire écrit en 1928 devait faire suite à un travail publié dans « *Biologie Médicale* » intitulé : Les Rythmies fonctionnelles de l'homme (Avril 1928). Parmi les rythmes le plus important est le rythme de notre activité psycho-neuro-motrice. Je montrais que ce rythme est facile à suivre sur des courbes de température accompagnées d'une observation psycho-physiologique précise. Un système de régulation automatique nous permet de régler notre activité suivant notre capacité du moment grâce au sentiment du besoin et aux fluctuations des sensations d'aise. Contrairement aux autres physiologistes, j'insistais sur la nécessité de confronter constamment la description psychologique des observations et les mensurations physiologiques des chiffres et des courbes.

redynamogénie passerait presque inaperçue. J'ai eu l'occasion par mon genre de vie, de grossir en quelque sorte les phénomènes normaux par une répartition particulière de mon activité. Alternativement, je reste sur le plan inférieur de ma marge de disponibilité énergétique, en continuant à m'alimenter régulièrement puis, quand les circonstances sont favorables, je donne libre cours à mon expansion neuro-motrice. Cette alternance particulière met en relief le mécanisme de la dédynamogénie et de la redynamogénie (1). Après coup, il est facile de s'apercevoir que ces mêmes mécanismes rapetissés ou modifiés s'appliquent d'une manière très générale à tous les hommes et à tous les animaux. En partant de ces grandes expansions motrices, dont l'ampleur est préparée par la mise en réserve d'énergies inutilisées pendant la période inactive, nous avons quelque chance de mieux saisir le mécanisme du freinage thermique (test du freinage neuro-moteur) que dans ces minuscules expansions neuro-motrices qui meublent la vie de certains individus. Nous étudierons donc la température rectale suivant l'état du dynamisme neuro-musculaire au moment de l'assoupissement et nous suivrons d'abord les courbes thermiques dans les cas où l'expansion neuro-musculaire dédynamogénisante se produit dans la soirée avant le moment habituel de l'endormement.

J'isole de mes observations une catégorie de faits très particuliers. Ces faits reçoivent leur estampille du sentiment intérieur. Celui-ci a vu croître peu à peu le besoin neuro-moteur (l'activité étant restée plus ou moins longtemps au bas de la marge des dépenses énergétiques) et, après une expansion neuro-musculaire suffisante, il enregistre une nuance spéciale de satisfaction qui correspond à la dédynamogénie. La dédynamogénie ne s'accompagne pas de fatigue. Il y a entre la dédynamogénie et la fatigue, la même différence qu'entre la juste satisfaction de la faim et de la soif et l'excès de nourriture ou de boissons.

Le sentiment de dédynamogénie m'apparaît avec des caractères d'une réalité indiscutable parce que le besoin d'agir avait acquis, chez moi, une valeur presque impérative. De même, les gens qui mangent régulièrement une quantité d'aliments suffisante ou exagérée pour leurs besoins ne connaîtront jamais le sentiment de satisfaction à assouvir le besoin de la faim qui, pourtant, joue au point de vue biologique, l'un des rôles régulateurs essentiels à la vie. Ainsi une grande vérité biologique peut passer inaperçue parce qu'elle n'est pas assez mise en relief par les circonstances de la vie. Le mûrissement du besoin est une excellente méthode expérimentale.

Il faut donc bien préciser les conditions de ces faits qui, pour exceptionnels qu'ils soient, n'en sont pas moins révélateurs du mécanisme de freinage des rythmes quotidiennes. Les expansions neuro-motrices ont été entravées ; voici qu'une circonstance favorable permet le déploiement de l'activité. La marche s'accompagne d'une joie d'autant plus grande que le besoin neuro-moteur est plus impérieux. Aucun dynamomètre ne peut représenter les qualités neuro-musculaires qui se développent à ces moments là. Notre indigent langage ne nous permet pas de décrire toutes les nuances du sens kinesthésique par lesquelles passent les contractions musculaires au cours de cette marche libératrice ni indiquer les nuances du sentiment pendant l'assouvissement du besoin neuro-moteur.

Le sentiment intérieur nous donne au cours de cette marche des impressions infiniment diverses. La joie du départ est caractéristique pour celui qui l'a éprouvée. Par des réglages automatiques, le pas, au cours de cette marche libératrice, à chaque instant change son allure ; en même temps, des nuances spécifiques de bien aise se succèdent. A la fin de la marche, on éprouve, non pas un sentiment de fatigue, mais le sentiment de l'assouvissement du besoin neuro-moteur, c'est-à-dire un sentiment de dédynamogénie.

Si l'expansion neuro-motrice dédynamogénisante se produit dans la soirée, l'état de dédynamogénie est particulièrement favorable au freinage des rythmes fonctionnels de l'état de veille et il est intéressant d'étudier comparativement les courbes thermiques d'une dédynamogénie survenant juste au moment de l'endormement et celles qui se produisent à un autre moment de la journée dans lequel la dédynamogénie n'éteint pas les possibilités énergétiques de l'état de veille.

A la suite d'une expansion motrice vespérale, je rentre chez moi avec un sentiment tout différent de celui que j'éprouvais au début de la marche. J'éprouve le besoin de me reposer : l'euphorie à teinte diverse accompagne le déshabillage et surtout l'allongement au lit et les temps successifs du premier repos. Je sais que l'endormement sera facile. La chute de température dans ces instants de délassement, précurseur d'un sommeil profond est brusque. Voici quelques exemples :

Température rectale au moment du coucher ..	38°	38°1	37°9
Température rectale 30 minutes après le coucher	36°7 1/2	37°	37°3
Température au moment du coucher	38°5 1/2	38°2 1/2	38°5 1/2
Température 45 à 60 minutes après	37°2	37°1	37°2

L'euphorie est mesurée par la profondeur de la chute thermique. Au début de mes recherches, c'est la plénitude de l'euphorie qui me poussa à comparer la température au retour de promenades dédynamogénisantes et au moment de l'euphorie du repos. L'écart des deux chiffres m'avait surpris et j'ai depuis complété ces chiffres par des courbes dont voici figuré (Fig. 1) un exemple.

Toutes ces courbes ont été recueillies à la suite de longues traversées en mer au cours desquelles excès alimentaires et passivité avaient accumulé l'énergie potentielle sans la contre-partie des dépenses énergétiques neuro-musculaires qu'exige tôt ou tard l'eurythmie organique. Chaque occasion nouvelle qui reproduit ces conditions me rend l'occasion de reproduire ces expériences de dédynamogénie. Ces courbes, comme je l'annonçais grossissent un phénomène normal et permettent de noter des résultats physiologiques nettement reconnaissables.

Dans tous les cas, les corrélations psycho-physiologiques sont constantes.

(1) L'étude de la cyclothymie serait complètement à reprendre. Tout être vivant est plus ou moins cyclothymique. Dans mon cas personnel l'immobilité m'était imposée par des conditions professionnelles. Ma docilité aux impératifs sociaux doit arrêter les psychiatres s'ils voulaient tout de suite accrocher à mon cas l'étiquette de cyclothymie.


LAXAMALT
TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de paraffine
50% extrait de malt
LABORATOIRES LICARDY
38, Bd Bourdon NEUILLY-PARIS


IODAMÉLIS
Iodo-Iodure de Potassium et Hamamélidine
Spécifique
CARDIO-VASCULAIRE
TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques. Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques. Variqueux
DOSES :
De 20 à 40 gouttes
aux 2 principaux
repas. 3 semaines
par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS _ BOULOGNE sur SEINE près PARIS

1° Malaise, bouillonnement intérieur ;
2° Besoin neuro-moteur impérieux ;
3° Déploiement euphorisant de l'activité ;
4° Euphorie de l'assouvissement neuro-moteur (dédynamogénie).

Tous ces caractères physiologiques et psychiques de l'événement dédynamogénique se retrouvent semblables au cours de la journée. Lorsque l'occasion s'est présentée au cours de la journée au lieu de se présenter dans la soirée et lorsque le déploiement de l'énergie neuromusculaire sous pression a pu se faire sans adjonction de préoccupations mentales ou d'émotions et lorsqu'enfin la dépense neuro-motrice a pu être cessée à temps sans arriver au moindre sentiment de fatigue, l'allongement du corps, position favorable au repos pour l'homme civilisé occidental, détermine une chute thermique analogue à celle décrite au cours de la soirée et cette chute mesure en quelque sorte l'euphorie du délassement.

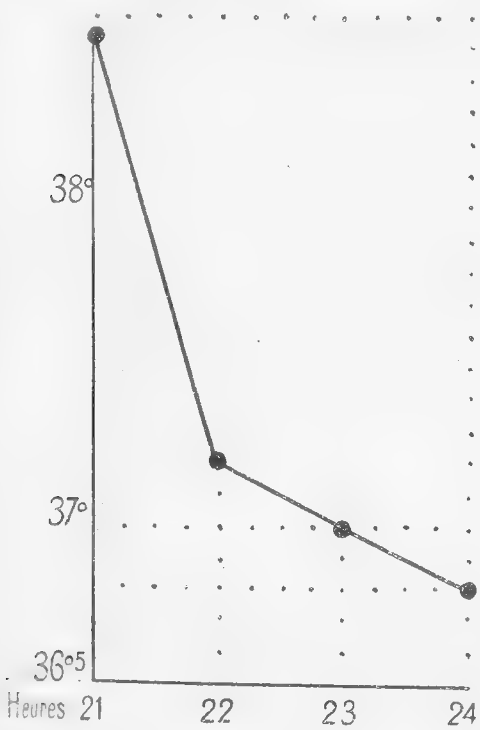


FIG. 1

Il y a cependant une différence essentielle entre ces courbes de la journée et les courbes de la période d'assoupissement. Quand je m'allonge au cours de la journée après expansion neuro-motrice dédynamogénisante, la sensation agréable du repos ne se prolonge pas. Tôt ou tard, j'éprouve même un malaise à continuer de rester étendu et, ayant porté mon attention sur l'évolution de la température rectale dans les moindres instants qui se succèdent au cours de la dédynamogénie, j'ai été frappé de constater que le sentiment de malaise à continuer de rester étendu est précédé d'un rebondissement de la courbe thermique comme si le malaise décrit était l'expression consciente d'une modification dans les rythmies fonctionnelles. Ce crochet thermique que représentent toutes les courbes de dédynamogénie au cours de la journée, représente graphiquement l'indication psycho-physiologique à quitter la position allongée pour agir de nouveau et donne un exemple de ces dispositions conscientes sortant des racines organiques pour s'élever aux centres encéphaliques. Bien entendu, si j'avais dépassé le stade de dédynamogénie et *a fortiori* si j'étais en période de surmenage, le crochet thermique aurait pu manquer et j'aurais même pu m'endormir avec plaisir au milieu de la journée. Mais actuellement, je retiens deux cas de dédynamogénie musculaire pure, celui de la journée et celui de la soirée pour montrer que le freinage des rythmies quotidiennes correspond à une inaptitude à rebondir ; le freinage est donc représenté par le non relèvement de la courbe thermique. La figure 2 présente deux exemples du rebondissement thermique à la méridienne ; le rebondissement est plus ou moins précoce suivant les qualités énergétiques actuelles de l'organisme et suivant les qualités de la récente dépense neuro-motrice.

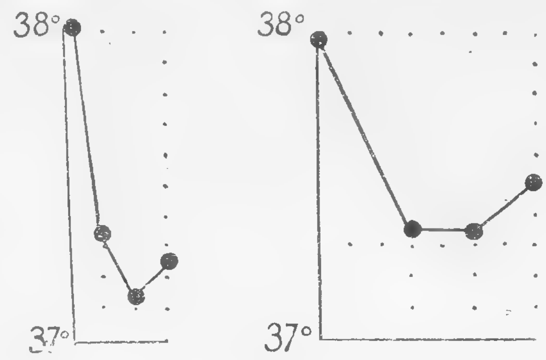


FIG. 2

Il serait facile de trouver dans l'observation psychophysiologique les raisons de ces variations dans la forme des courbes. Mais nous présentons ici des courbes uniquement pour faire comprendre en quoi consiste le freinage en période d'assoupissement. Sur la fig. 3, on constate que la courbe thermique depuis le moment du coucher (21 heures) jusqu'au moment de l'endormement complet (1 heure) ne cesse de baisser, d'abord brusquement, puis lentement. Le freinage a consisté à arrêter le rebondissement des puissances énergétiques qui pourtant, à l'état potentiel, se trouvent encore accumulées dans l'organisme.

Même lorsque l'expansion neuro-motrice dédynamogénisante se termine à la fin de l'après-midi, le rebondissement thermique se dessine. En voici un exemple sur

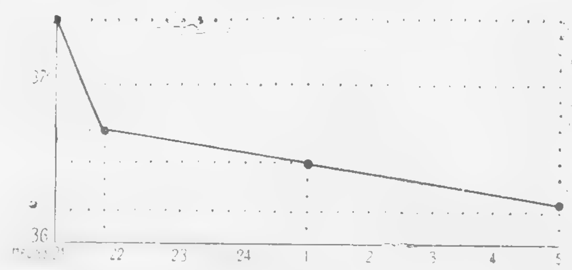


FIG. 3

la figure 4 ; en juillet 1928 je m'étais installé à la campagne, éloigné des préoccupations et des émotions que la vie de Paris soulève dans son tourbillon. Après quatre jours de repos complet (redynamogénie) j'entreprends une grande excursion de Chaumontel à Royaumont. Départ à 9 heures et retour à 18 heures. La marche est entrecoupée de haltes plus fréquentes et plus longues l'après-midi que le matin. Ayant le but scientifique de ne pas dépasser le stade de la dédynamogénie, j'ai suivi, tant pour les haltes que pour les qualités motrices du pas les indications qu'automatiquement me révélait mon sentiment intérieur. Ainsi, à 18 heures, je rentre à la

maison avec le besoin neuro-moteur assouvi, sans impression de fatigue. Je m'allonge de 18 à 19 heures puis je dîne et je parle avec des amis. Le rebondissement thermique se produit et le freinage thermique à 21 heures se montre et annonce le sommeil.

Un autre exemple du même ordre se présente dans des circonstances plus compliquées ; je me trouve, en hiver, à Buenos-Ayres pour dix jours et je suis surmené. L'état physiologique complexe de ce surmenage ne modifie nullement la forme des courbes thermiques. On constate en effet sur la courbe 5 :

1° Qu'à 18 heures, le crochet thermique se forme après la chute thermique de dédynamogénie ;

2° Qu'à 21 heures le freinage se produit par non rebondissement de la courbe.

L'état de surmenage a, bien entendu, une grande influence sur la rythmicité de cette journée ; tant à 18 heures qu'à 21 heures la marche a été courte, le pas lent et

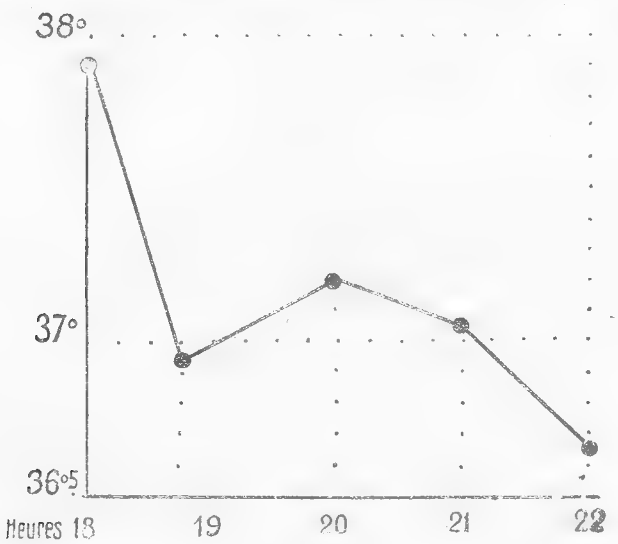


FIG. 4

peu énergique ; enfin la transpiration qui marque l'acmée de la courbe de la dédynamogénie s'est produite au bout d'une demi-heure tandis que dans les exemples précédents, la transpiration débutait de cinq à neuf heures après le début de la marche. En suivant donc le cycle de la dédynamagénie au cours de la journée et au moment de l'assoupissement dans des circonstances aussi différentes, on se rend compte de la généralité du phénomène que je décris.

Un cas particulier, auquel les médecins de certaines écoles attachent le rôle essentiel dans la vie, mérite de nous retenir brièvement ; en quoi l'acte sexuel modifie-t-il la dédynamogénie vespérale pure et simple ? J'ai déjà démontré dans l'*Encéphale* en 1928 que l'acte sexuel est moins thermogénisant que la poursuite amoureuse. Mais il y a une remarque plus importante à faire ressortir dans le sujet que nous traitons ici. Avant l'acte sexuel la marche est rapide et énergique ; après l'acte sexuel la marche est lente et molle et cette cadence de pas symbolise le contre-coup nerveux de l'acte sexuel sur la forme de la dédynamogénie neuro-musculaire pure et simple. La notion de rythme ne peut être séparée de la notion d'harmonie ; tous les rythmes fonctionnels particuliers de l'organisme doivent vivre en bonne intelligence et par conséquent, à chaque instant la forme d'un rythme particulier est influençable par un autre rythme particulier. Havelocque Ellis parle de la détumescence succédant à la tumescence, mais cet auteur, comme Freud, attribue à l'acte sexuel une importance biologique trop grande ; pour eux, le centre de l'incitation à agir se trouve dans les représentations génitales. En observant les phénomènes de la vie, je crois plus exact de dire que l'acte sexuel parmi beaucoup d'autres causes, précipite l'évolution de la dédynamogénie. L'acte sexuel favorise, en général, le freinage des rythmies quotidiennes. Quand l'acte sexuel est enchassé dans le cycle de dédynamogénie vespérale qui a servi de point de départ à notre description, l'expansion neuro-motrice qui succède à l'acte sexuel, présente un caractère thermique particulier ; la température s'abaisse pendant la marche et on se présente au lit de repos avec une température déjà très abaissée. Cela explique que, dans le tableau suivant, la température au moment du coucher soit moins élevée que dans les expériences de dédynamogénie neuro-motrice pure et simple.

Après une demi-heure de repos allongé, la chute de

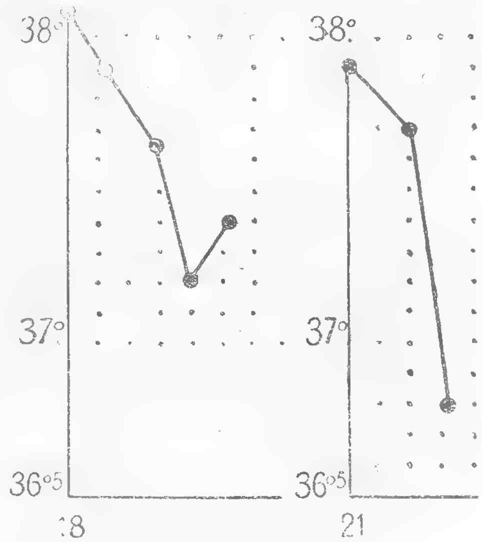


FIG. 5

température sans doute est encore brusque, peut-être un peu moins brusque mais surtout moins profonde parce que le point de départ au moment du coucher, est moins élevé.

Température rectale au moment du coucher...	37°3	37°7 1/2	37°8 1/2
Température une demi-heure après le coucher	36°4 1/2	36°9 1/2	37°2 [illegible]

J'ai tenu à citer cet exemple de corrélation entre deux rythmes fonctionnels (neuro-moteur et sexuel) pour habituer le lecteur à ces mécanismes que l'harmonie biologique impose aux rythmies fonctionnelles parce que cet exemple est objectif et nous permettra de comprendre par la suite des interrélations qui apparaissent moins clairement à la seule observation objective, certains rythmes fonctionnels se trouvant cachés profondément dans l'intimité des tissus.

Dans ce travail j'ai cherché à compléter mes recherches antérieures et j'ai surtout tenu à éclairer le rythme de la dynamogénie en décrivant, grâce à la méthode de mûrissement du Besoin, la détente du cycle neuro-moteur.

BIBLIOGRAPHIE

La chaste histoire de celui qui était amoureux de l'amour. Récit par Raymond GROC. Editions du « Bon Plaisir », 2, rue Romiguières, Toulouse, 12 francs.

Voici ce qu'un confrère écrit de ce roman :

« Cette chaste histoire — et vraiment chaste de bout en bout — que nous donne aujourd'hui notre confrère Raymond GROC démontre que le poète de *Pour toi si tu veux* et du *Désir mis à nu*, n'est pas systématiquement un auteur libertin, comme certains se sont plus à le qualifier.

« Il sait aussi écrire, ou presque, pour la Bibliothèque Rose ! Il est vrai que, la *Chaste histoire* date de vingt ans et qu'à cette époque notre confrère était probablement, comme tous les jeunes gens, sentimental et tendre : la vie s'est chargée de le déniaiser et de lui apprendre ce que sont véritablement les choses et les gens, d'où son cynisme et son appréciation sans fard de l'Amour et des Femmes. Et c'est là le principal mérite de ce petit récit : sorte de document de début d'entrée dans la vie ; repère de point de départ, il sert de terme de comparaison avec les dernières œuvres de Raymond GROC, point d'arrivée d'un homme au stade de sa maturité. Partir du sentimentalisme le plus idéal pour aboutir au matérialisme le plus immédiat en question amoureuse, n'est-ce pas, au fond, le *curriculum vitæ* de presque tous les hommes ?

« Ecrit en un style alerte, primesautier, avec une pointe de négligence dédaigneuse, ce bref récit (à peine plus d'une centaine de pages) amusera certainement tous ses lecteurs ; il leur rappellera leur jeunesse, ce qui ne sera pas sans leur donner une pointe de mélancolie et d'attendrissement, ou il les étonnera grandement s'ils n'ont pas encore le poil gris : « Quelle naïveté et que d'affaires pour un si modeste flirt ! » s'exclamera le moins de trente ans et il sourira, méprisant.

La Chaste histoire n'est pas un roman sévèrement composé, aux péripéties liées, au développement régulier et bien équilibré : il s'agit simplement d'une sorte de journal de route rapportant fidèlement, chaque jour, les événements, les conversations, les confidences auxquels l'auteur assista, en y ajoutant le sel de ses commentaires et de ses réflexions propres. Quelques maximes aussi. Déjà *Cynisme* perçait ! Cela se lit d'une traite et à la simplicité familière et banale de la vie. Bref, une heure agréable, à passer au bord de la mer, sur les terrasses d'un casino (l'action de la *Chaste histoire* se passe dans une petite station thermale du Midi de la France) ou au pied d'un arbre, teintée d'ironie mélancolique et de détente morale.

« Comme toutes les œuvres précédentes de notre confrère GROC, les éditions du *Bon plaisir* ont présenté ce petit volume sous une forme plaisante : typographie nette, papier de bonne classe (il y a même du Lafuma ou du Marais pur fil) et agréable couverture ornée d'un joli dessin de Henri MONTASSIER ! »

Voilà un jugement auquel je souscris entièrement — sauf sur un point : je ne suis pas du tout convaincu de ce que tout homme va, en amour, au sentimentalisme au matérialisme intégral.

Quoiqu'il en soit il est une opinion dont l'unanimité ne souffre aucune exception : c'est que Groc est prodigieux de diversité, et même tout simplement, prodigieux.

E. de M.

Diverses œuvres. — Parmi les ouvrages que j'ai reçus je signale les suivants, m'excusant de ne pouvoir, faute de temps et d'espace, leur consacrer l'étude longue, attentive, minutieuse que chacun d'eux mériterait :

Le Pâle enchantement, par Raymond RAYNAUD, l'auteur bien connu de *Georges-le-Tourmenté*. Edit. de l'Acropole, 128, rue du Mont-Cenis, Paris XVIIIe.

La Viole d'ombre, poèmes par Raoul RAYNAUD. Edit. le Rouge et le Noir.

Le Signe de Saturne, par Marcel HAMON, Paris. Soc. Française d'Editions littéraires et techniques, 12, rue Hautefeuille. Les lecteurs trouveront partout des comptes rendus très élogieux de ce roman.

Le Fil de l'Epée, par Charles DE GAULE. Edit. Berger-Levrault, œuvre de sociologie dans laquelle, Dieu merci, l'auteur, contrairement à tant d'autres, fait preuve d'esprit critique.

Le Charme poétique, vol. 1 : *Essai sur la sensualité créatrice*, vol. 2 : *Essai sur le mysticisme et sur la sensualité*, par Valentin Bresle. *Mercure de France*, Lille. Œuvres dont je ne recommanderai jamais trop la lecture aux médecins. Elles sont d'un maître dont j'aurai fréquemment l'occasion de parler.

Vérités nord-africaines, par CHARLES-COLLOMB. Deltrieux et Joyeux, 2, rue Denfert-Rochereau, Alger. Ouvrage d'une extrême importance d'un homme auquel les services qu'il a rendus à l'Algérie vaudront un jour une statue. Charles-Collomb, dans ce livre, traite de la façon la plus documentée l'un des points les plus aigus, l'un des problèmes les plus ardus de l'actualité coloniale (le nationalisme musulman antifrançais en Algérie). Je compte, à l'occasion de l'œuvre de Charles-Collomb consacrer une étude au sujet dans un des prochains numéros du *Lien Médical*.

Je signale encore deux périodiques :

La Guiterne, 19, rue Viète, Paris.

L'Aube, organe mensuel de la Soc. Nouv. d'application philosophique. Lyon-Terreaux. Boîte postale 64. Entre autres articles *Harmonisation ou chaos*, par M. Dubois.

E. de M.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

« Coup d'œil » de Cabanis « sur les Révolutions et sur la Réforme de la Médecine »

Par le Dr Constant HILLEMAND

Dans cet Ecrit, de 360 pages in-8°, Cabanis s'est proposé : 1° « de tracer d'une manière rapide et sommaire, l'histoire des Révolutions qu'a subies la Médecine au cours des siècles, en caractérisant chacune d'elles « par les circonstances qui l'ont fait éclore et par les changements qu'elle a produits dans l'état et dans la marche » de notre Art et des sciences dont il dépend particulièrement ; 2° « de chercher à voir si ces différents tableaux, rapprochés des méthodes philosophiques modernes, ne peuvent pas fournir quelques vues utiles à sa réforme et à son enseignement. » (T. I, p. 7) (1).

Son Etude se compose donc, en réalité de deux parties distinctes, quoique liées entre elles par la subordination de la seconde à la première : celle-ci affectée à un Aperçu de l'histoire de Art et des sciences qui le conditionnent de près ; celle-là visant à dégager, de cet exposé, des principes susceptibles de présider à une révision avantageuse de son enseignement et à une réforme appropriée de sa pratique (I, XII).

Cabanis historien de la médecine

Avant de pénétrer dans le vif de son sujet, l'auteur prend soin de signaler que « pour remonter à toutes les causes des différentes phases par lesquelles a passé la Médecine, et pour en décrire avec exactitude les particularités, il faudrait entrer dans tous les détails de son histoire » ; qu'il « faudrait y joindre celle de plusieurs autres sciences collatérales » ; qu'il « faudrait même tracer, en quelque sorte, celle de la société civile tout entière. Ce n'est peut-être, en effet», spécifie-t-il, plus d'un siècle avant Castiglioni, « qu'en se remettant sous les yeux ces différents objets à la fois, en examinant l'influence réciproque de l'état social et des événements politiques, leur influence commune sur la marche de l'esprit humain en général, et celle des différentes sciences sur la médecine en particulier, qu'on peut avoir une idée précise et complète de l'état de celle-ci, dans toutes les époques, jusqu'à nos jours. Rien sans doute ne serait plus philosophique que son histoire exécutée sur ce plan et dans cet esprit : il en rejaillirait une nouvelle et vive lumière sur plusieurs parties de l'histoire générale du genre humain, avec lesquelles la médecine semble, au premier coup d'œil, n'avoir aucun rapport ». Toutefois, conclut-il, « notre but ne nous impose point un plan si vaste. Il nous suffit de bien marquer les principales époques de la médecine ; de saisir, dans chaque révolution, le véritable état des esprits ; d'en apprécier les circonstances et les effets ; de rechercher enfin les moyens propres à rendre plus utile celle qui se prépare depuis quelque temps, et qui ne peut ni manquer, ni tarder de s'accomplir. » (I, 8.)

C'est dans ce cadre, intentionnellement réduit, que notre Essayiste, poursuit l'exécution de son dessein Mais sa réalisation offre en ce qui concerne la première section du travail, de telles similitudes avec le Préambule historique, placé par Pinel en tête de sa « Nosographie philosophique », que le lecteur est conduit à se demander si la communauté du sujet abordé, de l'époque et de l'ambiance au sein desquelles il fut élaboré, suffit à expliquer, d'une façon satisfaisante tant de concordances entre les deux versions, ou si l'un des deux narrateurs ne se serait point inspiré de l'autre, au point de le démarquer presque.

Tous deux se rencontrent en effet — pour désigner, ous le terme singulièrement typique de *révolutions*, les modifications de la pensée médicale, apparues le long des âges ; — pour exalter la rareté et la fécondité de la Méthode analytique ; — pour glorifier la Philosophie et se proclamer disciples de Fr. Bacon, de Locke, de Condillac ; — pour s'élever contre les menaces de submersion de la médecine par les sciences inorganiques tout en reconnaissant pleinement leur haute valeur éducative, et leur précieuse valeur explicative dans les chapitres de la physiologie normale ou pathologique relatifs à la vision, à l'audition, etc. ; — pour justifier l'emploi du calcul des probabilités en pathologie ; — pour apprécier, sous un angle commun, les principaux représentants de l'évolution médicale, depuis Hippocrate jusqu'à Théophile de Bordeu et Barthez, en passant par Galien, Arétée, Celse, les Dogmatiques, les Empiriques, les Méthodistes, les Arabes, les praticiens Juifs, Paracelse, Sydenham, Bœrrhaave, Van Helmont, Stahl, Baglivi, Bellini, Haller, etc., etc..

Ce n'est pas qu'il soit rare de voir à certaines époques, généralement troublées, telles ou telles questions s'imposer à l'attention d'un nombre variable de contemporains et recevoir d'eux des solutions plus ou moins rapprochées. Néanmoins, dans de telles conjonctures, les analogies ne vont pas ordinairement jusqu'à effacer les différences individuelles dans la manière de traiter les problèmes soulevés .

Bichat, par exemple, s'est élevé, de son côté, contre les empiètements des sciences inorganiques sur le champ de la médecine (in *Rech. phys. sur la Vie et la Mort*, art. VII, alin. 1) et n'a pas hésité à les imputer, comme Cabanis et Pinel, à l'épanouissement, sans règle et sans mesure, de la tendance propre à l'esprit humain, de vouloir expliquer d'emblée ce qu'il ignore parce qu'il connaît ou croit connaître (1), et pourtant, son intervention garde un cachet personnel qui la différencie nettement de celle de ses collègues de l'Ecole de médecine parisienne. Aussi n'est-il venu spontanément à l'idée de personne de le considérer comme un plagiaire, nonobstant une Note ambiguë de Cabanis à ce sujet, dans la Préface de ses *Rapports du Physique et du Moral* (III, 18.)

Il en est différemment dans le cas qui nous occupe, et malgré la haute valeur intellectuelle et la réputation de moralité des deux personnalités en cause, l'hypothèse d'un démarquage se pose invinciblement et demande à être examinée avec soin, tant sont multiples et étroites les ressemblances que l'œil relève au premier regard jeté sur l'un et l'autre aperçus, tant il paraît difficile de les expliquer par la seule communauté du sujet traité et de l'ambiance qui entoura sa gestation.

A s'en tenir aux dates officielles de publication, la *Nosographie philosophique*, éditée en l'an VI, serait antérieure de plusieurs années à l'esquisse historique de Cabanis, imprimée seulement en 1804, mais si celle-ci a été réellement composée en 1794, comme le déclare son auteur, et communiquée alors, oralement ou sous forme manuscrite, aux habitués du salon de Mme Helvétius pour être soumise à leurs critiques, selon la pratique en usage dans cet atelier de travail, la priorité reviendrait au praticien d'Auteuil, et, dans cette hypothèse, on serait en droit de s'étonner que Pinel n'ait pas cru devoir glisser la moindre allusion à un travail inédit, sans doute, mais dont la substance avait été presque sûrement portée à sa connaissance par l'ami qui l'avait introduit dans le fameux Cénacle ; qui, de plus, d'après l'un de nos confrères généralement bien informé, le regretté Dr A. Ritti (in *Rev. occid.*, juillet 1897, p. 81), aurait été le principal artisan de son accession, en l'an I, au poste de Médecin en chef

(1) Voir *Œuvres complètes*, en 5 vol. in-8, édition Bossange et Didot de 1823.

(1) « Si la physiologie eut été cultivée par les hommes avant la physique, comme celle-ci l'a été avant elle, je suis persuadé qu'ils auraient fait de nombreuses applications de la première à la seconde, qu'ils auraient vu les fleuves coulant par l'action tonique de leurs rivages, les cristaux se réunissant par l'excitation qu'ils exercent sur leur sensibilité réciproque, les planètes se mouvant parce qu'elles s'irritent réciproquement à de grandes distances, etc... » (Bichat).

des Infirmeries de Bicêtre, puis deux ans plus tard, à celui de Médecin-Chef de la Salpêtrière, et qui, en aucun cas, n'a laissé échapper l'occasion de citer son nom et son œuvre avec éloge.

Ce qui plaiderait selon moi, en faveur de l'antériorité de Cabanis, c'est qu'il n'a nullement profité des précisions apportées par Pinel dans son exposé, pour combler les lacunes du sien, alors qu'il lui eut été facile d'améliorer sensiblement sa propre rédaction en utilisant l'érudition plus complète de son collègue, et cela sans attirer, d'aucune façon, l'attention.

On peut objecter qu'à ce compte, Pinel n'a pas davantage tiré parti des réflexions, si importantes à mon sens, de son collègue sur le rôle joué tour à tour dans l'évolution de la Médecine, par le point de vue anthropomorphique, le point de vue matérialiste, le point de vue empirique ou empirico-positiviste.

Cela est vrai, mais peut-être ces considérations, en dépit de la haute valeur que je leur attribue, n'intéressaient-elle pas spécialement Pinel, ou étaient-elles trop personnelles à leur auteur pour pouvoir lui être soufflées sans risquer de provoquer ses protestations et celles des autres membres de son groupe.

Resterait, toutefois, dans ce cas, à expliquer pourquoi Cabanis, qui ne devait pas craindre d'accuser, à la légère, Bichat, de lui avoir emprunté, sans le citer, quelques idées, ne s'est livré, dans son Avertissement de l'an XII, à aucune revendication de priorité contre le médecin de la Salpêtrière et que, dans une Note de l'édition correspondante (I, 286) il ait semblé, au contraire, prendre plaisir à le féliciter d'avoir réussi «un des plus heureux essais de classification..., un compendium exact et complet de médecine pratique ».

Se serait-il borné à garder le silence que celui-ci pourrait se comprendre à la rigueur : — 1° par une hésitation naturelle, au moment de mettre les pieds dans le plat, en produisant ses revendications à risquer de rompre les liens d'une vieille amitié (considération qui n'intervenait pas vis-à-vis de Bichat, avec lequel il semble n'avoir jamais eu de relations suivies d'amitié ou de camaraderie, et dont la mort venait d'ailleurs d'être annoncée) ; — 2° par la difficulté de justifier devant l'opinion savante une telle réclamation en une matière où il était déjà de règle et d'usage de s'en rapporter, pour établir la filiation historique des idées, à leurs dates de publication.

Mais ces raisons laisseraient sans explication son empressement à encenser un collègue assez peu délicat (dans ladite supposition?) pour lui avoir chipé plusieurs de ses vues, en profitant de son retard à les rendre publiques, par l'intermédiaire de la presse.

Aussi inclinerais-je plus volontiers à croire que son habitude (renouvelée de celle de Diderot) de porter à la connaissance et de livrer à la discussion des membres de son Cercle, ses idées au fur et à mesure qu'elles prenaient forme dans son cerveau, sans attendre qu'elles fûssent imprimées, mettait-elle Cabanis, au bout de peu de temps, dans la quasi-impossibilité de délimiter, avec certitude et précision, ce qui lui revenait en propre dans l'élaboration des théories qu'il tardait à publier et ce qui pouvait revenir à ses divers interlocuteurs, et que, dans ces conditions, son naturel bienveillant n'ait pu se résoudre à suspecter Pinel d'avoir cherché malhonnêtement à s'approprier une série d'opinions portées à sa connaissance, puis discutées en commun. Peut-être aussi était-il indifférent au chapardage de ses vues secondaires pouvu qu'on ne lui contestât pas la propriété des principales ; ou lui suffisait-il d'être assuré que les membres de son groupe, qui représentaient son opinion publique, savaient à quoi s'en tenir et n'étaient pas dupes d'une présomption d'antériorité, tirée exclusivement des dates de deux publications.

Il aurait adopté, dès ce moment, la ligne de conduite qu'il devait suivre ultérieurement à l'égard de Richerand, lorsque celui-ci fit paraître, en 1800, son « Traité de Physiologie » (bientôt traduit en 17 langues, avec d'innombrables éditions) issu d'entretiens dont l'animateur du salon d'Auteuil semble avoir été le premier inspirateur et le principal interlocuteur et qui ressemblait tellement à celui dont il préparait l'impression, qu'il jugea inutile de donner suite à cette dernière, préférant renoncer à sa publication plutôt que d'ouvrir la porte à une polémique susceptible de le brouiller avec son jeune confrère et ami, inculpé plus tard, à tort ou à raison, de trop de «savoir-faire », par Sainte-Beuve son ancien Externe.

En un mot, il se serait comporté vis-à-vis de Pinel et ensuite de Richerand, comme Diderot vis-à-vis de Mme de Puyseux, du baron d'Holbach, de Grimm, de l'abbé Raynal, de l'abbé Galiani, etc... ; comme, au siècle suivant, Benjamin Constant devait se comporter à l'égard de la mère de *Corinne*, procédant, dans ce roman, sans citer aucunement le principal fécondateur de son cerveau (sinon de son sein), à la prestigieuse illustration du thème principal d'*Aldophe* encore inédit.

Cela rappelé à propos d'une question de priorité particulièrement délicate à trancher, il est temps de passer à l'appréciation de l'Essai lui-même, en nous arrêtant d'abord à cette épithète de *Révolutions*, adoptée par Cabanis comme par Pinel, pour caractériser les modifications survenues dans la formulation de la pensée médicale, depuis ses premiers balbutiements connus jusqu'à la fin du XVIIIe siècle.

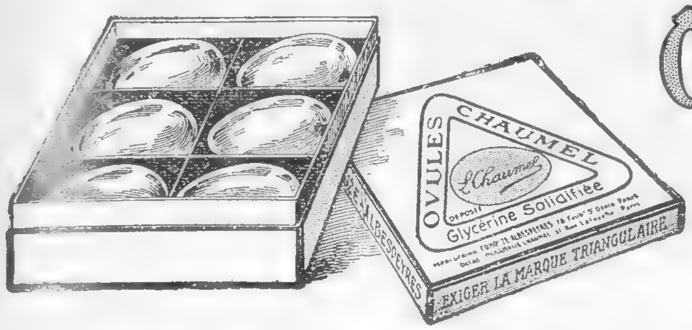
On pourrait supposer, de prime abord, que, dans leur choix de ce titre, nos deux chroniqueurs se sont laissé suggestionner par le spectacle des commotions politiques qui se déroulaient sous leurs yeux, au point de transposer inconsciemment dans l'histoire de notre Art la terminologie en faveur sur la place publique.

Mais cette supposition ne résiste pas à la lecture attentive de leurs relations respectives qui donne très nettement l'impression que, s'ils ont présenté l'évolution de la Médecine sous l'aspect d'une série de révolutions, c'est qu'ils n'ont pas trouvé de terme plus adéquat pour caractériser l'alternance des points de vue, le plus souvent opposés et contradictoires, dont s'est tour à tour inspiré l'Art de guérir.

Il y aurait donc, dans ce cas, contradiction entre leur manière de voir et celle défendue ultérieurement par A. Comte et la presque unanimité de ses disciples, — se persuadant et essayant de persuader autrui que l'entendement humain ne saurait, en raison de sa constitution, passer brusquement d'un point de vue quelconque à un point de vue opposé, sans risquer de chavirer dans la folie ; que, par suite, la marche des idées ne devrait, en aucun cas, être comparée à une révolution, qu'elle correspond toujours nécessairement à une évolution ; — s'obstinant, en raison de cette thèse préconçue, à présenter l'ontologie ou la métaphysique, ce résidu évident de l'anthropomorphisme théologique, comme la deuxième étape fondamentale atteinte par la mentalité humaine dans son ascension spontanée, vers la vérité, comme le trait d'union indispensable entre la théologie et le positivisme, et ne voyant dans le Matérialisme qu'une simple déviation contingente et secondaire de la pensée scientifique, au lieu de le reconnaître comme la seconde phase essentielle par laquelle passe inévitablement l'Entendement dans son évolution spontanée, lorsqu'il a épuisé la méthode anthropomorphique et avant de s'engager dans la voie positive.

A s'en rapporter aux investigations de nos deux auteurs, il semble bien que l'histoire de notre Art leur donne raison contre le grand philosophe, car il suffit de feuilleter leurs succinctes annales pour se convaincre que les mutations répétées de la pensée médicale en matière de pathologie générale, loin de s'être opérées constamment par transitions, se sont le plus souvent effectuées par saute inopinée, d'un point de vue à un autre opposé ; qu'à maintes reprises, une interprétation doctrinale, prépondérante depuis un certain temps, a dû, plus ou moins brusquement, céder le pas à une doctrine, adverse, quitte à reparaître victorieusement sous un nouveau costume et à supplanter sa ou ses rivales, après une éclipse plus ou moins profonde et prolongée dont la durée a été généralement employée à ramasser, en un faisceau redoutable ses arguments contre l'Ecole victorieuse et à modifier ses propres formules pour les ajuster aux acquisitions nouvelles de l'observation, de l'expérience.

Ainsi en a-t-il été des alternatives de prévalence entre les Ecoles s'inspirant les unes du point de vue anthropomor-


OVULES
CHAUMEL
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE


SIROP
SIROP
DE DENTITION
du Dr DELABARRE

phique, les autres du point de vue matérialiste, les troisièmes du point de vue empirico-positiviste.

Venons-nous, d'autre part, à laisser de côté la phylogénie pour envisager l'ontogénie, que nous voyons le développement individuel corroborer, dans la généralité des cas, les principaux traits de l'évolution de l'espèce, en la personne des jeunes gens cultivés de notre temps qui, à partir d'environ 15 ou 16 ans et jusqu'à 25 ans et plus, indépendamment de leur tendance à prendre le contre-pied de leurs générateurs, oscillent le plus souvent et à diverses reprises du spiritualisme au monisme et vice-versa, avant de se fixer sur l'une ou l'autre de ces synthèses opposées, ou d'aboutir au Positivisme, conciliateur, dans une certaine mesure, de leurs prétentions réciproques.

Toutefois, l'analyse attentive des documents relatifs à l'une ou à l'autre de ces manières de voir, permet, si je ne m'abuse, d'introduire cette remarque conciliatrice entre l'opinion des Comtistes et celle de Cabanis et de Pinel, que l'esprit humain paraît tendre réellement à évoluer par gradation tant que, dans sa prospection, il peut suivre le même filon. C'est pourquoi le voit-on, sitôt engagé dans la filière anthropomorphique, avancer du fétichisme primitif à l'animisme spontané, de celui-ci au polythéisme, du polythéisme au monothéisme, de ce dernier à la métaphysique ; que, sur la route matérialiste, il a évolué du matérialisme mathématique au matérialisme physique, de celui-ci au matérialisme chimique, puis au matérialisme biologique ; que, sur la voie de l'empirisme il a progressé de celui trop borné de Acron d'Agrigente, à l'empirisme raisonné d'Hippocrate, de Sydenham, etc., jusqu'à celui de Cabanis, de Pinel, etc., pour aboutir enfin au Positivisme de A. Comte, de Cl. Bernard, fécondant heureusement l'observation par le raisonnement, sans craindre de faire appel ouvertement à l'hypothèse et à la théorie, en ayant soin seulement de toujours subordonner, en fin de compte, les suggestions de l'imagination aux résultats de l'investigation expérimentale. Ce serait seulement lorsqu'il se bute à un obstacle apparemment infranchissable, qu'on le verrait revenir sur ses pas pour s'engager dans une route opposée et la suivre tant qu'elle reste perméable. Viendrait-il à la trouver obstruée à son tour, qu'il n'hésiterait pas à prendre une troisième direction, quitte, au besoin, en cas de nouvel obstacle, à reprendre l'une des voies précédemment abandonnées, pour peu qu'elle soit redevenue libre.

La marche de l'esprit humain dans ce cas, ne serait d'ailleurs pas sans analogie avec celle qu'il peut suivre dans le domaine politique où, du propre aveu d'A. Comte, l'opinion publique, au sein de la société française, n'a guère cessé, depuis plusieurs générations, d'osciller subitement de la rétrogradation à la révolution et *vice versa*, c'est-à-dire d'un extrême à l'autre, selon que le cours des événements faisait sentir plus ou moins vivement, aux contemporains, le besoin de l'ordre ou celui du progrès.

Ce phénomène de va-et-vient se retrouve d'ailleurs dans toute l'histoire du passé post-fétichique de notre race, avec cette réserve que la tendance dont il est la manifestation était naguère plus ou moins amortie par ses guides théologiques ou philosophiques, ennemis de l'esprit critique et qui s'ingéniaient à maintenir la liaison entre les prédécesseurs et les successeurs, à l'aide de traditions, dont ils prenaient soin d'assurer la transmission, sous forme de préjugés, par un dressage approprié des individus.

Aux seules heures de crise religieuse, se manifestaient des ruptures de continuité entre le présent et le plus récent passé, comme celle rendue par Corneille dans sa tragédie de Polyeucte, où s'accusent, à l'insu probable du poétique traducteur de l'*Imitation*, les tendances individualistes, anti sociales, révolutionnaires, anarchistes du christianisme évangélique, — poussant, selon la remarque de Pierre Laffitte, le triste héros du drame à se précipiter dans le temple païen, à la manière d'un fou furieux pour tenter, avec l'aide du fidèle Néarque, et sans aucune provocation, de jeter bas les autels et les statues des dieux révérés de ses pères et de ses concitoyens, — entraînant Pauline, jusque-là si digne et si sympathique dans son attitude de païenne, respectueuse des institutions sociales de sa patrie, et des liens familiaux qu'elle imposait, notamment de l'autorité paternelle, à s'enorgueillir devant Sévère (l'homme d'Etat positiviste) qui l'adore discrètement, d'être devenue, sous l'inspiration de son fanatique époux, « saintement rebelle aux lois de la naissance... ».

Et encore arrivait-il que les générations qui se trouvaient ainsi amenées à briser avec leurs antécédents immédiats, cherchaient instinctivement à se raccrocher à des antécédents antérieurs, tant le fétichisme avec son culte plurimillénaire des ancêtres et le régime théocratique, avaient laissé des traces profondes dans les consciences, ancré en elles le respect du passé et continuaient à agir en dépit de la disparition des dogmes correspondants. Ainsi, voyons-nous, — le Christianisme, l'Islamisme, le Protestantisme chercher, tour à tour, à se greffer sur l'ancien Testament au lendemain de leur rupture, soit avec le Polythéisme gréco-romain, soit avec l'idolâtrie arabe, soit avec le catholicisme romain, — les préparateurs et les artisans de la Révolution française invoquer les antécédents gréco-romains pendant qu'ils répudiaient le Moyen-Age, — Comte et ses disciples français s'appuyer sur leurs ancêtres catholico-féodaux, au cours de leur réaction contre la métaphysique révolutionnaire issue du XVIIIe siècle.

Mais depuis la quasi-disparition, ou l'affaiblissement des disciplines théologiques ou philosophiques qui servaient de support à ce respect du passé et, en raison des efforts insuffisants de la religion positiviste, pour restaurer cette continuité entre les générations, il semble que chacune d'elles se plaise à prendre le contre-pied de celle qui lui a donné naissance (sans, d'ailleurs, se soucier davantage des antérieures), plus frappée, semble-t-il, de ses insuffisances inévitables que de sa contribution effective à l'œuvre de la civilisation.

Les revirements d'idées et de sentiments se succèdent de notre temps, à une telle cadence, lors de l'avènement de chaque génération à la vie publique, que la tendance dont ils sont le reflet, a pu être représentée par Jacob Wassermann dans *le Cas Maurizius* comme une loi « de nature » dont le père et le fils Andergast sont appelés à fournir l'illustration (in *Rev. de Paris*, 1er-2-1929.)

Ajoutons que, selon une très juste remarque de Marcel Prévost dans *Le Journal*, ces dispositions ont été, de telle sorte, exacerbées par la déplorable guerre civile mondiale de 1914, qu'elles dressent maintenant en adversaires, presque en ennemis, les adultes ayant atteint leur majorité avant ou après 1914, ceux-là exagérément fiers de leur culture cérébrale, ceux-ci s'enorgueillissant, outre mesure, de leur entraînement sportif.

Observation phylogénique et observation ontogénique semblent donc témoigner d'une façon concordante, contre l'opinion d'A. Comte et en faveur de celle de Cabanis et Pinel.

Ceux-ci auraient-ils tort d'ailleurs sur ce point, que Cabanis mériterait néanmoins d'être hautement félicité — d'avoir perçu la tendance spontanée de l'esprit humain à toujours construire l'hypothèse la plus simple en rapport avec l'ensemble des renseignements qu'il possède, et à croire, de prime abord, à la conformité de cette hypothèse avec la réalité ; — d'avoir souligné le danger de son inclination, déjà dénoncée par F. Bacon, à prétendre expliquer d'emblée ce qu'il ignore par ce qu'il sait ou croit savoir, à conclure témérairement de l'un à l'autre, sans se préoccuper de rechercher si l'introduction de facteurs nouveaux dans les problèmes à résoudre ne rend pas ceux-ci justiciables de formules nouvelles adaptées à une complexité plus grande de leur énoncé ; — d'avoir reconnu et proclamé la dépendance de l'évolution de notre Art par rapport à la progression des sciences qui lui sont corrélatives ; par rapport à la philosophie elle-même ou aux conceptions prévalentes sur la nature de l'homme et du monde, sur les rapports du subjectif et de l'objectif ; — de s'être appliqué, sur les traces de F. Bacon, de Diderot, de Montesquieu, de Hume, d'Adam Smith, etc., à introduire effectivement l'esprit relatif dans le domaine historique (avant que Comte ait préconisé cette introduction d'une façon systématique) ; conséquemment, de s'être essayé consciencieusement, sans peut être y avoir réussi toujours, à n'apprécier les

divers médecins et leurs doctrines, qu'en fonction des conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils ont vécu et spéculé.

Partant de là, notre auteur reprend la thèse déjà soutenue dans son premier Essai, et voit le point de départ de notre Art dans le désir qu'épouve spontanément l'être humain d'échapper et de soustraire ses proches à la souffrance, désir qui incite chaque patient à chercher instinctivement la position la plus favorable pour calmer et éviter la douleur, à plier, par exemple, plus ou moins le genou atteint d'arthrite avec épanchement ; à boire quand il a la fièvre ; à fuir le bruit et la lumière quand il a mal à la tête, etc.; qui sollicite l'entourage des malades à s'ingénier, trop souvent mal à propos, pour les soulager. Aussi fait-il remonter son origine à l'apparition des premières agglomérations sociales.

Rapprochant ces données de celles fournies par l'examen des plus anciennes traditions communes aux divers peuples civilisés, confrontant les unes et les autres avec les observations recueillies par les explorateurs chez les populations qui paraissaient les plus arriérées du globe (Nouvelle-Hollande, Nouvelle-Zélande, Laponie, Groenland, indigènes de l'Amérique et de l'intérieur de l'Afrique, etc.., I, 33) et qui, par cela même, lui semblaient devoir le moins s'écarter de la condition première du genre humain, il conclut que la Médecine fut d'abord spontanément anthropomorphique, en raison de la tendance première de l'Entendement à animer les êtres mobiles ou immobiles, les principaux phénomènes ambiants, nos concepts eux mêmes d'une vie analogue à la nôtre; à doter certains de ces êtres ou de ces phénomènes, érigés en dieux, d'une puissance supérieure, à les supposer aptes à ressentir des sentiments bienveillants ou malveillants à l'égard des mortels, et, dans ce dernier cas, susceptibles de conférer la santé ou d'envoyer la maladie comme marques de leur satisfaction ou de leur déplaisir

Conséquemment, il évoque notre Art, d'abord à l'état de fétichique, puis à l'état animiste (celui-ci dérivé de la croyance probablement suggérée par les rêves à une âme distincte du corps que posséderaient l'homme et, à son instar, les autres êtres), avant de devenir théologico-métaphysique, puis matérialiste, puis empirico-positiviste.

Il le montre : exercé d'abord par les malades et leur entourage ; puis, dès que s'ébauchent les spécialisations des fonctions et la différenciation corrélative des organes au sein des premiers groupements humains, par des sorciers ou des jongleurs, s'attribuant le pouvoir de fléchir, par des prières, ou de corrompre par des présents les Fétiches ou les Esprits mal disposés ; cultivé ensuite par des classes de prêtres se proposant le même but en se réservant le monopole des interventions efficaces auprès des dieux créés par leur imagination, rendus, par elle, sensibles aux offrandes et aux sacrifices propitiatoires ; abordé ultérieurement, spécialement en Grèce par une corporation philosophique qui, grâce à de favorables conditions politiques, avait pu se détacher du tronc sacerdotal, plus tôt qu'ailleurs, pour se constituer en un groupement séparé ; tombant finalement entre les mains d'une classe nouvelle, distincte des précédentes, celle des médecins.

Sans doute, est-il peu prolixe sur la période fétichique et sur la période de l'animisme spontané non coordonné, qui paraissent avoir été, en réalité, fort longues, mais son laconisme n'a rien de surprenant, et ne saurait guère lui être reproché, en l'absence des nombreux documents recueillis depuis, et interprétés avec tant de sagacité, de pénétration, par Sir James Frazer, L. Lévy-Bruhl, etc... De même, et pour des motifs analogues, laisse-t-il de côté la médecine chez les Hindous brahmaniques.

Mais il s'étend davantage sur son état théocratique chez les polythéistes de la Chaldée, de la Babylonie, de l'Egypte, de la Grèce, de la Gaule, chez les Juifs monothéistes. Il la montre exercée chez eux par des prêtres groupés en castes, qui, naturellement, interprétaient les phénomènes de la santé ou de la maladie, conformément aux croyances surnaturelles dont ils étaient imbus, et qu'ils prêchaient. Malheureusement, influencé par la réaction anticléricale propre au XVIIIe siècle, et issue de la démoralisation de ses ecclésiastiques, il ne voit, dans les ministres des divers cultes que de rusés imposteurs, des « fainéants avides et menteurs » (I, 47), des « dominateurs hypocrites », des « oppresseurs » (I, 42) etc.., « vivant de la crédulité publique, qui se seraient emparés de la médecine et en auraient gardé longtemps le monopole pour dominer plus sûrement le troupeau humain », au lieu de les considérer comme les premières dupes, par suggestion et auto-suggestion, des croyances surnaturelles qu'ils avaient élaborées ou qu'on leur avait inculquées et qu'ils avaient mission de propager.

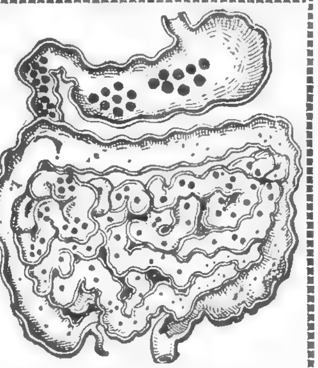
Il semble cependant admettre la légitimité provisoire du régime des castes lorsqu'il prend soin de noter que *la loi « qui liait le fils aux travaux de son père avait, sans doute, pour but de faire hériter chaque âge des découvertes du précédent* ». (I, 45)

De plus, il signale (I, 43) que l usage où on était en Egypte d'embaumer les cadavres avait dû conduire ses prêtres médecin à quelques découvertes en anatomie, prévision vérifiée par le déchiffrement du papyrus Ebers qui, d'après Ménétrier, daterait d'environ 1500 ans avant Jésus-Christ et qui nous met au courant de leurs connaissances fragmentaires sur la distribution des vaisseaux ; par celui du papyrus Edwin Smith dont l'origine remonte peut-être à la première dynastie (XXXIIIe ou XXXIVe siècle, aux temps des pharaons Usephais et Sened) et qui, au dire d'Abel Rey, refléterait un positivisme déconcertant pour l'époque, en instaurant une science positive et humaine, toute technique, sans théorie métaphysique, à peine teintée de Magie.

Pourquoi faut-il qu'après avoir ainsi retracé la phase théocratique de notre Art et abordant son histoire au sein du polythéisme intellectuel des Hellènes, il commence par se mettre bénévolement en contradiction avec lui même : en déclarant, d'une part (p. 47) qu'en Grèce, la Médecine fut d abord, à l'imitation de l Egypte, cultivée dans les temples »; en affirmant, d'autre part (p. 35 à 40, 52), qu'elle fut exercée d'abord, par les poètes, puis par les héros, « hommes riches et puissants qui cherchaient à consacrer leur pouvoir et leurs richesses en devenant utiles à leurs concitoyens (tels Chiron, Ariste, Thésée, Talamon, Teucer, Patrocle, Antolicus, Ulysse... », avant de tomber entre les mains des prêtres. Il néglige d'ailleurs d'étayer d'aucune démonstration la seconde de ces assertions, contredite par les recherches des érudits, à peu près tous d'accord pour admettre, conformément aux indications d'A. Comte, que les castes sacerdotales ont surgi au sein des premières formations sociales, comme une différenciation très précoce, antérieure à celle des poètes, antérieure même à celle des guerriers ou contemporaine d'elle, et englobant l'ensemble des fonctions spirituelles, y compris la poésie, la philosophie, la médecine qui ne devaient assumer une existence indépendante avec leurs organes propres, que longtemps après.

Il nous montre, répartis en corporations héréditaires, ces prêtres qui, après avoir décomposé, par l'analyse, la nature humaine et l'organisme social en leurs principaux éléments constituants, avaient extériorisé, projeté au dehors ceux-ci sous forme de divinités correspondantes (parmi lesquelles Esculape, dieu de la Médecine), représentatives des principaux modes d'existence et d'activité de l'être individuel ou collectif, et qui, naturellement, s'étaient empressés d'interpréter les maladies d'après cette conception et d'exercer, en conséquence, leur ministère médical ; attribuant, par exemple, l'épidémie, née dans le camp des Grecs envahisseurs de la Trojade, au courroux d'Apollon, irrité de l'accueil injurieux réservé à son sacrificateur, le père de « la belle Chryséis, aux yeux d'ébène », par l'aîné des Atrides, et cherchant à conjurer ses ravages, en apaisant le fils de Latone par des cérémonies expiatoires (*Iliade*, ch. I) ; imputant à Jéhovah, étrangement docile, en la circonstance, aux suggestions de Satan, les affections dont souffrait le pauvre Job sur son fumier, etc...

A retenir cependant que si Cabanis n'échappe pas à l'emprise des préjugés de son temps et de son milieu sur la gent sacerdotale, il ne va pas jusqu'à nier, *a priori*, purement et simplement, à la façon de la plupart des esprits forts de sa génération, les guérisons d'apparence miraculeuse attribuées



à l'intervention des ministres d'Esculape. Bien plus, il s'ingénie à expliquer naturellement leurs cures, plus ou moins merveilleuses, par les conditions des milieux cosmologiques et sociaux au sein desquels ils opéraient, par la psychologie spéciale des sujets dont ils entreprenaient le traitement. Et s'il ne prononce pas le mot de *suggestion*, il sous-entend évidemment la chose dans les lignes suivantes, écrites près d'un siècle avant les révélations sensationnelles de l'Ecole de Nancy et de l'Ecole de la Salpêtrière (révélations dont E. Zola a su tirer un si fructueux parti dans son roman de *Lourdes*) : « Beaucoup de guérisons », écrit-il, p. 50, « devaient s'opérer par la distraction que les malades trouvaient sur leur route, en se rendant aux temples situés sur des hauteurs et dans une belle exposition, par la pureté de l'air qu'on y respirait, à cause de l'élévation du sol et des bois dont les édifices sacrés étaient entourés..., par ces impressions vivifiantes que les sites élevés produisent sur l'homme et même sur la plupart des animaux, enfin par *l'espérance plus vivifiante encore* », espérance qu'exaltait la lecture des innombrables inscriptions tracées par les pèlerins malades sur « les murs et les colonnes des temples » (analogues à celles qu'on peut relever à Lourdes et à la Salette) et qui, toutes, relataient en un style enthousiaste « l'histoire des maladies et celle des traitements employés avec succès, d'après le conseil du dieu » (I, 51) adoré dans la localité.

Il ne lui manque guère que le terme de *suggestion* pour caractériser et expliquer scientifiquement le phénomène « *miracle* » en pathologie. En tout cas, il y a-t-il loin de son attitude à celle de la plupart des publicistes ses contemporains, trop empressés à nier catégoriquement ce qui dépassait leur compréhension, et son comportement ne laisse pas que d'être déjà symptomatique de la supériorité mentale des médecins sur les littérateurs.

Il relate ensuite comment, en Grèce, la Médecine finit par attirer et fixer l'attention des Philosophes qui, en raison de circonstances politico-sociales propres à ce pays et postérieurement éclaircies par A. Comte et P. Laffitte, avaient réussi, plus tôt qu'ailleurs, à s'isoler du sacerdoce, et qui, nonobstant l'extrême divergence de leurs vues particulières, s'accordaient, pour la plupart, à vouloir déduire, *a priori*, l'inconnu du connu ou du pseudo-connu, ce qu'ils ignoraient de ce qu'ils connaissaient ou croyaient connaître, incapables « de renoncer au désir si naturel d'appliquer à ce que l'on apprend ce que l'on sait déjà » (I, 139) ou ce que l'on croit savoir, et à conclure témérairement de l'un à l'autre.

Il s'attache alors à montrer — comment les uns, se basant sur leurs observations de la nature humaine et l'interprétation qu'ils avaient tirée de son étude, cherchèrent à déduire, de cette interprétation, le mode de production et de guérison des phénomènes pathologiques ; comment, nourris « dans la scholastique du temps », ils ne pouvaient « en écarter toujours les méthodes, les formules, les hypothèses » (I, 140) ; — comment d'autres, pleins « de confiance dans les procédés rigoureux et sûrs de la géométrie » et des sciences physico-chimiques, devaient presque fatalement succomber à la tentation matérialiste de « les faire entrer quelquefois », puis d'une façon prépondérante dans la médecine « à laquelle il serait si glorieux sans doute de faire perdre son caractère mobile et, trop souvent incertain » (I. 140); — comment d'autres enfin, déçus par la faillite de presque toutes les affirmations déductives des dogmatistes (anthropomorphiques ou monistes) préféraient s'en tenir à l'observation pure et simple des êtres et des phénomènes sans chercher à coordonner les résultats de leurs constatations par aucune hypothèse ou aucune théorie, conduite qui les condamnait à l'empirisme le plus terre à terre, le moins fécond.

Les premiers, partant de leur point de vue anthropomorphique ou sociomorphique, ne firent guère que modifier, dans un sens un peu plus rationaliste mais toujours subjectif, les théories médicales des prêtres, en remplaçant peu à peu les

Divinités par des « Entités » dotées, elles aussi, d'attributs humains et dont la principale fut la Nature, sous l'égide de laquelle s'épanouirent, dans leur acception métaphysique, la diathèse, le génie épidémique, les fièvres essentielles, l'idiosyncrasie, etc...

Les seconds, partant de l'observation du monde extérieur et de la connaissance qu'ils possédaient ou croyaient posséder de sa constitution et de ses phénomènes les plus généraux, prétendaient non seulement aller du connu à l'inconnu, mais deviner celui-ci d'après celui-là à l'aide du raisonnement, conclure déductivement de l'un à l'autre, en imposant à l'interprétation des phénomènes très complexes, les formules ou lois qui leur avaient servi pour rendre compte des plus simples, et qui, dans ce cas, leur avaient paru recevoir la confirmation de l'expérience.

« Ces philosophes firent donc perdre à la médecine son caractère hypocrite et superstitieux : ils transformèrent une doctrine occulte et sacerdotale en science vulgaire, en art usuel. Cette révolution fut infiniment utile ; elle le fut également à la médecine et à la philosophie. Mais, il faut en convenir,ses heureux effets se trouvèrent, en quelque sorte, identifiés avec de graves inconvénients. En remédiant à des défauts, on tomba dant un excès... Non contents d'appliquer à la médecine cette métaphysique générale et supérieure qui plane sur toutes les sciences... » (?) ils « s'efforcèrent d'y transporter les prétendues lois de leur physique et différentes autres hypothèses d'autant plus fécondes en erreurs dans cette application que leurs objets particuliers étaient absolument étrangers à l'étude du corps vivant». Ainsi, Pythagore voulait expliquer les lois de l'économie animale, l'éclosion « des maladies, l'ordre de leurs phénomènes, l'action des médicaments, par la puissance des nombres ; Démocrite par le mouvement et par les rapports de forme ou de situation des atomes ; Héraclite, par les diverses modifications que peut éprouver l'influence du feu, créateur et conservateur de l'univers. Il était naturel que l'hypothèse dont chacun se servait pour concervoir la production de tous les êtres, leur fournit aussi l'explication de cette suite de faits que présentent leur développement, l'action exercée sur eux par les autres substances, les altérations dont ils sont susceptibles, et leur destruction finale, ou le changement de forme que nous appelons leur mort. De là, naquirent tant de futiles théories qu'on retrouve encore dans les ouvrages de Platon, d'Aristote, de Plutarque, et dont ceux d'Hippocrate lui-même ne sont pas entièrement dégagés. Par exemple, Empédocle, disciple de Pythagore, composait la chair des 4 éléments unis dans une égale proportion ; il faisait refroidir les nerfs par l'action de l'air extérieur pour donner naissance aux ongles ; il mettait le sang dans un état de fonte et il en voyait résulter la sueur et les larmes ; enfin il unissait la terre et l'eau pour former la charpente osseuse des corps vivants. Timée de Locres, avait imaginé une cosmogonie nouvelle : il en faisait aussi découler ses vues physiologiques et ses plans de traitement. Eudoxe, Epicharme, Démocède, etc., suivaient les sentiments de l'Ecole italique fondée par Pythagore : et leur médecine avait pour base et pour guide cette philosophie si célèbre et pourtant si mal connue, même chez les anciens, mais pour laquelle, en considérant ses utiles résultats politiques et moraux, il est impossible de ne pas éprouver un sentiment de respect » (I, 56.)

Comme on le voit, notre historien ne cache pas sa sympathique estime à l'endroit de l'Ecole pythagoricienne pour laquelle «le système des nombres aurait été.. ce que l'algèbre est devenue, à plusieurs égards, pour les modernes, la méthode et presque la langue universelle des sciences » (I, 82.)

Il convient d'ailleurs d'ajouter aux commentaires de Cabanis que si Pythagore s'est avéré nettement matérialiste, sur le terrain *abstrait*, en voulant rendre compte des phénomènes de la physiologie et de la pathologie par les seules lois de la numération, il semble s'être révélé concurremment spiritualiste ou tout au moins panthéiste dans l'ordre *concret*, — en supposant, comme l'a rappelé notre confrère le Dr G. Pennetier dans son remarquable *Disc urs sur l'évolution des Connaissances en Histoire naturelle*, que le corps humain était pourvu d'une âme à la fois active et intelligente, dont la partie active s'éteignait avec la vie individuelle, tandis que la partie douée d'intelligence, se détachait du cadavre pour al-

ler animer d'autres corps (métempsychose), — en avançant, sans l'ombre d'une preuve, *que la matière universelle (macroscome) était régie par une âme du monde, puissance à la fois active et intelligente, analogue à l'âme qui vivifiait la matière humaine* (microscome).

A ce propos, peut-être serait-on en droit de reprocher à notre Essayiste de n'avoir pas su distinguer entre le matérialisme *abstrait* qui vise à expliquer les phénomènes les plus complexes, par les seules lois des phénomènes les plus simples (notamment ceux de la biologie par les lois de la cosmologie), et le matérialisme *concret* qui suppose une filiation entre l'homogène et l'hétérogène, entre les êtres les plus différenciés et les plus simples, qui vise à découvrir cette filiation et dont les adeptes escomptent audacieusement l'avenir, en anticipant sur le résultat des travaux ultérieurs. Mais il convient de mentionner à sa décharge, — d'une part qu'il a fallu attendre jusqu'à A. Comte pour voir cette distinction nettement établie, — d'autre part que Cabanis semble en avoir eu implicitement sinon explicitement conscience, en rendant incidemment hommage aux « alchimistes Arnaud de Villeneuve, Raymond Lulle, Isaac le Hollandais, Paracelse » d'avoir « déjà reconnu qu'il est nécessaire de séparer l'étude de l'économie vivante de celle de la matière morte, et que tout ce qui sent et vit est soumis à d'autres lois que celles qui régissent les corps inanimés » (I, 110), d'où la conclusion, qu'à l'inverse de Pythagore, tout en étant matérialistes dans l'ordre concret puisqu'ils cherchaient à fabriquer de l'or avec d'autres subtances communes, ils cessaient de l'être dans l'ordre abstrait.

Quant aux Empiriques qui, en présence des erreurs auxquelles conduisait si fréquemment la déduction, sauf en mathématique, restaient obnubilés par la crainte des dangers inhérents à l'usage des théories et s'imposaient, à la suite du philosophe d'Agrigente, de rejeter « toute hypothèse comme corruptrice de l'observation » (I, 86), au lieu de voir en celle-là l'instigatrice de l'investigation positive, et voulaient « presque bannir le raisonnement de leur pratique et la réduire à l'observation pure et simple des faits » (I, 418), — Cabanis excelle à démontrer qu'ils rendaient celle-ci stérile et se condamnaient à ramper misérablement sur le sol par crainte de tomber de leur hauteur en se servant de leurs membres inférieurs, agents *sine qua non* de la déambulation.

(*A suivre.*)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Septicémie streptococcique d'origine otique ; guérison par le sérum antistreptococcique de Vincent.

M. Jousseaume rapporte (de Rouen) (*S. de laryng. des hôp. de Paris*, 20 juin 1932) l'observation d'un malade atteint de septicémie streptococcique d'origine otique avec hémoculture positive, abcès sous-cutanés multiples avec présence de streptocoques dans le pus. Guérison après injections de 580 cmc. de sérum antistreptococcique de Vincent dont 380 cmc. par voie intra-veineuse.

Zona et traumatisme

MM. Sézary, Horowitz et Gallot (*S. fr. de derm. et de syph.*, 9 juin 1932) à propos d'un cas de zona cervical consécutif à une brûlure du cou par solution chlorhydrique, soulèvent le problème des rapports du zona et du traumatisme. Les auteurs admettent la possibilité de ces rapports, en discutent les conditions et considèrent que, dans certaines observations, le zona peut être considéré comme un accident du travail.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 40 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 1er OCTOBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies .... 40 fr.
Etudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Etranger 1re zone .... 70 fr.
Etranger 2e zone .... 90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec
A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
M. CHIFOLIAU, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
A. CLERC, Professeur de Pathologie interne, Médecin de l'Hôpital Lariboisière
H. CODET, Ancien Chef de Clinique psychiatrique
C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Accoucheur de la Pitié
Ch. LENORMANT, Professeur de Pathologie chirurgicale, Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'Ecole d'Anthropologie
A. PHILIBERT, Professeur agrégé à la Faculté
Félix RAMOND, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
A. SÉZARY, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital St-Louis
Henri VIGNES, Professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF :
Maurice LOEPER
Professeur de Therapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de la Pitié

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :
Maurice GENTY

Les Bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

XXIIe Congrès français de médecine. — Ce Congrès se tiendra à Paris du lundi 10 au mercredi 12 octobre 1932, sous le haut patronage de M. le Président de la République et sous la présidence de M. le Professeur Fernand Bezançon.

Faculté de médecine de Paris. — CHAIRE DE PHYSIOLOGIE. *Demonstrations pratiques de physiologie chirurgicale.* — Des démonstrations quotidiennes de physiologie seront faites par le Professeur Léon BINET, assisté du Professeur Jean VERNE, de M. P. CHAILLEY-BERT, agrégé, de MM. R. GAYET et P. GLEY, A. ARNAUDET et P. GABRIEL, du 24 au 29 octobre 1932.

Elles seront essentiellement pratiques et s'adressent à MM. les candidats à l'*adjuvat* ou au *prosectorat*.

Elles auront lieu tous les jours, à 14 heures, au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine.

Travaux pratiques de physique. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de physique aura lieu, à partir du jeudi 6 octobre 1932.

A cette série pourront s'inscrire : 1° les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque. 2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en physique, avant la session d'examens du mois de novembre.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 100 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures.

Clinique thérapeutique chirurgicale. — A l'hôpital de Vaugirard (389, rue de Vaugirard), un cours de radiologie clinique du tube digestif (œsophage, estomac, duodénum, intestin grêle, côlon, rectum, voies biliaires), sera fait par M. le Professeur Pierre Duval, assisté de MM. Jean Gatellier, agrégé, J.-Ch. Roux, Henri Béclère, François Moutier, Alban Girault et Pierre Porcher.

Ce cours aura lieu chaque année à partir du deuxième lundi d'octobre. En 1932, le cours commencera le lundi 10 octobre et comprendra vingt et une leçons qui auront lieu : le matin, à 9 h. 30, le soir à 17 h. 30.

Clinique thérapeutique chirurgicale. — M. P. PORCHER radiologiste des hôpitaux, chargé de la consultation de gastrophotographie de la clinique, fera une série de dix conférences d'endoscopie gastrique, avec le concours de M. Fr. MOUTIER, MM. les agrégés CHAILLEY-BERT et LEROUX, de M. GODARD-MONOD.

Ces conférences auront lieu tous les jours à l'hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard, à 10 heures et à 17 h. 30. Elles seront suivies de démonstrations de technique gastroscopique (M. F. MOUTIER) et gastrophotographique (M. P. PORCHER), de 11 à 12 heures, avec examens de malades.

Vendredi 21 octobre, 17 h. 30, M. P. PORCHER : Principes généraux des méthodes d'endoscopie : historique ; applications actuelles. Morphologie normale de la muqueuse gastrique. Rapports entre la radiologie et les différentes méthodes endoscopiques.

Samedi 22 octobre, 10 heures, M. CHAILLEY-BERT : Physiologie motrice de l'estomac. Importance de la muscularis mucosæ. Modifications apportées aux contractions normales par les traumatismes internes et les agents médicamenteux.

Samedi 22 octobre, 17 h. 30 et lundi 24 octobre, 10heures M. MOUTIER : Technique de la gastroscopie : appareillage et orientation dans l'estomac (avec fantôme), préparation du malade. Technique de l'endoscopie. Champs visuels ; zones visibles, zones invisibles. Indications et contre-indications. Incidents.

Lundi 24 octobre, 17 h. 30 et mardi 25 octobre, 10 heures, M. PORCHER. Technique de la gastrophotographie avec l'appareil de J. Heilpern : appareillage, montage de la chambre photographique, préparation du malade, prise de clichés, localisation des images par rapport aux parois gastriques. Incidents. Insuccès.

Mardi 25 octobre, 17 h. 30, M. GODARD-MONOD. Technique de la gastrophotographie avec l'appareil américain « le gastrophotor ».

Mercredi 26 octobre, 10 heures, M. P. PORCHER : La photographie dans le gastroscope. Les perfectionnements à envisager en gastrophotographie.

Mercredi 26 octobre, 17 h. 30, M. R. LEROUX : Anatomie pathologique macroscopique des lésions de la muqueuse gastrique ; gastrites, ulcères, cancers.

Jeudi 27 octobre, 10 heures et 17 h. 30, M. Fr. MOUTIER : Diagnostic gastroscopique : *a*) L'estomac normal : morphologie, topographie, sécrétion et mouvements (couleurs et plis). *b*) Eléments du diagnostic : modifications anatomiques, sécrétoires motrices. Les hémorragies. *c*) Etudes analytiques des anomalies endogastriques : 1° Les gastrites ; 2° l'ulcère et ses complications ; 3° le cancer ; 4° l'estomac opéré . *d*) Les erreurs d'interprétation.

Vendredi 28 octobre, 10 heures, M. P. PORCHER : Interprétation des images gastrophotographiques : 1° La localisation des images dans l'estomac « les zones interdites » ; 2° l'aspect des lésions ; 3° les causes d'erreurs dans la localisation, dans l'interprétation des images (le mucus, les effets de réfraction).

Droit d'inscription : 150 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures ou au laboratoire n° 1.

Travaux pratiques de pharmacologie. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie aura lieu, du 10 au 17 octobre 1932 inclus, à la salle d'expérimentation des travaux pratiques de pharmacologie.

A cette série pourront s'inscrire : 1° Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque. 2° Dans la limite des places disponibles les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en pharmacologie avant la session d'examens du mois de novembre.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 125 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures.

Hôpital Lariboisière. — Dans le service de M. Devraigne, MM. Jean SEGUY et J.-E. MARCEL commenceront, le 27 octobre 1932, à 21 heures, un cours pratique de thérapeutique gynécologique médicale.

Ce cours comprendra sept leçons de deux heures chacune : exposé théorique et travaux pratiques.

PROGRAMME DU COURS. — 1. Traitement des métrites . Le filhos : M. J. SEGUY. — 2. Courant continu et courant faradique

en gynécologie : M. J.-E. MARCEL. — 3. La haute fréquence en gynécologie : Diathermie, courants de haute tension, etc., et présentation d'appareils : M. J.-E. MARCEL. — 4. La diathermocoagulation en gynécologie. Curettage diathermique : M. J.-E. MARCEL. — 5. Rayons ultra-violets et infra-rouges. Indications générales de l'électrothérapie : M. J.-E. MARCEL. — 6. Traitement de la stérilité : insufflation, lipiodol, fécondation artificielle : M. J. SEGUY. — 7. Endocrinologie ovarienne : M. J. SEGUY.

Prix du cours : 250 francs.

Les leçons théoriques auront lieu après dîner, aux jours et heures à fixer d'accord avec les élèves. Les exercices pratiques se feront par séries : le matin ou l'après-midi.

S'inscrire dans le service de M. Devraigne, à la Maternité de Lariboisière. Le nombre d'inscriptions est limité.

Hôpital Tenon. — Un cours de revision d'une semaine sur les acoustiques médicales pratiques de l'année en pathologie interne aura lieu du 7 au 12 novembre 1932, sous la direction du Professeur Emile SERGENT et de M. Camille LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, HARVIER, agrégés, médecins des hôpitaux ; FAROY, P. PRUVOST, WEISSENBACH, médecins des hôpitaux ; JOANNON, agrégé ; BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, PÉRISSON, anciens internes des hôpitaux.

Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 30 à 11 heures : Exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi : Démonstration pratique.

Comité consultatif de l'enseignement supérieur public. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale, M. Bruntz, recteur de l'Académie de Nancy, est nommé membre du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public, pour la Commission de la médecine.

Ministère de la Santé publique. — M. le Docteur Petetin licencié ès sciences, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, assistant d'urologie à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, a été nommé médecin consultant du ministère de la Santé publique (urologie).

Ministère de la Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux, le 29 octobre 1932.

S'inscrire auprès du directeur de l'inscription maritime à Bordeaux.

Asiles publics d'aliénés. — M. le Docteur Perret, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), est nommé médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord), en remplacement de M. le Docteur Carriat, appelé à un autre poste.

— Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Perret, appelé à un autre poste.

Hôpital et dispensaire français de Londres. — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er octobre 1932. Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : Etre âgé de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont sensiblement celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux médecins-résidents prenant la garde de vingt-quatre heures à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire soit au Docteur Robert Pierret (La Bourboule, Puy-de-Dôme), soit au secrétaire de l'hôpital et dispensaire français de Londres, 172 Shaftesbury Avenue, Londres W. C. 2.

Légion d'honneur. — *Réintégration dans l'ordre de la Légion d'honneur.* — Par décret présidentiel (*Journal Officiel*, numéro du 6 septembre), M. Delahaye, à Toulon, ancien médecin major de 1re classe, exclu de la Légion d'honneur par décret du 21 octobre 1922, est réintégré dans la Légion d'honneur.


La PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)


Pasta Palm
LAXATIF-PURGATIF
A BASE DE FRUITS
Figues Raisins
Dépot Général
PHARMACIE A. BAILLY
15, RUE DE ROME, PARIS 8e

Récompenses de la Mutualité. — *Médaille d'argent.* — M. Clément, à Paris.

Médailles de bronze. — MM. Dumont, à Cormeilles (Eure) ; Boussinesq, à Saint-André-de-Sangenis (Hérault) ; Pailler, à Mérigny (Indre) ; Roux, à Lorient (Morbihan) ; Blérent, à Valenciennes (Nord) ; Thoumas, à Paris.

Mention honorable. — M. Kahn, à Lunéville (Meurthe-et-Moselle).

Montpellier. — M. le Docteur Jean Cabanac est nommé prosecteur à la Faculté.

— La médaille d'or de la prévoyance sociale est décernée à M. le Docteur Albigès.

— Le nouveau pavillon de l'internat de l'hôpital suburbain (ancienne villa Fournier) a été inauguré récemment. Des discours ont été prononcés par M. Anselme Martin, chef interne des hôpitaux de Montpellier ; par M. Benjamin Milhaud, maire de Montpellier ; par M. le médecin général Rouffiandis, directeur du Service de santé de la 16e région.

Nîmes. — M. le Docteur Dufoix a été nommé, après concours, médecin adjoint des hôpitaux de Nîmes.

Ecole principale du Service de santé de la Marine. — Un décret en date du 5 septembre fixe à 8.000 francs pour l'année scolaire 1932-1933 le montant de la somme à rembourser, en exécution de l'article 152 de la loi du 16 avril 1930, par les élèves de l'école principale du Service de santé de la marine qui, pour une cause quelconque, autre que pour inaptitude physique reconnue, quittent l'école en cours d'études, ne satisfont pas aux examens de sortie ou ne restent pas, sauf le cas de réforme pour raisons de santé, au moins dix ans après leur sortie de l'école dans l'un des deux corps de santé (marine ou troupes coloniales) dans lequel ils seront admis à servir d'après leur rang de classement de sortie de l'école de Bordeaux.

Ces élèves auront également à rembourser :

1° La valeur du trousseau qui leur sera délivré d'après le taux fixé annuellement pour chaque année scolaire passée à l'école ;

2° Le montant des frais de scolarité payés par la marine pendant leur présence à l'école de Bordeaux, d'après les tarifs fixés par les décrets relatifs aux droits à percevoir en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien.

Livre jubilaire du professeur Delbet. — Le mercredi 5 octobre 1932, à 10 heures du matin, à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin (27, rue du Faubourg Saint-Jacques), aura lieu la remise d'un Livre jubilaire au Professeur Delbet.

Clinique du docteur Calot. — A l'occasion du Congrès de chirurgie M. Calot (de Berck) fera le vendredi 7 octobre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations techniques, avec présentation de malades et de sujets guéris.

1° Réduction de plusieurs luxations congénitales de la hanche ;

2° Le traitement des tuberculoses des os, articulations, ganglions (adénites, abcès froids, fistules, mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches, orchi-épididymites, etc.) Supériorité des méthodes conservatrices (avec injections modificatrices et ponctions) sur les méthodes sanglantes.

3° Pièces et documents originaux sur la rénovation de la pathologie de la hanche par les travaux français d'après-guerre,

4° Pied bot et autres affections orthopédiques.

Moyens d'accès : tramways 14 et 20, descendre à l'arrêt : rue Jean Nicot, entre le pont des Invalides et le pont de l'Alma.

Nécrologie. — Docteur J. Butterlin, maire de Baume-les-Dames, ancien sénateur du Doubs, décédé à l'âge de 87 ans. — Docteur Madeleine Girardeau, fille du général Girardeau. — Docteur Decroly, de Bruxelles. — Docteur Breitinger (Mlle), d'Esslingen, la première femme médecin en Allemagne, décédée à l'âge de 81 ans. — Professeur Carlos Pinheiro Chagas, de l'Université de Bello Horizonte. — Professeur Guido Tizzoni, de Pise, à qui l'on doit la découverte du sérum antitétanique.

Au cours de l'année 1931, 1.245 incinérations ont été effectuées dans les six crématoires français (Paris, Lyon, Marseille, Reims, Rouen et Strasbourg.)


ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

TRAVAUX ORIGINAUX

Psycho-physiologie* humaine

Le Freinage des Rythmies d'après la Thermométrie clinique

Par René PORAK

La détente, par le mécanisme de la dédynamogénie après mûrissement du besoin neuro-moteur, représente probablement le mécanisme primitif du freinage des Rythmies.

L'émotion que provoque le besoin déclenche le cycle neuro-moteur. Les crises combattives, la colère ne sont que l'exagération de ces cycles chez des êtres frustes, malades ou sauvages. Nous compléterons l'étude du freinage des Rythmies quotidiennes, c'est-à-dire de l'Endormement en poursuivant l'exposé de nos recherches sur la Thermométrie clinique. Cet article est divisé en trois parties :

I. Action du comportement et de l'ambiance sur le Freinage des rythmies.

II. Les causes asthénigènes d'origine intra-organique.

III. Les causes sthénigènes centrales modifiant le Freinage.

I

Action du comportement et de l'ambiance sur le Freinage des Rythmies quotidiennes

Une certaine dépense neuro-motrice, au cours de la journée, nous le savons, est nécessaire pour obtenir un bon et rapide freinage. Mais dans la vie courante, les cas particuliers ne se présentent pas avec la netteté schématique décrite dans notre précédent article. Je retrouve cependant, en relisant mon journal intime, deux variétés de cas où j'ai obtenu des freinages brusques.

1° Après une nuit d'insomnie, la période d'endormement du nycthémère suivant, montre une chute brusque de la température rectale. La redynamogénie n'ayant pas été procurée à l'organisme par le repos auquel il est habitué à un moment fixe, même en réduisant l'activité de l'état de veille, on verra apparaître un freinage brusque. J'ai noté des chutes thermiques de 0,7 à 0,9 en une demi-heure. Un coup de massue, le besoin de dormir, inhibe tous les rythmes fonctionnels.

2° Un deuxième procédé de provoquer à volonté des freinages brusques consiste, quel que soit l'emploi de la journée, de laisser mûrir le besoin de dormir. Je me suis livré à cette expérience, dans une période de six jours où j'étais bloqué sur un paquebot en rade d'Agadir. Pendant cette période, séparé du milieu social qui amène tant de perturbations organiques imprévisibles, je réglais exactement mes occupations sur mes besoins végétatifs et intellectuels. Le frémissement de l'affectivité ne dépassait pas cette joie moyenne que j'éprouve à lire un bon livre ou à rédiger quelques notes. Je marchais de long en large sur le pont du paquebot, au moment où cela m'était agréable, je lisais ou j'écrivais quand j'étais disposé à le faire. Je me couchais après mûrissement du besoin de dormir. Avant cette période je me couchais avec l'intention de continuer à lire au lit. Dans cette période de six jours, j'attendais pour me coucher que le tonus de l'attention fut assez abaissé pour m'ôter le goût de lire au lit et que le besoin de dormir occupât seul le champ de la conscience. L'abaissement de la température pendant ces six jours a été de cinq à six dixièmes de degré en trente minutes (figure 1).

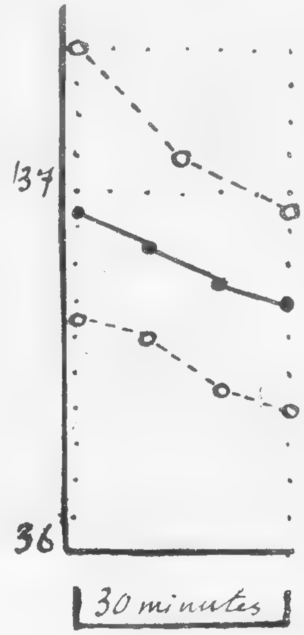


FIG. 1

Il faut opposer aux freinages brusques, les freinages lents. Des pentes d'inclinaisons diverses, des paliers plus ou moins prolongés se dessinent suivant les circonstances éminemment variables que l'ambiance impose ou que l'homme choisit.

1° Quand je navigue, la houle détermine sur moi une inhibition neuro-motrice. Je me couche de bonne heure et je n'éprouve aucun besoin de bouger. L'euphorie résulte de l'immobilisation. Dans ces conditions, j'obtiens sur mes graphiques une pente douce et régulière. En voici deux courbes sur la figure 2.

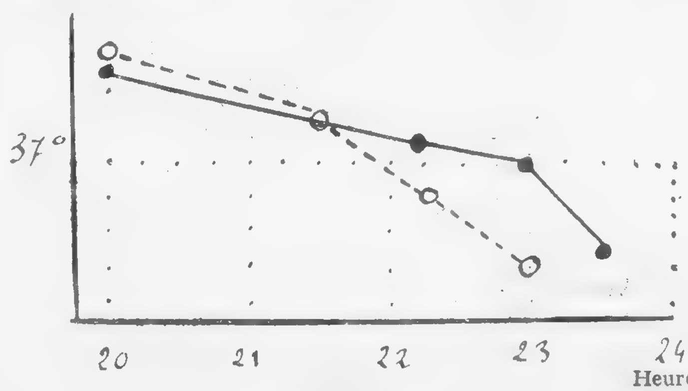
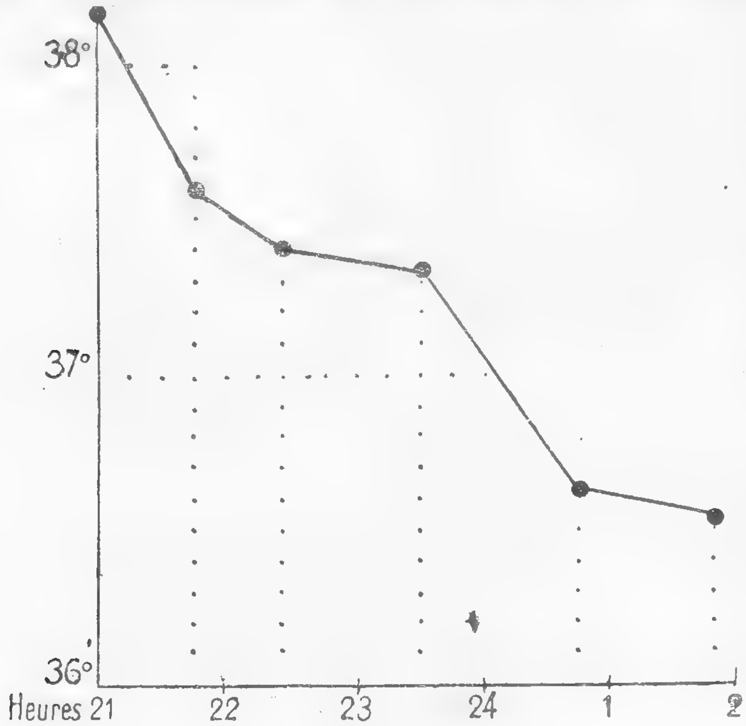


FIG. 2

2° Les courbes en paliers sont toujours le résultat d'un conflit dans le centre encéphalique du sommeil, entre le besoin d'immobilisation, propre au sommeil, et le besoin de mouvement, propre à l'état de veille. Je puis en rapporter deux exemples typiques.

* Voir l'article du *Progrès Médical*, n° 39, du 24 septembre 1932, rédigé comme celui-ci en 1928.

Le 11 octobre 1927, de 14 à 16 heures, je bois deux grandes tasses de café ; je marche de 16 à 19 heures et de 20 à 21 heures. Le cycle de la dénynamogénie est gêné dans sa chute par une sorte d'excitation artificielle, résidu de l'intoxication caféinique. Le freinage agit pour empêcher une nouvelle velléité d'expansion neuro-motrice avec crochet thermique, mais pas assez pour empêcher des relais prolongés de la chute thermique. Bien que l'assouvissement du besoin neuro-moteur soit achevé, il persiste un agacement artificiel qui empêche la détente conduisant si facilement au sommeil quand on adapte régulièrement sa vie à ses besoins au lieu de recourir à des excitants toxiques.



11 Octobre

FIG. 3

Le 1er mars 1928, j'ai changé de logement et mon nouveau logement n'est pas chauffé. Je reste de 15 à 18 heures immobile à travailler. A 18 heures, j'éprouve une sensation de froid qui me pousse à marcher pour me réchauffer, je marche d'un pas énergique de 18 à 19 heures et de 19 h. 30 à 20 h. 30. Rentré chez moi, je suis saisi par le froid et je me couche non pour me reposer comme j'en ai l'habitude, mais pour me couvrir de plusieurs couvertures et conserver la chaleur que la marche m'a procurée. La dédynamogénie n'est pas complète et je ne puis dormir mais elle est tout de même suffisante pour qu'un crochet thermique ne se dessine pas. Au lieu du crochet le palier en plateau de 21 à 22 heures représente bien cette hésitation entre le freinage et le nouvel élan neuro-musculaire.

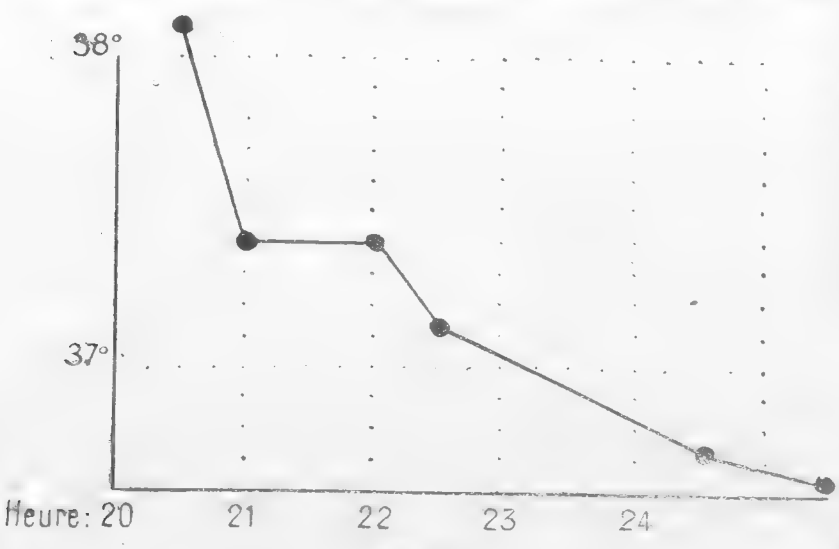


FIG. 4

Les repas copieux accompagné de café et de Bourgogne capiteux permettent d'observer souvent des courbes en paliers. Le mécanisme est plus complexe. La digestion suivant les circonstances concomitantes détermine des modifications très variables de la courbe thermique. En amplifiant les réactions par la méthode du mûrissement du besoin comme nous l'avons fait pour les fonctions neuro-motrice on constate plus facilement les effets d'un repas copieux.

Le 10 décembre 1928 bon équilibre neuro-moteur et humoral. Pour aiguiser l'appétit je supprime le déjeuner et je mange copieusement au dîner. De 20 heures à 22 heures, j'écris des lettres Je me couche à 22 heures mais je ne puis m'endormir. On voit sur la courbe ci-jointe

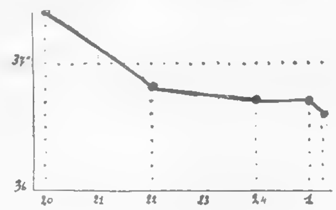


FIG. 5

une courbe en palier d'un type différent des précédents. Qu'il s'agisse d'un travail digestif, de phénomènes vasculaires adbominaux ou hépatiques ou qu'il s'agisse de réactions humorales, le freinage thermique rencontre une difficulté à empêcher les crochets ou velléité de crochets thermiques. La machine n'obéit pas au « stop » ; le frein grince et ne freine pas d'emblée. Comme dans l'expérience d'intoxication caféinique des influences diverses se disputent le premier plan de la scène biologique. Je suis dédynamogénisé et j'ai besoin de me reposer : je me couche de 22 à 24 heures et la température baisse ; mais je suis agacé et ne peut m'endormir. Je travaille à mon bureau de 24 à 1 heure me sentant décidément mal à l'aise au lit. Enfin à 1 heure le freinage est possible et le sommeil s'installe. Cette expérience est significative parce que les circonstences ont permis d'éloigner toute interférence et parce qu'en augmentant le besoin, j'ai pu, sans nuire à ma santé, augmenter ma ration alimentaire habituelle, et, par conséquent, grossir la réaction thermique alimentaire. En général, l'influence alimentaire se mêle à tant d'autres causes qu'il est difficile de déterminer avec précision son rôle dans la rythmicité générale.

II

Les causes asthénigènes d'origine intraorganique

Nous avons décrit des chutes, des pentes, des paliers, des crochets de la courbe thermique sans assez mettre en avant les fonctions de nutrition. Implicitement mes


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

propositions contiennent le rôle primordial de la vie tissulaire. Le lecteur a dû s'en rendre compte. La redynamogénie poussée à l'extrême limite par l'immobilité et la suralimentation est autant un phénomène nutritif qu'une préparation neuro-motrice. Les crochets sont des rebondissements énergétiques conditionnés par des échanges de matière. Les plateaux des courbes en paliers sont aussi sous-tendus d'une manière ou d'une autre par la nutrition actuelle de l'organisme. Il est plus facile de suivre le spectacle de la vie de relation que les échanges chimiques dans la profondeur de nos tissus. Voilà pourquoi dans ces prémisses à la science des rythmes j'ai abordé plus facilement le problème par la description du comportement. Il est probable qu'une science plus avancée permettra de prévoir et de déterminer le comportement par des causes intraorganiques. Il est probable aussi que la médecine, l'hygiène et la morale sauront un jour orienter l'activité d'après des données biologiques dosables. En relisant mon journal intime, je suis frappé de certaines descriptions où mon comportement apparaît entièrement sous la dépendance des conditions nutritives du moment. Ce sont là des impressions et non des démonstrations. La difficulté est facile à concevoir. Le besoin neuro moteur est constatable ; l'expansion neuro-motrice, même en l'absence de mensurations, se livre à l'observation objective. Les rythmes des échanges de matières se cachent dans la profondeur des tissus et aucun procédé ne permet de suivre de moment en moment la courbe des cycles nutritifs. Par une observation clinique attentive et prolongée, il nous sera cependant facile de déceler l'action parfois prépondérante des rythmes nutritifs sur le freinage thermique.

Les observations cliniques nous apprennent que les excès alimentaires créent plus ou moins vite des cercles vicieux pathologiques et c'est par des voies complexes que l'alimentation agit sur la nutrition, sur le rythme des échanges de matières. Nous touchons avec cette question, à l'un de ces mécanismes de corrélation entre rythmies fonctionnelles où se confrontent la vie de relation et la vie de nutrition. En isolant d'abord les faits relatifs à la dynamogénie je me suis simplifié l'exposé et j'ai encouragé le lecteur à poursuivre sa lecture. Mais maintenant je suis obligé, aux risques de paraître détruire ce que j'ai construit, de montrer le jeu d'interinfluence entre les rythmes dynamogéniques et les rythmes des échanges de matières.

Le besoin neuro-moteur que nous signalons à l'origine des cycles d'hyperthermie neuro-motrice a été préparé par des modifications des tissus et des humeurs. Ces fusées jaillissent d'un humus longuement préparé. Des emmagasinements et des élaborations de matières nutritives dont nous ignorons les cycles ont abouti à un état énergétique préparé à l'explosion. Ainsi retournant mes premières propositions, je serais tenté de dire que l'expansion neuromotrice et l'hyperthermie concomitante sont des suites presque nécessaires de l'état nutritif actuel de l'organisme. Pour pouvoir bien agir, il faut au préalable une bonne élaboration matérielle qui prépare une énergie propre aux élans neuro-musculaires. Le dehors de l'organisme doit s'accorder avec le dedans. De même que l'interférence de la détumescence sexuelle marquait son influence sur la dédynamogénie, de même, il y a des corrélations, beaucoup plus importantes entre les rythmes dynamogéniques et les rythmes nutritifs. Les cycles de dédynamogénie sont l'extériorisation nécessaire de l'état matériel et énergétique propre à la période de vie vécue. Nous avons montré deux phénomènes extérieurs (fonction motrice et fonction sexuelle) agir l'une sur l'autre ; de même à chaque instant les mouvements matériels intraorganiques agissent sur l'état énergétique. L'acte sexuel donnait à l'expansion neuro-motrice et à la forme de la courbe thermique de dédynamogénie des caractères particuliers. A chaque instant, suivant le rythme des échanges de matière, il se dégage de l'organisme un état énergétique sthénique et asthénique. Si l'observation clinique nous a permis de dégager les états de dédynamogénie et de redynamogénie la même méthode nous enseigne que des éléments sthénigènes et asthénigènes peuvent être à chaque instant produits par des modifications intraorganiques.

Les suites d'une dysenterie amibienne ont laissé chez moi une légère atteinte du foie et une atonie du côlon ascendant souvent constatée à la radioscopie. Si je n'adapte pas rigoureusement mon alimentation et mon genre de vie aux besoins spéciaux que détermine ma disposition organique actuelle, je suis sujet à la stase intestinale, et à des troubles dans l'élaboration hépatique de l'apport alimentaire. Le fait biologique général seul m'intéresse et ce fait biologique consiste en éléments asthénigènes. Chez moi la tonalité asthénique des rythmies fonctionnelles relève soit d'auto-intoxication intestinale, soit d'anomalies, dans les rythmes d'échanges des matières. Chez d'autres hommes cette tonalité asthénique, passagère ou durable, peut provenir des causes les plus variées depuis les dérégulations endocriniennes jusqu'aux lésions les mieux localisées des appareils cardio-vasculaire et rénal. La clinique retrouve tous ses droits pour déterminer l'origine de l'asthénie. Le biologiste doit pour le moment simplement retenir que la dynamogénie neuro-musculaire s'abaisse non seulement par le mécanisme normal de la dédynamogénie mais par des influences internes qui modifient la valeur fonctionnelle du système neuro-musculaire. L'aptitude rythmique de la fonction neuro-musculaire par un de ces mécanismes interrythmiques, que nous nous efforçons de faire comprendre, peut être abaissée par une cause asthénigène d'origine interne ; l'état énergétique du moment impose au comportement une qualité fonctionnelle neuro-musculaire particulière. Ce développement de biologie générale était nécessaire pour faire comprendre l'allure des freinages des rythmies quotidiennes dont je dois parler.

Les rythmies s'éclairent, regardées dans leur continuité. Quand un élément asthénigène se fait sentir, la rythmicité est complètement transformée ; dans mon cas, je suis incapable de réaliser les grandes expansions neuro-motrices longuement décrites dans mon précédent article ; la courbe thermique après un court rendement neuro-musculaire est caractérisée par une labilité brusque, dans la journée aussi bien qu'au moment de l'assoupissement. Récemment, à Barcelone, je note au moment de l'assoupissement une chute thermique de neuf dixièmes de degré en trente minutes ; or, au cours de la journée, le besoin moteur avait été très faible ; j'avais fait une courte marche d'un pas languissant avec le sentiment d'une grande fatigue ; les aptitudes tissulaires abaissées avaient communiqué aux rythmes neuro-moteurs cette grande débilité ; le mode de freinage, aussi bien que la langueur du pas, dépendaient de cette cause interne asthénisante.

Le 22 août 1927, en vingt minutes, au moment de l'assoupissement, la température rectale s'abaisse de 37°3 à 36°6 ; au cours de la journée le même caractère de labilité s'était observé. Je reconnais, chez moi, ce syndrome qui s'accompagne d'hypertension de la pression artérielle, de stase intestinale et de signes d'intoxications (céphalée, malaises, inappétence...). Le même freinage par brusque

hypothermie s'observe donc aussi bien par l'intervention d'une cause asthénigène interne que par l'évolution normale de la dédynamogénie ou par les résidus d'un surmenage neuro-musculaire ancien. Une même courbe graphique représente des mécanismes de freinage très différents et l'observation psycho-physiologique donne la clef du processus en cause. Le mécanisme de la dédynamogénie et de la redynamogénie est certainement la règle chez les animaux qui obéissent à leurs instincts. Chez l'homme dit civilisé les causes asthénigènes sont en grande partie la conséquence des cadres artificiels de la vie. Nous jouons avec nos fonctions, pour nous exciter, au lieu de les laisser se guider sur les impressions claires et distinctes du besoin. Ainsi nous augmentons à plaisir la morbidité et la mortalité précoce.

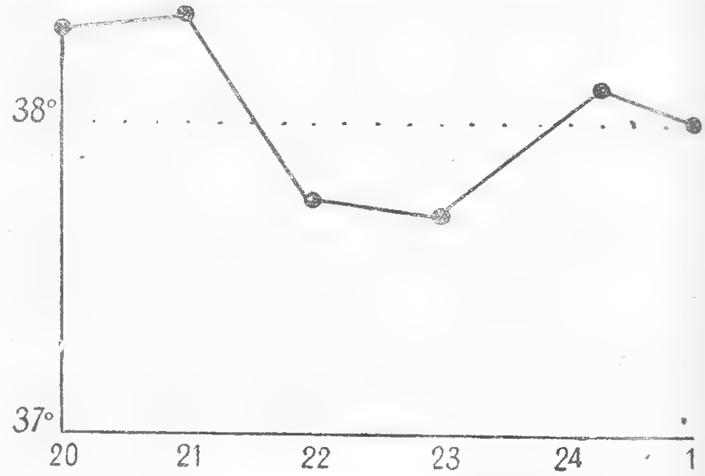
III

Les causes sthénigènes centrales modifiant le freinage

Mosso disait que l'organisme est doté d'un grand luxe d'organes ; en conséquence une réserve de possibilités fonctionnelles se tient constamment préparée. Cette réserve rend extériorisable des manifestations énergétiques dans les circonstances imprévues. La marge de disponibilité énergétique rend facile des expansions neuro-motrices dans les moments qui paraissent le moins favorables par exemple au moment habituel du freinage des rythmies. Bien entendu, suivant d'innombrables conditions, l'utilisation des énergies latentes est plus ou moins souple et plus ou moins bien supportée. En tout cas, notre organisation permet de subvenir aux frais d'une dépense que l'éventualité suscite. L'activité prête à s'assoupir est brusquement relevée chaque fois que la sensibilité est directement ébranlée par certains engrenages de notre personnalité avec les circonstances extérieures. Nous nous sommes bornés jusqu'à présent à décrire des rythmes réglés d'une façon automatique par des besoins alternatifs : les incitations montaient de la périphérie vers le centre. Chez les êtres frustes les mécanismes de la vie peuvent se réduire à ceux-là. Les natures sensibles ou enthousiastes réagissent suivant d'autres lois. Ce sont les centres qui remanient à chaque instant l'emploi des énergies potentielles. Un idéal met en flamme le combustible économisé par l'organisme.

Ce caractère particulier de l'homme nous oblige à rattacher le mental au physique. Ce sont des nuances affectives qui, le plus souvent dans la vie, produisent des déplacements brusques du niveau de la dépense énergétique : le ton affectif sthénisant se trouve à l'origine de l'élévation des rythmies. On admet couramment que la température suit au cours de la journée une courbe d'allure fixe et déterminée. Cette notion est inexacte. Les savants qui l'ont introduite dans la science étaient des gens méthodiques, vivant dans leur tour d'ivoire, et ils nous ont laissé la courbe thermique de leur activité spéciale greffée sur un tempérament très peu affectif. Les habitudes les plus invétérées ne parviendront pas chez un homme normal à fixer définitivement l'allure de sa courbe thermique. Je me suis attaché à montrer que la loi de l'endormement est la chute thermique sans rebondissement en crochet. Mais, le mental agissant sur le physique et la marge de disponibilité énergétique offrant toujours du jeu, j'ai pu recueillir de nombreuses courbes dans lesquelles l'hyperthermie occupe la période habituelle de l'endormement. Toujours dans ces cas un élément affectif est intervenu qui a élevé le niveau des rythmies en se servant de la marge de disponibilité énergétique. Il est possible que ce mécanisme soulève une activation générale des glandes à sécrétion ; non pas seulement de la glande surrénale (Cannon) mais aussi d'autres, notamment de la thyroïde qu'Oswald désigne la renforçatrice de l'énergie nerveuse. Si le mental, à l'heure habituelle du sommeil, est réchauffé d'affectivité, la mise en branle des renforçateurs peut maintenir des heures durant, l'hyperthermie et reculer le freinage des rythmies quotidiennes.

Sur la fig. 6 j'ai dessiné l'une de ces courbes dont l'observation psycho-physiologique résumée suit : dédynamogénie sans surcharge alimentaire. Dominante affective dès 20 heures. Les états affectifs fluctuent d'un moment à l'autre. Abaissement et palier sont maintenus en hauteur par le fond affectif persistant. La reviviscence affective réalise un crochet thermique vers 24 heures ! Nous avons eu l'occasion de décrire des freinages en paliers,



Hyperthermie affective et freinage reculé.

Fig. 6

mais de paliers en paliers la courbe thermique dans la soirée tendait à baisser progressivement au-dessous de 37°. Voici l'exemple d'un palier, maintenu à un niveau thermique élevé, qui se relève en crochet thermique. Ce type de courbe fréquent au cours de la journée, est très rare au moment habituel du freinage. La cause affective est la principale à réaliser, à ce moment de la journée, cette utilisation exceptionnelle de la marge de disponibilité énergétique, et pour cela il faut une cause affective forte.

J'ai souvent eu l'occasion de me trouver quelques jours à Paris entre deux voyages loin de l'Europe. J'étais dans ces conditions harcelé par mes hommes d'affaires et très préoccupé des décisions à prendre ; au moment de m'endormir des ruminations mentales à teintes affectives ne parvenaient pas à produire le crochet thermique. L'influence mentale se faisait pourtant sentir sur le freinage des rythmies. Je me couchais avec besoin de dormir, la dédynamogénie étant achevée, et pourtant il y a un cran d'arrêt. Sitôt couché la détente musculaire est euphorisante. La température s'abaisse. Mais ce repos favorise en quelque sorte le retour des préoccupations. Le résultat est un coincement du frein qui empêche la baisse brusque de la température mais ni plateau ni crochet ne se dessinent. On obtient dans ces cas, l'un des types de pentes lentes et progressives signalées plus haut.

Le travail intellectuel a peu d'influence sur la thermogénèse. Quand je passe la soirée à travaller la température est déjà très abaissée quand je me couche, et le freinage paraît d'autant moins brusque que par degrés progressifs la température est déjà davantage abaissée au moment du coucher. Je suis persuadé que l'inspiration intellectuelle fortement teintée d'affectivité, quand l'idée d'une grande découverte apparaît dans le cerveau, s'accompagne d'hyperthermie. Je n'ai pas eu la chance de me trouver en pareille situation et je ne puis apporter un chiffre précis, pour cet état fonctionnel et exceptionnel.

La psycho-physiologie du freinage des rythmies quotidiennes pourra servir à établir une sémiologie rationnelle des troubles de l'endormement. Les règles du traitement se dégagent avec évidence. La Morale et l'Hygiène ont plus d'importance que la thérapeutique. Au désordre du rythme il faut substituer un redressement du rythme. Suivant les cas isolement, changement d'ambiance, culture physique, psychothérapie... Il faudra surtout supprimer les opinions fausse du patient qui devra lui aussi comprendre en quoi consiste les rythmies.

Les causes asthénigènes d'origine intra-organique pouvant provenir de tous les organes, appellent les traitement les plus divers.

Les hypnotiques enferment les malades dans un cercle vicieux ; les faux besoins chez les habitudinaires se substituent aux besoins naturels (1).

De la thérapeutique il faut retenir les analgésiques en cas de douleurs aiguës, car celles-ci rendent le sommeil impossible et l'effet toxique du médicament peut être — dans de rares cas — moins nocif que les dérythmies provenant de l'absence de sommeil.

(1) René PORAK. Les stupéfiants. 1925, Doin, éditeur.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès international de la Lithiase biliaire

Le Congrès de la lithiase biliaire vient de se terminer à Vichy. Il s'est déroulé dans une activité féconde et s'est clos dans l'enthousiasme.

Le mérite, l'honneur même du succès revient tout d'abord à son président, le Professeur Paul Carnot qui apporta à son organisation toute sa compétence, sa méthode impeccable et sa foi ; à son collaborateur, le secrétaire général Aimard, qui ne ménagea pendant de longs mois, ni son temps, ni sa peine et à la Compagnie fermière de Vichy qui en sut assurer, avec le luxe que l'on devine et qui est dans sa coutume, la parfaite exécution matérielle. Il revient aussi à tous les travailleurs qui y apportèrent leur expérience et leurs recherches.

Trente-six nations y prirent part, de nombreux délégués furent envoyés officiellement par leurs gouvernements respectifs. et 1.500 adhérents y furent rapidement inscrits.

Ce sont des chiffres record.

Les adresses qui furent lues à la séance inaugurale par les représentants de ces diverses nations furent empreintes de cordialité et d'amitié ; Maranon, Damelopolu, Sanarelli, Wilkie, Gordon Heyd, Hymans van den Bergh y mirent une sympathie affectueuse qui nous a touchés, von Bergmann, Glaessner et Molof un tact et une délicatesse qui furent particulièrement appréciés. Et le ministre de la Santé publique, M. Justin Godart trouva des mots charmants pour les remercier d'avoir en si grand nombre répondu à l'appel de leurs confrères et collègues de France.

* * *

Le thème général était la lithiase biliaire, mais envisagée au point de vue médico-chirurgical, ce qui en accroissait l'intérêt.

Trois sujets furent spécialement traités et épuisés: les séquelles de la cholécystectomie ; le traitement médical et hydrominéral du cholécyste ; et le foie lithiasique.

Parmi les dix-huit rapports concrets, mais substantiels, on remarqua surtout ceux de Donnet, de New-York ; de Gosset et Petit-Dutaillis, de Paris ; de Giraud, de Montpellier ; de Chiray, de Paris et Pavel, de Bucarest ; d'Umber, de Berlin ; de Fiessinger, Brûlé et Harvier, de Paris, de Duryck, de Louvain ; de Gilbert, de Genève.

Ils creusèrent à fond la thérapeutique, la pathogénie, l'exploration, le diagnostic et le pronostic de la lithiase biliaire et mirent au point chacun une question, sinon neuve du moins actuelle et urgente.

On trouvera dans ce journal quelques-unes des 120 communications qui furent faites ou lues aux séances du matin par les plus autorisés de nos collègues ou confrères d'Europe ou d'Amérique et dont beaucoup sont tout à fait originales.

* * *

Dans ce Congrès international l'un des premiers où l'Allemagne, l'Autriche, la Bulgarie se firent officiellement représenter, la cordialité la plus grande, la courtoisie, la plus parfaite ne cessèrent de régner.

Des méthodes différentes se sont affrontées, des disciplines opposées sont certes apparues, mais sans passion, légitimées qu'elles sont par le même désir de perfectionner des diagnostics difficiles, d'améliorer le traitement d'une maladie fréquente et d'en prévenir les séquelles ou la récidive.

Il est bon que l'émulation ne soit pas la rivalité, que la concurrence loyale ne soit pas l'hostilité et que l'amour-propre si légitime de chacun ne soit ni la jalousie, ni la partialité.

Comme l'a fort bien dit Carnot dans un de ces discours où la simplicité et la bonhomie souriante permettent de tout dire, les congrès sont une bonne école d'amitié, ils resserrent des liens déjà solides entre des nations qui se connaissent bien, ils en établissent de nouveaux entre celles qui se livrent plus difficilement. « Les médecins, a-t-il proclamé « spirituellement, sont habitués aux crises pathologiques ; « ils savent que les peuples ont aussi leurs crises et qu'il « faut les soigner et les guérir comme les autres. Ils sont « de bons diplomates parce qu'ils connaissent mieux les « hommes et ils peuvent contribuer utilement à améliorer « les rapports internationaux. »

Si le Congrès de Vichy par ses enseignements scientifiques a rendu service aux malades, on peut espérer aussi par les amitiés qu'il a réveillées qu'il rendra service à l'humanité.

Maurice LOEPER.

Vichy, le 22 septembre 1932.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

« Coup d'œil » de Cabanis « sur les Révolutions et sur la Réforme de la Médecine »

(Suite et fin) [1]

Par le Docteur **Constant HILLEMAND**

Lorsque Cabanis arrive à l'époque où, en Grèce, vers le cinquième siècle avant notre Ère, la culture et la pratique de la Médecine commencèrent à passer des mains des philosophes dans celles des médecins, il ne lui échappe pas que ceux-ci, pour avoir secoué apparemment la tutelle de ceux-là, ne se libérèrent pas immédiatement, tant s'en faut, de la tendance spontanée, cultivée d'ailleurs par la scholastique, qui, d'une façon générale, entraîne l'esprit humain à conclure précipitamment et témérairement du connu à l'inconnu, à prétendre deviner celui-ci d'après celui-là.

Parmi ces médecins, ceux qui partaient de la psychologie ne manquèrent pas de vouloir expliquer l'apparition des phénomènes morbides et leur guérison éventuelle par l'intervention de causes surnaturelles, et composèrent les diverses Ecoles spiritualistes.

Est-il besoin de rappeler que, d'après les auteurs grecs et latins, les maladies étaient imputées à la colère des divinités mâles et femelles qui constituaient le panthéon polythéique ; que, selon E. Renan (in *Les Apôtres*, p. 88), Satan était regardé par les disciples de Jésus comme l'auteur de nos misères pathologiques ; que celles-ci étaient presque unanimement considérées par les chrétiens postérieurs et par les juifs comme la punition d'une faute ou l'œuvre d'un démon malfaisant (*Les Ap.*, p. 96) ; qu'au XVe siècle cette croyance était, encore celle de toute la chrétienté ; qu'au XVIe siècle elle était partagée par Luther, l'initiateur de la Réforme protestante qui, dans ses luttes homériques avec Belzebuth, n'hésitait pas à lui lancer son encrier à la figure ; qu'en plein XVIIe siècle (1631) l'Anglais Robert Fludd, docteur d'Oxford, consacrait les deux volumes de son Traité de médecine (analysé naguère par le *Progrès Médical*) à l'étude des principales affections d'après les textes de l'Ecriture Sainte, ce qui ne l'empêchait pas d'ailleurs de raisonner en matérialiste sous d'autres points de vue ; qu'aux XVIIIe et XIXe siècles, la peste et le choléra étaient encore attribués à l'ire du Dieu chrétien dont l'intelligente population marseillaise et la non moins intelligente population parisienne s'efforçaient de fléchir le courroux par de solennelles processions ; que le démon était toujours considéré comme l'auteur de la plupart des affections ; que, notamment, les maladies nerveuses et les maladies mentales représentaient aux yeux de presque tous, des cas de possession démoniaque, dont la guérison relevait de l'intercession d'un assez grand nombre de saints, parmi lesquels l'un des plus fréquemment invoqués en France, était Saint-Mathurin, du diocèse de Sens.

La plupart de ceux qui, au contraire, avaient été sollicités, par leur tournure d'esprit ou par les circonstances, à scruter la réalité extérieure plutôt qu'à s'introspecter pour, finalement, s'extérioriser et se projeter au dehors, n'hésitèrent pas, de leur côté, à prétendre éclaircir les phénomènes biologiques d'après les formules dégagées par eux ou par leurs confrères, de l'exploration des êtres et des phénomènes inorganiques ; et comme cette étude s'était étendue de la mathématique et de la mécanique à la physique et à la chimie, leurs explications furent successivement empruntées aux formes correspondantes du matérialisme abstrait iatro-mathématique, iatro-mécanique, iatro-physique, iatro-chimique.

Face à ces deux catégories de dogmatiques se dressaient les médecins empiriques. Moins bien doués peut-être, sous le rapport de l'imagination, mais mieux pourvus sous le rapport du bon sens, ils se réclamaient avant tout de l'expérience, et plus spécialement d'une observation des cas pathologiques, indépendante de toute idée préconçue, de source spiritualiste ou matérialiste. En présence des erreurs flagrantes auxquelles menaient les abus de la déduction purement rationnelle, soit anthropomorphique, soit moniste, dans le traitement de problèmes dont on n'est jamais sûr de posséder tous les éléments, ils se défiaient de la théorie et se refusaient à conclure, *a priori*, du connu à l'inconnu. Toutefois, ils avaient heureusement évolué en se dégageant du stérile exclusivisme d'Acron d'Agrigente, en admettant les raisonnements immédiatement tirés de l'observation simple ou composée, de l'analogie (I, 58, 216, 281), et s'étaient rapprochés de l'Ecole Hippocratique qui ne craignait pas de recourir ouvertement à l'induction et même à la déduction, en s'imposant de subordonner constamment à l'observation, l'imagination, au lieu de proscrire cette précieuse faculté, et qui frayait la voie à l'empirisme de Sydenham, au positivisme de Cabanis, d'A. Comte, de Cl. Bernard, etc., lesquels devaient abandonner délibérément la recherche du *pourquoi* pour se limiter à celle du *comment*.

Parvenu à ce point de son exposition, Cabanis avait le choix entre deux méthodes pour la continuer : — ou bien suivre successivement et isolément chacun des courants discernés par l'analyse, depuis son apparition jusqu'à nos jours, en faisant provisoirement abstraction des deux autres ; — ou bien les envisager tous trois dans leur connexité, en se conformant, fût-ce très approximativement, à l'ordre chronologique, quitte à rattacher, pour chaque époque, les diverses opinions soutenues à l'une ou à l'autre des trois tendances susdites.

Le premier de ces plans devait être préféré, au XIXe siècle, par A. Comte, dans son analyse du double mouvement de décomposition et de recomposition des sociétés occidentales depuis le début du XIVe siècle ; le second avait été précédemment adopté par Condorcet dans son *Tableau historique des progrès de l'Esprit humain*.

Si Cabanis (1) avait été réellement, comme on l'a prétendu à tort, un théoricien dominé par le pur rationalisme et l'esprit de système, il eut dû, semble-t-il, se décider pour la première manière de procéder. Or, c'est ce qu'il a délibérément évité de faire, en se ralliant au second plan qui, du reste, offrait l'avantage de lui permettre d'indiquer, sans rompre la continuité de son exposition, comment à diverses reprises, s'enchevêtrèrent partiellement les principaux courants d'idées, dont il avait eu le mérite de reconnaître l'existence et de saisir l'ordre de formation.

Claire et frappante est sa description de l'évolution simultanée à travers les siècles, sur le terrain médical, des trois tendances fondamentales de l'esprit humain, à la poursuite de la vérité, c'est-à-dire de la concordance entre ses constructions subjectives et la réalité.

Soigneusement notés sont leurs conflits répétés et aussi leurs passagers rapprochements à la suite des tentatives de fusion qui, déjà signalées du vivant d'Hippocrate, se sont répétées, de temps à autre, depuis sa mort, pour aboutir à des théories composites, sans originalité et sans lendemain : parce que dérivées d'un mélange et non d'une conciliation entre des points de vue disparates.

C'est cette vue sociologico-psychologique capitale qui, (en admettant qu'elle reste parfois tant soit peu voilée dans l'œuvre de Cabanis), me paraît donner à son aperçu historique une valeur de premier ordre, insuffisamment relevée jusqu'ici, et très

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 39, du 24 septembre 1932.

(1) Pas plus que Condorcet, l'ami et le biographe de Turgot, il ne fait d'ailleurs allusion à la prétendue découverte par celui-ci d'une loi des trois Etats (analogue et antérieure à celle d'A. Comte), découverte incompatible, du reste, avec le déisme dont il ne s'est jamais départi et qui l'empêchait évidemment d'admettre que le mode positif ou scientifique d'interprétation fut appelé à l'emporter sur le mode théologique dans tous les ordres de questions sans exception.

supérieure à celle du précis de Pinel. Elle a permis à notre auteur d'introduire, avant Comte, une certaine ordonnance, une sorte de constance dans l'évolution de la médecine qui, au lieu de paraître livrée complètement au hasard, se trouve obéir finalement, dans ses volte-face les plus inattendues, à l'une ou à l'autre des tendances fondamentales de l'entendement, en face de l'inconnu : dont deux dérivent de sa disposition innée à interpréter d'emblée ce qu'il ignore par ce qu'il sait ou croit savoir ; dont la troisième, de source plutôt réactionnelle, lutte contre les précédentes et nous détourne d'imaginer que l'ordre réel des choses et des phénomènes doive nécessairement correspondre à l'ordre conçu par notre cerveau (I, 163).

C'est encore ladite vue qui semble avoir détourné notre auteur de se laisser dominer par aucun des systèmes qu'il était amené à étudier. Aussi n'est-il pas tombé dans la faute commise postérieurement par A. Comte d'exagérer démesurément, à mon avis, l'importance du rôle de l'ontologie métaphysique, ce pauvre résidu de l'anthropomorphisme théologique, et a-t-il reconnu spontanément l'importance bien supérieure du Matérialisme *abstrait*, en tant que représentant l'une des trois principales réactions du cerveau, en face de la réalité, la seconde en suivant leur ordre d'apparition.

Quoiqu'il en soit, le tableau présenté par Cabanis est extraordinairement vivant, incessamment animé par les avances et les replis des Ecoles en lutte.

En effet, le courant anthropomorphique semble-t-il en passe de prévaloir que matérialistes et empiriques s'empressent de souligner les grossières erreurs auxquelles il mène immanquablement et de lui opposer leurs propres formules, remaniées de façon à se trouver logiquement en harmonie avec les dernières données de l'observation simple ou expérimentale.

Le matérialisme menace-t-il de s'implanter que spiritualistes d'un côté, et empiriques de l'autre, s'efforcent de démontrer l'inexactitude de ses conclusions et de leur substituer leurs propres solutions, approximativement accommodées aux plus récentes acquisitions de la connaissance.

Est-ce l'empirisme qui prend le dessus que, dogmatiseurs du bord anthropomorphique et dogmatiseurs du bord matérialiste s'ingénient à dénoncer ses insuffisances et à mettre en avant une nouvelle formulation de leurs propres théories, retouchées de façon à échapper pour un instant, aux objections devant lesquelles elles avaient dû précédemment battre en retraite.

S'agit-il d'un courant secondaire formé par le mélange, en proportions diverses, des précédents, qu'il est soumis à une critique impitoyable, mettant en relief la bâtardise de son origine et l'illégitimité de ses déductions.

Ajoutons que Cabanis ne s'est pas borné à constater l'existence de ces trois mouvements principaux d'idées et à suivre leur évolution, qu'il s'est préoccupé aussi de leur genèse et qu'il en a fourni une approximation fort remarquable pour l'époque et encore valable de nos jours.

Ce n'est pas, à dire vrai, dans ses « Révolutions de la médecine » mais dans sa *Lettre* de 1807 à Fauriel, sur les « *Causes premières* » qu'il s'est prononcé catégoriquement sur la naissance de l'anthropomorphisme (sans citer l'Essai du Président de Brosses sur les « Dieux fétiches », paru, en 1760, sous le voile de l'anonymat). Toutefois, comme les considérations qu'il développe dans sa *Lettre*, transpirent déjà dans le traité des « *Révolutions* », on me permettra de les reproduire ici pour la plus grande clarté de l'exposition. « L'homme » écrit-il à son correspondant, en reproduisant sous une forme plus scientifique certains des arguments du baron d'Holbach (in *Syst. de la nat.*, ch. III), « l'homme est exposé à l'action d'une foule de causes qui lui sont inconnues, et dont les effets lui deviennent d'autant plus frappants, qu'elles se dérobent plus obstinément à ses regards. Doué d'intelligence et de volonté, ou plutôt *habitué à reconnaître que les mouvements qu'il exécute avec dessein sont le résultat de ses jugements et de ses désirs, il suppose naturellement dans les objets qui se meuvent autour de lui, ou dans la force invisible dont ils reçoivent l'impulsion*, cette même faculté de juger et de vouloir. L'éclair qui fend la nue, le vent qui gémit dans les forêts, le fleuve qui court à travers les vallons, la pluie, la grêle, la neige, qui tombent sur la terre, *sont pour lui des êtres animés, agissant à sa manière*, ou *poussés par une main secrète dont la volonté leur imprime le mouvement.* En jugeant ainsi, l'homme peut se tromper ; il est même sûr que la presque totalité des idées auxquelles il s'attache d'abord, avant d'avoir examiné l'ensemble et les rapports des phénomènes, sont absolument erronées et ridicules ; mais il est pourtant guidé par l'analogie à laquelle il devra dans la suite tant de brillantes découvertes, et qui n'est alors pour lui un guide si infidèle, que parce qu'elle ne se fonde pas encore sur un nombre suffisant de comparaisons, dont les objets lui sont même tout à fait inconnus. *Il voit ces phénomènes coordonnés ; il les voit concourir à produire des résultats qui seraient le chef-d'œuvre de la prévoyance, du savoir, des combinaisons de l'esprit* ; (?) *il en conclut qu'ils sont l'ouvrage d'un ou de plusieurs êtres intelligents comme lui, mais doués de plus de sagesse pour concevoir, et de puissance pour exécuter ce qu'ils ont résolu.* Lorsque, ensuite, il vient par degrés à découvrir la cause mécanique ou physique de ce qui l'avait le plus frappé d'admiration, il reste toujours tant de phénomènes inexpliqués que la difficulté ne fait que reculer devant lui, sans jamais se résoudre ; et lors même qu'il est parvenu à ne plus voir dans toutes les opérations de la nature que le produit nécessaire des propriétés inhérentes aux différents corps, ce qui est le dernier terme auquel puisse le conduire le bon emploi de sa raison, il peut et doit se demander encore quelle puissance a imprimé ces propriétés aux corps, et surtout en a combiné l'action réciproque de manière à leur faire produire ces résultats si savants et si bien coordonnés entre eux » (?) « Ainsi l'idée d'un système purement mécanique de l'univers ne peut entrer que dans peu de têtes : l'homme ne peut même jamais acquérir assez de connaissances pour qu'un tel système soit, je ne dis pas complet, mais suffisamment lié dans quelques-unes de ses parties les plus importantes ; et *d'après sa manière de sentir et de juger, qui tient essentiellement à celle dont il a été organisé par la nature, il supposera toujours de l'intelligence et de la volonté dans la cause* dont les effets présentent des signes si frappants de coordination, et qui marche toujours vers un but précis, avec tant de justesse et de sûreté. » ? (V, 19).

Toutefois, s'il convient de féliciter Cabanis de la clairvoyance avec laquelle il a contribué à élucider l'origine du mode anthropomorphique de penser, il est permis de regretter qu'il ait négligé d'indiquer comment les conceptions, qui en sont résultées d'abord, se sont modifiées avec les idées successives que l'*homo sapiens* s'est fait des anature ; — comment, lorsque, sur la foi des songes, il en vint à s'attribuer une âme distincte, indépendante de son corps, il s'empressa de doubler, par analogie, ses fétiches primitifs d'un principe analogue, puis à peupler le monde d'esprits semblables au sien, mais d'une portée et d'une puissance supérieures, qui lui concédaient la santé ou lui envoyaient la maladie ; jusqu'au moment où, projetant au dehors les éléments constituants de son être ou de l'être collectif, auquel il appartenait, il les érigea en divinités distinctes parmi lesquelles Esculape personnifia l'activité médicale, comme Minerve l'activité intellectuelle, Vulcain l'activité industrielle, Vénus l'amour, Cupidon la libido, Diane la pudeur, Mars le courage militaire, Mercure l'activité commerciale, etc., — comment sa conception monothéique a été la suite et la conséquence de la recomposition synthétique, de son moi, à la suite d'une compréhension moins imparfaite de sa personnalité psychique; reconstituée dans son unité (Jéhovah) ou dans sa trinité (Dieu le père personnifiant le caractère, Dieu le fils le sentiment, Dieu le Saint-Esprit l'intelligence.)

Particularité à retenir : Cabanis se dispense de réfuter la plupart des doctrines médicales issues de l'anthropomorphisme, comme s'il estimait que la démonstration de leur provenance entièrement subjective suffisait pour leur enlever tout crédit.

Au contraire, c'est bien dans son Aperçu des « Révolutions de la Médecine » qu'il a exposé admirablement non seulement la provenance des modes matérialistes de penser en méde-

cine, déjà amorcée dans son « Essai sur le degré de certitude » de notre Art, mais aussi la subordination de leur évolution à celle de la systématisation de nos connaissances en mathématique, en mécanique, en physique, en chimie (I, 138, 194, 199, 204.)

« Chaque siècle, » déclare-t-il, p. 121, « a son goût particulier et sa mode. Les mêmes sciences ne sont pas cultivées longtemps de suite, avec la même ardeur ; elles sont remplacées par d'autres ; et toutes, dans ces passages alternatifs, éprouvent des changements plus ou moins favorables aux progrès de leur partie systématique. Aux différentes époques, la médecine a pris la couleur des sciences dominantes ; elle a voulu parler leur langue, et s'assujettir aux mêmes principes qu'elles : de sorte qu'elle a passé tour à tour par les différents systèmes qui ont joui de quelque célébrité dans le monde. »

C'est ainsi que « pendant le XVIIe siècle, la géométrie et l'algèbre furent cultivées avec beaucoup d'ardeur et de succès. On peut dire qu'elles devinrent une espèce de mode. Vers le milieu du siècle dix-huitième, l'enthousiasme parut se renouveler. Fontenelle et Maupertuis qui vivaient beaucoup dans le monde, y contribuèrent peut-être encore plus par leurs conversations, que par leurs ouvrages.... — En appliquant un nouvel instrument à des parties importantes et difficiles de la science de l'étendue. Descartes en avait fait une science, en quelque sorte, toute nouvelle. Un nouveau calcul, plus hardi dans ses vues, plus puissant dans ses effets, semblait mettre bien plus véritablement encore la géométrie à la tête des sciences. On crut voir, dans des formules rigoureuses la pierre de touche de toutes les vérités. — Comment les médecins seraient-ils restés tranquilles spectateurs de l'enthousiasme général ? Ils voyaient soumettre au calcul la plupart des plus grands phénomènes de la nature. Pour être susceptibles de son application, ne suffit-il pas que ses phénomènes suivent un ordre régulier, que leur apparition, leur retour, leurs changements offrent des points de vue constants, sous lesquels on puisse les considérer à loisir ? Les fonctions de l'économie parurent présenter ces caractères. La géométrie et l'algèbre leur furent donc appliquées avec confiance. Les médecins pensèrent que la sûreté de l'instrument serait transmise aux résultats. L'Europe savante le crut ; et ces résultats, publiés avec le ton de la certitude, passèrent longtemps pour des oracles » ... (I, 201). — De même, « avant que les injections de Swammerdam et de Ruisch eussent rendu sensibles aux yeux les séries, sans cesse décroissantes, des vaisseaux qui charrient les différentes humeurs animales, l'hydraulique, peu perfectionnée encore elle-même, ne jouait qu'un faible rôle dans la médecine. Mais depuis cette époque si mémorable d'ailleurs par de très belles découvertes, les tuyaux, les soupapes, les pistons, ont hérissé la nomenclature médicale. Les lois de l'équilibre, celles des frottements et des résistances, les modifications que peuvent apporter dans l'action des forces impulsives le nombre, le diamètre ou la direction des tuyaux, sont entrées comme données indispensables dans l'explication des phénomènes de la vie. Presque toutes les sectes ont adopté, du moins à quelques égards, plusieurs de ces explications : et bientôt la pratique elle-même n'a plus considéré le corps humain que comme un assemblage systématique de conduits communiquant entre eux, et dans lesquels il s'agit de faire circuler librement et facilement les humeurs » (I, 202). — Puis « ce qui se passait dans les matras et dans les alambics devint pour » les chimiatres « l'image fidèle de ce qui se passe dans les corps vivants. Les fonctions vitales, les mouvements organiques de tous les genres, ne furent plus que des fermentations, des neutralisations, des sublimations. Si le cœur et les artères ont la faculté de se contracter, si les muscles ont celle de mouvoir les membres, tous ses effets qui se rapportent à ces propriétés générales, sont dus à des effervescences, à des explosions particulières. La production des esprits animaux est une vraie sublimation, où le crâne joue le rôle d'un chapiteau d'alambic. Les acides et les alcalis, tantôt se combattant avec force, tantôt se neutralisant d'une manière paisible, déterminent ou modifient la plupart des fonctions organiques. Le suc acide du pancréas se combine avec la bile alcaline, pour compléter la grande fermentation digestive. Le mélange de l'acide du chyle, avec les sels ou les soufres du sang, produit la chaleur animale, » etc., etc. (I, 198). Un chimiste « Tachénius, poussa le délire jusqu'à donner aux acides répandus dans le corps, et qu'il regardait comme la cause de toutes les maladies, une espèce de prudence ou de jugement, en vertu duquel ils choisissent avec justesse, parmi les alcalis des aliments ou des remèdes, ceux qui sont les plus propres à les neutraliser ; » (I, 199) ce en quoi, ferons nous remarquer en lieu et place de Cabanis, muet sur ce point, ledit Tachénius se révélait plutôt métaphysicien anthropomorphiste que matérialiste.

Alors que notre Essayiste s'était abstenu de toute réfutation en règle du mode anthropomorphique de penser en médecine, estimant peut-être qu'il suffisait de mettre en relief sa source exclusivement subjective pour le discréditer, il n'hésite pas à reprendre, en la complétant, la critique, ébauchée dans la « Certitude de la Médecine », du matérialisme iatro-mathématique, iatro-mécanique, iatro-physique, iatro-chimique. Il combat ses multiples conclusions à l'aide d'arguments valant encore la peine de retenir l'attention de nos confrères monistes qui, grisés par le spectacle impressionnant des progrès réalisés dans les sciences inorganiques, rêvent d'imposer, telles quelles, les formules de ces sciences aux phénomènes biologiques.

« Il est impossible » dit-il, « de ne pas rappeler une autre cause... des erreurs systématiques de la médecine ; erreurs qui passant presque toujours dans la pratique, qu'elles paraissent simplifier, ont si souvent rendu la médecine plus nuisible qu'utile aux infortunés malades. Je veux parler de la fausse application que les médecins ont souvent faite à leur art, des théories générales ou des vues particulières propres aux autres sciences. Bacon avait, de son temps, remarqué cet abus et pressenti toutes ses funestes conséquences. Il le regardait, avec beaucoup de raison, comme la cause de tous ces écarts singuliers où la vogue de chaque nouveau système entraîne la médecine. C'est à lui qu'il attribue particulièrement l'incertitude que cette science a presque toujours montrée dans sa marche, et le peu de fruit qu'elle a recueilli jusqu'à présent, des découvertes les plus belles, faites dans les autres sciences ou dans les autres arts, avec lesquels elle a de véritables rapports. *Ainsi l'on doit commencer par séparer la médecine des sciences étrangères. Il faut que ses dogmes soient tirés uniquement des faits qui lui sont propres, c'est-à-dire des observations et des expériences faites sur le corps vivant, sain et malade. Si l'on peut un jour les rapprocher des dogmes qui appartiennent aux autres sciences, ce ne doit être qu'après les avoir vérifiés séparément les uns des autres.* Telle était, dis-je, l'opinion de Bacon... (I, 195). — Un médecin plein de talent.., Baglivi renouvela cette idée (de F. Bacon) dans ses écrits et dans ses leçons... Enfin, Barthez l'a développée et appuyée de toutes ses preuves, dans un ouvrage rempli de grandes vues médicales, autant que de philosophie et d'érudition » (I, 195).

En tout cas, la réfutation du matérialisme abstrait, par Cabanis, porte d'autant mieux que, comme nous l'avons déjà indiqué, loin de mépriser les sciences inorganiques, notamment les mathématiques, il se plaît à exalter leur rôle et professe à leur égard, des sentiments voisins de ceux de Pascal.

« Les sciences exactes », lisons-nous dans le 1er Discours sur l'*Education publique*, préparé pour Mirabeau, « sont, pour ainsi dire, la mesure, le poids et la règle de toutes les autres. Elles portent la précision partout où leurs calculs sont admissibles. Leurs formules accélèrent des opérations difficiles et lentes ; elles rendent exécutables plusieurs qui ne le seraient pas. Enfin ces sciences habituent l'esprit, à la méthode, et le raisonnement à l'exactitude. Elles n'apprennent pas à raisonner sur les objets auxquels leur langue est étrangère ; elles ne font pas des esprits justes dans le sens général et rigoureux qu'il faut donner à ce mot ; mais elles cultivent la justesse dans des matières qui la rendent sensible ; elles enfont, en quelque sorte, un besoin qui se manifeste dans l'étude de toutes les autres ».... (II, 539.)

« Mais ce n'est peut-être pas sous ces points de vue particuliers, que leur utilité réelle est le plus étendue ; il ne suffi-


TOUTES NÉVRALGIES REBELLES
SÉDATION RAPIDE ET ATOXIQUE
AMPOULE STÉRILISÉE
NAÏODINE
NaI STABILISÉ HYPERACTIF
Injections indolores de 20cc à 30cc par Jour
en ampoules de 10cc et 20cc
LABORATOIRES J. LOGEAIS _ Boulogne s/seine près PARIS


PRESCRIPTION COURANTE POUR Troubles d'Estomac
DOCTEUR X
PARIS
Lait de Magnésie Phillips
Le LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS est une préparation d'hydrate de magnésie en suspension colloïdale, et a les avantages suivants :
1 Pouvoir neutralisant trois fois plus fort qu'une solution saturée de bicarbonate de soude.
2 Aucun dégagement d'acide carbonique pouvant donner lieu à des dilatations et des sensations désagréables.
3 Maximum de surface de contact grâce à la suspension colloïdale, donc maximum d'effet.
Dépôt Général et Service d'Echantillons
O. C. P.
108, Rue de Picpus, Paris-12e
DYSPEPSIES
GASTRALGIES
INDIGESTIONS
CONSTIPATIONS
ACIDITÉ BUCCALE
etc. etc.
LAIT DE MAGNÉSIE
PHILLIPS

rait même pas de considérer la géométrie et le calcul comme des instruments universels, applicables à la plupart des grands objets de la curiosité humaine, et à plusieurs des travaux usuels de la vie : il faut encore en apprécier les avantages, par la trempe particulière qu'elles donnent à l'esprit. En effet, la géométrie, en perfectionnant la mémoire du raisonnement ; en augmentant la force et pour ainsi dire, la tenue de l'imagination ; en enseignant, par une pratique habituelle, l'art de faire sortir les démonstrations les unes des autres : l'algèbre, en mettant plus à nu la vraie idéologie de la numération et le mécanisme de l'analyse ; en habituant l'esprit aux diverses transformations que les questions ont souvent besoin de subir pour être résolues, et à l'exclusion successive des données qui s'embarrassent, ou qui se compensent mutuellement ; en fixant certaines limites entre lesquelles la vérité doit se trouver toujours ; en fournissant les moyens de se rapprocher de plus en plus du point précis qu'elle occupe ; en offrant surtout des exemples continuels de généralisations, que la nature même des objets rend nécessairement toujours aussi justes que vastes et brillantes : la géométrie et l'algèbre par ces effets incontestables et directs, peuvent sans doute devenir le plus utile complément de la logique. Dans ces luttes vigoureuses, l'esprit acquiert plus de force et de constance d'action : il peut acquérir aussi plus de perspicacité, d'agilité, de souplesse, d'étendue ; toutes qualités qu'il transporte, avec tant d'avantage, dans toutes ses autres études et dans tous ses travaux. »

« Ce n'est pas » toutefois, a-t-il soin d'ajouter avec sens, « que la géométrie et l'algèbre soient capables de rectifier les esprits faux ou gauches ; ni qu'un calculateur, parce qu'il raisonne toujours bien, quand il résout des questions dont tous les termes peuvent être représentés par des grandeurs ou par des nombres, raisonne avec la même exactitude et la même sûreté, quand il opère sur des objets dont les données sont plus variées, plus incertaines ou plus mobiles : beaucoup d'exemples ont prouvé qu'il arrive souvent tout le contraire, et la manie d'appliquer le calcul aux matières qui ne l'admettent pas, fait *que les géomètres dont l'esprit est faux, l'ont réellement plus faux que les autres mauvais raisonneurs.* Mais l'emploi vicieux d'un bon instrument n'en doit pas faire méconnaître la véritable utilité. » (I, 342.)

« Qui peut ignorer ou nier les avantages étendus et directs qu'a procurés aux sciences physiques en général l'application de la géométrie et du calcul ? Mais il ne faut abuser ni de l'une ni de l'autre ; il ne faut pas surtout avoir la prétention de les appliquer à des objets qui s'y refusent. Toutes les fois que ces objets ou leurs rapports ne sont pas susceptibles d'être rigoureusement évalués (en grandeurs ou en nombres déterminés), l'emploi de ces précieux instruments devient dangereux ; et quand il n'est pas immédiatement utile, il devient presque toujours nuisible... — Cependant, comme nous l'avons aussi déjà reconnu, les diverses parties de la physique animale ne se sont pas toutes également refusées à cette application de la géométrie et de l'algèbre. Si la cause du mouvement musculaire, et les moyens directs qui déterminent la contraction des fibres charnues, restent encore dans les ténèbres ; si l'on ne peut surtout les rapporter aux lois qui régissent les corps non organisés : d'autre part, la puissance d'action des muscles, ou plutôt l'évaluation des forces actives employées dans chaque mouvement, a pu devenir l'objet de démonstrations rigoureuses. La manière dont les rayons lumineux, en tombant sur la surface convexe de la cornée, se réfractent à travers les différentes humeurs de l'œil, paur aller peindre l'image des objets sur la rétine, se démontre encore à peu près mathématiquement. Il est vrai que la sensation même de cette image, ou les circonstances particulières qui nous rendent susceptibles d'être avertis de sa présence, restent toujours enveloppées des mêmes ténèbres ; mais l'œil, comme organe matériel de la vision, se trouve véritablement réduit à l'état d'un simple instrument de dioptrique. Seulement, ses opérations sont plus parfaites que celles de tous les autres (I, 340).

« Nous avons déjà remarqué combien les tentatives faites jusqu'à présent, pour appliquer la géométrie et l'algèbre aux parties les plus importantes de la connaissance avaient été infructueuses. *Les phénomènes vitaux dépendent de tant de ressorts inconnus, tiennent à tant de circonstances dont l'observation cherche vainement à fixer la valeur, que les problèmes ne pouvant être posés avec toutes leurs données, se refusent absolument au calcul.* Et quand les mécaniciens et les géomètres ont voulu soumettre à leur méthodes les lois de la vie, ils ont donné au monde savant le spectacle le plus étonnant et le plus digne de toute notre réflexion. Les termes de la langue dont ils se servaient étaient exacts ; les formes du raisonnement étaient sûres : et tous les résultats étaient cependant erronés. Il y a plus ; quoique la langue et a manière de s'en servir fussent les mêmes pour tous les calculateurs, chacun d'eux trouvait un résultat particulier... (I, 337.) — « Ainsi, Borelli, le géomètre classique de la médecine, d'après la supposition que les aliments pressés par l'action des muscles du bas-ventre, du diaphragme et des tuniques de l'estomac, y sont triturés ou moulus pendant la digestion, calcule la force que ces muscles emploient pour produire cet effet. Il trouve qu'elle égale un poids de 261.186 livres ; Wrainwright l'évalue à 260.000 ; Fracassini à 117.088 livres ; Pitcairn à 12.900. — Suivant Borelli, la force réunie des deux ventricules et des deux oreillettes du cœur est de 180.000 livres ; Hales ne la porte qu'à 51 ; Keil la réduit à une. — Cette différence énorme dans les résultats du calcul, qui devraient nécessairement être toujours les mêmes, si les données avaient quelque précision, démontre également la fausseté de tous. » (I, 202.)

C'est donc, avec raison, « que les médecins les plus éclairés ont ... banni de la science des êtres vivants, toutes ces applications précipitées qu'on a tenté d'y faire plus d'une fois, des théories purement mécaniques, physiques ou chimiques ; ils n'ont pas eu de peine à prouver combien les résultats en sont vagues, incertains, insuffisants, opposés les uns aux autres, et même le plus souvent contraires aux faits les mieux reconnus ; et leurs recherches, dirigées par une méthode philosophique sûre, les ont mis en état de faire voir avec le dernier degré d'évidence, que l'économie animale n'est soumise aux lois des autres corps que sous quelques points de vue de peu d'importance ; *qu'elle se régit par des lois qui lui sont propres, et qu'elle ne peut être étudiée avec fruit que dans les phénomènes offerts directement par elle-même à l'observation* ». (IV, 258.)

On voit, par ce qui précède, avec quelle netteté Cabanis se prononce contre l'introduction du matérialisme abstrait en médecine, mais il convient de reconnaître que tout en le repoussant, il ne peut s'empêcher de l'excuser et de plaider, en sa faveur, les circonstances atténuantes. De même que nous avons vu notre auteur sympathiser avec Pythagore, nous le verrons témoigner dans quelle estime il tient Boershaave, tout en réfutant ses conclusions.

« Les désordres funestes où l'application des doctrines hydrauliques, mécaniques, chimiques, qui ont successivement entraîné l'art de guérir, méritaient bien qu'on s'élevât avec force contre cet abus ; qu'on s'efforçât de resserrer plus particulièrement la pratique dans ses limites naturelles, de la ramener aux seules sources où elle puisse venir puiser avec confiance, à la comparaison de la maladie et de la santé, à l'observation des phénomènes qui caractérisent chaque maladie, à l'étude des effets produits par chaque traitement ». (in *Disc. d'ouvert. du Cours sur Hipp.* (V, p. 118.)

Quant à l'Empirisme, après avoir dénoncé son insuffisance aussi longtemps qu'il prétend priver l'observation du concours du raisonnement, de l'hypothèse, de la théorie, ou qu'il cherche à réduire exagérément ce concours, Cabanis est le premier à souligner l'accroissement de son importance et de son prestige à mesure qu'il fait appel à leur participation en reconnaissant la légitimité de l'hypothèse comme initiatrice de la recherche expérimentale, l'utilité de la théorie pour lier ses acquisitions, de la méthode subjective dans le classement et la coordination des résultats obtenus.

En ce qui concerne l'interprétation des trois modes de penser, il a montré qu'elle ne pouvait aboutir qu'à des compromissions bâtardes, sans portée et sans avenir.

Finalement, prenant la médecine à dater du moment où

elle passe, en Grèce, des mains des Philosophes dans celles des Médecins, il répartit son histoire ultérieure en plusieurs époques plus ou moins nettement délimitées chronologiquement, et consacre les chapitres suivants de sa narration à l'évolution de notre Art chez les Hellènes, chez les Romains, chez les catholico-féodaux du Moyen-Age, chez les Arabes, chez les Juifs, chez les Grecs du Bas-Empire, chez les Occidentaux de la Renaissance, chez ceux du XVIIe et du XVIIIe siècles.

Son tableau est bref, mais clair et suggestif, et met bien en relief le développement accidenté des trois modes principaux de penser en médecine, leurs conflits, leurs alternatives de prépondérance et de retraite, leurs transactions partielles, leur enchevêtrement.

Toutefois, si son estimation de la médecine grecque laisse peu à désirer dans sa brièveté, il n'en est pas de même de son appréciation du développement de notre Art à Rome, puis chez les Sémites arabes et juifs.

Non content de méconnaître, en sociologie dynamique, le rôle bienfaisant de Rome imposant, par la guerre, à l'Europe occidentale, au nord de l'Afrique, à une partie de l'Asie, les « *mœurs de la paix* » selon l'expression de Virgile inspiré par Auguste, il a de beaucoup sous-estimé sa contribution aux progrès de la Médecine.

Il n'a guère été plus équitable à l'égard des Arabes présentés comme des commentateurs sans originalité, voire comme de vulgaires « pillards » (I, 97) de la pensée Gréco-Romaine; les Juifs qui auraient produit des praticiens distingués, mais n'auraient contribué en rien à l'avance de l'Art, et des sciences dont il dépend.

Par contre, il semble s'être rendu compte, avant la plupart des historiens, que le début de la Renaissance en Occident est bien antérieur à la prise de Constantinople par les Turcs de Mahomet II, en 1453, et à l'émigration consécutive vers l'Italie des derniers savants du Bas-Empire, chargés d'une partie des richesses de leurs bibliothèques. Il montre que si cet événement renforça incontestablement, au XVe siècle, le mouvement de reprise des sciences, des lettres et des arts, il ne le créa pas.

Cabanis ne s'est pas borné du reste à caractériser, à sa manière, chacune des époques qu'il décrit, il est entré dans l'appréciation plus ou moins détaillée, trop peu détaillée généralement, de leurs principaux représentants. Mais nous ne saurions le suivre sur ce terrain, car il nous faudrait, pour mettre ses aperçus biographiques au pair de l'érudition contemporaine, les compléter ou les rectifier, plus de pages qu'il n'en a consacrées à les exposer.

Aussi nous contenterons-nous d'appeler l'attention sur quelques-uns seulement des jugements portés par lui, relatifs aux principaux leaders de la pensée médicale.

Son analyse de la personnalité et de l'œuvre d'Hippocrate, contenue dans les « Révolutions » et dans les deux Discours qu'on peut, avec Pestre, leur annexer, est de beaucoup la plus fouillée, et à divers titres, la plus remarquable.

« On retrouve partout » dans ses livres, écrit-il à la page 63 du T. I, « cette méthode vraiment générale, la seule qui soit appropriée à la manière dont s'exercent nos facultés intellectuelles, et qui, dans chaque art, dans chaque science, faisant naître les axiomes des observations, transforme les résultats des faits en règles » (I, 64). — Ce nouvel esprit, porté dans l'art de guérir, fut comme une lumière soudaine qui dissipe les fantômes de la nuit, et rend aux objets leur véritable forme et leur couleur naturelle. En repoussant les erreurs des siècles passés, Hippocrate apprit à mieux s'emparer de leurs utiles travaux. On vit, avec un degré d'évidence inconnu jusqu'alors, l'enchaînement et la dépendance des faits observés, ou des conséquences qui se déduisaient légitimement de leur comparaison. Toutes les découvertes n'étaient pas sans doute faites encore : mais, dès ce moment, on était sur la route qui peut seule y conduire (I, 65).

Il le loue, non sans raison, — d'avoir affranchi la médecine de la théologie, en rattachant les « maladies sacrées » à une altération du cerveau, et par suite, en les faisant rentrer dans le cadre de la pathologie ordinaire; — d'avoir séparé la Médecine de la Philosophie en leur assignant des rapports absolument nouveaux (I, 63, 65), tout en ne s'affranchissant pas suffisamment lui-même des doctrines d'Héraclite qui dominaient de son temps et qu'il a eu le tort d'incorporer en partie dans sa physiologie (I, 69) ; — d'avoir engagé la Médecine « dans sa route naturelle, *l'expérience raisonnée* » (I, 63).

« Dès le temps d'Hippocrate » fait-il remarquer sous le second rapport, « la médecine était déjà... altérée par le mélange des systèmes philosophiques et cosmogoniques. Hippocrate reconnut avec beaucoup de sagacité les inconvénients qui résultaient de ce mélange Cet observateur assidu vit clairement que la nature en général ne tient aucun compte des rêveries par lesquelles on prétend l'expliquer, et que *la nature vivante, en particulier, a ses allures propres, qu'il faut étudier dans les faits, et non vouloir deviner par de vaines conjectures et par de plus vains calculs.* Il attaqua donc cet abus avec beaucoup de force. Mais le respect pour la vérité.... ne nous permet pas de dissimuler que plus d'une fois, il céda lui-même au penchant le plus général peut-être de l'esprit humain.... A la place de certaines doctrines, vieilles et renversées par ses propres observations, il substitua des doctrines nouvelles, plus rapprochées des faits sans doute, mais qui n'étaient cependant encore que de pures hypothèses » (I, 196), pleines d'aléas.

De Galien il vante l'érudition, mais en lui reprochant, comme à Boerhaave, d'avoir voulu fondre, dans la médecine « des doctrines qui lui sont absolument étrangères, ou qui du moins n'ont avec elle que des rapports isolés et relatifs à quelques simples accessoires... De là vient qu'en simplifiant avec méthode, quoique avec un degré de méthode très inégal, les vues générales qui doivent guider son enseignement, ils ont cependant laissé une grande tâche à leurs successeurs : celle de séparer avec justesse plusieurs choses belles et excellentes de ces dogmes hypothétiques qui les déparent, et que l'ordre même avec lequel ils y sont enchaînés rend encore plus dangereux pour les jeunes lecteurs, facilement séduits par de si vastes tableaux » (I, 94). — Si Galien « ressuscita » d'abord « la médecine hippocratique », en lui procurant un « éclat qu'elle n'avait point eu dans sa simplicité primitive, ce qu'elle acquit entre ses mains fut peut-être, plutôt qu'une richesse véritable », une « parure » qui, en fin de compte, faillit l'étouffer, (I, 93). — De plus, Cabanis a méconnu l'importance de la contribution du médecin de Pergame à la fondation de l'anatomie et surtout de la physiologie.

Dans Paracelse, il voit « le prototype des charlatans : un vrai modèle d'orgueil, de démence et d'audace » prononçant, du haut de ses tréteaux, « la proscription de tout ce qui n'était pas lui », criant « d'une voix frénétique : *Arrière moi, Grec, Latin, Arabe*.... Et cependant une entière équité ne permet pas de méconnaître les services réels qu'il a rendus à la science; l'utilité des remèdes qu'il a le premier mis en usage, ou qu'il a maniés avec plus de hardiesse et de bonheur que ses devanciers ; enfin je ne sais quelle sagacité originale qui, sans être le vrai génie, conduit à certaines découvertes, auxquelles une marche plus réservée ne conduirait peut-être pas » (I, 111).

Il félicite, au courant de la plume, l'Ecole de Paris « d'avoir produit et possédé Fernel, génie capable de systématiser les connaissances les plus vastes, et de les présenter dans un style tout à la fois très philosophique et très brillant. » (I, 117.)

Il loue, comme il convient, Vésale d'avoir rectifié les erreurs anatomiques de Galien, en complétant son œuvre, plutôt que de s'être borné (I, 260) à le répéter.

Il nous montre Van Helmont « nourri de la lecture des adeptes. Doué d'une imagination ardente, il l'avait encore exaltée dans leur commerce assidu. Le feu de leurs fourneaux avait achevé d'enflammer sa tête. Cependant, du milieu de cette fumée alchimique et superstitieuse où trop souvent ses idées sont comme perdues, jaillissent par intervalles des traits d'une vive lumière. C'est sur la route de l'erreur qu'il a fait d'heureuses découvertes ; c'est dans la langue des charlatans qu'il annonce de brillantes vérités » (I, 127). — Voici en quels termes est exposée sa théorie des archées : « Chaque organe a son genre de sensibilité propre, quoique tenant et subordonné d'une manière étroite à l'ensemble du système : des

---

qualités et des fonctions particulières le distinguent de chacun des autres organes; certaines fonctions lui sont exclusivement attribuées. Vanhelmont suppose que les différences caractéristiques des diverses parties dépendent des causes qui les animent. Il prétend que, dans chacune, réside un principe chargé de son gouvernement ; qu'un principe suprême auquel l'auteur donne le nom d'*archée*, a la surintendance de tous les autres ; et que de leur concert, de leur conspiration systématique résulte le principe général des forces vitales, comme le corps lui-même résulte de la réunion de tous les membres. Le grand *archée* réside à l'orifice supérieur de l'estomac. De là, comme de son trône, il envoie ses ordres aux petits *archées*, établis dans leurs diverses juridictions. Ceux-ci, tenus d'exécuter même ses caprices, y mettent toujours du leur soit en bien, soit en mal ; et c'est de toutes ces opérations combinées que se composent les fonctions régulières de l'état sain, et les phénomènes anomals de l'état maladif. — L'art du médecin consiste donc à bien étudier le caractère du principe central commun, et celui des autres divers principes inférieurs ; de savoir quand il faut exciter leur négligence, quand il faut réprimer leur fougue, et quels sont les moyens de maîtriser leurs passions ou de corriger leurs écarts ». — Tout cela, traduit en langage plus vulgaire, veut dire » d'après Cabanis, « qu'il existe dans les corps animés une cause générale des mouvements vitaux ; que les différents organes, quoiqu'ils en dépendent toujours, ont cependant des manières d'être affectés et d'agir qui leur sont propres, et qui sont une suite de leur structure particulière ; que la médecine est la science des lois par lesquelles cette cause exerce son action, des modifications, dont est susceptible son influence sur les différentes parties ou dans les diverses circonstances, et des moyens d'agir, soit sur le système entier des forces, soit sur celles d'un organe particulier pour maintenir ou pour rétablir la régularité de ses fonctions » (I, 130). — Mais l'historien ne nous dit pas que Van Helmont fut le premier (ou l'un des premiers) à considérer la *fièvre* comme la manifestation de la lutte de l'organisme contre la maladie, doctrine reprise plus tard par Stahl, et développée, de nos jours, par Grasset, de Montpellier.

Il ne conteste pas à Harvey la gloire d'avoir démontré scientifiquement la circulation du sang entrevue par Servet, par Varole et par Colombus, par Césalpin, mais il est loin d'attribuer à sa découverte toute l'importance qu'elle eut. Il s'oublie même à écrire : « Ce nouveau jour porté dans l'économie animale ne fit, s'il est permis de le dire, que redoubler la rage des systèmes On ne pensa plus qu'à faire circuler librement le sang, à détruire sa viscosité, à tirer du corps celui qu'on supposait corrompu, à le refaire, à le corriger, à le renouveler, à tenir les vaisseaux relâchés et perméables.... » (I, 136) Il ferait volontiers grief au physiologiste anglais de ce que les matérialistes ont pu tirer, de ses travaux, des arguments en faveur de la thèse iatromécanique, et il déplore que « l'une des plus belles découvertes de la médecine moderne, bien loin d'éclairer la pratique de l'art, comme on semblait devoir s'en flatter, ne fit qu'égarer les imaginations faibles, éblouies de sa lumière : et l'on peut douter encore raisonnablement, que son application à la connaissance et à la curation des maladies internes ait été d'une utilité réelle... » (I, 137). Fort heureusement il a eu l'occasion de revenir sur ce sujet dans son « Eloge de Vicq d'Azyr », et de rectifier ses idées en rendant au génie d'Harvey l'hommage qu'il mérite.

A Sydenham il rend surtout hommage d'avoir ramené « la pratique à l'expérience », en un temps où la médecine anglaise « était toute scolastique », où « les progrès des autres sciences n'avaient encore eu sur elle qu'une influence erronée », où « le véritable esprit d'observation était presque entièrement inconnu » ; sa « pratique fit une véritable révolution dans la médecine. Ce fut le triomphe, non d'un génie transcendant qui renouvelle tout par des vues générales et hardies, mais d'un observateur qui pénètre avec sagacité, fouille avec sagesse, et s'appuie toujours sur une méthode sûre » (I, 134). Il n'oublie pas de louer « son *Traité de la Goutte* comme un chef-d'œuvre de description..., non qu'elle se présente toujours telle qu'il la peint, mais parce qu'on ne peut rien imaginer de plus ingénieux que le plan d'observation qu'il y trace » (I, 133). Et il glorifie les études de l'ami de Locke sur « les constitutions épidémiques » comme une suite très méritoire de celles d'Hippocrate. Il néglige toutefois de mettre en valeur cette phrase éminemment suggestive, sous des dehors quelque peu métaphysiques : « La maladie n'est autre chose qu'un effort de la nature qui, pour conserver le malade, travaille de toutes ses forces à évacuer la matière morbifique ».

Il admire Staalh comme « un de ces génies extraordinaires que la nature semble destiner de temps en temps au renouvellement des sciences. Elle l'avait doué tout à la fois de cette sagacité vive qui pénètre, en quelque sorte, les objets, et de cette retenue qui s'arrête à chaque pas pour les considérer sous tous leurs aspects; de ce coup d'œil rapide et vaste qui les saisit dans leur ensemble, et de cette observation patiente qui poursuit avec scrupule leurs moindres détails. Il fut distingué principalement, ainsi que son maître Becker, par le rare talent de trouver, dans les phénomènes les plus communs, les analogues et les points de comparaison, ou même la cause directe de ceux qui paraissent le plus étonnants, et dans les explications les plus simples la base des plus sublimes théories... » (119). Il le félicite, p. 85, d'avoir embrassé et appliqué « avec plus de détails et de précision, à l'histoire des phénomènes de la vie,... la doctrine des nombres adoptée par les anciens », ce qui appellerait des explications qu'il ne donne pas suffisantes. A entendre notre historien, l'illustre Allemand aurait entrepris « de faire pour la médecine ce qu'il avait fait pour la chimie. Il était nourri de la doctrine d'Hippocrate ; et personne ne savait mieux que lui ce que les observations et les vues philosophiques des modernes y pouvaient ajouter. *Il vit que le premier pas à faire était de séparer les idées générales ou les principes de la médecine de toute hypothèse étrangère. Il avait reconnu que la médecine s'exerçant sur un sujet soumis à des lois particulières, l'étude d'aucun autre objet de la nature ne peut dévoiler, du moins directement, ces lois, et que l'application des doctrines le plus solidement établies dans les autres sciences, à celle dont le but est de connaître et de gouverner l'économie animale, devient nécessairement la source des plus graves erreurs.* » (I, 120). — Cabanis prétend « que le grand ouvrage où se trouve exposée la théorie générale » de Staalh « n'est sujet à de fausses interprétations que par le vague d'un mot principal qui jette son obscurité sur toutes les explications accessoires et consécutives » (I, 122) : « s'il se fût servi d'un autre terme que celui d'*âme*, auquel il évitait avec soin d'attacher un sens trop précis, difficilement eut-il échappé aux reproches d'impiété, de matérialisme, et, qui pis est, à la poursuite de persécuteurs alors très puissants. Un mot suffit pour lui conserver l'orthodoxie et le repos. C'en est assez pour excuser cette ambiguïté d'expression, quoiqu'elle soit devenue la cause de beaucoup de mal-entendus par rapport à la théorie, et même de quelques erreurs de pratique où sont tombés certains staalhiens enthousiastes » (I, 125) — « Pour bien comprendre les vues de ce médecin, *le plus grand, à notre avis, qui ait paru depuis Hippocrate*, il faudrait, je le répète, entrer dans l'exposition détaillée, non seulement de ses principes généraux, mais encore d'une grande quantité de vues particulières qui les éclaircissent et les confirment. Des gens qui jugent souvent sur parole, sans lire eux-mêmes, et d'autres qui jugent aussi sur parole, même après avoir lu, le regardent seulement comme un auteur de théories brillantes dont on ne peut emprunter aucune vraie lumière pour la pratique. Je suis, au contraire, convaincu par mon expérience, que nul écrivain n'est plus capable d'apprendre à bien voir la nature, et de suggérer d'heureuses ressources au lit des malades. Sa théorie des affections chroniques abdominales, renfermée dans les limites au delà desquelles il n'a pas voulu assurément l'étendre, est d'une application journalière et féconde ; et son traité des flux hémorrhoïdaires est, sans exception, le morceau le plus précieux de la médecine pratique moderne... » (I, 126) — On voit par le texte de cette citation, à quel point Cabanis admire Staahl, mais on ne s'explique pas pourquoi il se tait sur la théorie du « *phlogistique* » refutée par notre grand Lavoisier.

De Boerhaave, il parle en ces termes : « Nous avons observé plus haut que » le professeur de Leyde « savait beaucoup et

qu'il voulut faire entrer toutes ses connaissances dans ses systèmes de médecine. Il avait lu les écrivains de toutes les sectes et de tous les âges ; il les avait extraits,analysés, commentés, développés. Tous leurs travaux ui étaient connus ; toutes leurs opinions familières. Il s'en empare, il les modifie, il les combine ; il répand sur le tout cet ordre lumineux qui le caractérise : et bientôt sortent de ses mains ses Institutions de médecine et ses Aphorismes de pratique, les deux tableaux, tout à la fois les plus vastes et les plus précis qu'on eut encore vus dans les sciences, et qui ne le cédaient, pour l'universalité des objets et des points de vue, qu'à ceux du grand Bacon. Heureux si la chimie, qui d'ailleurs lui dut de très importantes découvertes, si les idées des prétendues diverses acrimonies et de leurs neutralisations, enfin si de pures hypothèses mécaniques et hydrauliques ne déparaient souvent un si beau travail ! Heureux encore, si plus fidèle, dans ses expositions, à l'ordre naturel de la formation des idées, il eut commencé par recueillir et classer les faits, ou les données, au lieu d'entrer sans cesse en matière par les résultats ! Les écrits de cet homme extraordinaire eussent alors été des modèles de la manière de philosopher et d'enseigner ; comme ils sont des chefs-d'œuvre d'érudition, de critique, de clarté, d'ordonnance et de précision. » (I, 141.)

Enfin, il présente Frédéric Hoffmann, de Hall, fondant « sa pratique et ses leçons sur un nouveau système, auquel on a donné le nom de *solidisme*. C'était la doctrine méthodique, modifiée par les vues d'Hippocrate et par les découvertes de la chimie et de la philosophie moderne. — L'éloquent Baglivi enlevé à la science par une mort prématurée en avait déjà tracé l'ébauche à Rome, dans ses cours... et dans son traité *de Fibra motrice et morbosa*. — Ces deux médecins, rejetant ou limitant les opinions des humoristes, suivant lesquels les fluides exercent une influence essentielle et directe sur l'état sain et sur l'état malade, ont restitué ce rôle important aux solides. Ils établissent que les modifications ressenties par les fluides ne sont que la suite et l'effet des modifications que les solides ont éprouvées. En un mot, d'après leur hypothèse, la vie s'exerce, et toutes ses révolutions se passent dans *le solide*, qu'à raison de cette manière même de le considérer, Hoffmann appelle *solidum vivens*. Ce qui distingue les solidistes des méthodistes, c'est qu'avec Hippocrate les premiers reconnaissent une force vitale, dont les lois ne peuvent être connues que par l'observation des phénomènes propres au corps vivant : et ces phénomènes résultent pour eux de son action sur les fibres, entre lesquelles la nature l'a comme distribuée, pour les animer toutes d'une certaine forme d'énergie et de mouvement... Ces principes semblent avoir été la source de ceux qu'on enseigne encore aujourd'hui dans l'école d'Edimbourg... — On avait donné le nom d'animistes aux disciples immédiats de Staahl... Ceux qui depuis ont associé ses vues à celles des solidistes, des chimistes ou des mécaniciens..., ont reçu le nom de *semi-animistes*. — Enfin des opinions de Staalh et de Van Helmont, et du solidisme, étendu, modifié, corrigé, s'est formée une nouvelle doctrine à laquelle Bordeu, Venel, Lamurre, l'on peut dire même l'Ecole de Montpellier presque entière, a donné beaucoup d'éclat et de partisans. Agrandie, depuis ces maîtres célèbres, par les vastes travaux de Barthez ; fortifiée par ses élèves et ses successeurs de ce que les découvertes modernes et les progrès des sciences collatérales pouvaient lui fournir de preuves nouvelles ; perfectionnée par l'application des méthodes philosophiques, que de bons esprits commencent à porter enfin dans tous les objets de nos études, elle se rapproche de plus en plus de la vérité... » (I, 144).

Telle est, résumée, la contribution apportée par Cabanis à l'histoire de la Médecine et qui l'éclaire singulièrement.

Sans doute, peut-on regretter que l'auteur — mentionne à peine les travaux de Cælius Aurelianus, d'Arétée (I, 86), de l'Ecole d'Alexandrie (100), de l'Ecole de Salerne (102), d'Ambroise Paré, de Thomas Willis, de Morgagni, de Bourgelat (I, 326) en médecine vétérinaire, de Jean Ray en botanique (319) etc..., — qu'il se contente de nommer Winslow, Deleboe, Bellini, etc.. — qu'il passe sous silence les noms de Hérophile, d'Antyllus, d'Oribase, de Fracastor, d'Aselli, de Sanctorius, de Spallanzani, etc...

Mais si son histoire n'est pas la plus complète, tant s'en faut, elle est l'une des plus vivantes, des plus lumineuses, et des plus judicieuses, en raison — de la prise sur le vif des luttes palpitantes auxquelles se livrent les Ecoles dont elle nous peint l'activité ; — du point de vue relatif dont elle ne cesse de s'inspirer ; — de la coordination, *grosso modo*, des événements qu'elle embrasse autour des trois modes principaux de penser, propres à l'esprit humain.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

Les cas d'encéphalite vaccinale ne sont pas fréquents, mais ils tendent à le devenir. C'est une complication grave, souvent mortelle, constituant un risque réel pour les vaccinés. On ne peut pas garantir à des parents, qui vous interrogent à ce sujet, que leur enfant ne mourra pas de la vaccination antivariolique.

Baumier, de Saumur, rapporte un cas mortel, qui présente quelques caractères spéciaux :

1° La période d'incubation a été très courte : quatre et peut-être trois jours.

2° L'enfant, âgé de vingt-cinq mois, avait été vacciné sans succès un an auparavant.

3° La réaction locale a été très légère.

4° Après une douzaine de jours de maladie se produisit une détente très importante ; cette période de rémission dura une semaine et fut suivie d'une reprise brutale.

5° Les paralysies oculaires furent légères, incomplètes, variables.

(P. Baumier. A propos d'un cas d'encéphalite vaccinale. *Archives médicales d'Angers*, mai 1932).

Neurologie

L'enseignement de la neurologie doit s'efforcer d'inculquer aux élèves trois notions essentielles :

1° En neurologie, comme en psychiatrie, il y a une période pré-anatomique des maladies, fonctionnelle et chimique, qui est à la fois la plus ignorée et la plus nécessaire à connaître.

2° Les psychonévroses et les associations psycho-organiques sont plus nombreuses qu'on ne le croit, même en dehors de la pathologie du sympathique.

3° L'homme, agissant et souffrant, est aussi un être pensant. Les rapports du physique et du moral font que les maladies du système nerveux sont, plus que d'autres, des maladies individuelles.

(Jean Lépine. La neurologie française dans ses rapports avec la psychiatrie et la médecine générale. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1932.)

Le reclassement des faits qui donnent lieu à l'accès convulsif du syndrome épileptique permet de fixer les conditions nécessaires dans l'ordre chronologique suivant :

1° La première condition est une prédisposition spéciale des centres nerveux.

2° En second lieu, chez beaucoup de malades, il existe une grande instabilité vago-sympathique.

3° L'équilibre nerveux peut être rompu d'une quantité de manières et c'est là qu'interviennent les facteurs adjuvants, donnant au syndrome épileptique une grande diversité d'aspect et traçant une ligne de conduite thérapeutique différente pour chaque malade. Ces causes peuvent se répartir en deux groupes : les facteurs réflexes d'ordre sympathique et les facteurs irritant directement les filets sympathiques vasculaires. C'est vraisemblablement dans un de ces deux larges groupes que rencontreront, au fur et à mesure de leur identification, les causes encore inconnues de ce que l'on entend par épilepsie essentielle.

4° Tous ces facteurs vont provoquer la formation d'un spasme artériel, de siège variable, de peu de durée et brutal, interrompant la circulation dans le territoire intéressé.


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou 1/2 cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS 9, Rue Castex _ PARIS (IVe)

5° Après ces stades successifs les convulsions musculaires vont se produire.

En somme on peut admettre que le syndrome épileptique est conditionné par un facteur prédisposant, le substratum anatomique cérébro-méningé et par un facteur déterminant, l'anémie corticale, ces deux facteurs étant reliés nécessairement par des facteurs adjuvants, extrêmement variables suivant les malades.

(P. Louyot et J. Simonin, de Nancy. Modifications vasculaires et physiopathologie de la crise convulsive épileptique. *Revue médicale de l'Est*, 1er juin 1932.)

Cancer

Deux cas de cancer de la langue, propagé au plancher de la bouche, traité par le radium et en état de guérison apparente, présentent un certain nombre de points intéressants.

1° Un traitement patient, bien conduit, peut amener la guérison d'un épithélioma de la langue avec extension au plancher de la bouche, à condition que les ganglions ne soient pas encore envahis.

2° L'emploi des appareils de surface paraît supérieur, dans certains cas, à l'aiguillage intra-tissulaire ; il permet d'obtenir des irradiations plus homogènes, plus étendues et surtout moins douloureuses.

3° Au point de vue histologique, les deux tumeurs appartenaient au type habituel des épithéliomas de la langue : pavimenteux stratifié, avec différenciation cornée para-kératosique marquée ; toutefois les cellules, qui composaient ces tumeurs, présentaient un caractère important au point de vue radio-sensibilité : grande activité mitotique et hyperchromatisme des noyaux.

4° Trop souvent les malades arrivent trop tard, ayant ainsi perdu le bénéfice que la radiumthérapie précoce aurait pu leur procurer. L'application du radium reste le traitement de choix des cancers de la langue, car seules les radiations permettent d'atteindre les cellules néoplasiques dans des régions inaccessibles aux autres procédés. Le traitement précoce dépend du diagnostic précoce, qui lui-même dépend de la biopsie.

(Robert Kuhn. Deux cas de cancer de la langue propagé au plancher de la bouche, en état de guérison depuis deux ans et demi. *Bourgogne médicale*, avril 1932.)

Pathologie coloniale

Les diarrhées cholériformes et éventuellement le choléra réclament une médication anti-infectieuse d'une part et physiologique contre la déperdition des liquides et des chlorures d'autre part.

Depuis avril 1931, l'auteur traite les malades, atteints de syndromes cholériformes, par les injections intraveineuses combinées de trypaflavine à 2 % et de solution chlorurée à 300 ‰, chacun d'eux recevant tous les jours 5 c.c. de la première et deux injections de 10 à 20 c.c. de la seconde.

Vingt-deux malades ont été traités de la sorte sans adjonction d'aucune autre thérapeutique.

La mortalité habituelle est de 60 à 80 %.

Or, avec ce traitement, on n'a enregistré que deux décès sur vingt-deux, soit une léthalité de 9 %, résultat extrêmement encourageant.

(A. de Raymond. Un nouveau traitement des diarrhées cholériformes et éventuellement du choléra. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1931.)

Un jeune indigène, atteint d'amibiase latente, entre à l'hôpital Sadiki pour une congestion pulmonaire, durant depuis un mois et disparaissant rapidement par un traitement à l'émétine, après la découverte fortuite d'amibes dans les selles. Le cas est assez rare et les circonstances valent d'être rapportées.

Voici donc un Arabe de 18 ans, ouvrier agricole, syphilitique et paludéen, est-il besoin de le dire. Il a eu, six mois auparavant, une diarrhée très abondante, sans glaires ni sang.

La maladie actuelle a débuté, il y a un mois environ, par un frisson violent, une fièvre élevée, un point de côté dans l'aisselle droite, une toux quinteuse et de petites hémoptysies. Le point de côté a disparu.

L'examen physique donne les résultats suivants. A la palpation, diminution des vibrations à droite. A la percussion, matité en avant et en arrière du sous-sommet droit. A l'auscultation, diminution notable du murmure vésiculaire et râles secs aux deux temps de la respiration.

Les crachats renferment une flore bactérienne quelconque ; pas de bacilles de Koch.

L'examen radioscopique montre à droite une image triangulaire, à base axillaire, à sommet hilaire, à opacité modérée mais uniforme. La radiographie donne : condensation dans la région moyenne et latérale droite, hile gauche marqué, quelques tractus dans la région sous-claviculaire gauche.

Les signes persistent pendant plusieurs jours sans grand changement et c'est alors qu'intervient le hasard.

Il a pris les traits d'un médecin militaire des Etats-Unis, à la retraite, M. Wight, qui depuis dix-sept ans consacre son activité à l'étude des amibes ; il voyage pour compléter sa documentation ; il affirme des choses très curieuses, par exemple que l'on découvre, aux Etats Unis, des amibes dysentériques dans les selles de 5 % des individus d'une collectivité quelconque ; il désire établir le pourcentage d'Arabes atteints d'amibiase et il avait demandé de lui envoyer les selles de tous les entrants.

Or les selles du jeune malade donnent le bulletin d'analyse suivant : présence d'amibes dysentériques à l'état prékystique.

On commence aussitôt un traitement par l'émétine, 4 centigrammes en injection sous-cutanée, matin et soir, pendant trois jours.

La température tombe, les signes d'auscultation disparaissent, l'état général s'améliore nettement. Une seconde radioscopie montre des poumons clairs, avec hiles un peu marqués et quelques tractus dans la région moyenne droite.

Le diagnostic hésitait entre deux hypothèses ; congestion pulmonaire grippale, tuberculose subaiguë unilatérale. Le traitement peut-il suffire à établir la nature amibienne de cette congestion pulmonaire ? Une revue de la littérature ne permet pas d'être affirmatif, la plupart des cas d'amibiase pulmonaire observés étant beaucoup plus anciens. L'observation n'en reste pas moins curieuse.

(R. Broc. Un cas d'amibiase pulmonaire pure chez un musulman tunisien. Congestion pulmonaire avec hémoptysie. Guérison rapide par l'émétine. *Tunisie Médicale*, janvier 1932 et *Maroc Médical*, 15 mai 1932).

Chirurgie

Ayant dû pratiquer une prostatectomie, il y a quelque deux ans, sur un malade impotent et infirme, qui éprouvait de grandes difficultés à se lever. Viollet, de Limoges, fut frappé par la lenteur de la fermeture de la plaie hypogastrique. La fistulisation persistait, désespérante. Malgré le drainage habituel par la sonde urétrale, après plus de quarante jours, la cicatrisation restait insuffisante. Ce malade, déjà neurasthénique refusant la fermeture sanglante, on enleva la sonde et on le fit lever tant bien que mal. Deux jours après il était *fermé* et le resta définitivement.

Le séjour prolongé au lit est un élément défavorable. L'auteur pratique la prostatectomie en deux temps. L'opéré se lève le lendemain de la cystostomie. Entre les deux temps on laisse un minimum de sept jours. L'opéré se lève cinq ou six jours après le second temps, sauf complication impérieuse ou grave.

En dehors de la diminution du temps de fermeture de la plaie hypogastrique, allant de quinze à vingt jours, le lever précoce offre, comme autres avantages, la diminution des complications pulmonaires et des troubles circulatoires et la reprise plus rapide de l'état général.

(Viollet. Le lever précoce des prostatectomisés. *Gazette Médicale Limousine*, mai 1932.)

Hygiène

Voici le lait du commerce, tel que le voit H. Commeny, docteur vétérinaire.

Il apporte des virus, des microbes pathogènes, des toxines, des principes toxiques émanant des résidus industriels utilisés pour l'alimentation des femelles laitières ou des substances médicamenteuses administrées *per os*, par voie cutanée ou sous-cutanée.

L'état pathologique des femelles (pneumonie, entérite, néphrite, etc.) occupe la place la plus importante dans la production des laits nocifs.

Le lait est en outre un milieu de culture parfait, qui peut transmettre à l'homme les maladies suivantes : rougeole, scarlatine, maladies à streptocoques, érysipèle, oreillons, diphtérie, fièvre de Malte, cow-pox, fièvre typhoïde, paratyphoïde, dysenterie amibienne, choléra asiatique, méningite cérébro-spinale, typhus exanthématique, tuberculose, fièvre aphteuse.

Les fraudes chimiques sont évidemment peu de chose à côté de cette liste, qu'il est toujours bon de rappeler.

(H. Commeny. Difficulté d'obtention d'un lait propre et sain. *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, mai 1932.)

Thérapeutique

La belladone et l'atropine sont indiquées dans tous les cas où sont exagérées les fonctions sécrétoire et motrice de l'estomac.

Dans les gastrites dites hyperpeptiques, elles sont couramment prescrites ; mais les médications bromurée et alcalino-terreuse ont des résultats plus constants et plus manifestes.

C'est dans le traitement des spasmes pyloriques, des douleurs gastriques tardives et, d une façon générale, dans tous les états d'hypervagotonie gastrique que l'atropine rend le plus de services. En fait, ce sont les ulcères gastriques qui représentent l'indication la plus fréquente et, parmi eux, l'ulcus où il y a prépondérance du spasme pylorique ou cardiaque : ulcère juxtapylorique et ulcère de la petite courbure.

Encore faut-il s'entendre sur le mode d'administration ; la plupart des auteurs ont été amenés à de fortes doses, c'est-à-dire à des doses allant jusqu'à l'inhibition salivaire. La dose vraiment toxique est assez éloignée de la dose thérapeutique et la sécheresse de la bouche est considérée par les pharmacologistes comme un phénomène physiologique et non toxique.

La belladone peut être administrée chez l'adulte à la dose quotidienne de 0 gr. 03 à 0 gr. 05 d'extrait ou de LX gouttes de teinture, le sulfate d'atropine à la dose de 1 milligr. 1/2 à 2 milligrammes.

De telles doses sont supérieures à celles couramment prescrites ; elles réclament certaines précautions élémentaires : commencer par de petites doses, augmenter progressivement en surveillant la tolérance, fractionner en plusieurs prises quotidiennes ; en outre il y a intérêt à ne pas faire de cures prolongées, en raison d'une accoutumance possible.

On peut se demander quel est, de la belladone ou de l'atropine, l'agent le plus actif. D'une façon générale l'atropine est recommandée dans les cas aigus très douloureux et la belladone dans les troubles digestifs d'intensité moyenne.

L'action antispasmodique est plus nette et plus régulière sur le pylore et les voies biliaires que sur l'intestin et l'œsophage.

(P. Savy et P. Delore. Que peut-on attendre de la belladone et de l'atropine en pathologie digestive ? *Journal de Médecine de Lyon*, 5 juillet 1932.)

L'action cholagogue de l'huile d'olive se décompose en une action cholérétique (excitation sécrétoire et mise en tension de la vésicule biliaire) et une action cholécystokinétique (excitation excrétoire et évacuation de la vésicule biliaire).

Avec l huile d'arachide la phase de mise en tension est moins marquée et la phase d'évacuation est plus longue.

L'huile de ricin est encore moins active ; le plus souvent la phase évacuatrice n'est pas complète.

L'huile de paraffine n'a aucune action cholagogue.

En somme il se dégage de cette étude la notion qu'il y a des cholagogues globaux et des cholagogues partiels ; il existe aussi des composés indifférents. Ces données n'ont pas seulement une valeur théorique, elles guident aussi dans le choix d'un médicament ; il y a des agents de la sécrétion, des agents de l'excrétion ; il y a aussi des médications globales.

D'autres données peuvent aussi être dégagées ; la brièveté de la phase d'évacuation pour l'huile d'olive (une heure et demie) est à opposer à la plus grande durée de cette phase pour l'huile d'arachide (quatre heures) ; ainsi, en cas d'atonie vésiculaire, l'huile d'olive rend des services ; en cas de spasme, au cours de coliques hépatiques, elle exagère la douleur, tandis que l'huile d'arachide a une action plus douce et plus soutenue.

(R. de Grailly. L'action cholagogue de quelques huiles. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 1er juillet 1932.)

Le dogme des hautes doses de sérum antidiphtérique n'a pas encore conquis « les praticiens, qui vivant, à la campagne peuvent se permettre de ne pas suivre de trop près les modes vestimentaires et pseudo-scientifiques ».

Le médecin de campagne n'a pas à combattre les épidémies de ville parfois si meurtrières ; il ne craint pas, à l'occasion, de faire de la sérothérapie massive ; mais une injection unique de 20 c.c suffit pour la plupart des angines.

Une petite épidémie de six cas de croup est brièvement rapportée.

(F. Conil, de Roquevaire. Le dogme des hautes doses de sérum antidiphtérique. *Provence Médicale*, 15 juin 1932.)

J. Lafont.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Epidémiologie

C'est une étrange épidémie que celle qu'eut l'occasion d'observer Francesco Cornelio à Stellata pendant l'été 1931. Au début on crut qu'il s'agissait de grippe, mais il fallut bientôt changer d'avis.

La maladie débute brusquement par une fièvre élevée (39-40°), une céphalée légère, des douleurs sacro-lombaires, des douleurs dans les os des jambes, des douleurs à l'épigastre avec des vomissements ou des nausées. La fièvre descend lentement et disparaît au bout de trois jours.

Il persiste une asthénie intense qui abat le malade comme s'il sortait d'une très longue maladie.

Souvent on observe un exanthème de chaleur, que l'auteur appelle ainsi par suite de sa ressemblance avec les sudamina ; il semble n'obéir à aucune règle, il est généralisé ou localisé à une zone très petite, il est fugace ou il dure pendant des mois, il est à peine visible ou au contraire très marqué.

Il existe également une forme intestinale, qui présente une période fébrile de quarante jours.

La caractéristique principale de cette forme épidémique est l'absence de troubles subjectifs.

Les réactions sérologiques permettent d'éliminer la fièvre typhoïde, les paratyphoïdes, la fièvre de Malte ; mais il faut faire le diagnostic avec la fièvre méditerranéenne, la fièvre boutonneuse, la maladie de Brill, la dengue, la fièvre estivale.

(Francesco Cornelio. Una strana epidemia. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 3 avril 1932.)

Tube digestif

Une sténose, probablement congénitale, du cardia peut être considérablement aggravée par une grossesse, comme le montre l'observation d'une malade d'Hanozet (de Neufchâteau), rapportée par Vander Elst.

Une femme de 28 ans souffre depuis plusieurs années de l'estomac. Depuis trois mois elle n'est plus réglée ; elle ressent au creux épigastrique des douleurs vives, sans horaire fixe et peu calmées par les alcalins ; elle vomit continuellement. L'amaigrissement est considérable (15 kilos). Une hématémèse assez abondante se produit.

Quatre clichés montrent un cardia nettement sténosé et une première portion du duodénum douteuse. L'évacuation gastrique se fait très rapidement.

L'examen gynécologique révèle une grossesse de trois mois environ.

Brusquement apparaissent une hématémèse, des douleurs utérines et des pertes de sang noirâtre. L'ascension de la température et l'odeur des pertes imposent un curetage, qui ramène un fœtus complètement macéré. L'amélioration de l'état général est immédiate, les vomissements cessent complètement.

Quatre mois après la malade a gagné 20 kilos et ne ressent plus qu'un peu de douleur au niveau de l'œsophage terminal. La radiographie montre toujours le même état de sténose au niveau du cardia ; par contre on ne trouve plus de déformation de la première portion du duodénum.

Cette observation montre la façon extraordinaire dont est supportée cette sténose probablement congénitale et attire l'attention sur les complications graves déterminées par l'état de grossesse.

(Vander Elst. Sténose du cardia ayant présenté les symptômes d'ulcère duodénal à l'occasion de vomissements incoercibles de la grossesse. *Scalpel*, 6 février 1932.)

Appareil respiratoire

Une étude statistique sur la pleurésie comprend les 388 cas traités à l'hôpital de Trondhjem de 1918 à 1929 et revus en 1931 ; on n'a pris en considération que les formes idiopathiques et, à peu près exclusivement, exsudatives.

Les malades étaient originaires, pour la plupart, de la ville de Trondhjem ; ils comprenaient surtout des marins, des domestiques, des sujets mal nourris ou mal logés ; il y avait à peu près autant d'hommes que de femmes.

On constate tout d'abord que la pleurésie débute le plus souvent dans la jeunesse.

Les mois les plus propices à l'éclosion sont avril et mai.

L'examen ultérieur des malades a été pratiqué de différentes manières ; on est arrivé à établir les destinées ultérieures de 313 malades ; 200 ont été reconnus bien portants, 13 avaient succombé à des affections non tuberculeuses. Des malades soumis à un examen ultérieur 100 (32 %) ont été atteints de tuberculose et parmi eux 40 (12 %) ont succombé à cette maladie.

La plupart des cas de tuberculose se produisent dans les trois premières années qui succèdent à la pleurésie et deviennent, passé ce délai, relativement rares.

(Joh. F. Bratt et G. Ingebrigtsen. Une étude statistique sur la pleurésie. *Acta Medica Scandinavica*, 27 février 1932.)

Tuberculose

Les déplacements du cœur dans la tuberculose pulmonaire sont dus soit à un processus de rétraction pulmonaire, soit à un épanchement pleural (liquide ou gazeux).

Les cinq facteurs les plus importants sont la lésion unilatérale, la sclérose, la pleurésie, la cavité et l'emphysème du côté opposé.

Une tachycardie persistante, sans fièvre, n'est pas forcément l'indication d'une évolution et peut être due à un déplacement du cœur.

La pratique de la gymnastique respiratoire constitue le meilleur des traitements.

(Christopher Clayson. The cause and treatment of displacements of the heart in pulmonary tuberculosis. *Edinburgh medical Journal*, mars 1932).

Gynécologie

L'eczéma récidivant pendant les règles semble en rapport avec une hypertension dépassant la minima d'un centimètre.

Cette manifestation cutanée s'accompagne de phénomènes hypertensifs : asthme, névralgies diverses, émotivité, névrose cardiaque.

Un traitement hypotenseur donne une amélioration ou même la guérison ; il est bon de le renforcer par la suggestion.

Les travaux récents, publiés en Allemagne et en Amérique sur la théorie allergique de l'eczéma, n'ont pas retenu les chiffres de la tension.

(Bonjour. Un symptôme inédit dans l'eczéma. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 26 décembre 1931.)

La menstruation est une fonction normale qui doit s'accomplir sans gêne ni douleur ; cependant elle est l'occasion de troubles variés : douleur, vomissements, nausées, céphalée, malaise général.

Le traitement rationnel se réduit à peu de chose : stimuler la circulation par l'exercice musculaire et l'hydrothérapie (bains, ablutions).

L'expérience de l'auteur est basée sur vingt années de pratique dans une pension de jeunes filles.

Le traitement de la dysménorrhée par l'exercice se justifie seulement dans les cas où les douleurs ne relèvent ni d'une appendicite ni d'un état pathologique génital quelconque.

(Sanderson. Treatment of dysmenorrhoea by exercise. *British Medical Journal*, 2 janvier 1932.)

Chirurgie

Le traitement des fistules biliaires post-opératoires complètes varie suivant les circonstances.

Si l'injection de lipiodol dans la fistule permet de découvrir sur les radiographies une communication avec l'intestin, on peut tenter une suture du cholédoque autour d'un drain de caoutchouc.

Si on n'a pu constater cette communication, si on découvre pendant l'intervention, que la fistule du cholédoque est située près du foie, si enfin on ne peut arriver sur la portion inférieure de la voie biliaire principale, il faut sectionner l'intestin grêle un peu au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal, attirer son bout distal par une brèche dans le mésocolon transverse, suturer son extrémité libre à la fistule et aboucher l'extrémité du bout proximal du jéjunum en aval.

Si, au contraire, la fistule du cholédoque est tout près du duodénum, on peut facilement mobiliser ce dernier et établir une choléco-duodénostomie.

(S. Hybbinette. Quelques suggestions de l'expérience dans le traitement des fistules biliaires post-opératoires complètes *Acta chirurgica Scandinavica*, 3 mars 1932.)

Anesthésie

Une technique spéciale de rachianesthésie, caractérisée par la régularité et la lenteur de l'injection, permet à Carl Semb d'éviter le mélange de la solution de novocaïne avec le liquide céphalo-rachidien.

La ponction se pratique dans le décubitus latéral entre L_4 et L_5. On injecte une solution 5 % de novocaïne dans le liquide céphalo rachidien, sans dépasser 4 c.c., sans perdre de liquide céphalo rachidien, sans faire de *barbotage*. La rapidité de l'injection est de vingt secondes par centimètre cube de liquide.

La solution de novocaïne se comporte comme un *plomb* ; plus lourde que le liquide céphalo rachidien, elle ne diffuse pas et suit les lois de la pesanteur. Le réglage de l'étendue de l'anesthésie se fait par les changements de position du malade.

Par le décubitus latéral on obtient une anesthésie unilatérale complète utilisée pour anesthésier l'une des deux extrémités inférieures, en totalité ou en partie.

Dans la position de Trendelenburg inversée (haut du corps relevé, jambes abaissées) l'anesthésie s'étend vers les segments lombaires et sacrés inférieurs.

Dans la position de Trendelenburg habituelle l'anesthésie remonte de l'ombilic jusqu'au deuxième espace intercostal.

Pour faire varier le niveau de l'anesthésie on se sert de la position de Trendelenburg établie sous divers angles pendant un nombre donné de secondes.

(Carl Semb. Contribution to the Technique of Spinal Anesthesia. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 19 février 1932.)

Thérapeutique

Le sérum glucosé hypertonique, en injections intraveineuses quotidiennes de 500 c.c., donne de bons résultats dans l'hypertension permanente essentielle. Le mécanisme de l'action thérapeutique demeure obscur.

L'auteur se demande si vraiment l'on rend service aux hypertendus en abaissant leur pression. Dans certains cas (insuffisance cardiaque, céphalées, menace d'hémorragie cérébrale) il est indiqué d'abaisser la pression. Autrement on devrait respecter l'hypertension permanente essentielle en considérant qu'elle est une adaptation de l'organisme à des conditions défectueuses des échanges entre le sang et les tissus, entre le contenu des capillaires et celui des espaces interstitiels.

Deux constatations cliniques fréquentes étayent cette opinion : 1° Les hypertendus ne font pas facilement de l'œdème ; 2° L'abaissement de la pression provoque souvent chez les hypertendus des sensations de malaise avec abaissement corrélatif des tonus psychique, neuro-musculaire, digestif, etc.

(Roch. Communication à la Société médicale de Genève. Séance du 15 octobre 1931. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 10 mars 1932.)

Le magnésium a une action favorable sur la tuberculose pulmonaire, surtout quand il est associé au calcium.

On utilise une solution contenant 10 % de chlorure de magnésium et 10 % de gluconate de calcium. On pratique une injection intraveineuse de 10 c.c. tous les jours pendant dix jours puis tous les deux jours. Le traitement doit être assez long.

Les premiers effets observés sont l'augmentation de poids et la régularisation des fonctions intestinales. On constate en même temps une augmentation du nombre des globules rouges et une élévation du taux de l'hémoglobine. L'effet le plus intéressant est obtenu sur la courbe thermométrique ; les fébricules rebelles cèdent au traitement.

(Léonida Manca Pastorino. Contributo allo stadio dei sali di magnesio nella terapia della tuberculosi polmonare. *Rivista di patologia e clinica della tubercolosi*, 31 mars 1932.)

L'immunotransfusion a donné des résultats encourageants dans quatre cas d'infections septiques généralisées graves à la clinique chirurgicale d'Upsala.

Le donneur et le receveur doivent appartenir au même groupe sanguin. Le traitement préparatoire des donneurs consiste en injections sous-cutanées d'autovaccins provenant des malades en question ; ces autovaccins étaient obtenus par culture du sang ou du contenu de foyers métastatiques. Dans les cas urgents on peut remplacer l'autovaccin par du stockvaccin.

(Knut Hallberg. Immunotransfusion als Behandlung bei schweren septischen Allgemeininfektionen. *Acta chirurgica scandinavica*, 3 mars 1932.)

Les injections de lait ont donné de bons résultats dans treize cas d'érysipèle.

Les trois cas d'érysipèle de la face ont été traités par les injections intramusculaires.

Les dix cas d'érysipèle non facial ont bénéficié d'une technique spéciale.

On injecte de 4 à 10 c.c. de lait dans le derme, tout autour de la plaque, en réalisant ainsi un véritable barrage ; sauf en un cas le barrage a toujours empêché l'extension.

(Abd-el-Sayed. Treatment of erysipelas by injections of milk. *Bristish Medical Journal,* 13 février 1932.)

Les injections intraveineuses offrent-elles un danger de thrombose ?

Seifert présente quatre cas d'accidents de cette nature : 1° Phlébite profonde de la jambe droite ; 2° Thrombophlébite de la jambe gauche ; 3° Thrombophlébite des deux jambes ; 4° Thrombose du plexus utérin, confirmée par l'autopsie.

On avait injecté de l'autosang dans le deuxième cas et un sel d'or dans le troisième ; les deux autres concernaient des produits spécialisés peu connus en France.

Bien qu'il soit difficile de nier la prédisposition possible, on ne peut mettre en doute l'action immédiate de l'injection intraveineuse sur l'apparition de la thrombose à distance.

Ces quatre cas si démonstratifs, sont plus impressionnants qu'une longue statistique.

Il semble que certaines médications particulièrement efficaces ne puissent être administrées que par la voie intraveineuse ; il y aurait lieu de rechercher un mode d'introduction différent.

La diffusion de la méthode intraveineuse son extension et son développement offrent-ils de réels dangers ou s'agit-il simplement d'accidents isolés dus aux impondérables ? Toute thérapeutique est périlleuse, l'absence de thérapeutique aussi. Ce cri d'alarme ne doit pas tomber dans le vide ; adressons-nous à la voie intraveineuee quand elle présente des avantages certains, tant en rapidité qu'en efficacité ; autrement, non.

Seifert. Intravenose Einspritzungen und Thrombosegefahr. *Munchener Medizinische Wochenschrift,* 29 janvier 1932).

Aphorismes

On a trop systématisé les maladies nerveuses dites systématiques. Elles ne le sont pas autant qu'on veut bien le dire (Taillens, de Lausanne.)

Il faut de bons diagnostics pour instituer de bons traitements (Francisco B. de Partearroyo, de Madrid.)

J. LAFONT.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les syphilis arséno-résistantes

Après la thèse parisienne de Bacquelin, concluant que les arséno-résistances sont rares, la thèse lyonnaise de P. Tiran (juin 1932) consacrée au même sujet intitulée : *Etude de l'arséno-résistance d'après une statistique hospitalière.*

Malgré les nombreux travaux inspirés, ces dernières années, par le problème de la résistance aux arséno-benzènes, nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de revoir tous les cas de syphilis observés depuis cinq ans dans le service hospitalier de dermato-syphiligraphie de l'Antiquaille, et de reprendre l'étude de l'arséno-résistance en nous rapportant à une statistique ce qui, à notre connaissance, n'a pas encore été fait.

Les syphilis arséno-résistantes sont devenues relativement fréquentes, ces dernières années. Dans la statistique du service hospitalier de dermato-syphiligraphie de l'Antiquaille, portant sur 917 cas de syphilis primaires et secondaires observées de 1927 à 1931 et traitées uniquement par le novarsénobenzol, P. Tiran a relevé 150 cas de syphilis arséno-résistantes indiscutables, soit un pourcentage de 16,3. L'auteur considère comme suffisant le traitement employé dont voici les grandes lignes.

Pour le traitement d'attaque, deux cures séparées par un mois d'intervalle. Chaque cure comprend une série d'injections de novar de 0,15 à 0,90, cette dernière dose étant répétée trois ou quatre fois. Pour les malades particulièrement affaiblis ou d'un poids inférieur à 50 kilos, on s'arrête à la dose de 0,75. Pour certains malades robustes, la dose initiale est de 0,30. Les injections se succèdent au rythme suivant : tous les cinq jours pour les trois premières, tous les sept jours pour les suivantes. Le traitement de fond comprend quatre séries par an.

On ne peut retenir, dit-il une insuffisance dans la manière dont est conduite la thérapeutique novarsénobenzolique (doses, rythme des injections ou intervalle de repos), *puisque ces dernières conditions sont les mêmes que pendant la période, s'étendant sur plus de quinze années, ou l'arséno-résistance était exceptionnelle.* !

L'arséno-résistance se manifeste sous différentes formes cliniques : arséno-résistance atténuée, arséno-récidive, arséno-résistance caractérisée et arséno-activation. Ces différentes formes peuvent, d'ailleurs, se succéder ou s'intriquer. Les manifestations cutanées de l'arséno-résistance présentent, dans de nombreux cas, des caractères atypiques. On observe surtout des éruptions psoriasiformes, à localisations particulières. Les manifestations viscérales, d'interprétation souvent difficile, sont rares. En ce qui concerne la pathogénie de cette résistance, on peut discuter, dit P. Tiran dans ses conclusions, la part réciproque d'une diminution actuelle de l'activité du médicament et d'une accoutumance du tréponème, soit au novarsénobenzol, soit mieux, en tenant compte du mode d'action de celui-ci, aux substances inconnues tréponémicides élaborées par l'organisme parasité sous l'action du 914.

Dans l'impossibilité où l'on se trouve de prendre parti d'une façon ferme pour l'une ou l'autre de ces hypothèses, il reste sage d'admettre qu'elles interviennent peut-être toutes deux, suivant les cas, soit ensemble, soit séparément. La fréquence actuelle de l'arséno-résistance impose la modification du traitement de la syphilis qui doit tenir compte de ce facteur nouveau et accorder une très large place au bismuth.

Si l'arséno-résistance s'explique par une diminution d'activité du médicament, la déchéance relative des arsénobenzènes n'est peut-être que provisoire. Si, au contraire, il s'agit d'un phénomène d'accoutumance du tréponème, on peut craindre que toutes les races microbiennes ne finissent par être résistantes et que, dans quelques années, le novarsénobenzol ne soit totalement et constamment inefficace. Il n'est pas impossible, également, qu'un phénomène analogue ne se produise pour le bismuth et que les bismutho-résistances, aujourd'hui exceptionnelles, ne subissent-elles aussi, une brusque recrudescence. Peut-être devra-t-on recourir, alors à de nouveaux médicaments antisyphilitiques : les sels d'or sur lesquels des travaux récents ont attiré l'attention, ou d'autres moins connus, tels que les sels de zinc on le vanadium.

Trois cas de septicémie auriculaire traités par des injections intraveineuses de violet de gentiane.

M. Piquet (de Lille) rapporte (*S. de laryng. des hôp. de Paris,* 20 juin 1932) trois observations de septicémie d'origine otique, où, en dehors du traitement chirurgical, on a pratiqué des injections intraveineuses de violet de gentiane à 0,50 pour 100. Dans deux cas, avec hémoculture positive (streptocoque hémolytique), la guérison a été obtenue. Dans le troisième cas où il s'agissait d'une infection à staphylocoque doré (avec hémoculture positive), la thérapeutique a été complètement inefficace.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur et traumatisme.

M. F. Bonnet-Roy rapporte (*S. de Méd. lég. de France,* 13 juin. 1932) deux cas d'ostéomyélite des maxillaires survenue après un traumatisme — chute sur le menton dans le premier cas — piqûre septique de l'index suivie de septicémie dans le second cas. L'auteur estime, qu'en matière d'accident du travail, la notion de traumatisme doit dans des cas de ce genre l'emporter sur la notion d'une infection dentaire préalable éventuelle. En présence d'un traumatisme violent du maxillaire inférieur et non contesté, suivi d'accidents ostéomyélitiques, il pense que l'imputabilité à l'accident doit être retenue et que les réserves, qui cependant s'imposent, ne sauraient entraîner qu'exceptionnellement une restriction dans la réparation du dommage déterminé par les conséquences anatomiques et fonctionnelles de l'ostéomyélite.

Syndrome pallidal parkinsonnien consécutif à une intoxication oxycarbonée.

Un jeune homme de 28 ans, sans antécédents pathologiques, est victime d'une intoxication accidentelle par le gaz d'éclairage. Coma de 36 heures, traitement habituel (saignée, oxygène, toni-cardiaques) ; dès le second jour apparaît un léger syndrome méningé, et la ponction lombaire révèle la présence de quelques hématies dans le liquide céphalo-rachidien.

Très rapidement se constitue une rigidité pallidale typique qui depuis un an se maintient sans aggravation.

MM. Cestan et Lyon qui rapportent cette observation (*S. de méd. chir. et ph. de Toulouse,* juin 1932) rappellent la fréquence relative des syndromes parkinsonniens consécutifs aux intoxications oxy-carbonées et insistent sur la fragilité du noyau pallidal au cours de ces intoxications.

CHRONIQUE

Fausses grossesses. L'expression de fausse gestation, chez la femme, est réservé à un état de gravidité imaginaire. Mais, remarque MACOMBER (1), chez les animaux, ce terme a une autre signification. Par exemple, chez la lapine, l'ovulation a lieu dix heures après le coït et, en conditions normales, la fécondation et la grossesse suivent ; mais si les deux canaux du mâle ont été liés, l'ovulation se produit malgré que le coït soit stérile et il en résulte un état de fausse gestation qui dure de seize à dix-neuf jours alors que la gestation normale dure de trente à trente-deux jours. Au cours de cette période surviennent des modifications de la glande mammaire avec sécrétion de lait. Un nid est souvent préparé et des poils arrachés pour le border. La muqueuse utérine présente une grande prolifération glandulaire et le corps jaune consécutif à l'évolution, dans ses premières transformations avant qu'il ne commence à involuer à la fin de la pseudo-gravidité, ne peut être distingué d'un corps jaune vrai d'une grossesse normale.

Le rut et la fausse gravidité chez le furet, d'après HAMMOND et MARSHALL, se présentent dans les mêmes conditions que chez la lapine à la seule différence que l'hypertrophie glandulaire utérine est résorbée chez la lapine et exfoliée chez le furet. Chez tous les deux, l'hypertrophie cellulaire rappelle la formation déciduale.

Chez la chienne, l'ovulation se produit indépendamment du coït et, si la fécondation n'a pas lieu, elle est fréquemment suivie de pseudo-gravidité. Chez le rat et la souris, l'ovulation se produit aussi hors du coït ; mais la fausse grossesse suit seulement s'il y a un coït stérile. LONG et EVANS ont décrit un procédé dans lequel l'excitation du canal cervical par une baguette de verre détermine un état avec modifications constatables dans la muqueuse vaginale simulant la grossesse. Cet état persiste douze à treize jours, la période normale invercalaire entre les périodes de rut étant de quatre à cinq jours et la durée normale de la gestation de vingt et un jours ; durant ce temps, les corps jaunes ressemblent à ceux de la grossesse. Si, pendant la pseudo-gravidité ainsi produite par excitation artificielle du cervix, L. et E. traumatisaient l'utérus en le traversant d'un fil de soie stérilisé, des déciduomes se formeraient pourvu que l'opération fut faite quatre jours après le moment de l'excitation.

Quelques temps, avant cela, LEO LOEB avait relaté la formation de déciduomes dans l'utérus du cobaye à la suite de traumas.

On s'est demandé si des faits analogues n'existaient pas dans l'espèce humaine.

La décidua se forme normalement dans l'utérus par l'excitation due à la présence de l'embryon. Les expériences ci-dessus citées montrent ce qui peut se former dans un utérus pseudo-gravide sous l'influence d'un traumatisme. Chez la femme, la survenue d'un véritable déciduome dans la pseudo-gravidité n'a jamais été relatée autant que je le sache. MACOMBER se propose d'en citer deux cas :

1° Femme de 37 ans, mariée depuis dix ans, rapporte que, le 3 avril 1930, elle ait rendu un fragment de tissus onze jours après une absence de ses règles. Un examen histologique fit constater qu'il s'agissait de tissu endométrial avec formation glandulaire nettement hyperplasique, toutes bordées d'épithélium normal. Le stroma bordant renfermait de nombreuses et volumineuses cellules ayant l'apparence de cellules déciduales. Pas de villosités chorioniques. Le mari était atteint d'aspermie totale par double épididymite.

(1) DONALD MACOMBER. — Pseudopregnancy. (Fausse gestation). *Journal of American Medical Association*, vol. 98, n° 4, 23 janvier 1932, p. 304.

2° **Femme de 27 ans, mariée depuis deux ans, à règles toujours régulières.** Quatre fois depuis son mariage elle a eu des retards avec expulsion de débris. Une fois après une opération pour rétroversion, elle eut deux semaines de retard, elle expulsa un fragment de tissu formé de décidua, mais sans villosités. Après un autre retard de deux semaines en janvier 1931, expulsion analogue. Mari également à peu près stérile, incapable de féconder.

Dans ces deux faits, il y a formation évidente de décidua en dehors de l'excitation de présence d'un embryon. Dans les deux cas, il y eut retard de menstruation et il semble qu'il ait existé un état de pseudo-gestation comparable à ce qui se voit chez la lapine et le furet après le coït non fécondant. Dans le second cas, il est possible que la décidua se soit formé consécutivement au trauma opératoire. La cause vraiment déterminante du premier cas reste inconnue. Il y aurait là quelque analogie avec la pseudo-gravidité de la chienne. Il a été supposé par plusieurs auteurs, et en particulier par OLIVER, que l'ovulation se produit en général spontanément, il est plus que probable qu'elle peut être et est souvent déclenchée par le coït. Il est vraisemblable que de tels incidents ne soient pas rares. Dans les cas cités, le diagnostic était facile étant donné la stérilité masculine absolue ; mais il est plus que probable que ces pseudo-grossesses sont fréquentes et que leur rareté relative tient à la rareté de l'examen histologique des débris expulsés.

***

Rétrécissements du col utérin. Les rétrécissements du col sont extrêmement fréquents d'après CURTIS (1) ; ces lésions sont d'une importance extrême, importance telle que pour lui, elles méritent l'attention non seulement des gynécologues, mais encore des praticiens en général.

Etiologie. — Les rétrécissements du cervix se rencontrent chez les plus jeunes femmes à la suite d'infections génitales ou de lésions instrumentales. La gonorrhée, surtout dans le cas où le col a été l'objet de traitements importants, est peut-être la cause la plus commune des rétrécissements. L'emploi du radium dans l'utérus rivalise avec elle. Le cautère, si répandu dans le traitement des endocarvites, peut être utile dans les rétrécissements à leurs débuts, mais il est aussi une cause fréquente de leur production. Ceci est particulièrement vrai dans les cas de cautérisation répétée où l'on emploie des cautères trop chauds et aussi lorsque la cautérisation a dû être faite haut dans le col. De même, la curette apporte son contingent d'adhérences et de cicatrices dans le cervix. L'avortement instrumental peut s'observer chez les patientes présentant des rétrécissements sans autre histoire de blessure ou d'infection productrices d'occlusions. Dans ces cas il y a eu habituellement application répétée d'instrument, c'est-à-dire avortement instrumental.

Les opérations sur le col contribuent pour leur part à ces rétrécissements. Une poche du canal au-dessus de l'obstruction est une séquelle plutôt fréquente. Même, dans les cas où le canal est laissé suffisamment perméable à un dilatateur, la dilatation immédiatement au-dessus du siège de la réparation se produit dans un grand nombre de cas.

En règle, les rétrécissements sont facilement diagnostiquables par le toucher avec un dilatateur ; parfois, cependant, elles ne se laissent voir que par dissection du col.

La vaginite sénile est un état bien connu. Pour CURTIS, elle est habituellement attribuable à un rétrécissement du canal cervical. Lorsque cesse la fonction menstruelle, il y a atrophie ou resserrement plus ou moins marqué de la lumière du canal. De légères lésions de causes variées, qui ne causent nul ennui dans un âge avancé, suffisent maintenant à causer une obstruction complète. Il se produit, d'abord une rétention de la sécrétion muqueuse, infection du mucus stagnant, et finalement un suintement de la collection purulente lorsqu'une pression suffisante à surmonter l'obstruction s'est développée dans la cavité utérine.

(1) ARTHUR H. CURTIS. — Stricture of the uterine cervix. (Rétrécissement du col utérin). *The Journal of American Médical Association*, Vol. 98, n° 11 mars 1932.

L'étiologie serait incomplète si l'on insistait sur le fait que beaucoup de cas de rétrécissement sont rencontrés chez des femmes d'âge à être mères, sans cause d'infection ou instrumentale. Parmi elles, il y a une notable proportion de fibromateuses.

Etude clinique. Bien des strictures cervicales passent inaperçues. L'impatience de découvrir ce qui est au delà du rétrécissement a fait négliger la cause de l'imperméabilité. Même si le cervix a été trouvé fermé, la pensée du médecin s'est concentrée sur les altérations en amont.

Dans le service de CURTIS, pensant aux obstructions, on explore le conduit avec la plus extrême légèreté. On emploie des bougies de petit calibre. La nécessité d'anesthésie se présente, parfois, dans l'exploration des obstructions chez des femmes dont le conduit est apparemment infranchissable et qui ont une leucorrhée persistante. L'obstruction n'est pas toujours démontrable avec certitude dans l'examen routinier du cabinet ; la sonde peut accrocher les replis du conduit ou ne pouvoir pénétrer à cause de l'inaccessibilité de l'utérus ou la sensibilité de la patiente. Dans ces cas, les altérations pathologiques peuvent réclamer l'examen sous anesthésie et, dans bien des cas, on constate que l'obstruction est plus apparente que réelle.

D'autre fois, on trouve un rétrécissement où il était le moins soupçonné. L'examen systématique de l'utérus après hystérectomie totale montre de tels faits.

La dilatation du canal cervical au-dessus du rétrécissement peut atteindre un haut degré quand il y a un obstacle suffisant produire une notable accumulation de mucus ou une rétention de sang menstruel altéré. L'altération pathologique produite par ces substances retenues peut être étendue. En outre d'un élargissement en lac du canal cervical, la capacité de la cavité utérine peut être considérablement accrue, la suppuration est commune et probablement presque invariablement attribuable à des obstructions cervicales. Entre autres complications, CURTIS a rencontré quelques cas d'endométriose pelvienne chez des patientes en antéversion, chez lesquelles la cause de l'affection était évidemment un reflux de menstrues à travers les trompes dû à une occlusion cervicale.

Le drainage insuffisant semble être une raison fréquente de leucorrhée chronique rebelle. La guérison après l'emploi du cautère est habituellement attribuable à la cure d'une grosse obstruction cervicale. Rétrospectivement, on peut s'expliquer l'opinion des gynécologues d'il y a trente ans qui professaient que les patientes curettées étaient fréquemment guéries de leur leucorrhée : c'est le drainage consécutif à la dilatation du canal cervical obstrué et non le râclage de l'utérus qui effectuait la guérison.

CURTIS voit fréquemment des femmes bien après la ménopause qui se plaignent de soudaines décharges profuses leucorrhéiques. L'obstruction du cervix est fréquente chez ces patientes.

On voit, également, des patientes qui se plaignent d'un écoulement persistant de liquide menstruel altéré. Bien que beaucoup de ces cas soient dus à la fonction menstruelle altérée par une affection des ovaires, une occlusion du cervix est aussi une cause fréquente de ce désordre. Les symptômes des obstructions cervicales ne se limitent pas à la leucorrhée, à l'écoulement de menstrues altéré, à la dysménorrhée ou à une pyométrite. La rétropulsion des sécrétions retenues et le molimen menstruel sont une raison sur laquelle on n'a pas suffisamment appuyé l'étiologie des modifications pathologiques plus étendues dans le pelvis (pelvis, péritonites, affections tubaires et ovariennes et l'endométriose).

Traitement. — Toute patiente, soignée au radium appliqué en chaîne-tandem tout le long du canal utérin, doit être mise en observation afin de prévenir un rétrécissement consécutif. Il peut n'exister aucun symptôme malgré la présence d'un canal fortement rétréci ; mais bien des femmes reviennent, un an ou plus après l'irradiation, fatiguées de leucorrhées chroniques ou souffrant de gênes pelviennes par suite des sécrétions qui s'accumulent.

La dilatation du col obstrué, pratiquée au cabinet, donne peu de satisfaction excepté dans les cas où il existe une simple occlusion de l'orifice externe ou un léger obstacle en forme de valve ou quelques granulations comme une toile d'araignée dans le haut du canal. Même après dilatation d'un rétrécissement dur, la récidive est fréquente et le traumatisme opératoire ajouté à la nature fibreuse du rétrécissement peut en déterminer un autre plus serré encore, résistante à toute tentative de dilatation sans anesthésie. Beaucoup de femmes âgées bien après leur ménopause présentent des conduits cervicaux infranchissables au dilatateur, sans qu'il en résulte de la gêne. Ces utérus ne doivent pas être troublés à moins d'un soupçon de pyométrie ou de tumeur maligne. Au cas où une intervention chirurgicale deviendrait nécessaire, l'amputation du col de ces patientes ne donne pas de résultats avantageux, le col doit être fendu antérieurement et l'hystérectomie pratiquée dans les cas où cette incision révèle des altérations étendues.

Chez les femmes plus jeunes, les rétrécissements non dilatables et les altérations concomitantes nécessitent habituellement l'opération de Schroeder modifiée ou un autre procédé d'ablation complète des tissus malades. Cette pratique est préférable à celle du couteau-cautère. Elle est celle de choix du canal à laisser amplement.

HENRI VIGNES.

Le Gérant : A. ROUZAUD. Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 41 LE NUMÉRO : 50 Centimes 8 OCTOBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. (Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies de l'endocarde, du péricarde, du myocarde, de l'aorte et de l'artère pulmonaire.* — Ce cours, qui aura lieu du 14 au 24 novembre 1932, sera fait par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. HAGUENAU, médecin des hôpitaux ; WELTI, chirurgien des hôpitaux ; A. BLONDEL, ancien interne lauréat des hôpitaux, premier assistant du service ; GILBERT-DREYFUS, EVEN, F. P. MERKLEN, ODINET, J. PAUTRAT, P. PUECH, RACINE, anciens internes du service ; GOLBLIN, assistant d'électrocardiographie ; MARCHAL, assistant de radiologie du service ; BRÉANT, chef du laboratoire du service ; DEPARIS, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections, à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures : Démonstration pratique (pression artérielle, pression veineuse. électrocardiographie, métabolisme basal, débit cardiaque, etc.) ou exercices cliniques (présentation de malades).

PROGRAMME. — Lundi 14 novembre, 10 heures, M. LIAN : Remarques générales sur l'examen clinique du cœur ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. BLONDEL : Endocardites malignes ; 16 heures, M. ODINET : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire ; 17 h. 1/2, M. HAGUENAU : Endocardite aiguë rhumatismale.

Mardi 15 novembre, 10 heures, M. LIAN : Conférence-consultation ; 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : Insuffisance mitrale ; 16 heures, M. PAUTRAT : Démonstration de sphygmomanométrie oscillométrique ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Rétrécissement mitral.

Mercredi 16 novembre, 10 heures, M. LIAN : Insuffisance aortique rhumatismale ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. BLONDEL : Rétrécissement de l'orifice aortique et de l'isthme aortique ; 16 heures, M. GOLBLIN : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. MARCHAL : La radiologie dans le diagnostic des affections du cœur et des gros vaisseaux.

Jeudi 17 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Péricardites aiguës et subaiguës ; 11 heures, MM. LIAN et MARCHAL : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : Affections valvulaires du cœur droit ; 16 heures, M. GOLBLIN : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. HAGUENAU : Insuffisance aortique syphilitique et insuffisance aortique fonctionnelle.

Vendredi 18 novembre, 10 heures, M. LIAN : Conférence-consultation ; 15 heures, M. BLONDEL : Péricardite chronique et symphyse péricardique ; 16 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 17 h. 1/2, M. WELTI : Traitement chirurgical des épanchements et de la symphyse du péricarde.

Samedi 19 novembre, 10 heures, M. LIAN : Les données de la phonocardiographie ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. MERKLEN : Cardiopathies traumatiques ; 16 heures, M. PUECH : Démonstration pratique de l'examen du cœur à l'autopsie ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Syndromes myocardiques aigus.

Lundi 21 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Hypodynamie du myocarde ; 11 heures, M. LIAN : Exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes ; 15 heures, M. BLONDEL : Infarctus du myocarde ; 16 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Les troubles myocardiques d'origine thyroïdienne.

Mardi 22 novembre, 10 heures, M. LIAN : Conférence-consultation ; 15 heures, M. RACINE : Anévrysmes de l'aorte ; 16 heures, M. BRÉANT : Technique de la détermination du métabolisme basal et de la mesure du débit cardiaque ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Syphilis du myocarde.

Mercredi 23 novembre, 10 heures, M. LIAN : Aortites de la crosse ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. BLONDEL : Artérites pulmonaires ; 16 heures, M. EVEN : Pratique et valeur séméiologique de la mesure de la pression veineuse ; 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Aortites thoraciques et abdominales.

Jeudi 24 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. ODINEIT : Cardiopathies congénitales ; 16 heures, M. ODINET : Exercices cliniques ; 17 h. 1/2, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires et éventuellement comme assistants.

Chaque année , au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours: 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Artères, veines et capillaires ; 4° Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

Le cours de juin 1933 portera donc sur les troubles du rythme cardiaque et sera suivi d'un voyage d'études à quelques stations hydro-minérales françaises utilisées dans le traitement des affections cardio-vasculaires.

Droits d'inscription : 250 francs.

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Blondel, assistant du service, soit à l'avance soit le jour de l'ouverture du cours.

Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris. — En raison du transfert de l'Ecole, nous signalons que la rentrée des classes a eu lieu le mardi 4 octobre à 16 heures, 18 présumé, boulevard Brune, Paris (14e).

Les différentes consultations d'hygiène et de médecine préventive (concernant les femmes enceintes, les nourrissons et

les enfants d'âge scolaire) ont lieu à la même adresse depuis le mercredi 5 octobre.

XXIIe Congrès français de médecine tenu à Paris du lundi 10 au mercredi 12 octobre 1932. — Programme. — *Programme scientifique* : Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès : 1° La lymphogranulomatose maligne ; 2° les acrocyanoses ; 3° le traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.

La séance solennelle d'ouverture se tiendra au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le lundi 10 octobre, à 9 h. 1/2 du matin, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique.

Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 1/2, les après-midi à 3 heures à la Faculté.

Lundi 10 octobre, à 10 h. 1/2. — Rapports sur la première question : Formes anatomo-cliniques de la lymphogranulomatose maligne.

Rapporteurs : MM. Maurice Favre, P. Croizat et A. Guichard (de Lyon) : Caractères anatomo-cliniques de la granulomatose maligne ; ses formes anormales.

MM. R. Gilbert (de Genève) et F. Sluys (de Bruxelles) : La radiothérapie de la lymphogranulomatose maligne.

MM. R. Weissmann-Netter, J. Delarue et V. Oumansky (de Paris) : Les résultats de l'expérimentation dans la lymphagranulomatose maligne.

Lundi 10 octobre, à 15 heures. — Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 11 octobre, à 9 h. 1/2. — Rapports sur la deuxième question : Les acrocyanoses.

Rapporteurs : MM. Maurice Villaret, Justin-Besançon et R. Cachera (de Paris) : Physiologie pathologique des troubles vasculaires périphériques.

MM. May et Layani (de Paris) : Etude clinique de l'acrocyanose essentielle.

Mardi 11 octobre, à 15 heures. — Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 12 octobre, à 9 h. 1/2. — Rapport sur la troisième question : Traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.

Rapporteurs : MM. Emile Sergent et Kourilsky (de Paris), avec la collaboration chirurgicale de MM. Baumgartner et Iselin (de Paris) : Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales dans les abcès du poumon.

M. G. Lardennois (de Paris) : Les séquelles des abcès du poumon ; chirurgie complémentaire et réparatrice.

MM. Lemierre, L. Kindberg et Soulas (de Paris) : Les méthodes bronchoscopiques et les suppurations pulmonaires.

M. Etienne Bernard (de Paris) : L'émétine dans le traitement des abcès du poumon.

Mercredi 12 octobre, à 15 heures. — Discussion des rapports et communications sur la troisième question.

Programme des réceptions. — Lundi 10 octobre. — Séance d'ouverture à 9 h. 1/2 : Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique.

Mardi 11 octobre. — A 17 heures : Réception à l'Hôtel de

Ville offerte aux congressistes et à leur famille par M. le Président du Conseil municipal (audition musicale).

Mardi 11 octobre. — A 21 h. 1/2 : Réception offerte par M. le Président du Congrès (salle Hoche, 9, avenue Hoche).

Mercredi 12 octobre. — A 20 heures : Banquet par souscription.

Comité des dames. — Lundi, à 15 heures : Visite des couturiers.

Mardi, à 11 heures : Visite du musée Carnavalet, sous la conduite de M. Jean Robiquet, conservateur.

Mercredi, à 10 heures : Visite de la Manufacture nationale de porcelaine de Sèvres, sous la conduite du directeur. Déjeuner. Visite du musée de Versailles sous la direction du conservateur. Les indications relatives aux moyens de transport seront remises aux congressistes à leur arrivée.

Excursions. — Excursion de trois jours aux châteaux de la Loire (tout en autocar).

Dimanche 16 octobre. — Départ en autocar à 8 heures pour Orléans. Visite de la cathédrale. Puis Blois, où l'on arrivera pour déjeuner. Dans l'après-midi, visite du château de Blois et des châteaux de Cheverny et de Chambord. Dans la soirée, arrivée à Tours. Transfert aux hôtels. Dîner. Installation.

Lundi 17 octobre. — Visite de la cathédrale de Tours et de la basilique Saint-Martin, puis, dans la journée, visite des châteaux de Villandry, Azay-le-Rideau, Chinon, Ussé, Langeais, Cinq-Mars et Luynes. Coucher à Tours.

Mardi 18 octobre. — Visite dans la matinée des châteaux d'Amboise et Chenonceaux. Déjeuner à Chaumont.

Départ vers 14 heures pour Paris, où l'on arrivera vers 19 heures.

Renseignements. — Afin d'assurer une discussion large et méthodique, discussion qui sera réglementée par les présidents nommés au début des séances pour les diriger, le Comité d'organisation a décidé de n'accepter aucune communication qui ne concerne pas exclusivement les questions faisant l'objet des rapports. Les demandes, pour prendre part à la discussion des rapports ou faire une communication à leur propos, doivent être adressées soit au secrétaire général du Congrès, Professeur agrégé Abrami, soit aux secrétaires adjoints, MM. Mathieu-Pierre Weil et René Moreau.

La durée de l'exposé des rapports ne devra pas dépasser vingt minutes. Celle des communications ou des observations présentées au cours des discussions sera limitée à dix minutes.

Un appareil de projection pour clichés et d'épidiascopie pour planches et son opérateur peuvent être mis à la disposition des divers orateurs s'ils veulent bien en faire la demande vingt-quatre heures à l'avance au secrétaire général.

Les membres du Congrès ayant pris part à la discussion des rapports, ou ayant fait des communications à leur sujet, auront à remettre au secrétariat général, au plus tard avant la fin du Congrès, le texte intégral et dactylographié de leurs communications pour être inséré ultérieurement dans le volume annexe des rapports. Un court résumé dactylographié des discussions et communications devra, en outre, le jour où celles-ci seront faites, être remis, en dix exemplaires, au secrétariat du Congrès pour être communiqué par ses soins au bureau de la presse.

Secrétariat. — Le secrétariat du Congrès se tiendra à la Faculté de médecine, salle Béclard, rue de l'Ecole-de-Médecine, où les congressistes pourront retirer les enveloppes contenant les invitations et les documents divers ainsi que la correspondance les concernant.

Institut d'actinologie (6, passage Dombasle, Paris, XVe). — Un concours pour la nomination d'un assistant au dispensaire de l'Institut d'actinologie aura lieu, 6, passage Dombasle, vers le 15 novembre.

Le concours est ouvert aux jeunes médecins et aux étudiants ayant terminé leur stage hospitalier.

S'adresser à l'Institut les lundi, mercredi et vendredi de 17 à 18 heures.

Nécrologie. — Docteur Hubert Chaufour, ancien chef du service de radiologie de l'hôpital Saint-Joseph de Paris, décédé dans sa 46e année à Arc-en-Barrois (Haute-Marne) où il s'était retiré il y a deux ans, gravement atteint par la radiodermite qui devait l'emporter. — Docteur Henri Ludger, ancien médecin de la marine, décédé à Paris. — Docteur Pierre Mouret, de Brioude (Haute-Loire), membre correspondant de la Société des chirurgiens de Paris et de l'Association française de chirurgie. — Renée Lani, interne des hôpitaux de Caen, tué par un camion en se rendant à l'hôpital.


DANS LES AFFECTIONS SAISONNIÈRES
DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES
CORYZA AIGU
RHUME des FOINS
TRACHÉO-BRONCHITE
CORYPHÉDRINE
ASSOCIATION D'
ASPIRINE SANÉDRINE
SE PRESCRIT SOUS FORME
DE COMPRIMÉS CONTENANT:
Aspirine 0,50
Sanédrine 0,015
(tubes de 20 comprimés)
à raison de 1 à 4 comprimés
par 24 heures en prises espacées
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
marques "POULENC frères" & "USINES du RHÔNE"
21 rue Jean Goujon PARIS 8e

TRAVAUX ORIGINAUX

Psycho-physiologie humaine

Le démarrage des Rythmies d'après la Thermométrie clinique

Par **René PORAK**

Le démarrage des rythmies quotidiennes est plus difficile à étudier que le freinage qui a fait l'objet de deux articles dans ce journal.

L'état de veille offrait un point d'appui à notre démonstration. Avant le démarrage nous ne trouvons qu'un gouffre obscur. Les médecins fabulent sur le rêve et s'occupent peu du sommeil lui-même. Le psychologue Claparède le premier a soutenu que le sommeil est un mécanisme de défense. Dans la tentative que j'amorce de baser la psycho-physiologie sur la science des rythmies, la conception de Claparède devient une évidence élémentaire. Dans l'avenir tout l'art de la médecine consistera à assurer aux hommes un bon sommeil : les ressorts détendus seront de nouveau en état de rebondir. Le sommeil est à la fois l'envers de l'état de veille précédent (chacun s'endort comme il mérite de s'endormir) et l'anticipateur de l'état de veille suivant (chacun par l'attention qu'il porte à se préparer un bon sommeil s'assure un rebondissement sthénique). Ainsi, en enclavant le sommeil dans le rythme quotidien, on voit qu'il devient le principal instrument non seulement de l'hygiène préventive mais de la morale.

Le démarrage après dédynamogénie

Nous avons insisté sur le mécanisme de l'expansion motrice après une longue période de contrainte à l'immobilité, pour mieux faire ressortir le mécanisme de la dédynamogénie. Des circonstances de ma carrière, m'ont permis de retrouver le fond essentiel d'un dépôt atavique. L'animal et l'homme sont voués aux élans neuro-moteurs qui seuls peuvent leur assurer subsistance — et quand il reste de l'énergie disponible — reproduction. L'élan neuro-moteur est au service du besoin. Et après satisfaction du besoin nutritif, la dépense neuro-musculaire qui y a pourvu, conduit à l'état de dédynamogénie. Cet état de dédynamogénie est l'état naturel qui prépare le meilleur sommeil. Le sommeil est long et profond. On discute quelquefois sur la durée du sommeil. C'est une question d'espèce. A grand rendement neuro-musculaire doit correspondre un long repos. Après ce sommeil le démarrage sera lent. Les physiologistes parlent d'un état d'inhibition. Cette expression est grossière et ne rend qu'une partie du phénomène. A l'expansion neuro-musculaire maximale a succédé une détente maximale... Une onde surélevée est suivie d'une onde profonde et prolongée et nous saisissons au réveil la forme de la ligne thermique qui exprime la terminaison de cette onde. C'est une ligne rampante au dessous de 37°; j'ai noté, par exemple l'élévation de 36°6 à 37° en 2 heures, de 36°4 à 36°9 en deux heures dix, de 36°8 à 37°1 en 2 heures, de 36°3 à 36°9 en trois heures. Une ligne aussi traînante qui décolle aussi mal de la ligne de 37° donnerait une représentation incomplète de l'événement biologique qui est en train de se poursuivre. Nous retrouverons des courbes de ce genre dans des évolutions pathologiques. L'historique et le tableau psychophysiologique doivent compléter la représentation graphique. Après une expansion motrice aussi grande, survenue la veille, la redynamogénie n'est pas encore complète. La matinée peut s'écouler encore dans l'attitude du repos. Mais c'est une immobilisation naturelle et parfaitement euphorique. Les sensations kinestésiques transmises à l'encéphale, sont difficiles à décrire avec notre langage... c'est une sensation de muscles repus, repus de leurs besoins neuro-moteurs. En même temps le muscle recharge et réorganise le fonctionnement propre à un nouvel élan moteur. C'est le moment psychologique de la sécurité la plus grande puisqu'on éprouve en même temps le souvenir de la force d'hier et l'anticipation de la force de tout à l'heure.

Il est rare de pouvoir isoler un rythme aussi caractéristique ; nous sommes enserrés dans un réseau social qui nous écarte des conditions naturelles de la vie. Si nous reprenons l'exemple de l'époque où je me suis trouvé bloqué six jours dans la rade d'Agadir, répartissant mes occupations au gré de mes besoins et de ma fantaisie, les expansions neuro-motrices se trouvaient espacées et de petite envergure. Je me trouvais au moment du réveil en état de redynamogénie. Ce cas particulier, représente le type moyen du démarrage thermique après le réveil. Sur les deux courbes de la première figure on voit en (1) le demi-réveil ; en (2) l'action du petit déjeuner ; en (3) l'effet de de l'habillage ; en (4) l'effet de la marche. Pendant les quatre autres jours en rade d'Agadir, l'élévation thermique du réveil a varié de cinq à neuf dixièmes de degré en une heure et demie depuis le saut du lit jusqu'à la fin de la marche. La difficulté de faire admettre le caractère général de ces chiffres évaluant en température la qualité de la redynamogénie, c'est l'obligation de recourir, à une circonstance exceptionnelle où je me trouvais séparé de la Société. Mais cela tient à la grande complexité de la vie moderne, avec son cortège de surexcitation nerveuse et d'excès alimentaires. Nous verrons en effet par la suite, la question du démarrage thermique

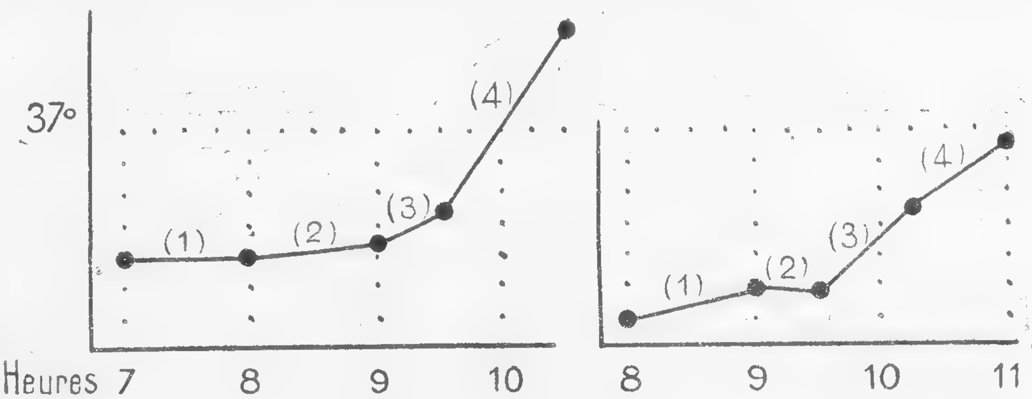


Fig. 1

Voir les articles du *Progrès Médical*, n° 39 et 40, du 24 septembre et 1er octobre 1932, rédigés comme celui-ci en 1928.

se compliquer en raison de la sacrée vie que les gens mènent à Paris. Les physiologistes ont pu découvrir quelques phénomènes généraux en expérimentant sur les mammifères inférieures. Mais pour avancer dans l'étude de l'homme, il faut partir des observations psycho-physiologiques concrètes. Celles que je présente montrent que le sommeil parfait succède à l'état de dédynamogénie. Pour obtenir la dédynamogénie il faut réaliser l'adaptation de ses besoins dans une ambiance parfois hostile et dans des circonstances où les embûches sont nombreuses. Nous dénoncerons les principaux ennemis du sommeil en montrant expérimentalement leurs effets nocifs. Mais je devais d'abord poser le fait essentiel du rythme que tout observateur retrouvera, s'il y fixe son attention, et si les circonstances de sa vie le lui permettent, à savoir : la meilleure préparation au sommeil est l'assouvissement du besoin moteur qui aboutit à l'état de la dédynamogénie. Les ressorts de l'activité rebondissent ensuite plus ou moins vite, suivant la modalité de l'expansion neuro-motrice de l'état de veille précédent.

Démarrage et ambiance.

D'abord le réglage des rythmes peut être entravé par des conditions physiques. En 1927, je suis passé en un mois, de l'équateur où sévissait le pot au noir à Hambourg en plein hiver. A aucun moment je n'avais pu m'occuper d'obtenir la dédynamogénie convenant à mon tempérament et adaptée aux besoins rythmiques particuliers de mon organisme pendant cette période. Ainsi les mêmes fautes s'étaient reproduites aussi bien à Hambourg que sous l'équateur et les différences dans le démarrage peuvent être je crois rapportées à la différence du climat. Or voici les chiffres : sous l'Equateur le démarrage évalué en température mesurait de un à deux dixièmes de degré en une heure trente et à Hambourg de six à neuf dixièmes de degré en une heure.

En 1930, me trouvant en vacances, j'ai pu confirmer cette observation dans une période de vie où je pouvais mieux adapter mes faits et gestes à mes besoins. Je me trouvais à Bar-sur-Loup, en janvier, dans un vieux château très froid. Je me réveille et je reste au lit trente minutes, hésitant à quitter la douce chaleur. A 8 heures 15 je bondis hors du lit, je m'habille et je fais ma toilette rapidement. En vingt minutes la température s'élève de 36°2 à 37° 3.

Les trente minutes suivantes, me trouvant dans une pièce chauffée, ma température s'est élevée d'un demi-dixième de degré seulement.

Dans le Tyrol et dans la Montagne des Géants, j'ai observé des démarrages plus grands mais l'air vif des montagnes et les ascensions, apportaient à l'organisme des influences nombreuses en dehors du froid.

J'ai observé une autre action physique sur le démarrage : le rouli des vieux navires détermine sur moi une inhibition de la motilité et de thermogénèse. J'ai constaté sous l'action d'un grand rouli, à la suite du réveil une élévation de un dixième de degré en 3 ou 4 heures ! Notez que l'activité intellectuelle était parfaite ; je pouvais lire les livres les plus ardus de philosophie, tout en restant couché dans ma cabine, sans arriver à modifier ma courbe thermique.

Ces remarques n'intéressent que les globe-trotters, qui mènent une vie mondiale. La vraie famille se trouve adaptée à un coin de terre où elle devrait rester fixée Les mœurs et coutumes contiennent une série de mesures utiles à l'euphorie valable dans une région et fausse dans une autre. L'étude des rythmies en rapport avec les mœurs et d'une façon générale avec les habitudes locales serait du plus haut intérêt. Pour moi qui passe d'un continent à l'autre avec une grande promptitude, je me rends compte de tout ce que je perds, en renonçant aux habitudes. Dans chaque nouvelle région que j'habite c'est une nouvelle mise au point du rythme des occupations qui conviennent le mieux à mon rythme biologique.

Je dois cependant ajouter que l'habitude a l'inconvénient d'associer, comme en un rite sacré, des successions d'actions souvent nuisibles. L'habitude doit être corrigée par une sage méthode expérimentale qui dissocie des idées faussement et tenacement liées.

Dans chaque région il y a un rythme de vie, une alimentation qui conviennent mieux à l'homme ; il faut ajouter toutefois que suivant les tempéraments rythme de vie et alimentation peuvent varier dans une même région.

Cette année me trouvant à Tunis, j'ai dû recommencer à choisir mon régime alimentaire et mon régime neuro-moteur pour arriver à obtenir un bon démarrage au réveil. Le problème était assez particulier, l'hiver a été froid à Tunis. Or les maisons n'ont pas de cheminée. J'avais essayé de me coucher de bonne heure ne pouvant rester à mon bureau de travail. Le sommeil était de mauvaise qualité et le démarrage le lendemain nécessairement mauvais. J'ai pris l'habitude pour me réchauffer, ayant renoncé aux excès alimentaires et à l'alcool, de marcher deux heures avant de me coucher. A partir de ce moment les rythmes ont été régularisés et j'ai obtenu de faire coïncider la température du réveil et celle de l'assoupissement (de 36°5 à 36° 8) ce qui est un bon symptôme d'eurythmie.

Démarrage et alimentation.

Si nous nous contentions d'une alimentation naturelle, le sommeil et le démarrage seraient toujours faciles. Tout nos maux viennent de ce que nous passons notre vie à chercher des excitants nouveaux pour nous remonter pensons-nous, mais pour nous démonter en réalité.

J'ai fait à propos du café, de l'alcool et des stupéfiants, quelques observations concernant le démarrage.

Lorsqu'on ajoute ces drogues aux aliments utiles le rythme se transforme en alternance d'irritabilité et de dépression. Plus jamais on ne retrouve les ondulations douces du rythme de la vie normale.

Le choc du réveil, avant que le sujet se dresse sur son séant détermine en un quart d'heure une élévation de température de plusieurs dixièmes de degré. On observe aussi une sorte d'impulsivité motrice au réveil qui s'accompagne d'une ascension brusque de la température suivie après quelques gestes plus ou moins incohérents de lassitude et de chute brusque de température.

Dans mes notes je trouve en date de 1927 une observation de ce qu'on appelle vulgairement une bombe, c'est-à-dire le remplacement du sommeil par des libations d'alcool. Je me couche à 5 heures du matin Le sommeil est agité. Au réveil à 11 h. 30 la température est de 37°1 ; elle est encore à 37°1 à 14 h. 30. A 17 h. 30 : 37°2. A 18 h. : 37°5. J'étais resté au lit ou assis à mon bureau.

Quand j'étais à Chang-Haï, j'ai suivi un grand nombre d'opiomanes et j'ai pu constater que le centre du réveil irritable dans une première phase de la toxicomanie, avec ascension thermique par choc du réveil, devenait dans une deuxième phase complètement insensible. Le thé, le café, la marche étaient incapables de faire démarrer en plusieurs heures dynamogénie aussi bien que thermogénèse.

L'ascension thermique au réveil avant étirements et mouvements est un signe commun d'irritabilité. Je l'ai

rencontré avec une particulière fréquence chez les enfants de 8 à 14 ans que j'ai examinés aux Enfants-Assistés dans le service du Professeur Lereboullet. Quant au lieu de boire de l'eau au dîner, je bois un vin généreux, je me réveille agacé, la température est de 37 à 37°3 au lieu de 36°5 à 36°8. Je me lève, je bois un verre d'eau, l'agacement cesse au fur et à mesure que je marche et la température baisse.

J'ajoute enfin une remarque faite par de Van-de-Velde, dans son livre sur le mariage parfait : Certaines femmes ont régulièrement une température plus élevée au réveil pendant leur période menstruelle. Ainsi, dans certains cas, l'auto-intoxication se rapprocherait des intoxications exogènes ?

Démarrage dans les cas où une cause asthénigène se produit dans l'organisme.

Presque toutes les maladies débutent par des dérégulations. Aussi est-il intéressant de suivre le démarrage lorsqu'une cause asthénigène commence à se manifester dans l'organisme. Voici une observation démonstrative ;

Sur la figure 2 on voit la courbe de température rectale ramper en-dessous de 37° de 8 à 15 heures. Stase intestinale ; auto-intoxication hépato-intestinale. L'état de redynamogénie que mon comportement préparait se trouve masqué par une cause asthénigène d'origine interne. Je reconnais ces états d'apathie et d'obnubilation intellectuelle. Au réveil dans ces cas, je supprime le café et je mange des fruits ; je bois mais supprime les repas au cours de la journée. Ainsi, peu à peu la motilité intestinale augmente et, par une de ces interrelations entre rythmies fonctionnelles, dès que les évacuations alvines se sont produites, l'expansion neuro-motrice et le cycle thermique se développent. C'est l'expression graphique de cette observation qu'on voit représentée sur la figure 2. La durée d'une journée entière sert à dérouler la courbe

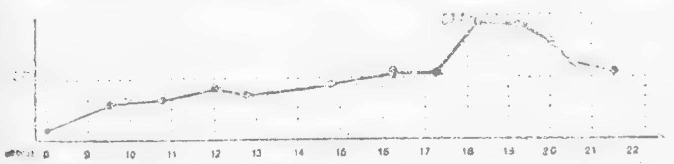


Fig. 2

thermique qui normalement, se serait ramassée dans les quelques heures de la matinée.

L'éclosion d'éléments asthénigènes apparait toujours dans une période de vie caractérisée par la suralimentation continue et par l'insuffisance des expansions neuromotrices. L'auto-intoxication résulte de l'encombrement croissant de l'économie coexistant avec des exonérations intestinale et rénale insuffisantes. Les jambes sont pesantes ; les pas sont traînants. Après une courte marche, transpiration et sentiment d'épuisement neuro-musculaire. On trouvera dans la *Revue générale des sciences* cette année, les compléments qui permettent de comprendre ces anomalies de la dynamogénie et de la thermogénèse. Me limitant ici au démarrage thermique, j'ajoute seulement que le syndrome n'est pas toujours aussi accentué que dans l'observation précédente : on peut observer d'innombrables variétés de cycles larvés au cours de la matinée. On peut aussi retrouver au démarrage des courbes en paliers que je signalais en traitant du freinage mais en sens inverse. Exemple : je me réveille à Mogador. Je me lève et je me promène. L'effet thermique de la promenade ne présente pas l'ascension thermique en jet des expansions neuro-motrices euphorisantes. Le bien aise de la marche est contrecarré par les influences asthénigènes du mauvais fonctionnement hépato-intestinal et une courbe en paliers se dessine (Figure 3). L'origine hépato-intestinale est prouvée par l'efficacité du trai-

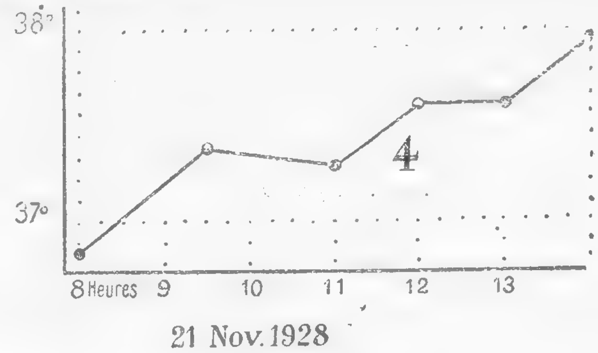


Fig. 3

tement qui en rétablissant l'eurythmie des échanges de matières rétablit aussi dynamogénie et thermogénèse.

En 1931, j'ai noté en supprimant le régime carné et en prenant à chaque repas une cuillère de paraffine en quelques jours les résultats clairement indiqués sur la figure ci-jointe (Figure 4).

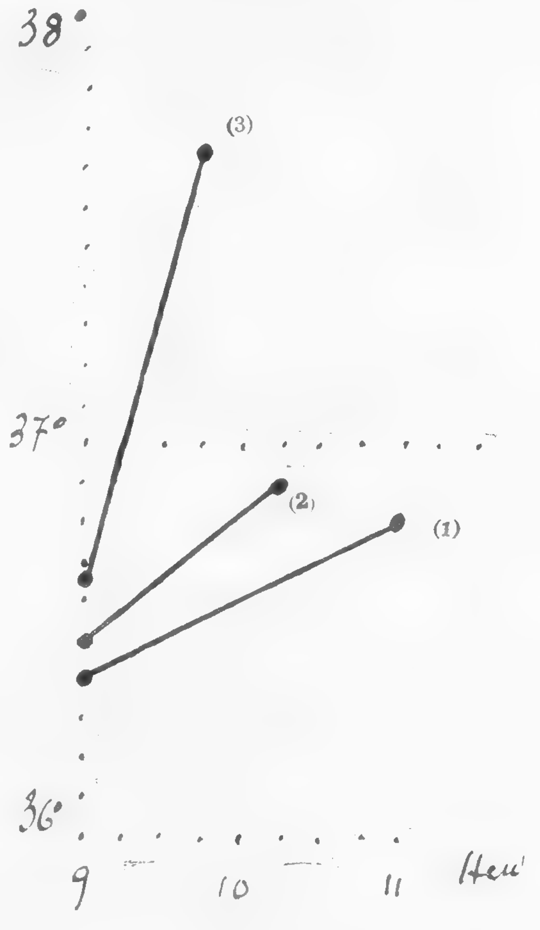


Fig. 4

Mon cas personnel est un exemple particulier qui met en évidence l'influence d'un trouble dans le rythme viscéral sur le mode d'expansion neuro-motrice, quel que soit virtuellement l'état de la redynamogénie. Ces résultats semblent paradoxaux car l'apport d'aliments pousse à la

dépense énergétique, c'est-à-dire à l'expansion neuro-motrice. Ce processus biologique est en effet exact mais à la condition que les aliments n'entraînent pas la stase intestinale et que les cycles d'échanges de matières soient parcourus suivant un rythme souple et sans accrocs jusqu'au terme de leurs courbes. L'asthénie est un syndrome commun et elle peut provenir non seulement d'un trouble dans l'élaboration et l'utilisation des aliments mais d'une dérythmie quelconque cardio-vasculaire, rénale ou pulmonaire.

Démarrage et mentalité

Nous ne reviendrons pas sur l'émotion qui agit même au moment du freinage. *A fortiori*, agira-t-elle au moment le plus propice au soulèvement des rythmies. Les états affectifs les plus légers, sont capables de signaler leur passage dans le cerveau au moment du réveil. Voici un petit fait caractéristique : le 11 février dernier, je projette d'aller à Korbous, la célèbre station thermale au bord du golfe de Tunis. Le 12 février je me réveille à 6 heures, c'est trop tôt. Je puis encore somnoler vingt minutes. Ma rêverie est entièrement occupée du beau projet que j'ai formé. Or, à 6 heures la température est de 36°6 et à 6 h. 20 de 36°9. Pour ne pas allonger ce travail je n'ai pas insisté sur les différents temps du réveillement, mais je possède beaucoup de chiffres sur ce demi-sommeil accompagné de rêverie. Or, chez moi cette phase du réveillement n'élève presque jamais la température. C'est donc bien le thème « partir » de ma rêverie qui a provoqué l'ascension thermique inaccoutumée.

L'action des idées forces peut être aussi puissante que celle de l'émotion, en cas de surprise, mais elle se retrouve aussi atténuée dans l'habitude. Les cas les plus démonstratifs que je possède sont ceux des appels d'urgence auprès de malades au cours de la nuit. J'ai souvent noté en 45 minutes une élévation de 1° lorsque je devais entre minuit et 5 heures me rendre auprès d'un malade.

Tout médecin qui a conscience de l'importance de son rôle notera des faits analogues. On parle beaucoup trop de la volonté. Il s'agit plutôt d'une formation du caractère par l'exemple familial et de l'éducation professionnelle. Les idées forces d'un névropathe pourront être constituées par les fantaisies les plus absurdes... Le devoir chez l'homme de devoir est capable de retirer de son organisme de l'énergie même en cas d'asthénie. Mais le rythme étant la loi de la vie, il faut ajouter que toute action est suivie d'une contre-partie. Me trouvant à Dakar au degré le plus bas de mes rythmes car j'avais subi le pot au noir en même temps que les effets asthénigènes d'une crise d'hépatisme, je fus appelé à 5 heures du matin pour soigner un grand nombre de blessés. De 5 heures à 9 heures la température s'éleva de 36°3 à 37°6, mais ayant terminé de distribuer à chacun mes soins, je me suis allongé pour prendre du repos ; n'étant plus préoccupé de mes patients je me suis endormi et ma température a baissé de 9 heures à 11 heures de 37°6 à 36°6 (1).

Plus utile que la volonté serait la sage direction de soi : se connaître soi-même pour savoir organiser une vie qui favorise les rythmes biologiques hérités de ses ancêtres. Le réglage de la dynamogénie, l'élimination de toutes les excitations exogènes, la culture de nos qualités au détriment de nos défauts : ces anciennes règles sont toujours vraies ! La méthode expérimentale vient seulement leur apporter une démonstration scientifique. En outre, la recherche des rythmes pour le médecin me paraît offrir un instrument de grande valeur car les débuts de maladies sont des dérythmies faciles à déceler par cette recherche un peu méticuleuse, mais riche de résultats !...

(1) Dans mes leçons publiées dans les *Annales* de la Faculté de médecine de Montevideo en 1928, j'ai complété l'étude du Démarrage en montrant que l'excitateur-déclencheur du Rythme thermique est différent des excitateurs-déclencheurs du Rythme respiratoire et du Rythme circulatoire.

L'ouverture des paupières suffit pour accélérer la respiration. C'est le changement d'attitude qui met en marche la dynamique circulatoire et ce sont les mouvements qui soulèvent la courbe thermique quand les facteurs psychiques ne sont pas en jeu.

ACTUALITÉS

La puberté

Par SCHLISSER

Ayant été l'élève du professeur Rudolf Neurath, j'ai été particulièrement heureux de résumer les principales données de son livre sur la Puberté (1) ainsi que mon maître, M. H. Vignes, m'a demandé de le faire dans son service de la Charité.

Physiologie de la puberté

Le début de la puberté varie suivant le climat, la race, le milieu social et la constitution physique.

A titre de curiosité, Neurath a fait un tableau comparatif entre les divers vertébrés et il a trouvé les chiffres suivants en comparant la durée de la vie prépubère à la durée optima de la vie.

	Voie prépubère (vie intra utérine + enfance)	Durée optima de la vie	Proportion
Homme..	189 mois	70 années	1/44
Cheval...	20 mois	27 années	1/16
Vache....	16 mois	16 années	1/12
Mouton..	10 mois	12 années	1/14
Chien ...	11 mois	16 années	1/17
Porc.....	8 mois	12 années	1/18

Il résulte de ce tableau que la vie prépubère est de plus grande durée chez l'homme que chez les autres vertébrés ; c'est qu'en effet, chez l'homme, la maturité sexuelle survient à une période plus avancée du développement général, alors que, chez les animaux, la puberté débute bien avant que l'ossification ne soit complète.

Race et climat. — La puberté est plus précoce chez les habitants des pays à climats chauds. Il semble, cependant, que ce ne soit pas le climat, mais la race qui détermine un début précoce chez les méridionaux, les individus à cheveux bruns paraissant être pubères plus jeunes que les blonds.

Une statistique recueillie à Vienne indique l'âge de la première menstruation chez les jeunes filles :

11 ans	12	13	14	15	16	17	18	19	plus tard
2 cas	10	74	239	317	320	143	36	2	2

Milieu social. — La puberté est plus précoce chez les bourgeois que chez les paysans et ouvriers, chez les citadins que chez les villageois. On admet, même, que tout ce qui favorise la maturité intellectuelle de l'enfant, tout ce qui est capable d'agir sur la sphère sexuelle, accélère aussi la maturité corporelle de l'individu en rendant la puberté plus précoce.

(1) Rudolf Neurath (de Vienne). — *Die Pubertät, Physiologie, pathologie.* Julius Springer, éd., Vienne, 1932.

Age	Riches	Classes moyennes	Paysans
11	6	2	
12	11	5	
13	20	12	2
14	8	13	4
15	4	14	9
16	1	2	11
17		2	13
18			5
19			5
20			1

La croissance générale s'arrête aussitôt que la maturité sexuelle est achevée, le corps cesse de grandir, même s'il est resté au-dessous de la moyenne (loi de Geoffroy Saint-Hilaire).

On peut comparer ce rapport entre la croissance et la puberté en utilisant le tableau ci-dessous, établi d'après Stratz :

	Filles	Garçons
Maximum de croissance en hauteur	13 ans	15
Maximum d'augmentation de poids et développement sexuel manifeste........	14	16
Fin de la puberté........	15	17
Maturité sexuelle.........	18	24
Point culminant de la puissance sexuelle	24	30

La femme est, donc, plus vite mûre parce que, pour être mûre, elle a besoin d'une plus petite taille que l'homme. Ce sont, surtout, les os longs qui sont plus petits chez la femme (ossification plus précoce).

Les organes (croissance et fonctionnement). En général : grande poussée de croissance des organes, laquelle est, d'ailleurs, parallèle avec la poussée de croissance staturale et, en particulier, avec la croissance du squelette,

Glandes sexuelles : très forte poussée de croissance à la puberté.

Nouveau-né (poids des testicules) =	0,5	gr.
3 ans...........................	1,2	gr.
6 ans...........................	1,25	gr.
11 ans...........................	1,7	gr.
14 ans...........................	3,9	gr.
18 ans...........................	18,1	gr.
25 ans...........................	40 à 50	gr.

Thyroïde : se développe parallèlement avec les glandes génitales (surtout chez la femme) ; la thyroïde de la femme est plus importante que celle de l'homme.

Thymus : augmente jusqu'à la puberté, puis régresse à la suite de l'entrée en action des glandes génitales.

Hypophyse : son développement particulier pendant la puberté n'est pas encore démontré anatomiquement. Mais on a tout lieu de le supposer étant donné sa similitude avec les autres glandes endocrines, ses modifications chez les castrats, son hypertrophie après thyroïdectomie et son hypertrophie pendant la grossesse. Elle comporte trois actions physiologiques : 1° hormone agissant sur la croissance ; 2° hormone agissant sur les glandes sexuelles ; 3° hormone agissant sur le métabolisme des graisses.

Glande pinéale : son rôle comme glande endocrine n'est pas encore démontré.

La surrénale: son poids est, jusqu'à l'âge de dix ans, le même dans les deux sexes. Entre 10 et 15 ans, le poids de la surrénale chez la femme augmente de plus en plus par rapport à celui de l'homme. Elle a des rapports de croissance constants avec les ovaires et les testicules.

Rôle particulier de l'écorce de la surrénale : régulation de la cholestérolémie, laquelle commence au début de la puberté, époque à laquelle la surrénale montre une nette différenciation de l'écorce (Aschoff).

Pancréas : présente à la puberté à peu près le même nombre d'îlots de Langerham par unité de pancréas.

Cœur, foie, reins, font une poussée de croissance à la puberté.

Pression sanguine : augmente jusqu'à la puberté, tombe pendant quelques années, puis continue d'augmenter progressivement.

Larynx : subit de grandes modifications surtout chez le garçon.

Organes hématopoïétiques : moelle osseuse, rate, amygdales et pharynx : arrêt de développement après la puberté.

Sang	Enfant	Adulte
Globules rouges...	5.000.000 à 6.200 000	4.500.000 à 5.000 000
Lymphocytes......	50 %	20 à 25 %
Polynucléaires neutrophiles......	30 %	60 à 70 %

donc hématopoïèse plus énergique chez l'enfant.

Muscles : fort développement dans la puberté surtout chez les garçons.

Système nerveux central : augmentation en poids.

Crâne : également.

Peau : pigmentation : garçons : scrotum ; filles : périnée, région anale et creux axillaire.

Glandes du derme : les glandes sudoripares et système pileux se développent et se différencient chez l'homme et la femme. Les blonds deviennent, souvent, des bruns après la puberté.

Métabolisme basal : (Du Bois). Augmentation du métabolisme basal dans la puberté, puis diminution progressive. On suppose que cette augmentation est due à la suractivité de la thyroïde dans la phase prépubertaire. En moyenne, le métabolisme basal avant la puberté et même pendant est de 20 % plus grand que chez l'adulte ; le besoin en oxygène et en calories est par comparaison à l'adulte de 20 à 40 % plus grand pendant la puberté.

Récemment on a trouvé que l'organisme de l'enfant, de l'adulte qui n'a plus ses fonctions génitales, de l'eunuque élimine la créatinine ingérée ; ce n'est qu'à la puberté que l'organisme acquiert la faculté de combustion de la créatinine.

La puberté psychique : elle est plus étendue qu'on ne le suppose. Il y a une véritable mutation psychique qui finit par former l'individualité de l'adolescent. L'influence de l'hormone sur le psychisme comme sur le développement somatique de l'individu existe incontestablement ; mais l'auteur est d'avis que les glandes endocrines tout en ayant une importante action stimulante n'ont pas d'action déterminante sur la formation du caractère et la formation corporelle de l'individu ; l'un et l'autre sont idiotypiques pour chaque espèce. Le caractère se forme avant la puberté et ses grands traits sont innés. Le développement psychique définitif est très influencé par la vie et l'éducation et c'est surtout à la puberté que l'individu est très sensible pour les influences du milieu ambiant.

Caractères sexuels secondaires. Glandes endocrines. Théorie de la puberté. — Une vue d'ensemble sur le développement somatique et psychique dans la période de la puberté laisse voir des modifications très importantes de nature fonctionnelle et morphologique : augmentation du poids en général et des divers organes, modification dans la proportion de certaines parties du corps et perfectionnement dans la fonction des organes, les modifications coïncidant avec le début de la maturité des glandes sexuelles ; mais ces différences sexuelles qui se manifestent surtout à la puberté, existent bien avant la maturité (bassin, poids, hauteur, structure du cerveau, psychisme), même dès la vie intra-utérine.

Caractères sexuels :

primaires : ovaires, testicules ;

secondaires : génitaux : lèvres, clitoris, pénis ; extra-géni-

taux : mamelles, poils axillaires, contours des hanches, bassin, barbe.

On n'a pas pu constater une succession régulière de ces caractères sexuels secondaires, mais on a pu constater que la fécondabilité existe avant l'apparition de ces caractères sexuels secondaires.

Causes de l'apparition des caractères sexuels secondaires. Est-ce les glandes endocrines uniquement ? Y a-t-il une collaboration harmonique et bien équilibrée entre ces glandes ? Quel est le mécanisme de cette harmonie ?

Théorie de MARANON : jusqu'à l'âge de neuf ans, ce sont le thymus et la thyroïde qui dominent, puis il y a régression du thymus et entrée en action de l'hypophyse (obésité pseudo-hermaphrodite avant la puberté). Jusqu'à l'âge de 16 à 18 ans, l'hypophyse domine (pseudo-acromégalie par hyper-fonction de l'hypophyse), mais l'influence des sécrétions des glandes génitales devient de plus en plus importante ; après, ce sont les glandes génitales qui accaparent la domination et atteignent leur maximum d'influence à l'âge de 30 ans.

Théorie de HALBAN : les caractères sexuels secondaires ne sont pas provoqués par l'action des glandes sexuelles, mais ils sont établis *ab ovo* dans le sens masculin ou féminin : le sexe est déterminé dans chaque cellule. Les glandes sexuelles n'ont qu'une influence favorisante et protectrice sur l'apparition des caractères sexuels secondaires. Enfin il est nettement établi que les glandes génitales ne sont pas tout et que les glandes endocrines (thymus, hypophyse antérieure, involution du thymus, surrénales) et le système nerveux influencent nettement l'apparition des caractères sexuels secondaires.

Théorie de BIEDL : BIEDL essaie de subordonner les diverses époques du développement de l'individu à la prévalence des diverses glandes endocrines. En ce qui concerne la puberté il distingue trois stades : la pré-puberté, l'adolescence et la maturité.

1° La pré-puberté est caractérisée par une croissance subite et rapide, grande irritabilité du système nerveux, fatigue, (car le système nerveux ne peut pas suivre assez vite la croissance du squelette), poussée du côté des glandes sexuelles et de l'appareil génital et surtout grandes modifications du métabolisme de base en relation avec l'hypertrophie de la thyroïde (goitre de la puberté). C'est la thyroïde et surtout l'hypophyse antérieure qui fournissent les stimulants de la croissance qui s'effectue malgré la poussée du côté des glandes génitales ; dès que ces dernières ont atteint leur maturité complète, la croissance s'arrête ; enfin c'est à cette époque que commence la régression du thymus.

2° L'adolescence signifie la lutte des glandes sexuelles pour la prévalence et, avec leur développement, la croissance sera de plus en plus entravée. Le métabolisme, dominé jusqu'ici par la thyroïde, passe temporairement sous les ordres du centre bulbaire, en même temps, le système adrénalitique, l'appareil insulaire du pancréas et le lobe moyen de l'hypophyse gagnent de plus en plus d'influence sur le métabolisme.

3° La maturité commence dès que la lutte est finie, ce sont les glandes sexuelles qui triomphent.

Les causes qui déterminent la prévalence temporaire de l'une ou de l'autre glande, sont inconnues.

A cette théorie que l'auteur approuve, il fait une petite réserve, c'est qu'on peut influencer la croissance et les stades pubertaires aussi bien avec des extraits glandulaires qui proviennent de glandes plus vieilles qu'avec des extraits de glandes jeunes. L'effet en dépend uniquement s'il s'agit d'un organisme en croissance ou d'un organisme accompli.

Pathologie de la puberté

Généralités. — Il y a une morbidité marquée dans les années qui précèdent la puberté, période dans laquelle l'organisme paraît moins résistant contre les influences extérieures. Cette période de morbidité paraît exister, encore, au début de la puberté, c'est-à dire avant que l'augmentation des poids devienne marquée.

Statistique concernant les élèves de lycées entre 12 et 17 ans :

morbidité : jeunes gens, 40 % ; jeunes filles, 60 %.
chlorose : 40 % des jeunes filles.
myopie : 37 % des jeunes gens.
déformations vertébrales : 10 %.
affections chroniques : poumons, 3,5 % ; cœur, 3 % ; gastriques, 2,5 %.

Les maladies infectieuses aiguës sont assez fréquentes dans la première moitié de la puberté. L'orchite ourlienne et l'ovarite ourlienne ne se montrent guère qu'après la puberté ; les glandes sexuelles infantiles paraissent immunisées contre cette affection.

En ce qui concerne la mortalité, elle paraît avoir son minimum dans l'âge de la puberté, son maximum chez le nourrisson et chez le vieillard (loi de HALLEY).

Il y a, en général, plus de naissances de garçons que de filles, mais le chiffre de mortalité dans le sexe masculin, dépasse celui des femmes, sauf entre 9 et 15 ans et 27 et 35 ans où il y a plus de décès de femmes que d'hommes.

Les affections qui acquièrent le maximum de gravité dans la puberté sont la triade signalée par NOBEL : la chorée, le rhumatisme articulaire aigu, l'endocardite ; la tuberculose fait un grand nombre de victimes à l'âge de la puberté et le sexe féminin paraît être particulièrement sensible vis-à-vis de cette affection, dans l'âge de la puberté.

Réaction à la tuberculine :

Age	Hamburger (Vienne) positif	Ganghofer (Prague) positif	Calmette (Lille) positif
1 an	0 %	8,6 %	8,6 %
2	9	12	28,2
3 à 4	27	27	64,9
5 à 6	51	47	92,2
7 à 10	71	57	91,8
11 à 14	94	70	93

Il y a des relations extrêmement intéressantes entre la sphère sexuelle d'une part, la morbidité et mortalité tuberculeuse d'autre part. Ainsi on a trouvé, chez les animaux castrés, une plus petite réceptivité pour la tuberculose que chez les témoins et on a constaté une action formidable de l'insuffisance des glandes sexuelles sur la phtisie ; il résulte de là que les extraits d'ovaires sont formellement contre-indiqués chez les tuberculeux (BUCURA).

Relation entre la tuberculose et la distribution lymphocytaire dans le sang : tant que, dans l'enfance, le nombre des lymphocytes dépasse celui des polynucléaires, il y a tendance à la tuberculose hilaire ; plus tard, dès que les lymphocytes diminuent, il y a véritable tuberculose pulmonaire.

Enfin, il est curieux de constater que le maximum de méningites tuberculeuses coïncide avec l'époque où il y a le minimum d'autres affections tuberculeuses, c'est-à-dire entre 12 et 16 ans.

Pathologie spéciale de la puberté. — Elle comprend trois parties :

1° anomalies du début : puberté précoce et puberté tardive ;
2° troubles du développement ;
3° affections particulièrement fréquentes pendant la puberté ou affections revêtant un type clinique spécial.

Puberté précoce. — Quand a-t-on le droit de parler de puberté précoce ? Le début de la puberté est difficile à établir dans le sexe masculin ; mais, dans le sexe féminin, on a trouvé comme chiffre moyen de début normal de la menstruation les chiffres suivants : classes riches, 12 ans, 9 mois ; classes moyennes, 14 ans, 1 mois ; classes paysannes, 16 ans et 4 mois.

BIBLIOGRAPHIE

L'hypoglycémie, par Jean SIGWALD. Préface du Professeur F. RATHERY. 1 volume in-8° de 320 pages : 45 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Les modifications de la glycémie occupent en pathologie médicale une place de plus en plus importante. Si on ne connut pendant longtemps que les troubles consécutifs à l'élévation du taux du sucre sanguin, diabète et hyperglycémie simple, depuis dix ans un syndrome nouveau a fait son apparition et en quelques années a pris une importance considérable en pathologie médicale. La découverte et l'application de l'insuline fit apparaître l'hypoglycémie ; ses principales manifestations furent rapidement connues chez l'homme et chez l'animal, et on les utilisa pour étalonner ce produit hormonal. L'extension thérapeutique de l'insuline permit de préciser les modalités cliniques et humorales de ce syndrome, mais, par analogie, on mit en évidence le groupe des hypoglycémies spontanées, survenues en dehors de toute injection d'insuline, groupe qui s'étend et se complète chaque jour.

Une mise au point devenait nécessaire et cette importante monographie vient apporter toute précision et toute clarté sur ce syndrome physioclinique.

Les symptômes de l'hypoglycémie sont étudiés dans la première partie de l'ouvrage ; il y a des signes cliniques et des modifications humorales, qui bien souvent marchent de pair ; le polymorphisme clinique est grand, car tous les organes de l'économie peuvent être intéressés ; l'intensité en est variable et on distingue les hypoglycémies légères fréquentes, des hypoglycémies moyennes, des hypoglycémies graves, aboutissant au coma.

Dans la deuxième et troisième parties de l'ouvrage, l'auteur place l'hypoglycémie dans ses cadres étiologiques. Parfois elle est spontanée, due à une insuffisance alimentaire, ou à un trouble glandulaire ; dans cette dernière éventualité, il y a hyperfonctionnement du pancréas par adénome ou carcinome des îlots de Langerhans, ou insuffisance du système glandulaire antagoniste, capsules surrénales et hypophyse.

Le plus souvent l'hypoglycémie est provoquée par l'insuline, et à la suite de cette thérapeutique on peut l'observer fréquemment et avec toutes les intensités, car il est impossible en pratique de réduire l'hyperglycémie sans provoquer de temps à autre quelques accidents hypoglycémiques. De tels accidents ne sont qu'exceptionnellement graves, et dans cette éventualité, il est facile de relever une faute thérapeutique, un trouble de l'alimentation ou une perturbation générale ou glandulaire.

Une étude expérimentale suit l'exposé clinique et permet d'interpréter la genèse des accidents. Le traitement en est simple, lorsqu'il s'agit d'hypoglycémie secondaire, car il consiste à rétablir la glycémie par un apport de sucre ; il est plus important d'ailleurs de prévenir les accidents. Dans les hypoglycémies spontanées la thérapeutique est plus diverse et, suivant la cause, relève de la chirurgie ou d'une médication glandulaire.

Une bibliographie complète de la question termine cette étude.

Précis de médecine légale, par Etienne MARTIN. Collection Testut. 1 vol. in-8° de 830 pages, avec 95 figures dans le texte, cartonné : 65 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce Précis est le reflet de l'enseignement de la médecine légale donné à la Faculté de médecine de Lyon.

L'auteur a adopté la forme du précis parce qu'elle est beaucoup plus commode pour l'instruction des étudiants et à la recherche de renseignements pour les médecins. Mais il a réussi, par une bibliographie complète de chaque question, à combler les lacunes d'un exposé trop succinct. Le lecteur pourra facilement, à l'aide des renseignements bibliographiques, trouver tous les éléments d'une étude très détaillée des différents sujets.

Un certain développement a été donné à l'étude des lois sociales, en particulier des lois sur les accidents du travail, sur les maladies professionnelles et sur les Assurances sociales.

On trouvera dans ce Précis un nouveau barème pour l'évaluation des invalidités en matière d'accidents du travail. Au lieu de porter, pour chaque invalidité, des taux variables de plusieurs unités, un taux fixe a été calculé pour chacune d'entre elles, il représente une moyenne. L'expertise médico-légale consiste à indiquer si cette moyenne doit être appliquée ou si l'examen révèle des troubles fonctionnels surajoutés qui nécessitent son augmentation.

Des modèles des nombreux certificats que l'on réclame aux médecins pour l'application des lois sociales ont été ajoutés à la fin du volume.

La rédaction simple et claire de ce volume, les nombreuses planches et gravures qui l'illustrent en font un livre attrayant et facile à lire, aussi bien pour le médecin que pour le magistrat.

DIVISIONS DU VOLUME : I. Organisation de la médecine légale. — II. Etat civil et identité. — III. La mort. Le cadavre. — IV. Les attentats contre la personne. — V. Questions relatives à l'instinct sexuel et aux fonctions de reproduction. — VI. Responsabilité pénale. Capacité civile. Modèles de certificats médicaux. Honoraires des médecins experts.

Dans les cas où la puberté commence normalement plus tôt, la période de menstruation est, aussi, de plus longue durée.

La puberté précoce est trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Observations de puberté précoce. — N° 1. — (V. NEURATH). Petite fille de 6 ans, la deuxième sur les trois enfants de ses parents, était toujours en bonne santé. L'année dernière, faisait un léger rhumatisme aigu suivi d'un commencement de ses règles. Elle souffre, entre ses époques, de douleurs et tiraillements dans le bas-ventre. L'enfant a, maintenant, un développement qui correspond à celui d'une fille de 10 ans (127 cm., 27 kgr.) ; elle paraît beaucoup développée que sa sœur de huit ans. A la radio, on constate une ossification d'une enfant de 10 à 11 ans, ombre cardiaque très grande. Dentition avancée. On sent, par le toucher rectal, un utérus augmenté de volume. A l'âge de 15 ans, la même jeune fille qui, à l'âge de 6 ans, dépassait sa sœur en longueur est de 16 centimètres plus petite que celle-ci et est de 4 centimètres au-dessous de la moyenne.

N° 2 (V. NEURATH). Jeune fille de 14 ans ; avait à trois mois les seins développés avec pigmentation du mamelon, menstruations à quatre mois, précédées de douleurs ; à un an et demi, elle avait des poils axillaires et pubiens et une morphologie complète de la maturité : elle dépassait sa sœur plus âgée qu'elle de deux ans ; ceci dure depuis un an, la sœur âgée est toujours moins développée que la patiente haute de 136 centimètres, dont la croissance est achevée. Sa figure donne l'expression d'une femme de 22 ans. A l'âge de six ans, elle était ainsi au maximum de son développement sexuel ; à 14 ans, elle était plus petite que sa sœur.

N° 3. Cratenius, frère d'Antigonos, fut enfant à l'âge de sept ans, adolescent et adulte, il se maria, eut des enfants et mourut de sénilité peu après.

N° 4. Louis II de Hongrie a été couronné à l'âge de deux ans ; il avait, à 14 ans, une barbe complète, se maria à 15 ans, eut des cheveux blancs à 18 ans, mourut à 20 ans.

N° 5. GOULD cite un cas de maturité à un an (garçon), mort par sénilité à 5 ans.

N° 6. CAZEUX rapporte un cas de jeune fille menstruée à 2 ans enceinte à 8 ans, grand'mère et vieille à 25 ans.

Il paraît résulter de ces observations la loi suivante : menstruation précoce = ménopause précoce = mort précoce. HALLER cite, cependant, une exception, femme réglée à l'âge de 2 ans jusqu'à l'âge de 52 ans, premier enfant à 9 ans, morte à 75 ans.

Signes de puberté précoce. — Comme le nanisme ou le gigantisme sont la traduction d'anomalies de croissance, il faut considérer l'infantilisme et la précocité comme anomalies du développement sexuel.

Dans la puberté précoce, il y a (dans les deux sexes) développement précoce de l'organisme entier et, à l'extérieur, cela se manifeste par l'apparition des caractères sexuels secondaires :

1° signes isosexuels précoces :

2° signes hétérosexuels, par exemple : voix basse, barbe, moustaches chez les fillettes ;

3° signes d'hyper-développement physique : hauteur et largeur très exagérées, adipose et force musculaire considérable ; signes radiologiques ;

4° ossification et dentition avancées, grande ombre cardiaque.

Un grand nombre d'enfants précoces ont, dès la naissances, un plus grand pied et une plus grande longueur que les autres enfants : donc début intra-utérin dans ces cas.

En général, il semble que l'apparition des caractères sexuels secondaires, suive l'apparition de la menstruation, mais on connaît des cas où les règles ne viennent que beaucoup plus tard : dans beaucoup de ces cas, on est frappé par le gros poids à la naissance. Des observations montrent que l'apparition des signes sexuels secondaires n'est pas, du tout, pathognomonique pour la fécondabilité de la femme ou la reproductivité de l'homme.

Observations de D'OUTREPONT : Jeunes filles de 9 et 13 ans qui, après des rapports répétés, sont devenues enceintes avant qu'il n'y ait même pas de trace de puberté.

Dans le premier cas, le partenaire était un garçon qui n'avait même pas encore de poils pubiens. Dans les deux cas, la menstruation n'apparut qu'après l'accouchement et, de même, les poils pubiens. Les seins étaient gonflés pendant la grossesse, diminuèrent après l'accouchement et se formèrent complètement après l'apparition des règles.

Les couches des femmes à puberté précoce ont quelques particularités : grossesses moins pénibles, accouchement de plus petite durée, déchirures du périnée plus rares, hémorragies plus modérées. D'autre part, éclampsie, faiblesse des contractions et accouchements prématurés plus fréquents.

La puberté psychique a, comme particularité, son indépendance complète de la puberté somatique. Il semble qu'il y ait une puberté corporelle et une autre puberté psychique et intellectuelle qui sont bien distinctes l'une de l'autre.

Observations : Dans 34 observations de puberté précoce chez des garçons, on a constaté quinze cas d'état intellectuel normal, quinze cas d'arriérés, quatre cas d'avancés au point de vue intellectuel (REUHEN-MANNING).

GESELL a pu étudier, dans trois cas de puberté précoce, l'indépendance du développement intellectuel de la prématurité sexuelle :

1° puberté très précoce avec développement intellectuel correspondant à l'âge du sujet ;

2° enfant très arriéré au point de vue intellectuel ;

3° jeune fille de dix mois pouvant déjà parler en phrases, lisant à 4 ans français, anglais et espéranto, avait à 9 ans le vocabulaire d'une adulte, ses sentiments étaient enfantins, ses résultats scolaires excellents.

Le rôle de l'*hérédité* a été démontré dans un grand nombre de cas.

Causes : on a souvent trouvé : 1° tumeurs des glandes endocrines ; 2° troubles du système nerveux central ; 3° pour le reste, on admet des facteurs d'ordre congénital chromosal, qui paraissent, d'ailleurs, jouer un rôle important aussi dans les deux premiers facteurs.

La puberté retardée : Il y a deux cas à considérer : 1° puberté retardée ; 2° absence de puberté. Les effets de la puberté retardée sont : l'infantilisme, le nanisme.

Intersexualité (hermaphrodisme) : individus ayant des caractères physiques ou psychiques de l'autre sexe (hermaphrodisme ou homosexualité).

Causes : 1° action double des glandes endocrines mâles et femelles, cause conditionnelle ; 2° origine congénitale (chromosomiale).

Il semble qu'il y ait changement de sexe pendant la vie intra-utérine et, suivant l'époque à laquelle s'effectue ce changement de sexe, il y a présence ou absence des différents caractères homosexuels.

Troubles de développement. 1° Acromégalie : tendance à l'inflation des os, près des épiphyses.

2° L'*obésité* est fréquente, mais diminue au fur et à mesure.

3° On a constaté des améliorations considérables par l'injection d'extraits préhypophysaires dans les cas suivants : cryptorchisme, infantilisme, dystrophie adiposo-génitale, eunuchoïdisme.

4° Amaigrissement vers la fin de la puberté.

5° Modifications épidermiques : par exemple, pigmentation anormale, hypertrichose chez les femmes avec type masculin, poils pubiens (troubles des surrénales).

Fréquence et évolution des principales affections pendant la puberté. 1° Appareil sexuel : troubles surtout dans le sexe féminin ayant des causes d'ordre morphologique ou fonctionnel.

Causes morphologiques : atrésies (vagin, col, trompe), hypoplasie ou hyperplasie des ovaires, malformations utérines.

Causes fonctionnelles : 1° faiblesse congénitale de l'interstitielle des ovaires ; 2° troubles d'ordre biochimique ; système endocrinien (par exemple hypothyroïdie), intoxica

tions, troubles du métabolisme; 3° troubles d'ordre nerveux (système nerveux végétatif ou animal), troubles psychiques ; 4° troubles circulatoires.

Il y aura dysménorrhée, oligoménorrhée, aménorrhée.

Ces signes pendant la puberté sont souvent des signes d'un processus morbide à distance (surtout, tuberculose pulmonaire) ou d'affections augmentant la pression intracérébrale (par exemple, tumeurs cérébrales).

En cas de graves hémorragies pendant la puberté, il faut penser à la thrombopénie, à l'anémie, à la chlorose.

Traitement : extraits ovariens et de corps jaune, extraits hypophysaires (antérieure), borate d'acétylcholine, digitaliques. Curettage, rayons X sont contre-indiqués.

2° Autres affections de l'appareil génital : tuberculose des organes génitaux (fillettes), affections mammaires. En dehors de la mastopathie des adolescentes, phénomène physiologique, on constate des hypertrophies partielles d'une ou deux glandes mammaires à cette époque ; il y a insuffisance ovarienne ou testiculaire ce qui empêche ces glandes d'exercer leur action frénatrice sur le développement des seins.

3° Glande thyroïde : l'hyperplasie de la thyroïde pendant la puberté (goitre de la puberté) a, comme suite directe, une poussée de croissance ; chez des individus qui font des hyperplasies thyroïdiennes excessives pendant cette période, il y a croissance et ossification rapide, les caractères sexuels secondaires (surtout chez la femme) apparaissent tôt. On considère le goitre comme une affection congénitale en se basant sur le rôle de l'hérédité.

Le goitre de la puberté est un goitre par « besoin augmenté » ; car l'augmentation du métabolisme dans la puberté demande une augmentation de production hormonale de la part de la thyroïde. La thyroïde normale répond à cet appel sans grande modification de son volume, mais la thyroïde insuffisante est forcée de s'hypertrophier pour satisfaire l'organisme.

Ainsi s'explique la plus grande fréquence du goitre chez la femme, car, chez elle, la puberté, plus précoce que chez l'homme, trouvera une thyroïde moins développée. Enfin, le goitre simple est plus fréquent dans les classes sociales d'un niveau plus élevé : intellectuels et citadins, comme en général chez les individus à croissance rapide.

En cas d'hypothyroïdie qui existe souvent, à la puberté, on constate une très nette action frénatrice sur les glandes sexuelles par exemple : crétinisme dû à l'insuffisance thyroïdienne avec retard ou apparition incomplète des caractères sexuels secondaires.

4° Appareil circulatoire. Troubles vaso-moteurs et cardiaques : rougir, pâlir, s'évanouir, mouches volantes, tachycardie (120-140), douleurs et angoisse précordiale ; c'est surtout dans le sexe féminin. Le cœur a une tendance à l'hypertrophie en cas de travail physique ou d'exercices sportifs excessifs, des lésions valvulaires causent, souvent, un retard de la puberté. Enfin les troubles cardiaques et vasculaires dans la puberté coexistent souvent avec une dysthyroïdie.

5° Appareil urinaire et sanguin : albuminurie pubertaire (surtout chez les grands sujets ; anémie et pseudo-anémie (anémie des scolaires) ; chlorose, coexistant souvent avec des troubles génitaux ;

6° Diabète sucré, dû à une insuffisance congénitale des îlots de Langerhans. Ictères graves (par exemple ictère hémolytique) s'accompagnant de troubles du développement sexuel ; on suppose comme cause des troubles endocriniens congénitaux.

7° Tuberculose pulmonaire. Avant la puberté, il y a plutôt tendance à des adénites trachéo-bronchites, qui guérissent facilement ; mais, dans la puberté, on a constaté des phtisies (plus fréquentes dans le sexe féminin) très malignes. La tuberculose de la puberté a des répercussions sur l'appareil sexuel, et cause souvent une anémie de longue durée (Nobécourt).

8° Affections de la gorge. Les amygdales palatines et rachidiennes régressent à partir de l'âge de 10 ans et surtout chez les garçons, d'où affections de la gorge plus fréquentes dans la jeunesse et dans le sexe féminin, à partir de l'âge de six ans ; jusqu'à six ans, la morbidité est plus grande chez les garçons.

9° Affections de l'appareil digestif : rares.

10° Maladies de la peau : acné et séborrhée sont fréquents ; elles sont dues aux nouvelles fonctions endocriniennes et disparaissent après la puberté.

11° Maladies des yeux. Très fréquentes à cette époque, s'accompagnant le plus souvent de troubles de dysménorrhée.

12° Maladies des oreilles : otosclérose, otite moyenne ; c'est dans la puberté que les otites suppurées font le maximum de complications endocriniennes ; donc opérer toute suppuration chronique de l'oreille avant la puberté. En général, il paraît que la puberté donne un coup de fouet aux affections congénitales et latentes de l'oreille.

13° Système nerveux : un certain nombre d'affections nerveuses se rencontrent souvent dans la puberté : l'ataxie héréditaire (mal de Friedreich), dystrophie musculaire progressive, (mal de Thomson), la pseudo-sclérose juvénile, l'atrophie héréditaire du nerf optique, l'épilepsie, les tics, la chorée, l'hémiatrophie faciale, la paralysie progressive juvénile.

14° Psycho-pathologie : l'individu fait une véritable crise psychique de la puberté avec manifestations hystériformes dont la persistance serait très compromettante pour l'adulte.

En ce qui concerne la sexualité ; elle débuterait non pas à la puberté, mais déjà chez le nourrisson (Freud).

Neuroses et psychoses sont fréquentes pendant la puberté ; hystérie, neurasthénie, démence précoce, avec tendance au suicide.

Telles sont les principales données du beau livre du Prof. von Neurath. Ce que nous avons pu rendre dans ces quelques lignes c'est l'abondance de sa documentation précieuse pour le chercheur.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Appareils nouveaux

Le tonoscillographe de Plesch, de Berlin, est utilisé pour la détermination de la pression moyenne dynamique.

Schématiquement il se compose d'une boîte de métal qui peut se fermer hermétiquement avec un couvercle, composé d'un cercle du même métal, qui entoure un disque de cristal ; ce couvercle se serre au moyen d'une vis à ailettes, qui l'appuie sur un anneau de caoutchouc pour rendre la fermeture effective. Dans la boîte se trouvent deux chambres anéroïdes, dont l'une indique l'état de la pression à l'intérieur de l'appareil et l'autre enregistre sur un diagramme la pression correspondant à chaque pulsation.

L'un des manomètres communique avec l'air extérieur et il s'incurve sous l'influence de la pression intérieure de la boîte ; il actionne un fil qui est enroulé autour d'un axe supportant un disque et une feuille-diagramme, qui tournent comme un *diabolo*. L'autre manomètre, enregistreur, communique avec le brassard ; il est parfaitement équilibré et possède une sensibilité extraordinaire.

Quand on procède à la détermination de la pression artérielle, on insuffle de l'air dans la boîte au moyen d'une poire de caoutchouc jusqu'à ce que disparaisse le pouls radial ; on décomprime lentement ; le disque tourne et les pulsations artérielles s'inscrivent concentriquement sur le dirgramme.

L'inscription permet la lecture directe en millimètres.

L'appareil étant construit entièrement en métal et son fonctionnement automatique, les erreurs sont pratiquement éliminées.

Le brassard a été construit sur des principes hydro-dynamiques parfaitement calculés.

Sur la courbe enregistrée il existe un intervalle compris entre la maxima et la minima, qui correspond à une période d'oscillations égales entre elles et ayant une amplitude supérieure à


Révulsif Boudin
Liquide à base d'essence de crucifères sans cantharide ni croton
RÉVULSION INSTANTANÉE.
ACTION IMMÉDIATE.
S'APPLIQUE AU PINCEAU.
NE TACHE PAS.
N'ABIME PAS LA PEAU.
RAPIDE
PROPRE
ÉNERGIQUE
LABORATOIRES BOUDIN
9, AVENUE JEAN-JAURÈS
JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)
RÉVULSIF BOUDIN

toutes les autres ; c'est la « pulsation du tonoscillogramme » ; parmi ces oscillations en « plateau », on observe un ou deux « sommets », qui correspondent à la *pression moyenne dynamique*.

(Carlos P. Waldorp, de Buenos-Ayres. El tonoscilografo (aparato del profesor J. Plesch, de Berlin) utilizado para la determinacion de la pression media dinamica. *Semana Medica*, 21 avril 1932.)

Le sédigraphe de Stammreich, construit par la maison Leitz, permet d'enregistrer fidèlement la précipitation des globules rouges dans la réaction de sédimentation.

Il consiste en une chambre noire constituée par une boîte en bois en forme de parallélipipède. Une des parois porte une fente devant laquelle on place le tube contenant le sang à examiner. A l'intérieur de la boîte se trouve un cylindre rotatif, mû par un mécanisme d'horlogerie et muni d'un papier sensible à la lumière. L'appareil fonctionne pendant 4 heures.

La lumière passe à travers la fente ; la partie supérieure du tube laisse impressionner le papier à mesure que le niveau des globules rouges s'abaisse. Le phénomène de la sédimentation s'enregistre pendant quatre heures.

Le photodiagramme obtenu se lit par la superposition d'une carte transparente sur laquelle sont marqués les temps et les distances.

Le sédigraphe présente, en dehors de son exactitude, l'avantage de supprimer l'observation continue de la réaction.

(Mario Cattaneo, de Turin. Velocita di sedimentazione delle emazie e leucocitosi nelle appendiciti acute e croniche. *Minerva Medica*, 21 avril 1932.)

Nutrition

L'obésité anormale présente trois types cliniques originaux : hypertrophique, myxœdématoïde, lipomatoïde ; ils sont reliés par des formes de transition.

Le type hypertrophique est une forme diffuse ; le tissu graisseux sous-cutané est régulièrement hypertrophié. Le sujet donne l'impression d'être suralimenté ; il éclate dans sa peau, la face est large et ronde, les yeux semblent petits par suite de l'infiltration des paupières ; le menton est double ou triple. Le ventre, les fesses, les cuisses sont énormes et tout le reste à l'avenant. Ce type est souvent considéré comme pléthorique, à tort puisque la pléthore comprend en plus de la congestion de la face et de la dyspnée légère.

Le type myxœdématoïde offre certains points de ressemblance avec le myxœdème : sécheresse de la peau, chute des cheveux, modifications des ongles, œdèmes, paresse psychique, affaiblissement de la mémoire, somnolence.

Le type lipomatoïde a été fréquemment décrit ; il représente une forme de transition entre l'adiposité proprement dite et la lipomatose symétrique.

L'étude des types cliniques de l'obésité présente un grand intérêt pour les recherches métaboliques et les résultats thérapeutiques.

(Ejnar Jarlov. The clinical types of abnormal obesity. *Acta Medica Scandinavica*, supplement XLII, 192.)

Tuberculose

On ne peut avoir une idée claire des lésions tuberculeuses sans les considérer au point de vue du processus inflammatoire en général, dont elles ne sont qu'un cas particulier ; une classification *naturelle* des faits observés doit permettre de mettre en relief les relations qui existent entre des aspects si différents.

La classification de Ranke, malgré certains défauts (entre autres le système de désignations qui expose à des confusions), représente actuellement la meilleure qu'il y ait à notre disposition dans ce chapitre de la tuberculose. Elle est basée avant tout sur les formes d'extension et sur l'allergie.

Le développement de la maladie tuberculeuse se réalise suivant différentes formes : 1° Extension *in situ* du foyer ; 2° Métastase lymphatique ; 3° Métastase sanguine ; 4° Métastase intracanaliculaire, réalisée par un système de conduits ou de cavités, à l'exclusion des systèmes circulatoire, sanguin et lymphatique.

Ranke admet trois types fondamentaux d'allergie, chacun étant une forme histologique spéciale du processus inflammatoire déterminé par le bacille. Le type allergique I correspond à l'apparition et à l'évolution du premier foyer tuberculeux dans l'organisme ; la tuberculose débute par un ensemble de lésions : le complexe primaire. Le type II correspond à l'apparition des métastases humorales, surtout sanguines ; c'est le stade de généralisation ; il comprend soit les lésions discrètes et chroniques, soit les lésions graves et généralisées, avec toutes les formes intermédiaires possibles. Le type III correspond à la diminution des métastases hématogènes et à l'extension locale des foyers surtout par métastase intracanaliculaire ; c'est la phtisie solitaire, la maladie localisée dans un organe déterminé.

Les types de Ranke ne correspondent pas aux phases de l'évolution d'*une* affection tuberculeuse chez le malade, mais ils représentent les différentes formes sous lesquelles la tuberculose humaine se présente à l'observation ; chaque manifestation représente la transformation d'une manifestation antérieure ou constitue l'expression d'une surinfection.

Le principal mérite de la classification de Ranke est d'avoir réalisé une première sélection *naturelle* des cas, qui en permette une meilleure compréhension.

(Remiglio Consigliere, de Buenos-Ayres. Patogenia de la tuberculosis del hombre *Semana Medical*, 21 avril 1932.)

Le dispensaire est sans aucun doute une arme puissante dans la lutte contre la tuberculose ; mais il ne réussit pas et ne réussira pas à atteindre des résultats très importants, en ce qui concerne la prévention sociale.

1° Le dispensaire n'attire ni la totalité ni même la majorité des malades. On se dit : les tuberculeux ne viennent pas, parce que les moyens d'assistance sont mal adaptés et par suite beaucoup vont se faire étiqueter pour rien. La vérité c'est qu'ils ont deux motifs d'abstention : le désir de cacher leur maladie, la difficulté insurmontable de trouver du travail une fois repérés. Ce phénomène de désertion se fait moins sentir dans les grands centres, où l'on ne se connaît pas, mais il est évident et ne se discute même pas dans les petits centres, qui sont la majorité en Italie.

2° Les enfants, les jeunes filles, les adolescents viennent en trop petit nombre. Les familles ne les conduisent ni ne les envoient, parce qu'elles ne peuvent supporter l'impression défavorable produite sur leur entourage. Par suite nous ne savons rien, même approximativement, des nouvelles générations, ni si elles sont indemnes, ni si elles sont touchées.

3° Le dispensaire ne réussit que rarement à hospitaliser un malade qui ne veut rien savoir. Et, par malheur, il s'agit à peu près toujours d'un sujet très atteint, donc très dangereux ; on pourrait cependant faire œuvre utile en utilisant le seul argument frappant, la possibilité de la guérison, tandis que, nous le savons bien, les autres arguments, qu'ils soient d'ordre moral, économique ou social, sont dépourvus de toute valeur.

4° On ne réussit même pas, sinon dans une proportion dérisoire, à améliorer l'alimentation des assistés : quant à la question du logement, ce n'est même pas la peine d'en parler.

(C. Bartoletti. Lotta antitubercolare. Deficienze della attuale azione preventiva, *Lotta contro la tubercolosi*, mars 1932.)

Psychiatrie

En dépit du progrès, la psychiatrie est restée dans une situation d'isolement, que n'atténuera pas l'augmentation du nombre des aliénistes. Les étudiants doivent connaître les éléments essentiels de la personnalité dès leur entrée dans la carrière, de manière à ne laisser échapper aucune occasion d'appliquer leurs connaissances psychiatriques.

L'association entre la neurologie et la psychiatrie est fort étroite ; 85 % des mentaux présentent une lésion organique. Il ne faut pas oublier que le matériel clinique présente à résoudre des problèmes de psychiatrie dans 40 % des cas.

L'examen de 500 malades a donné les résultats suivants :

267 présentaient une lésion organique ; ils n'avaient rien d'anormal au point de vue mental ; on trouvait quelques troubles nerveux chez 40 % d'entre eux.

161 présentaient une association de troubles psychiques et organiques, avec prédominance de ces derniers.

59 avaient des troubles mentaux et, parmi eux, 14 avaient une psychose nette.

13 cas ne furent l'objet d'aucun diagnostic.

A côté de la psychose-type et de la psychonévrose il y a le cas-limite (border-line case), qui exige un examen minutieux et qui met à l'épreuve la valeur de l'aliéniste.

(Frederick P. Mœrsch, de Rochester. Psychiatry in medecine. *American Journal of Psychiatry*, mars 1932.)

Chirurgie

Le traitement des hernies par les injections sclérosantes, préconisé par Lanelongue, puis abandonné, est efficace,

applicable à toutes les hernies libres, facilement réductibles, quels que soient le volume et l'ancienneté.

On n'a à tenir compte ni de l'âge ni de l'état de santé du sujet ; le traitement permet de travailler, est inoffensif et donne la guérison dans 85 % des cas, résultats égaux à ceux de l intervention.

Entre l'opération et le bandage il y a un vide immense que comble l'injection.

Aux enfants on conseille le bandage qui permet la guérison dans des cas nombreux, aux jeunes on recommande l'intervention, aux vieux et aux malades on propose les injections.

La pratique des injections nécessite une véritable spécialisation.

(Jose Marin Espinosa. Tratamiento de las hernias por inyecciones. *Medicina Ibera*, 9 avril 1932 et *Siglo Medico*, 16 avril 1932.)

Thérapeutique

Les doses infimes de métaux déterminent une augmentation de la résistance physique par un phénomène de catalyse.

Le produit expérimenté est le tonorm, combinaison organique complexe à base de chlorure d'or, contenant 0,03 % moléculaire de métal ; son pH est de 7,5 ; il est facilement soluble dans l'eau et l'alcool, très absorbable et très éliminable ; il ne précipite pas l'albumine et n'hémolyse pas.

Les expériences ont porté sur le sucre sanguin, la réaction du nitrogène résiduel, le pouls, la respiration, la sécrétion sudorale et la pression artérielle.

(Franz Schreiber et Bernhard Villinger. Sobre el aumento de la resistancia fisica producido por dosis infimas de metales. *Prensa Medica Argentina*, 20 avril 1932.)

Les colloïdes ont donné lieu à de nombreuses hypothèses sur les raisons biologiques de leur activité thérapeutique.

Les travaux de Luithlen attribuent les effets des sérums, des vaccins et du lait, non à une action protéinique, mais à l'état colloïdal, qui détermine à distance une diminution de la perméabilité anormale des capillaires sanguins altérés par toute inflammation.

Outre les effets anti-inflammatoires et décongestifs attribués à toute préparation colloïdale (gélatine, amidon, argent, or, rhodium), les colloïdes possèdent une grande surface d'adsorption des toxines et des autres substances nuisibles à l'organisme, qu'ils éliminent ainsi de la circulation.

L'action thérapeutique, que possèdent les petites doses de médicaments à l'état colloïdal, est le résultat de leur extrême division, qui permet de nombreux points de contact et par suite une plus grande surface de réaction ; une substance dont la dimension est d'un millionième de millimètre peut représenter une surface de 6.000 mètres carrés.

Cette superficie disparaît biologiquement au passage de la substance à l'état moléculaire, pour obtenir un système homogène, c'est-à-dire sans phases possibles de séparation et, par suite, sans la condition précise pour que s'effectue l'adsorption.

(Ricardo Cobian, de la Havane. El coloide en terapeutica. Su importancia en los fenomenos de la immunidad. Razones biologica de su actividad medicamentosa. *Medicina Argentina*, mars 1932.)

Laboratoire

Les examens sérologiques, pratiqués à l'Hôpital Saint-Michel-Archange, comprennent trois réactions :

Réaction de Bordet-Wassermann au sérum non chauffé, selon la technique de Hecht, modifiée par Rubinstein.

Réaction de Bordet-Wassermann au sérum chauffé, selon la technique de Calmette et Massol.

Réaction de floculation, selon la technique de Vernes.

La réaction de Bordet-Wassermann au sérum chauffé et la réaction de Vernes ont toujours fourni des résultats superposables, une seule fois le Vernes a été seul positif et quatre fois il est resté seul négatif.

La réaction au sérum non chauffé a été seule positive dans un cinquième des cas.

(A. Paulin. Quelques réflexions sur les examens sérologiques à l'hôpital Saint-Michel-Archange. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, février 1932.)

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1932

La mortalité cancéreuse et la teneur en magnésium du sol, des eaux et des aliments usuels dans les trois départements d'Alsace et de Lorraine. — ***MM. Sartory, Meyer et Keller*** estiment qu'il n'y a pas lieu d'établir une relation entre la teneur du sol en magnésium et la proportion de sels magnésiens contenus dans les aliments ; d'autre part, il n'existe pas, dans les départements étudiés par eux de relation entre la structure géologique du sol et la proportion de décès par cancer.

Influence de la nature géologique du sol et de la minéralisation des eaux d'alimentation sur la fréquence du cancer chez l'homme. — ***MM. L. Bethoux et Blanchet*** pensent qu'il y a lieu de ne point négliger, dans les recherches portant sur l'étiologie du cancer, l'étude du sol sur lequel vivent les individus.

La nature géologique du terrain, sa constitution minéralogique, la minéralisation des eaux d'alimentation qui en émanent, sont autant de facteurs qui peuvent intervenir dans la formation et le développement des tumeurs malignes chez l'homme.

L'ictère conjonctival et l'appendicite. — ***M. P. Caplesco et Mlle Grossu.*** — L'ictère de la conjonctive doit nous inciter toujours à la recherche de l'appendicite latente. L'infection de l'appendice et son satellite : l'ictère conjonctival, commencent dans les premières années de la vie, et progressent avec l'âge, pouvant évoluer d'une manière latente pendant des années. Le processus anatomo-pathologique appendiculaire s'accentue à chaque occasion favorable (amygdalites, maladies infectieuses) jusqu'à la production de la crise aiguë. Cette évolution varie aussi avec chaque individu, d'après l'hygiène alimentaire et digestive, d'après la résistance de l'organisme, et les moyens d'élimination des toxines, élaborées dans l'appendice.

C'est pourquoi les auteurs ont comme principe : l'examen au point de vue appendiculaire de tout malade, en dehors de la maladie pour laquelle il vient consulter.

La mortalité par tuberculose pulmonaire, chez les ouvriers des houillères du Nord et du Pas-de-Calais. — ***J. Leclercq, E. Legrand,*** et ***Ph. Brehon*** rapportent deux statistiques concernant la mortalité, par tuberculose pulmonaire, d'ouvriers mineurs habitant Auberchicourt et les cités de la Compagnie de Béthune. Ils montrent, contrairement à ce qui a été signalé dans le Bassin de la Rhur et dans les houillères du centre de la France, que la mortatité de ces ouvriers travaillant à l'extraction du charbon ou au rocher, et qui de ce fait se trouvent au contact de la silice, n'est nullement supérieure à celle du reste de la population demeurant dans les mêmes régions.

Ils en attribuent la cause à la rareté des lésions silicosiques étendues chez ces mineurs, à la sélection médicale lors de l'embauchage, à une ventilation efficace et rationnelle des galeries en exploitation, aux progrès de l'hygiène dans le bassin houiller.

Influence de l'anthracose et de la silicose sur l'apparition et sur le développement de la tuberculose pulmonaire dans les houillères du Nord et du Pas-de-Calais. — ***J. Leclercq, Ph. Brehon et Muller*** ont cherché à dépister la tuberculose pulmonaire chez cinquante ouvriers âgés de 50 à 65 ans, ayant travaillé au fond de la mine de vingt à quarante-cinq ans, soit au rocher, soit à l'extraction du charbon; et présentant des troubles pulmonaires plus ou moins accusés.

Malgré l'ensemble des moyens mis en œuvre, ils ont découvert cette affection chez un seul sujet, âgé de 51 ans, qui avait été occupé à l'abatage du charbon pendant vingt-quatre ans.

Ils établissent ainsi que la tuberculose pulmonaire soit seule, soit associée à la silicose, n'est nullement fréquente dans le bassin houiller du Nord de la France.

Comment la ville du Havre doit comprendre la lutte contre le rat. — ***M. A. Loir*** (du Havre).

Les applications limitées de la réflexothérapie. — ***M. G. Schoengrun.***

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Définition du terme « apicolyse »

Le terme d'*apicolyse* est actuellement très répandu. Et nous le voyons souvent désigner tel ou tel nouveau procédé de collapsus du sommet pulmonaire. Par contre, écrit M. Léon Amouroux (1), nous ne voyons guère l'auteur qui l'emploie en donner une définifinition précise et pratique. Etymologiquement, dérivé du mot *apex* qui signifie sommet, et du mot grec λυειν qui se traduit par délier, il signifie simplement : libération du sommet du poumon. En fait, la libération du sommet que peut obtenir le pneumothorax thérapeutique, n'est pas une apicolyse, ne correspond pas non plus à cette dénomination l'opération de section intra-pleurale des adhérences apicales suivant la méthode de Jacobœus. De la lecture des publications déjà nombreuses qui se rapportent à cette opération, nous pouvons conclure que les auteurs réservent en fait le terme d'*apicolyse* aux manœuvres dont le résultat anatomique est *une libération totale ou presque totale du sommet pulmonaire entouré de la calotte pleurale qui le coiffe*, et à laquelle ses lésions l'ont généralement soudé. L'intervention, qui se passe exclusivement en dehors de la plèvre, laisse le sommet entièrement séparé de l'orifice supérieur du thorax et de la partie haute de la cage thoracique, ainsi que de ses moyens d'attache accessoires décrits sous le nom d'appareil suspenseur de la plèvre qui l'unissent notamment aux vertèbres voisines.

Variations de l'état physico-chimique des albumines du sérum sanguin de la femme enceinte normale

La teneur en albumines du sérum sanguin des femmes enceintes est d'une façon générale abaissée. R. Conche (*Thèse de Lyon*, 1931) qui a fait des recherches sur ce sujet donne le chiffre moyen de 73 grammes par litre de sérum (contre 78 grammes en moyenne chez l'individu normal). L'abaissement de ce taux est plus marqué au debut qu'à la fin de la gestation. Il est de 71 grammes par litre de 0 à 6 mois et s'élève à 74 grammes dans les trois derniers mois.

La viscosité relative du sérum est manifestement augmentée au cours de la gestation. D'après les mesures de R. Conche son taux est exprimé par le chiffre 1,86 alors que, chez l'individu normal, il est en moyenne de 1,68. Cette viscosité anormalement augmentée et qui correspond à une hydratation plus grande des protéines est exprimée par un chiffre sensiblement egal de 0 à 6 mois et de 6 à 9 mois (1,85 contre 1,87).

Les courbes représentatives du taux de la viscosité et de la teneur en albumines du sérum dans le cours de la gestation, sont sensiblement parallèles. Elles montent graduellement jusqu'au septième mois pour redescendre ensuite jusque dans les suites de couches. En somme, diminution du taux des albumines, augmentation de la viscosité du sérum, constituent une perturbation spécifique du milieu sanguin de la femme, liée intimement à l'état de gestation, apparaissant précocement et disparaissant rapidement avec lui.

(1) Léon Amouroux.— L'apicolyse par thoracectomie partielle haute. Etude anatomique et technique. Thèse de Lyon, 1931.

Actinomycose de la main

MM. Milian et Chifoliau (*S. fr. de derm. et de syph.*, 9 juin 1932) présentent un malade atteint de lésions végétantes de la main qui ont été prises d'abord pour une tuberculose verruqueuse et grattées chirurgicalement ; l'examen des coupes montra la présence de champignons ; les injections de liquide de Lugol et la radiothérapie ont amélioré le malade.

La sédation immédiate ou rapide de l'élément douloureux de certaines manifestations de la syphilis dès la première injection arsenicale ou bismuthique.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une affection douloureuse dont l'origine syphilitique est possible ou probable, mais demande à être confirmée, il est souvent possible d'avoir cette confirmation rapidement en instituant d'emblée un traitement par une injection intraveineuse de novarsénobenzol ou intramusculaire de bismuth, et cela sans attendre les résultats d'un traitement prolongé. L'injection d'épreuve amène-t-elle une sédation immédiate ou rapide de l'élément douloureux, la syphilis, de probable ou possible qu'elle était, devient pratiquement certaine.

Pour J. Bonnet (*Thèse de Lyon*, 1932), ce renseignement a plus de valeur qu'une réaction de Wassermann ou de Hecht qui peut, même après réactivation, demeurer négative dans des cas avérés de syphilis. Le novarsénobenzol est le médicament de choix pour cette «injection d'épreuve». (Jean Bonnet. *Thèse de Lyon*, 1932.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

Fièvre typhoïde et politique. — CANDIDE (1er *septembre* 1932) *vient de publier le premier chapitre des* SOUVENIRS D'UN MÉDECIN DE CAMPAGNE *du Docteur Charles Fiessinger.*

En 1900, la petite ville de Saint-Claude (Jura), avait pour maire Vuilliod, l'ancien homme-canon des Folies-Bergères.

Comme sur la scène parisienne, il ne variait guère la qualité de ses exercices, et comme il se contentait dans son maillot collant, de recevoir en pleine poitrine, un boulet qu'il cueillait comme une fleur pour le présenter ensuite de ses deux mains jointes, à l'applaudissement des spectateurs, l'administration du music-hall sollicita bientôt de ce splendide hercule l'attrait d'une acrobatie plus rare. Mais Vuilliod s'il avait des muscles, manquait d'imagination. Il se creusa la tête et ne trouva rien. En dehors de son canon qui le bombardait à dix mètres, c'était dans ses conceptions, la misère d'une aridité totale. Remercié des Folies-Bergères, il dut chercher fortune ailleurs et rentra dans son pays du Jura. Que devenir ? Il était franc-maçon et athlète.

L'homme-canon fit de la politique.

Tour à tour maire, conseiller général, député, il était, en 1900, sénateur du Jura et toujours maire de sa bonne ville de Saint-Claude. Tous les échelons , quoi ? Et l'admiration de la ville encensait la gloire du grand homme.

En mai 1900, « le meilleur ami » du Docteur Ch. Fiessinger, qui nous conte son histoire, constate l'existence et la persistance d'une épidémie de fièvre typhoïde.

Combien de malades avaient déjà été touchés ?

Le nombre exact était difficile à déterminer. Certains d'entre eux étaient étiquetés sous la rubrique de grippe infectieuse et, pour ne pas alarmer le public, le maire avait intérêt à ne pas transcrire le chiffre total des déclarations. Depuis deux ans, mon ami en avait traité plus de soixante et, dans les dix-huit mois qui suivirent, plus de deux cents nouveaux cas recoururent à ses soins. La mortalité était considérable, vu la gravité des complications et le traitement par les bains froids, s'il en sauvait un grand nombre, ne les préservait pas tous. Parents et enfants succombaient dans la même famille. La situation était tragique.

A peine installé à Saint-Claude, mon ami rechercha les causes de la fièvre. Tout de suite, il fut frappé de l'inégale répartition du mal. Un quartier de la ville, situé en contre-bas, le faubourg Marcel, était presque indemne et les rares malades qui s'y alitaient passaient leurs journées dans les ateliers de la ville haute. Or, le quartier du faubourg était alimenté par une source différente de celle qui était offerte au restant de la cité. Les quelques typhoïdiques alités du faubourg avaient tous consommé de cette dernière eau.

Que renfermait-elle ? Un petit laboratoire bactériologique qu'avait mon ami lui permit d'y déceler immédiatement une floraison étonnante de colibacilles qui sont les compagnons habituels du bacille de la fièvre typhoïde. Crainte d'avoir commis une erreur technique, il envoya plusieurs échantillons d'eau au laboratoire de l'Ecole de santé militaire de Lyon. La réponse qu'il reçut confirma ses prévisions. L'eau de la ville haute était contaminée alors que celle de la ville basse demeurait exempte de toute impureté dangereuse.

Le médecin porte au maire le résultat de ses analyses et de celles faites au laboratoire de l'Ecole de santé militaire de Lyon.

Il croyait être reçu par ce soupir de soulagement que pousse un administrateur consciencieux quand la lumière pénètre dans son esprit et lui ouvre soudain jour sur la cause d'une calamité qui met en péril la vie de ses concitoyens. Illusion riche en candeur !

Tenant entre ses mains les feuillets révélateurs, l'homme-canon se mit à sourire : « Docteur, fit-il, on m'a toujours dit que vous étiez réactionnaire. »

Cela était vrai. Le docteur était réactionnaire, mais il gardait ses opinions à part soi et n'en faisait confidence à personne, d'autant que de sa vie il n'avait sollicité les suffrages d'aucun électeur et se gardait de la politique comme de la peste. Mais le grand mot était lâché. Il s'agissait tout simplement de déchaîner contre une constatation de laboratoire les passions de partisans redoutant de perdre leur place et d'une population dont il lui serait déclaré que ses intérêts étaient compromis. La nouvelle que les eaux étaient polluées nécessiterait naturellement des travaux de réfection dont le prix serait payé par l'établissement d'impôts nouveaux, et les touristes, informés du danger, cesseraient d'accourir dans cette cité pittoresque, si curieusement étagée et blottie dans les fonds de sa double vallée et sur les pentes d'une énorme croupe montagneuse cernée par un amphithéâtre de sommets âpres qu'escaladent, entre les roches, les bataillons noirs des sapins.

On lira dans *Candide*, le récit de la lutte engagée entre le médecin et le maire.

Le départ du médecin pouvait seul ramener le calme dans la localité. Une démarche fut entreprise auprès du Dr Bium, médecin en chef du P. L. M. Il fallait révoquer de ses fonctions mon ami qui était médecin de la Compagnie. La tentative n'eut aucun succès. Elle réussit mieux auprès des hoteliers et des commerçants dont un grand nombre signèrent une pétition protestant contre la présence dans la ville d'un médecin qui ruinait le crédit de la cité. Les touristes ne visitaient plus Saint-Claude.

Cette désertion s'inscrivait comme un crime à l'actif de celui qui poursuivait la perpétration de cette campagne honteuse à l'abri d'une science complaisante et frelatée. Les francs-maçons reçurent le mot d'ordre. Ils quittèrent tous mon ami comme médecin. Les fonctionnaires également. Terrorisé, le procureur de la République n'osa même pas se rendre à l'appartement du médecin pour lui demander le montant de ses honoraires. Il crut plus courageux de l'accoster sur le trottoir. « Qu'est-ce que je vous doit ? » fit-il grossièrement et il tira de son porte-monnaie la somme comme on paierait un misérable dans la rue.

Le sous-préfet fut menacé.

Avec le sous-préfet les choses n'allèrent pas toutes seules. « Vous prendrez un autre médecin, menaçait l'Homme-Canon, ou je vous ferai déplacer. » M. Noël protestait qu'étant satisfait des soins de mon ami, il n'avait aucune raison de le remercier. « Alors, vous pouvez compter sur votre disgrâce, ripostait l'Homme-Canon, Mme Noël est une bigote. Elle va à la messe. Tenez-vous le pour dit. »

Un journal socialiste recommanda de suivre les avis du médecin et attaqua violemment l'incurie de la municipalité. L'homme-canon « se démenait, gesticulait, circulait, voyageait, faisait la navette dans les trains, allait à Oyonnax, Lyon, Paris, partout où il espérait recueillir des renseignements défavorables sur le médecin. »

A Paris, il sollicita l'assistance du Prof. Chantemesse, en l'informant qu'un médecin nouvellement établi dans sa localité se livrait à une politique effrenée sous le couvert de l'hygiène sanitaire et que les eaux de la ville jaillissant d'un rocher en pleine campagne étaient les plus merveilleuses du monde. Le Prof. Chantemesse débarqua un matin à Saint-Claude et rendez-vous fut fixé à la sous-préfecture. Le maire et tous les médecins y assistaient sous la présidence du sous-préfet. Mis en garde, M. Chantemesse se contenta de poser des questions, écouta chacun à tour de rôle, insista sur cette particularité que toute une partie de la ville qui recevait d'autres eaux, était épargnée par la maladie. Ne se prononçant pas autrement, il reprit le chemin de la capitale et envoya peu après son rapport qui concluait à l'altération probable des eaux de la ville.

La preuve décisive de l'origine hydrique de l'épidémie fut faite.

Depuis, M. Martel, le grand explorateur de cette géologie profonde, reconnut dans un de ses beaux livres que l'épidémie de Saint-Claude apprit la première la possibilité de ces contagions, à longue distance, à travers les déchirements rocheux qui s'ouvrent et se superposent en étages plus ou moins éffondrés sous les maigres couches de la terre végétale.

L'homme-canon donna sa démission de sénateur, fut nommé trésorier-payeur général à Madagascar et mourut quelques années plus tard. La ville de Saint-Claude lui fit de magnifiques funérailles. Le sous-préfet fut déplacé, mais fut nommé peu après, au poste de secrétaire trésorier de l'Assistance publique dans une mairie parisienne.

Indigné, mon ami écrivit à M. Ceré, député. Il informait ce dernier que si M. Noël n'était pas immédiatement désigné pour une situation au moins équivalente, il se trouverait obligé, lui médecin qui n'avait jamais fait de politique de commencer une campagne contre M. Ceré aux prochaines élections législatives.

Le médecin en eut assez.

Parce qu'il avait pris en main la cause de la santé publique, toute une partie de la population s'était déchaînée contre lui et, comme dans la pièce d'Ibsen, l'avait considéré comme un ennemi du peuple. A Paris, un médecin des plus célèbres, M. Huchard, qu'il avait connu un jour à l'Institut, alors que tous deux venaient toucher le montant d'un prix qui venait de leur être alloué, M. Huchard était souffrant et avait besoin d'un rédacteur en chef pour un journal de médecine qu'il avait fondé, le *Journal des praticiens*. Il offrit à mon ami à la fois de le recommander à ses malades et de lui confier la rédaction de sa feuille technique. C'est ainsi que le médecin de Saint-Claude vint dans la capitale en 1901 et que beaucoup de Parisiens l'ont connu depuis lors.

Actualité d'une page de Chaptal. — JOURNAL DES DÉBATS. *Les mêmes causes produisent les mêmes effets. Telle est la réflexion qui s'impose, écrit M. Camille Matignon, de l'Institut, à la lecture de l'*INDUSTRIE FRANÇAISE, *publiée en 1819 par Chaptal, le ministre du consulat et de l'empire, médecin, dont on fêtait récemment le centenaire par l'inauguration d'un monument à Mende.* Voici cette page :

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes.

Une guerre, qui a duré vingt-cinq ans, et à laquelle ont pris part toutes les nations, a rompu les relations commerciales que les besoins, les convenances et le temps avaient cimentées. Cet état de crise s'est trop prolongé pour que les peuples ne prissent pas de nouvelles habitudes et ne donnassent point à leur commerce et à leur industrie une nouvelle direction.

A peine la paix a-t-elle été rétablie que le fabricant a redoublé d'activité dans ses ateliers ; le commerçant a déployé ses voile ; ils ont cru l'un et l'autre rouvrir aux produits nationaux les anciens débouchés, renouveler leurs relations avec les divers peuples, mais les temps étaient changés.

Le monde commerçant se présente sous une face nouvelle ; il s'agit moins aujourd'hui de chercher à rétablir ce qui existait que de bien étudier notre position actuelle pour reconstituer des relations commerciales d'après les changements survenus.

Chaque gouvernement a eu l'ambition de s'approprier tous les genres de fabrication ; et sans consulter ni la position des lieux, ni la nature du sol, ni le caractère et les habitudes de l'habitant, ni la différence des climats, on a voulu tout fabriquer, tout produire et l'on s'est écarté de la véritable destination que le régulateur suprême avait marquée à chaque nation.

On n'a pas tardé à se convaincre qu'il ne suffit pas toujours de vouloir, pour surmonter les obstacles naturels qui s'opposent au développement de l'industrie ; on a éprouvé, presque partout, que des manufactures naissantes ne pouvaient pas lutter contre des établissements cimentés par le temps, alimentés par de nombreux capitaux, accrédités par des succès soutenus, exploités par un grand concours d'artistes, d'ingénieurs instruits et exercés, et l'on a été forcé de recourir aux prohibitions pour écarter la concurrence des produits étrangers.

Si cette lutte entre les nations était trop prolongée, si cette tendance à se replier, à se concentrer, à s'isoler pouvait se maintenir, les relations commerciales, qui ne consistent que dans l'échange de produits respectifs, cesseraient, le commerce ne serait plus qu'un déplacement de marchandises sur la portion du territoire qu'occupe une nation, et l'industrie aurait pour bornes les seuls besoins de la consommation locale.

Ce système d'isolement, qui menace d'envahir toute l'Europe, est également contraire aux progrès des arts (industrie), et à la marche de la civilisation ; il rompt tous les liens qui, unissant les nations entre elles, en faisaient une grande famille dont chaque membre concourait au bien général.

Chaptal termine en disant que, de toutes les nations de l'Europe, c'est encore la France, réduite à ses propres ressources, qui éprouverait le moins de privations.

Le nouveau temple d'Esculape aux stations thermales. — *Tel est le titre d'un article publié par le Docteur Alquier, de Vichy, dans l'*Ami du Peuple *(20 septembre 1932.)*

Dans certaines grandes stations hydrominérales françaises, il s'est fondé des cabinets médicaux qui sont de véritables cliniques. Là, les malades sont examinés, pesés, mensurés, analysés quant à leur sang, leurs urines et le reste, systématiquement ; ils sont ensuite ventousés, massés, radiographiés, électrisés, diathermisés, piqués, passés à l'infra-rouge ou à l'ultra-violet, que sais-je encore ? J'en passe peut-être, et des meilleurs ! Qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'à la fin de cette cure la note globale atteigne des chiffres impressionnants dont le total, malgré tout, ne dépasserait pas l'addition de ces mêmes dépenses payées séparément ?

Le grief en question ne peut donc pas résister à l'examen, et il faut que le public, français surtout, le sache. La seule chose qui soit contestable, c'est le principe même de ces cabinets-cliniques et, disons le mot, de ces usines, dont la mode nous vient naturellement des pays nordiques et dont la clientèle, naturellement aussi, est faite surtout d'étrangers.

Le Français indépendant, intelligent et frondeur, pas caporalisable pour un sou, pourra s'y aventurer une fois ; il ne reviendra guère plus passer devant un majordome cérémonieux, distributeur de numéros d'ordre (n'oubliez pas le pourboire, vous passerez plus vite), et devant cette série d'opérateurs ou d'opératrices, infirmières, laborantines, dactylos et secrétaires, tout de blanc habillées et la croix rouge au front. Ce Français aura eu l'impression très nette que, quelles que soient la science et la conscience du médecin qu'il est venu consulter, le travail qui se fait dans ces cabinets ressemble trop à un travail en série, un travail à la chaîne, comme chez Renault ou Citroën... tant de minutes par client, et..., au suivant !

Et voilà ce qui est doublement fâcheux.

D'abord, c'est un danger pour la grande, belle et difficile science de l'observation clinique, l'observation du malade et non de la maladie, laquelle observation n'a plus le temps de s'exercer et qui est obligée de s'en remettre automatiquement, aveuglément, aux données du laboratoire — données de laboratoire !... vérités aujourd'hui, erreurs demain — éléments très précieux, certes, pour le diagnostic, mais éléments non infaillibles parce que trop sujets à interprétations suivant le cas.

C'est aussi et surtout un danger pour le bon renom de l'intègre médecine qui ne doit avoir avec Mercure que des rapports médicaux et non commerciaux.

Je tremble de voir arriver le moment où ces cliniques, assez modestes jusqu'à présent et défendables dans une certaine mesure, s'enfleront jusqu'à devenir d'imposantes bâtisses, style exposition des Arts décoratifs 1925, vrais caravansérails de la santé, dans lesquelles, bien mieux qu'à l'instar d'un Louvre de Paris, d'un Barclay de Londres, voire des Emporiums de New-York ou de San-Francisco, le client trouvera, médicalement parlant, tout le nécessaire pour ses trois semaines de cure. Et qui sait même si cette idée-là n'a pas germé déjà dans la cervelle de quelque médecin hydrologue moderne, entreprenant et audacieux : bâtir ce nouveau temple d'Esculape avec médecins-consultants, chirurgiens, spécialistes de toutes sortes, auristes, oculistes, dentistes, peaussiers, manucures, pédicures... chinois, bien entendu, les meilleurs — pharmaciens (voyez rayons ceintures, préservatifs, etc.), masseurs, ventouseurs et saigneurs..., bref un temple d'Esculape idéal, avec tout le confort moderne, ascenseurs, chauffage central ou frigidarium, robinets à eau courante de chaque source minérale dans chaque chambre, restaurants à régime, théâtre, cafés, bars, salons de coiffure (révolution dans l'indéfrisable), courts de tennis sur les toits, salles de jeux, cabinets particuliers, petites femmes en pyjama ou en robe-soleil, messieurs en pull-over, etc., etc.

Qui pourra se plaindre alors de l'ampleur de la facture, puisque tout se paie, et que pendant les vingt et un jours de cette cure intégrale on aura eu chez soi, sans se déranger, tout à souhait et sous la main, dans cet édifice mirifique, « up to date » et « kolossal », portant à son fronton cette enseigne en lettres d'or lumineuses la nuit :

Au Bazar d'Esculape

L'humoriste André Dahl, fils de médecin. — *Aux Écoutes.* André Dahl, l'humoriste connu, auteur de plusieurs romans et de nombreux sketches de théâtre, mort il y a quelques jours, était né à Lyon le 6 février 1886. Il avait débuté aux Quat'z' Arts, à côté de Gabriel Montoya. On sait que celui-ci, avant de se

consacrer à la chanson, avait fait des études médicales et était docteur de la Faculté de Montpellier. Or, le père d'André Dahl, qui exerçait la médecine à Lyon, mécontent de voir son fils suivre une carrière toute autre que celle qu'il eût rêvée pour lui, lui avait coupé les vivres. Pour essayer de le faire revenir à de meilleurs sentiments, le futur directeur du cabaret des Deux-Anes lui écrivit en lui disant qu'il était entré comme secrétaire chez un médecin parisien exerçant à Montmartre, le Docteur Gabriel Montoya, grand spécialiste de la neurasthénie. Mais le Docteur Kuentz, c'était le nom du père d'André Dahl, dut flairer la mystification, car il ne répondit pas.

Augagneur. — *Le Crocodile,* bulletin de l'Association générale de l'Internat des hôpitaux de Lyon, dont l'animateur est le Docteur Jean Lacassagne, vient de consacrer un numéro spécial, à l'histoire des Chazeaux, l'hospice lyonnais qui disparut avec la catastrophe de Fourvières. A l'occasion de vieilles pierres qui ne sont plus, bien des souvenirs intéresssants ont été évoqués et, parmi eux, voici ceux du Docteur Carle sur Augagneur :

« La forte personnalité d'Augagneur n'était pas de celles que l'on peut silhouetter en quelques touches, suivant la formule moderne. Il était photogénique, il n'était pas descriptible. La parole, le ton, l'allure, le geste, tout cela faisait un ensemble dont un récit ne peut donner l'impression. Il fallait entendre le lion' comme disait Eschine de Démosthène. Quand de la tribune, politique ou médicale, il lançait une riposte incisive, pétrissant son sujet d'une main et balayant sa crinière de l'autre, on sentait que le trait ne manquait pas le but. A cette spontanéité déconcertante pour l'adversaire, il joignait une autorité à laquelle il était difficile d'échapper. Au fond, il était un aristocrate de la belle espèce, et il professait un large mépris pour les combinaisons.

La médecine ne le passionnait pas. Ses passages aux Chazeaux pendant les années où j'ai fait son service, étaient courts et rares. La politique l'avait déjà absorbé. Il ne craignait pas le paradoxe et, cependant, chose curieuse, n'aimait pas les nouveautés Il trouvait que Fournier élargissait à l'excès le domaine de la syphilis : « Ce vieux Cassandre, disait-il, ne voit plus que les cas particulièrement graves, mûrs pour le corbillard, qu'on lui envoie. Rien d'étonnant à ce qu'il proclame la gravité de cette maladie. C'est comme si Deibler assurait que la mort par le couperet est la mort naturelle ! »

Et quand j'essayais de lui prouver les beautés du traitement abortif dans la blennorragie : « Vous avez tort, m'interrompait-il, un chaude-pisseux doit couler et souffrir. »

Quant aux traitements hypodermiques dans la syphilis, ils faillirent empêcher la publication de notre *Précis des maladies vénériennes.* Je voulais à toute force, dès 1906, en faire un traitement d'avenir : « N'en faites rien, tranchait-il, c'est une mode qui passera. »

Taquineries posthumes que tout cela. Il avait, en général, le diagnostic rapide et juste, l'exposé clair et une conviction communicative. Ses idées sur le réglementarisme médical, sur l'hérédo-syphilis, sur la réinfection, considérées comme révolutionnaires en son temps, sont classiques aujourd'hui.

Il est encore une raison qui empêche d'apprécier comme il convient ses réparties. Elles valent par la personne à laquelle elles s'adressent , un confrère la plupart du temps. Car chacun sait qu'il ne pouvait pas retenir sur ses lèvres un mot mordant, même quand il s'adressait à un ami. Or, nombre de ces confrères sont encore de ce monde, ou bien ils ont laissé des fils que nous coudoyons tous les jours. Comment, diable, voulez-vous que je mette un nom sur le but visé par la flèche ?

De qui a-t-il dit : « Avec le travail qu'a fait cet homme, un imbécile serait devenu un homme de génie ! »

Et d'un excellent médecin très occupé par sa clientèle : « C'est un médecin de quartier égaré à l'hôpital ! »

Et d'un autre : « Il fait de la médecine avec ses pieds ! »

D'un gros pontife très prolifique : « C'est pas une famille, c'est un banc ! »

D'un confrère très myope, familier des pronostics férocement pessimistes : « C'est la férocécité ! »

D'un jeune de l'époque, aujourd'hui blanchi, que son patron venait d'élever à la dignité d'assistant : « Ces assistants sont des fils d'archevêque ou des barons du Saint-Empire. La visite finie, le chef de service doit les rentrer dans sa trousse. »

A un confrère politicien, qui lui reprochait un impôt somptuaire sur les chevaux : « Une autre fois, j'imposerai les ânes ! »

Et que d'autres, que ses amis pourront vous envoyer pour compléter les quelques lignes que vous m'avez demandées.

En réalité, il aimait très sincèrement la médecine lyonnaise et l'estimait au-dessus de toute autre. Dans les affres de l'urémie terminale, on l'entendit souvent répéter : « Si j'étais à Lyon . . . ».

Ceux qu'il a égratignés n'ont pas attendu cet hommage pour lui pardonner. De toute évidence, il n'était pas taillé sur le patron démocratique, ni pour le milieu lyonnais. « L'empereur », disait le peuple, qui voyait juste et qui lui a prouvé jusqu'à la fin qu'il aimait sa manière.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 42 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 15 OCTOBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Concours de l'internat. — Jury : MM. les Docteurs Weissmann, Paraf, Debray, Boulin, médecins ; Sénèque, Leibovici, Welti, chirurgiens ; Huet, oto-rhino-laryngologiste ; Digonnet, accoucheur.

— Liste alphabétique des candidats au concours de l'internat en médecine :

Mlles Abadi, Abraham, MM. Adle, Aliker, Allilaire, Allos, Amante, Amphoux, Andrianopoulos, Anglade, Antomarchi, Arnous, Arvay, Arviset, Aschkenasy, Aubert, Auclair, Audoux, Auffret, Aussannaire, Austerveil, Avenier, Azoulay,

Mlle Balossini, MM. Barbier, Barcat, Bardery, Bardon, Barouch, Mlle Barré, MM. Barrière, Barry, Basset, Batail, (Robert), Mlle Bataille (Jeanne), MM. Baudet, Baudouin, Bauer, Baulande, Bayle, Beauchef (René), Beauchef (Jean), Beaufils, Benetoille, Bellotte, Benassy, Benguigui, Benoist, Bequignon, Béranger, Bernard, Bessil, Bibas, Bigey, Billard, Blanc, Blanchard, Blau, Bœlle, Boissonnet (Pierre), Boissonnet (Jacques), Boivin, Bonamy, Bondoux, Bonhomme, Bonnel, Mlle Bonnenfant, MM. Bonnet (Georges), Boquet (Henri), Boquet (Paul), Borde, Borgida, Boros, Botreau-Roussel, de Botton, Bouchacourt, Boudonnet, Boulard, Bour, Bourdeau, Bouret, Bourgin, Bourré, Boussard, Boussoulade, Boutakof, Bouteau, Boutron, Bouvrain, Bouwens-Van der Boyen, Boyé (Pierre), Boyer (Jean), Braunberger, Brault, Brégeat, Breitel, Bret, Bretton, Bricage, Brinon, Broche, Broutman, Brumpt, Brunhes, Buffard, Burel, Bussière, Buisson.

Cagny (de), Cahuet, Callot, Calvet (Jean), Mme Calvet née Cauttineau, MM. Camena d'Almeida, Campesco, Camus, (Jean), Camus (Pierre), Cante, Capmas, Carniol, Carrez, Mlle Casalis (Annette), MM. Casalis (Gérard), Castany, Cau, Mlle Cauchy, MM. Caudron, Cauvy, Catinat, Mlle Cazamian, MM. Cernéa, Chabert-Ostland (de), Challiol, Chanel, Chapoy, Chareire, Charousset, Chatain, Chaubon, Mlle Cheikh, M. Chenebault, Mlle Chessebeuf, MM. Chevallier, Chevé, Giaudo, Claisse, Clenet, Cler (René), Cler (Pierre), Cochemé, Cohen-Solal, Coldefy, Combes, Mlle Comby, MM. Copreaux, Corcos, Cordebar, Cormélie, Cornetet, Mlles Coste, Cottin, Cotton, M. Coulombeix, Mlle Courrier, MM. Courtin, Cuverseaux,

Danard, Darras, Dartiguepeyrou, Dassencourt, Dastugue, Daudier, Daum, Daverne, David (Jean), Mlle Debay (Christ.), MM. Debidour, Debouvry, Debray (Jean), Dechaume-Moncharmont, Dehouve, Mlle Delaage, MM. Delaître, Delattre, Delord (Pierre), Delort (Joseph), Delzant, Demange, Demartial, Mlle Demtchenko, MM. Dépaillat, Derieux, Derobert, Mlle Desallais, MM. Déséglise, Desfrançois, Desmonts, Mlle Despax, MM. Desrosiers, Devouccoux, Dezoteux, Dillange, Divet, Domart, Doreau, Dormay, Douay, Doukan, Drain, Dreyfus, Drizard, Dubarry, Dubois (Pierre), Dubos, Du Buit, Ducrox, Duflo (Jacques), Duflos (Léon), Dufour (Emile), Dufour (Jean), Mlle Duméry, MM. Duperrat, Dupuy, Durandy (Maurice), Duriez, Dutheil, Mlle Dutilleux, MM. Duval,

Ebstein, Eckle, El-Khaïm, Epelbaum, Mlle Epstein, MM. Escarré,

Fabre (Albert), Faliu, Falk, Fasquelle, Faugeron, Faulong, Fauvet, Fay, Feldstein, Ferrieu (Georges), Mlle Ferrieu (Henriette), MM. Ferval, Feuillet, Filderman, Filnoulaud, Findjain, Mlle Finkelstène, MM. Fleury, Fleys, Flores, Flori, Flourens, Fonteneau, Foret, Forget (Roger), Mme Forget, née Fauver, MM. Fornari, Fortin (René), Fourault, Fournée, Franchel, François René, François-Dainville, Fréret Fulconis.

Gaignerot, Galup, Ganière, Gaquière, Garcin, Gaube, Gaumé, Gautier, Gay, Golbert, Genevrier, Genty, Georget, Gérard (Pierre), Gerbeaux, Gerbet, Mlle Ghinssberg, MM. Ghozland, Giaume, Gilbert, Gillet, Gillon, Gillot, (Jean), Girard, Giraud (Jean), Giraud (Georges), Giraudoux, Mlle Giret, MM. Gisselbrecht, Glénard, Goby, Goéré, Golse, Gordet, Mlle Gottlieb, MM. Gouget, Goujard, Gourand, Gout, Gourner, Goyer, Graciansky (de), Gras, Gratier, Greene, Grenet (Marcel), Grenet (Pierre), Grépinet, Gresse (Richard), Grèze (André), Mlle Griboval, MM. Gross, Grossiord (André), Grossiord (Gilbert), Grucer, Grupper, Guébel, Guénin, Guéret, Guérin (Jean), Guès, Guichard, Guillemin, Guillor, Guittard, Guny,

Habrekom, Mlle Haguenauer, M. Haguier, Mlle Hahn (Lucie) MM. Hallé, Hamoun, Mlle Hannes (Augustine), MM. Hébert (Pierre), Hébert (Paul), Hector, Mlle Helman, MM. Henry, Herenschmidt, Herlnison, Hertz, Hofman, Horeau, Huchet, Mlle Huguet, MM. Huguier, Husset,

Ichard, Inbona, Israël,

Jacques (Maurice), Jacquot (André), Jaïch, Jamain, Jannette, — Valen, Mlles Jesensky de Magny, de Jeseny, Jomier, MM. Joseph, Jouanneau, Jouffroy, Joüon,

Kaplan, Karabarbounis, Karcher, Kasatzker, Katz, Kipfer Kiszelnik, Kolpenitzki, Krug, Kun,

Lacheny, Mlle Ladet, MM. Lafon, Lafourcade, Lagaillarde, Laigle, Lajouanine, Lambert (André), Lambling, Landolt, Lanthier, Laroche, Laumonnier, Laurence, Mlle Lautmann, MM. de Lavedan de Casaubon, Lavergne, Le Beau, Lebel, Lebreton, Le Brun, Lecat, Le Cœur, Leconte (André), Leconte (Maurice), Ledoux-Lebard, Le Duc, Lefebvre (René), Lefebvre (Jacques), Lefer, Le Foll, Mlle Legagneux, MM. Léger (Lucien), Legrand, Legroux, Legry (Pierre), Lemaire, Lemasson, Lepetz, Le Picard, Lepintre, Le Roy (André), Le Roy (François), Leroy, (Louis), Leschi, Lesobre, Lespinat, Mme Levachkivitch, M. Lévy (Jean), Mlle Lévy (Gilberte), MM. L'Hirondel, L'Huillier, Lignières (de), Limasset, Lion, Mlle Liphschutz, M. Lobel, Mlle

de Loeschnigg, MM. Logeais, Loiseau, Longuet (Yves), Mlles Lorain, Lorsignol, MM. Lortat-Jacob, Losay, Mlle Luneau, M. Luteraam, Mlle Lyon,

MM. Magder, Maillard, Malartic, Malinsky, Mallet, Mande, Marçais, Mlle Marcelot, MM. Marchak, Marcombes, Marcy, Martin, Marques, Marre, Martel (Jean-Hélène), Martel (Jean-Lucien), Martin (Jean-Ernest), Martin (Marcel), Martin (Noël), Martin (Philippe), Martini (Georges), Martinie (Jacques), Martrou, Maruelle, Masse, Mathey (Pierre), Mathey (Jean), Mathieu, Mathivat, Matinot, Mattern, Maugerest, Maulmont (de) Maurage, Maurice, Maury (Jacques), Maury (Pierre), Maynadier (Paul), Maynadier (Pierre), Mazingarbe, Meillon, Mlle Melon, MM. Menanteau, Ménétrier, Mestier du Bourg (de), Meurin, Meyer (Jean), Meyer (Louis), Meyer (Moïse), Meynard, Meyraud, Michaëlidès, Mignot, Millard, Minc, Mirbeau, Mitrani, Molinéry, Monier (Henri), Monin (Emile), Monnier (Jean), Monsaingeon, Montagne, Monti, Montis (de), Mlle Montrozier, M. Moreau, Mlle Morel, MM. Moreno, Morhange, Morichan-Beauchant, Morin (Paul), Morin (Marcel), Mouchotte (Robert), Mouchotte (Maurice), Moulinier, Mourgues,

Nabert, Nakache, Nardi, Nastorg, Negroanu, Netter, Neumann, Nicaise, Nigaud, Nocton, Nouaille,

Mlle Oehmichen, MM. Offret, Oger, Olivier, Opin, Orinstein, Orsoni, Ortholan, Osenat, Oudin, Ovary,

Paillas, Palangié, Mlle Paley, MM. Parfus, Paris, Parrot, Mlle Patez, MM. Pauchard, Payet, Pêcher, Pellerat, Pellier, Perret (Robert , Perrot (Raoul), Pertus, Mlle Petit (Paule), MM. Petit (Pierre), Petit (Jean), Petresco, Mlles Pévet, Philippe (Madeleine), M. Philippe (Mathieu), Mlle Picard (Suzanne), MM. Picard (Pierre), Picart (René), Picquart (Albert), Pocquart (Antony), Pierra, Pietroni, Pimpaneau, Piraud, Piroux, Piton, Placa, Plas, Pointud, Poisson, Polak, Poncet, Porge, Porret, Pottier, Pouliquen, Prat, Puybaret,

Rabaté, Rabinovici, Rabourdin, Rambert, Mme Rambert, née Brenot, MM. Raphaël, Raulot-Lapointe, Raymond (Roger), Renaud (François), Rendu, Mlle Renié, MM. Reynaud (Lucien), Ribert, Richard (Charles), Richard (Eugène), Ripard, Robert, Robin, de Rocca-Serra, Roche, Rocher, Rogé (Raymond), Mlle Rohlfs, MM. Rohozinski, Rosanoff, Rossier, Rossignol, Rotenstein, Rouchy, Rouvet, Rouvillois, Roux, Rouyer (François), Rouyer (René), Rouzaud, Roy (André-Louis), Roy (André-Henri), Rozée-Belle-Isle, Rudaux, Rymer.

Mlle Sachnine (Anna), MM. Sachnine (Lazare), Sacquepée, Saïe, Saillant, Mlle Sainton, M. Salamon (Jean), Mlle Salembiez, MM. Salleron, Salvanet, Samain, Sarradin, Sarrazin, Sautter, Sauvain, Scemama, Schatz, Scheid, Schneider, Seguin, Mlle Seiffert, MM. Sénéchal, Sérane, Seringe, Sene, Sicard (Pierre), Sifflet, Siguier, Simart, Mlles Simon (Marie), Simon (Antoinette), MM. Simon (Gaston), Simonin, Siraga, Sobieski, Mlle Solente, MM. Soullard, Statlender, Streusand, Suire, Szejdel,

Tallet, Tanret, Taveau, Temerson, Tempier, Terver, Thévenin, Thieffry, Thomas (Henry), Thomas (Ferdinand), Thomeret, Mlle Thueux, MM. Tiffeneau, Tilitcheeff, Tiscandié, Tissot (Jacques), Tissot (Franck), Torrel, Tran Van Con, Trepsat, Tribalet, Trombert, Trotot, Trouvé, Truelle, Turchini, Turlotte,

Ullmann,

Vallancien, Vancostenoble, Vannier (Henri), Varay, Vassor, Vautier, Vélez, Vendryès, Vettier, Viala, Vialard, Vidart, Vignalou, Vildé, Villaret, Vincent (Jean), Vincent (Jules), Vincent (Paul), Vincent (Philippe), Vincent (Pierre-Emile), Vincent (Pierre-Ignace), Vintzel, Vivion,

Wattez, Wimphen, Mlle Wix, MM. Wolfromme, Wolinetz, Mlle Wuest,

MM. Yglésias-y-Betancourt,

Zaepffel, Zarachovitch, Zeiler, Zivy, Zwillinger.

Faculté de médecine. (Année scolaire 1932-33.) — *Cours de perfectionnement sur la diététique et la thérapeutique du premier âge* (Octobre 1932. Hygiène et clinique de la première enfance,

hospice des Enfants-Assistés). — Un cours de perfectionnement sur la diététique et la thérapeutique du premier âge sera fait à la clinique Parrot (hospice des Enfants-Assistés), sous la direction du Professeur LEREBOULLET, avec le concours de M. CATHALA, agrégé, médecin des hôpitaux ; de MM. LELONG et PICHON, médecins des hôpitaux de MM. BAIZE, BENOIST, BOHN, BRIZARD, CHABRUN, GARNIER, VANIER, chefs et anciens chefs de clinique ; MM. GOURNAY et DÉTROIS, chefs de laboratoire ; MM. SAINT-GIRONS et ROUDINESCO, assistants du service.

Il comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique, de thérapeutique, de diététique et de laboratoire.

Ce cours commencera le lundi 17 octobre et se terminera le samedi 29 octobre 1932.

Les leçons auront lieu à 10 h. 30 et 16 heures. Elles seront précédées, le matins, de la visite dans les salles à 9 h. 45.

Sont admis à ce cours les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 200 francs.

Le bulletin de versement du droit est délivré au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis de 14 heures à 16 heures.

Congrès international du lymphatisme. LA BOURBOULE 1934. — Le Congrès international du lymphatisme organisé par la Société de médecine de La Bourboule, sous les auspices de l'Université de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, se tiendra à La Bourboule, en juin 1934.

Le bureau du Congrès est ainsi composé : Président d'honneur, M. le Professeur Marfan ; présidents, MM. les Professeurs Nobécourt, Lereboullet et Castaigne ; vice-présidents, MM. les professeurs Mouriquand, Lemaître et Villaret.

Les détails de l'organisation seront fournis régulièrement par par la voie de la presse médicale et scientifique. Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur E. Sauzet, secrétaire général du Congrès, à La Bourboule (Puy-de-Dôme).

Concours de l'internat des hôpitaux de Lyon. — A la suite du concours de l'internat des hôpitaux de Lyon, ont été désignés pour être nommés :

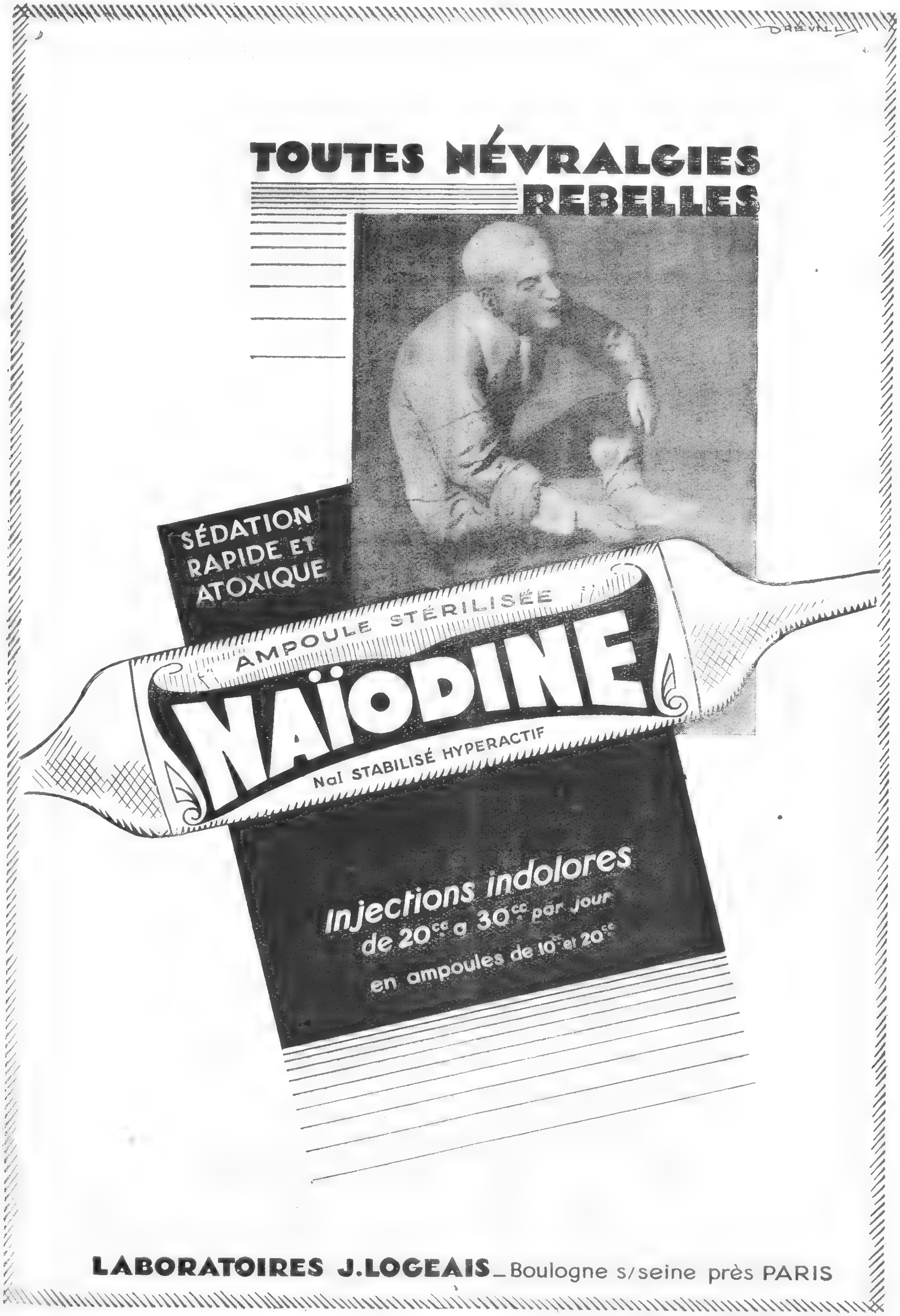
Internes titulaires : MM. Piaget, Jeune, Gonnet, Cuche, Mathieu, Francillon, Gignoux, Gonin, André Morel, Vincent, Mlle Barral, MM. Chanial, Violet, Colas, Dauvergne, Revol, Lavabre, Sprecher, Montagard, Marmet, Rivollier, René Blanc, Racouchot, Baallivet, Gayet.

Admis en suppléance d'internes : MM. Chapuis, Doucet-Bon, Mlle Rebatel, Mlle Bourgeois, MM. Henri Blanc, Roman, Dedru, Didierlaurent, Piquet, Bertrand, Charvet, Truchet, Guiran, Bérard, Reynaud, Perrin, Leclerc, Roulet, Fumoux, Latarjet, Thomasset, Joly Vansteenberghe, Lecuire, Cornut, Damidot.

Congrès de chirurgie. — *Election du vice-président pour* 1933. — L'élection du vice-président a eu lieu au cours de l'Assemblée générale, le jeudi 6 octobre. Il y avait deux candidatures, celles du Professeur Cunéo et du Docteur Victor Pauchet. Aussi, l'Assemblée réunissait-elle un nombre inusité de congressistes, près de 350.

Le résultat de l'élection a été indécis jusqu'aux derniers bulletins qui, seuls, ont donné quatre voix de plus au Professeur Cunéo. Celui-ci a obtenu 167 voix contre 163 au Docteur Victor Pauchet.

Hôpital Necker et Enfants-Malades. — *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — A.-W. PROETZ, assistant-professeur de clinique oto-laryngologique à la « Washington University of Saint-Louis », J.-M. LE MÉE et M. BOUCHET, oto-laryngolo-


TOUTES NÉVRALGIES
REBELLES
SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE
AMPOULE STÉRILISÉE
NAÏODINE
NaI STABILISÉ HYPERACTIF
Injections indolores
de 20cc à 30cc par jour
en ampoules de 10cc et 20cc
LABORATOIRES J. LOGEAIS _ Boulogne s/seine près PARIS

gistes des hôpitaux de Paris, A. SOURICE, chef du laboratoire de radiologie, feront le lundi 17 et le mardi 18 octobre prochain, de 10 h. 1/2 à midi et de 14 h. 1/2 à 16 heures, au Pavillon Blumenthal, deux conférences avec projections cinématographiques et démonstrations pratiques sur la *Méthode de déplacement ou d'auto-instillation en pathologie sinusienne*. Droits d'inscription : 50 francs.

Sous la direction de MM. J. MAGDELAINE, J. RICHIER, S. MAZARAKIS, R. GISCLARD, G. DEVAUX, R. ALÉPÉE et H. GUILLON, assistants du service, les confrères seront exercés individuellement à la pratique de la méthode comme moyen de diagnostic et de thérapeutique.

Des films pour contrôle immédiat de lipio-diagnostic seront mis à leur disposition. Frais de remboursement pour chaque film : 15 francs.

Le nombre des inscriptions pour les exercices pratiques étant limité, écrire à M. J. MAGDELAINE, assistant du service, hôpital Necker et Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris (XVe).

Institut prophylactique. — Le Docteur LÉOPOLD-LÉVI a repris ses consultations d'endocrinologie et d'opothérapie, à l'Institut prophylactique, 38, rue d'Assas, depuis le jeudi 6 octobre dernier.

Société internationale d'hydrologie médicale. — L'Assemblée générale aura lieu le dimanche 16 octobre, à 10 heures, au Grand Hôtel, boulevard des Capucines. Les membres titulaires sont instamment priés d'y assister, ainsi que ceux qui ont fait acte de candidature.

XIXe Congrès annuel d'hygiène (Paris, Institut Pasteur, les 24, 25, 26, 27 et 28 octobre 1932.) — Il tiendra séance les lundi 24, mardi 25, mercredi 26, jeudi 27 et vendredi 28 octobre 1932, à Paris, dans le Grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. Augustin Rey, président de la Société pour 1932.

Les croisières médicales franco-belges en 1933. — La XVIIe Croisière médicale franco-belge s'effectuera à Pâques prochain en Grèce, Adriatique et Italie, à bord du paquebot de luxe *Théophile Gautier* de la Compagnie des Messageries maritimes.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

Le départ s'effectuera de Marseille le samedi 8 avril 1933 et le retour, dans le même port, le 1er mai.

L'itinéraire sera le suivant : Marseille, Messine, Katakolo (Olympie), Corinthe (Mycènes, Argos, Athènes), Itea (Delphes et le Parnasse), Ithaque (l'île d'Ulysse), Saint-Jean-de-Medua (Scutari d'Albanie), Cattaro (Cettigné), Raguse, Spalato, Fiume, Venise, Porto Corsini (Ravenne), Civita Vecchia (Rome), Ile Rousse (Corse), Marseille.

Il y aura, pour les médecins, leurs femmes et leurs enfants mineurs célibataires, des places à partir de 2.100 francs français en 2e classe, 3.975 francs français en 1re classe. Des excursions facultatives seront organisées dans les escales.

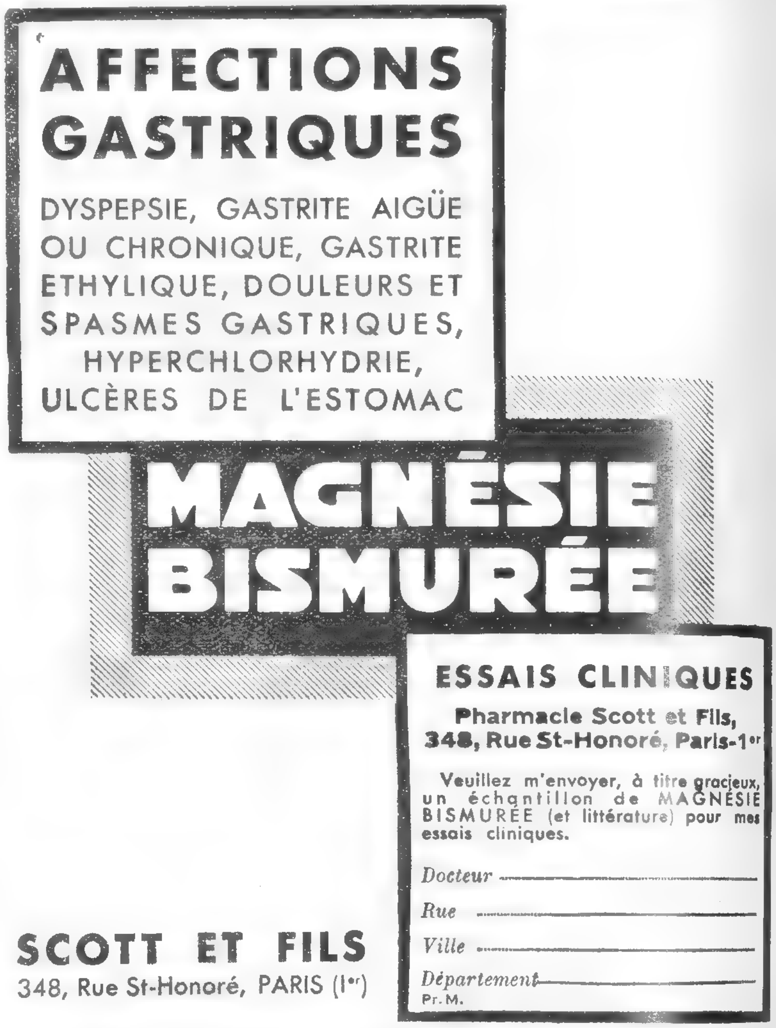
Les médecins que ce voyage intéresse sont priés de se faire connaître dès que possible, sans engagement de leur part, en écrivant à l'adresse suivante : XVIIe Croisière médicale franco-belge, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

Une brochure détaillée, actuellement à l'impression, sera envoyée gratuitement à toute personne qui en fera la demande.

A noter que le nombre des passagers ne sera au maximum que de 190 en première classe et 70 en seconde classe. C'est dire l'intérêt qu'il y a à s'inscrire sans retard. Pour la croisière du *Champollion* en Méditerranée (1931), plus de 200 places étaient déjà réservées d'une façon ferme un mois après l'annonce du voyage.

Signalons, d'autre part, que, pour l'été 1933, une croisière polaire est décidée : Orcades, Islande, Banquise, Spitzbergen, Laponie, Cap Nord, fjords de Norvège, et peut-être Arkhangel. Ce sera la XVIIe Croisière médicale franco-belge.

Nécrologie. — Docteur Henri Blanc, de Douai. —Docteur Yves Cocaign, de Plounevez-Lochrist (Finistère). —Docteur Louis Dalmas, médecin chef de l'asile Sainte-Madeleine de Bourg (Ain), décédé dans sa 49e année. — Docteur Paul Daurios, d'Allemans-du-Dropt (Lot-et-Garonne). — Docteur Pierre Dumaine, de Tournon (Ardèche), décédé dans sa 58e année. —Docteur André Nicolas, de Ménat (Puy-de-Dôme). — Docteur Philippe Kopp, directeur de l'école française d'orthopédie et de massage. — Sir Ronald Ross, de Londres, titulaire du prix Nobel en 1902. Il découvrit la preuve de la transmission du paludisme par l'anophèle. — Sir Charters Symonds, chirurgien (Angleterre), décédé à l'âge de 80 ans. —Professeur Arthur Schlossmann, de Düsseldorf, décédé à l'âge de 65 ans. Il fut le fondateur de l'enseignement clinique de la pédiatrie en Allemagne.





TRAVAUX ORIGINAUX

Les biles noires

Par Jacques DALSACE
Assistant de consultation spéciale

Une bile épaisse, visqueuse, noire comme de l'encre, recueillie soit par ponction de la vésicule biliaire au cours d'une intervention soit par tubage duodénal constitue un symptôme très important.

La bile noire accompagne un certain nombre d'états pathologiques qui ont en commun un syndrome clinique particulier. On peut souvent en faire le diagnostic par la seule observation des malades et son existence imprime au pronostic et au traitement une orientation particulière.

MM. Chiray et Zitzermann y ont insisté les premiers (1) à propos du syndrome psychique des biles noires recueillies par tubage duodénal. Avec notre ami Bernard Desplas nous avons rapporté les résultats d'observations médico-chirurgicales poursuivis pendant plusieurs années (2).

A un autre point de vue, MM. Bérard, Santy et Mallet Guy étudiaient dans diverses publications (3) le fonctionnement des fistules vésiculaires. Plusieurs de leurs observations mentionnent l'existence d'une bile noire, mais leur remarquable étude des vésicules de stase n'accorde pas une place particulière aux biles noires et ne leur confère pas la valeur essentielle qu'elles méritent selon nous. Elle apporte, par contre, par la description de la dissociation bilio-muqueuse une importante contribution aux variations de couleur de la bile et à la thérapeutique chirurgicale de ces états. Faute de pouvoir présenter ici une étude d'ensemble des biles noires nous exposerons le syndrome clinique et les résultats les plus importants de nos observations, notamment l'origine hépatique et non vésiculaire de la bile noire chez les malades que nous avons suivis.

Syndrome clinique. — Il résulte d'une association de troubles digestifs psychiques et généraux.

Troubles digestifs qui sont ceux d'une cholécystite ou d'une hépatite souvent accompagnés d'importantes manifestations intestinales ; troubles psychiques constitués par un état de dépression avec tristesse, idées noires, découragement, pessimisme, fatigue de la mémoire et de l'attention à quoi s'ajoutent des symptômes d'excitabilité : larmes faciles, crises de nerfs, intolérance au bruit, aux jeux des enfants. L'anxiété n'est pas rare. Les troubles généraux consistent surtout en asthénie avec amaigrissement qui semblent disproportionnés aux signes physiques.

Les troubles psychiques donnent au tableau des biles noires une note particulière, dominante. Ils évoluent par périodes irrégulières, parallèlement aux accidents digestifs. Lorsque ces derniers sont latents, leurs causes provocatrices habituelles et en particulier, les écarts de régime déclenchent les troubles psychiques. Ce point est très important pour le diagnostic.

Il s'agit de sujets pâles, cholémiques ou subictériques, apyrétiques ou subfébriles, de souche hépatique présentant une sensibilité plus ou moins étendue du bord antérieur du foie, parfois localisée à la vésicule ; le côlon droit est souvent douloureux avec maximum cæco-appendiculaire.

Le traitement médical améliore ces malades, mais beaucoup présentent des rechutes qui exigent l'intervention.

Constatations opératoires. — Tantôt, il existe des lésions complexes : appendicite, colite, pancréatite, périviscérite avec une vésicule distendue à paroi saine ou plus ou moins altérée contenant de la bile noire plus ou moins boueuse seule ou accompagnée de calculs ; plus rarement la vésicule est exclue.

Tantôt il s'agit d'une hépatite, d'une cirrhose, d'une pancréatite chronique avec intégrité absolue des voies biliaires.

Evolution. — Après cholécystostomie par le procédé de Desplas et traitement des lésions connexes, on assiste à une amélioration rapide. La bile qui s'écoule par la sonde est continuellement noire pendant au moins trois jours. Dans la suite, elle s'éclaircit d'une manière progressive mais non uniforme ; suivant les heures et les jours elle est tantôt claire, tantôt foncée. Ce n'est qu'après plusieurs semaines ou plusieurs mois que la bile demeure normale et ce moment coïncide avec la guérison clinique des malades.

Il existe un parallélisme rigoureux entre l'évolution clinique et les modalités de l'écoulement biliaire.

C'est pourquoi, en dehors de toute conception pathogénique, la bile noire, témoin fidèle des accidents et de leurs variations, constitue une dénomination commode du syndrome clinique que nous décrivons.

Avec Desplas (2), nous avons décrit les principaux caractères de l'écoulement biliaire, j'indiquerai ici les faits les plus importants.

1° *La bile noire provient directement du foie et non de la vésicule.*

Ce fait résulte du mode de drainage qui exclut toute stagnation vésiculaire ; mais une démonstration plus frappante encore peut en être donnée.

Si, chez des malades à vésicule temporairement exclue, vide ou ne contenant que des calculs ou de la bile blanche, on effectue un double drainage de la vésicule et du cholédoque, on constate pendant les premiers jours un écoulement par le seul drain cholédocien. Cet écoulement est constitué par une bile absolument noire dont l'origine hépatique n'est pas discutable. Dans la suite, cette même bile noire s'écoule par les deux drains.

D'autre part, la bile noire de cirrhotiques, d'ictériques, de pancréatiques chez lesquels la cholécystostomie a été effectuée en l'absence de toute lésion de la vésicule et des voies biliaires, bile noire hépatique incontestable se comporte tout comme celle des malades présentant une péricholécystite.

Les troubles fonctionnels ou anatomiques de l'appareil excréteur ont fait attribuer à la vésicule un rôle essentiel souvent unique dans la production des biles noires (3-4). Il est possible que le trouble hépatique qui cause la bile noire soit parfois consécutif aux troubles de fonctionnement de l'appareil excréteur. L'importance des manifestations, la rapidité de la guérison par le drainage suggère un rapprochement avec les hépatites de la cholostase décrites par Noël Fiessinger et Guy Albot (5) et caractérisées par des lésions importantes, mais parcellaires et curables.

Cette origine hépatique de la bile noire entraîne d'importantes conséquences et montre le rôle prédominant de la cellule hépatique dans certains troubles d'apparence vésiculaire.

2° *La bile recueillie la nuit est presque toujours plus foncée et plus abondante que celle qui s'écoule pendant le jour.*

Les variations de volume et de couleur relèvent de causes multiples. L'excrétion alternante de bile et de mucus décrite par l'Ecole lyonnaise (3) et que nous avons

retrouvée, les modalités de l'alimentation, les périodes digestives, les émotions, la fatigue, les infections ont, en particulier, une influence manifeste.

3° *La bile noire est très souvent aseptique.*

Elle parait être le témoin d'un état humoral et non d'une infection locale.

En particulier, des malades subfébriles chez lesquels on est tenté de porter le diagnostic d'angiocholite ont une bile noire aseptique et la température devient normale à la suite du drainage.

La guérison des malades par le drainage vésiculaire comporte un double enseignement :

Enseignement thérapeutique : la cholécystectomie est contre-indiquée chez ces malades qui n'ont pas une affection vésiculaire, mais une maladie hépatique ou humorale. Non seulement, elle ne guérit pas, mais elle enlève la possibilité de guérir par le drainage vésiculaire.

Ces malades doivent être traités médicalement, en recourant aux cures thermales et aux tubages duodénaux. En cas d'insuccès, l'intervention de choix est la cholécystostomie.

Enseignement pronostic : l'existence de bile noire chez un malade digestif ou mental améliore un pronostic qui pouvait rester en suspens ou même être défavorable. Sauf en cas d'altération profonde de l'état général, d'insuffisance hépatique avancée ou de complication grave, le drainage de la vésicule permet d'escompter une modification complète de l'évolution.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Chiray et Zitzermann. — Etats mélancoliques, atonie vésiculaire et stase biliaire. *Presse Médicale*, 18 janvier 1930.

(2) Bernard Desplas et Jacques Dalsace. — Les biles noires. *Presse Médicale*, 12 juillet 1930. — Bile noire et lithiase biliaire, *Presse Médicale*, 6 avril 1932.

(3) Bibliographie et synthèse in : Bérard et Mallet Guy. Exploration fonctionnelle des voies biliaires et chirurgie.

(4) Chiray, Pavel et Amy. — La question des biles noires. *Presse Médicale*, 4 juillet 1931.

(5) Albot. — Hépatites et cirrhoses. Thèse Paris, 1931.

L'action des injections intramusculaires de pepsine sur l'Hypercholestérolémie

Par **Maurice DEBRAY**

Assistant à l'Hôpital Cochin, Médecin des Hôpitaux

CODOUNIS et **HATJIGEORGE**

Alors que nous recherchions chez les porteurs d'ulcères gastriques traités par les injections intramusculaires de pepsine (1) les variations de l'équilibre protido-lipidique du sérum sanguin (2), nous avons constaté chez plusieurs de nos malades un abaissement souvent important du taux de la cholestérolémie. Cet abaissement ne nous a pas semblé en rapport avec l'amélioration du syndrome ulcéreux. Il n'apparaissait exclusivement que chez les sujets porteurs, avant le traitement, d'un taux anormalement élevé du cholestérol sanguin. Son étude n'apportait donc aucune contribution au travail que nous avions alors entrepris et sortait des limites que nous lui avions tracées. Nous nous sommes bornés à noter dans notre communication : « après le traitement par la pepsine nous avons observé souvent une diminution du cholestérol, mais seulement chez les sujets présentant initialement une cholestérolémie au-dessus de la normale. »

Néanmoins ces premières constatations nous ont paru intéressantes et nous ont engagés à vérifier cette action du traitement peptique sur les états d'hypercholestérolémie.

Les hypercholestérolémies des athéromateux, des goutteux, des artéritiques et spécialement celles des lithiasiques ont été favorablement influencées par les injections de pepsine et ont été ramenées souvent à un taux voisin des chiffres normaux.

M. Ren..., 43 ans, atteint de lithiase biliaire est passé de 2 gr. 70 ‰ de cholestérol à 2 gr. 15 après quinze injections.

Mme Fonb..., 56 ans, atteinte d'hypertension artérielle est passée de 3 gr. 20 ‰ à 2 gr. 05 après quinze injections, en même temps que sa tension artérielle baissait de 28-14 (Pachon) à 25-13.

De nombreux autres sujets nous ont donné des résultats comparables.

Nous avons, chez tous nos malades, fait une série de quinze injections par semaine. Il s'agissait non pas de malades hospitalisés, mais de malades de consultation, leur régime ne pouvait, par conséquent, être très exactement surveillé mais nous avions recommandé à tous de ne rien changer à leurs habitudes alimentaires et de ne prendre aucun médicament cholagogue ou autre pendant la durée de leur traitement.

Quel est l'intérêt pratique de la méthode ? L'abaissement du taux du cholestérol sanguin entraîne-t-il une amélioration clinique chez les cholélithiasiques qui sont soumis à ce traitement ? Chez plusieurs de nos malades l'action thérapeutique a été évidente et le rôle de l'hypercholestérolémie dans la genèse de la lithiase **biliaire** a trouvé encore une confirmation dans les constatations que nous avons faites. La diminution du cholestérol sanguin entraîna donc, le plus souvent une amélioration du syndrome clinique. Mais, fait important, cette amélioration ne s'est pas manifestée dès les premiers jours du traitement. Elle fut même parfois assez longue à apparaître, quinze à vingt jours, un mois même après la première injection de pepsine.

Ceci permet de supposer que la pepsine n'agit probablement pas de la même façon que les médicaments prescrits habituellement dans la lithiase et dont l'action est communément plus rapide. Qu'ils soient cholérétiques ou cholagogues, la distinction nous parait d'ailleurs un peu spécieuse, le sulfate de magnésie, l'atophan, l'oléate de soude agissent sur le foie et sur les voies biliaires. La pepsine au contraire semblerait exercer son action sur une autre étape du métabolisme du cholestérol, étape qu'il est d'ailleurs impossible de préciser actuellement.

Une expérience suffisamment prolongée est seule susceptible de nous fixer sur l'intérêt thérapeutique des injections intramusculaires de pepsine dans la lithiase. Elle seule nous dira si cette méthode nouvelle mérite de venir compléter les traitements classiques : médications cholagogues, hépatiques, antiseptiques, cures thermales dont la valeur pratique est depuis longtemps incontestablement démontrée.

(1) Loeper, Debray, Michaux et Mlle Sainton. — Le traitement des ulcères gastriques et duodénaux par les injections intramusculaires de pepsine. (*Presse Médicale*, 30 octobre 1930.)

(2) M. Debray, Codounis, Antniou et Hatjigeorge. — Les modifications de la chlorhydrie gastrique et de l'équilibre protido-lipidique du sérum sanguin au cours du traitement des ulcères gastro-duodénaux et de la dyspepsie hypersthénique par les injections intramusculaires de pepsine. (*C. R.* de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 9 octobre 1931.)

AGOCHOLINE
DU Dr. ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE
(avec ou sans menthe)
Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie
Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

HÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

Détermination clinique des acides biliaires dans le suc duodénal

Par le Professeur **K. GLAESSNER** (Vienne)

Il est un fait connu que les acides biliaires sont un composant important du liquide biliaire; ils sont un produit du foie, ce qui ressort des observations de Bergmann (*Klin. Woch.* 1927, p. 776), entre autres, qui a constaté une augmentation de l'acide taurocholique dans le foie à la suite de l'alimentation des chiens à fistule biliaire avec des éléments de l'acide taurocholique.

Beth (*Wien. Archiv.*, 2, 560, 1921) est aussi d'avis que le siège de cette synthèse semble se trouver dans les cellules de *Kupffer* du foie, dans le système reticulo-endothélial.

La vidange des acides biliaires s'effectue par la veine porte, car chez les chiens qui ont une fistule biliaire complète l'excrétion des acides biliaires est empêchée par le procédé suivant: le sang de la veine porte est dérivé dans la veine cave par une fistule d'Eck.

Comme on ne trouve pas normalement chez l'homme les acides biliaires dans l'urine ni dans le sang, on prétend que le foie les retient de la grande circulation du sang (Fischler, *Z. phys. Chem.*, 78, 405, 1912).

C'est aussi le cas pour l'ictère hémolytique.

Dans les autres formes d'ictère on est toutefois forcé d'admettre, que le foie a perdu la capacité 1° de l'excrétion des acides biliaires 2° de la rétention.

C'est le cas probablement dans l'ictère d'obstruction, où avant tout la sécrétion est diminuée et où le reflux dans le sang se produit ; dans les autres formes d'ictère qui ne sont pas attribuable à l'obstruction cette preuve irrécusable n'a pas encore été confirmée. Il semble qu'on doive séparer deux définitions :

1° L'impossibilité pour le foie de produire les acides biliaires, donc une insuffisance de l'activité cholalacidopoïétique comme Naunyn l'avait déjà supposé et comme Labbé et Doumer (*Ann. de méd.*, IV, 44, 1923), l'ont expérimentalement confirmé.

2° La rétention des acides biliaires dans le foie par des obstacles mécaniques à l'élimination, comme cela se produit dans les cas d'obstruction, cause la migration des acides biliaires dans le sang.

Sans vouloir traiter à fond la question si intéressante de l'ictère dissocié, je veux seulement constater, que le procédé employé jusqu'à présent permettait à peine des analyses exactes d'acide biliaire dans l'urine et dans le sérum du sang, de sorte que toutes ces questions attendent encore leur solution.

L'objet de mes observations personnelles était la recherche d'une mesure pour la capacité fonctionnelle du foie par la détermination des acides biliaires dans le suc duodénal avec l'espoir d'obtenir une méthode applicable plus tard aussi pour l'urine et le sérum sanguin.

A) Détermination actuelle dans le suc duodénal. Les méthodes d'analyse des acides biliaires appliquées à présent sont bien nombreuses, mais inexactes et difficiles. Je mentionne :

1° La méthode d'estimation quantitative des acides biliaires dans le suc duodénal d'après Beth :

On ajoute au suc duodénal de l'alcool à 95 % pour coaguler l'albumine et le mucus, puis on filtre ; le liquide obtenu est acidifié par l'acide hydrochlorique normal, puis évaporé; le résidu plusieurs fois agité avec de l'éther, puis l'éther est enlevé, le résidu résultant évaporé, neutralisé jusqu'à solution du précipité ; on ajoute ensuite de l'eau distillée, agite filtre et détermine le nombre des gouttes à l'aide du Stalagmomètre de Traube (*Z. Klin. Med.*, 102, 79, 1926) ; on effectue la comparaison avec une solution du glycocholate de soude.

2° La méthode d'après Raue :

Les sels biliaires mélangés à l'acide sulfurique concentré présentent une certaine fluorescence ; on extrait le suc duodénal par l'alcool, évapore le résidu, le dissout dans l'acide sulfurique concentré, puis on détermine la valeur de la fluorescence dans une certaine série.

3° La méthode de Rosenthal et Falkenhausen (*Arch. exp. Path. et Pharm.* 98, 1923) :

On détermine la quantité d'azote (fraction : Amino-total) et la quantité de l'azote (fraction : Amino-libre) d'après van Slyke ; la différence présente la quantité d'azote des acides biliaires.

Toutes ces méthodes ont le défaut d'être difficiles et compliquées ; en plus la détermination stalagmométrique n'est guère spécifique pour les acides biliaires, la méthode de fluorescence est trop subtile, et celle de détermination d'azote une méthode indirecte.

B) Ma méthode de détermination des acides biliaires dans le suc duodénal est basée sur le principe de préparation de la bile cristallisée d'après Plattner. Si on dissout les sels biliaires dans l'alcool et si on précipite par un surplus d'éther dont l'eau a été éliminée, on obtient un précipité blanc et beau qui se compose de rosettes et d'agglomération de fines aiguilles ou de prismes hexagonaux et carrés.

Comme nous ne trouvons dans le suc duodénal que des sels biliaires alcalins la précipitation est une opération facile à condition de se servir du mode opératoire suivant :

On commence par faire une solution « Standard » de 5 % Glycocholate de soude (5 gr. pour 100 gr. d'alcool absolu) 10 c.c. du suc duoédénal, qui doit être neutre ou alcalin est additionné de 30 c.c. d'alcool ; on agite, et filtre ; on ajoute au liquide filtré 1,5 c.c. d'acide hydrochlorique 3 fois normal et évapore jusqu'à la quantité de 2 c.c. ; il se forme un précipité ; on lave plusieurs fois avec 10 c.c. d'éther et l'enlève ; le résidu est évaporé jusqu'à 3-4 c.c. puis on ajoute 1,5 c.c. de la lessive de soude 3 fois normale ; il en résulte un liquide normal ou faiblement alcalin ; celui-ci est évaporé jusqu'à sécheresse. On extrait le résidu par 10 c.c. de l'alcool absolu et l'abandonne au repos, puis on filtre ; il en résulte un liquide clair, souvent légèrement teinté de vert ; ensuite on dilue un c.c. de ce liquide en séries géométriques avec de l'alcool absolu de façon à faire résulter les séries suivantes : 1 - 2 - 4 - 8 - 16 - 32 - 64 - 128 - 256, etc.

Puis on verse l'éther à l'aide d'une pipette avec grande prudence de façon à obtenir un anneau à la surface du contenu. Le tube, dans lequel se montre encore un mince anneau visible est la limite de la dilution. Par la méthode d'interférence on peut obtenir exactement le point où l'anneau est encore visible, et celui où il ne l'est plus. De cette façon on peut trouver le degré de concentration des acides biliaires et les vérifier par la réaction de Pettenkofer.

En comparant le nombre de dilution avec le nombre correspondant d'une solution de Glycocholate de soude décrite plus haut on peut avoir la quantité des acides biliaires.

Cette méthode possède les avantages suivants : elle est très facilement applicable, elle est claire, elle est sure, le précipité est net et précis, et l'on retrouve les mêmes valeurs dans les essais répétés. Mais il faut observer exactement, que le mucus, qui donne un anneau *semblable*, soit bien précipité, avant l'extraction alcoolique.

Je propose de dénommer cette méthode : ***l'épreuve de l'anneau pour les acides biliaires.***

Démonstration de la méthode :

Exemples : A) 5 % Solution de glycocholate de soude :

Dilution :	1	2	4	8	16	32	64	128	256	512
anneau :	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0

B) Suc duodénal normal :

1) Th. H. Abcès tonsillaire.

Dilution :	1	2	4	8	16	32	64	128
	+	+	+	+	+	+	+	0

2) K. H. Hyperacidité.

Dilution :	1	2	4	8	16	32	64	128
	+	+	+	+	+	+	+	0

3) R. W. Hyperacidité.

Dilution :	1	2	4	8	16	32	64	128
	+	+	+	+	+	+	0	0

4 R. Sch. Neurose.

Dilution :	1	2	4	8	16	32	64	128
	+	+	+	+	+	+	0	0

C) Sucs pathologiques :

1) Sch. F. Cholélithiase.

Dilution :	1	2	4	8	16	32	64	128
	+	+	+	+	+	+	0	0

2) A. M. Cholécystectomie.

Dilution :	1	2	4	8	16	32	64	128
	+	+	+	+	0	0	0	0

3) W. A. Cholethiase.

Dilution :	1	2	4	8	16	32	64	128
	+	+	+	0	0	0	0	0

4) M. R. Ictère catarrhal.

Dilution :	1	2	4	8	16	32	64	128
	+	+	0	0	0	0	0	0

5) L. F. Cancer du foie.

Dilution :	1	2	4	8	16	32	64	128
	+	+	0	0	0	0	0	0

Conclusions

Nous déduisons de ces quelques exemples que cette méthode donne des valeurs constantes chez les normaux si on se sert de la même technique du tubage duodénal et veille vraiment à obtenir un suc duodénal effectif. Dans les quelques cas pathologiques mentionnés ci-dessus on peut déjà observer que les Cholelithiases changent, présentent des valeurs en partie normales, en partie diminuées ; dans les cas d'ictère dû à l'inflammation où à la compression, les valeurs tombent fortement.

Une analyse méticuleuse des cas pathologiques apporterait là quelques éclaircissements ; on s'occupera à l'aide de cette méthode, de l'ictère dissocié, on simplifiera l'étude de la rétention des acides biliaires par le foie, on trouvera la possibilité d'une méthode d'examen fonctionnel du foie.

On pourrait appliquer cette méthode avec certaines modifications pour la détermination du contenu des acides biliaires dans l'urine et dans le sang.

« Beaucoup de sourds-muets se marient entre eux et en général leurs unions sont heureuses. Leur infirmité ne se transmet pas inéluctablement, au contraire, et les statistiques ne donnent pour ces unions qu'un pourcentage de 8 à 10 % d'enfants sourds. »

(G. de Parrel. Le mariage des sourds. *La Clinique*, juillet 1932-A).

Rapports de la lithiase biliaire et de la cholécystite avec le diabète

Par le Professeur T. HERNANDO
(de Madrid)

La relation de la lithiase biliaire avec le diabète n'avait pas échappé à l'observation des anciens cliniciens. Aussi avaient-ils rangé ces deux maladies dans le groupe des diathèses, dystrophies, bradytrophies, etc... Plusieurs auteurs modernes ont confirmé la fréquence de cette association, mais c'est surtout depuis les travaux de Katsch que cette question a pris de l'actualité.

Nous n'avons pas l'intention d'analyser chacune des statistiques publiées et recueillies récemment pour la plupart par Freund (5). Il existe entre elles le désaccord le plus complet. Si l'on tient compte de la fréquence du diabète dans le cours des maladies de la vésicule biliaire, on y trouve tous les chiffres depuis 0 jusqu'à 97, 5 % et dans les cas de maladies vésiculaires qui apparaissent chez les diabétiques, les chiffres oscillent aussi entre 1 et 39,9 %.

Parmi les 182 diabétiques que nous avons traités nous en avons trouvé 42 malades de la vésicule biliaire (23,7 %) et parmi 1.030 malades de la vésicule biliaire nous en avons trouvé 42 avec diabète (4,07 %) (*).

Nous ajouterons que sur 47 de nos diabétiques dont nous avons analysé le suc gastrique, il en est 20 qui présentaient de l'anachlorhydrie ou de l'hypochlorhydrie, symptômes qui, dans ces cas, doivent être attribués, d'après Wiechmann et Elzas (12), principalement a des cholécystopathies manifestes ou larvées. On sait que l'anachlorhydrie est fréquente dans le cours des lésions vésiculaires (8).

Tekstrom, Bond, Olmster Y Moore (23) par la cholécystographie chez les diabétiques trouvent des lésions vésiculaires dans 38 % de 70 patients examinés, et dans 44 % de ceux qui avaient plus de 40 ans, chiffres qui, d'ailleurs, d'après ces auteurs, ne dépassent que légèrement ceux d'une statistique anatomo-pathologique générale.

Plus démonstrative encore que les statistiques cliniques est l'anatomie pathologique : Warren dans son ouvrage récent sur l'Anatomie pathologique du diabète sur 245 autopsies de diabétiques trouve 85 vésicules malades (34, 28 %) et sur 400 autopsies de non-diabétiques n'en constate que 72 (18 %) et Wilder de la Clinique Mayo, sur 58 diabétiques trouve 20 vésiculaires (34, 5 %).

Les statistiques sont toujours criticables, et particulièrement celles qui tendent comme ici à établir une relation entre deux maladies assez fréquentes et qui, en outre, peuvent rester latentes pendant de longues années. Dans ce cas, cependant, si les chiffres statistiques subissent quelque erreur, ce doit être plutôt en restant au-dessous de la vérité. Pour nous, en parlant de la fréquence des deux maladies nous faisons allusion à la fréquence clinique qui, probablement, reste elle aussi au-dessous de la vérité.

En raison de ce que nous venons d'exposer et de quelques autres faits que nous ajouterons plus loin, nous ne croyons pas que l'on puisse douter de l'existence d'une certaine relation entre le diabète et les maladies de la vésicule biliaire. Le mécanisme de cette relation soulève, par contre, quelques difficultés.

Ord, Weidenbaum et Gilbert ont attribué les glycosuries des biliaires à l'hyperhépathie.

(*) Dans nos propres statistiques nous n'avons trouvé que trois diabétiques (0,26 %) parmi un nombre semblable d'ulcéreux (1.118).

Pour Chauffard, Brodin, Grigaut **et aussi** Molnar (17) c'est le diabète avec son hypercholestérinémie qui conduit à la lithiase biliaire.

Il est vrai que l'on constate souvent dans le diabète une augmentation de la cholestérine dans le sang, particulièrement dans les cas accompagnés de lipémie ; il est également certain que des études récentes démontrent la participation directe du pancréas hors du diabète, dans le métabolisme des lipides (lipémie et hypercholestérinémie des buveurs, et expérimentales par pancréatectomie). Or, sans que nous puissions nier l'importance de l'hypercholestérinémie dans la pathogénie de la lithiase biliaire, nous nous permettons de rappeler que, d'après le résultat de nos observations et de celles d'autres auteurs, l'hypercholestérinémie est inconstante chez les malades vésiculaires et on peut la trouver augmentée de même chez les vésiculaires non calculeux que chez les lithiasiques, elle est toutefois plus fréquente la après une crise de colique hépatique. On peut également voir diminuer après la cholécystectomie.

Tous ces faits nous font nous demander si, dans beaucoup de cas, l'hypercholestérinémie ne serait pas plutôt qu'un trouble primitif, la conséquence des altérations que ces malades présentent dans le foie et dans les voies biliaires.

Rappelons aussi que d'après Burger aucun des cas publiés jusqu'à présent de xanthomatose primitive qui comporte une saturation de l'organisme par la cholestérine n'a été reconnu comme étant accompagné de calculs biliaires.

Ce n'est donc pas par l'hypercholestérinémie que le diabète nous semble conduire à la lithiase. Cependant, il est à désirer que l'on entreprenne des études systématiques sur l'état du foie et sur la composition chimique de la bile chez les diabétiques, car il pourrait arriver que dans l'un ou l'autre cas,les altérations hépatiques qui accompagnent le diabète fussent capables de créer une modification dans le rapport entre les sels biliaires et la cholestérine, altérations qui, d'après l'opinion de Chauffard et Grigaut, récemment confirmée par les études d'Aschoff et Newmann (18), seraient responsables de la précipitation de la cholestérine.

Sans que l'on puisse dire que le fait soit fréquent, nous inclinons à admettre que le diabète peut être, dans quelques cas, la conséquence de la maladie vésiculaire par *extension* des *lésions vésiculaires au pancréas*. Les pancréatites consécutives aux cholécystites, observées premièrement par Riedel, Körte et Opie, ont été confirmées dans la suite par beaucoup d'autres auteurs. Moynihan, Lychty et Woods, Heiberg, Joslin, Hernando (9), Katsch (14), Singer (2), **Haug** et **Wöhrmann** (7) **etc.**, **ont** cru que cette pancréatite secondaire pouvait, dans quelques cas, être responsable du diabète. Outre les données que nous venons d'exposer, nous en avons encore quelques autres en faveur de cette opinion.

Au point de vue clinique, nous avons trouvé dans la plupart de nos cas, que les symptômes vésiculaires précédèrent ceux du diabète. Dans 9 cas nous avons pu poursuivre l'observation pendant plusieurs années, au cours desquelles se sont produites des crises de cholécystite, sans que l'on n'ait jamais trouvé de traces de glucose dans l'urine, ni d'autres symptômes de diabète. Les cas de cholécystite et de diabète chez les parents offrent également de l'intérêt ; quelquefois les enfants n'en héritent que la cholécystite (3 cas) et dans un cas la cholécystite est suivie de diabète. Il nous a été donné de voir de même trois sœurs malades de cholécystite, chez l'une desquelles la cholécystite était accompagnée de diabète.

***

Outre les données anatomo-pathologiques et opératoires qui confirmaient la participation du pancréas dans les maladies de la vésicule biliaire, nous avons étudié *in vivo* les altérations de la sécrétion du pancréas, tant dans sa fonction endocrine qu'exocrine.

Pour l'étude de la sécrétion externe nous avons fait la détermination des ferments pancréatiques dans le suc duodénal et de **la** diastase dans l'urine.

Sur 22 déterminations de ferments dans le suc duodénal que nos collaborateurs Granda, Patiño (20) et Orti (19) ont réalisées chez des malades présentant des lésions vésiculaires, on a trouvé dans dix cas que l'un des trois ferments pancréatiques, ou tous les trois, apparaissaient diminués. Il est cinq cas de la thèse d'Orti qui méritent une mention spéciale, dans lesquels l'intervention chirurgicale confirme la lésion vésiculaire et la participation du pancréas.

Nous avons aussi trouvé dans des essais antérieurs faits en collaboration avec le Docteur Pascual, une augmentation de la diastase urinaire chez quelques malades vésiculaires, augmentation que Cohn, dans le service de Kuttner, a constaté aussi dans 28, 9 % des cholécystopathies.

La sécrétion interne a aussi été trouvée altérée dans quelques explorations par Rawinowich, Eustis, sur trente-six cas de glycosurie alimentaire, en trouva quinze qui souffraient de lithiase biliaire. Worman a vu la colique hépatique s'accompagner de glycosurie chez des malades non diabétiques, de son côté, I. Freund (5) a **étudié** la courbe glycémique chez 20 malades **qui fut** dans deux de type diabétique, dans trois sur la limite entre normale et le diabète et dans **quinze** cas de type normal. Cet auteur croit cependant que les cas de réaction hyperglycémique sont dus à d'autres causes et il doute fort de la relation entre la cholécystite et le diabète. Nous avons trouvé nous-mêmes des courbes de type diabétique chez quelques-uns de nos malades (2 entre 9).

Barber (2) a vu diminuer la tolérance pour les hydrates de carbone chez des chiens porteurs de cholécystites expérimentales.

Il est évident que toutes ces données n'ont pas la même valeur et qu'elles auront besoin d'être complétées et amplifiées.

***

A **ces différents** troubles ne peut se mesurer **l'insuffisance** des îlots de Langerhans. **Alors** même que ceux-ci sont envahis,s'ils ne le sont que dans une faible proportion, leur disjonction peut être facilement compensée. Rappelons la grande portion de pancréas qu'il est nécessaire d'extirper chez les animaux pour les rendre glycosuriques. Par conséquent les résultats négatifs d'une exploration de la sécrétion interne ne permet pas de nier une légère invasion des îlots de Langerhans et son évolution possible vers le diabète. A ce sujet le travail de Max Rosemberg sur la pancréatite aiguë est particulièrement suggestif : dans plusieurs de ces cas l'attaque aiguë était accompagnée de glycosurie : celle-ci disparaissait ensuite chez quelques-uns et persistait chroniquement chez d'autres; mais bien plus intéressants encore sont les cas de pancréatite aiguë sans glycosurie et suivie longtemps après de l'apparition d'un diabète. Un de nos malades, **chez qui** nous fîmes le diagnostic de pancréatite aiguë, souffre maintenant du diabète et de douleurs que nous interprétons comme signes d'une pancréatite chronique.

Le problème est cependant plus complexe qu'il peut le paraître à première vue et pour expliquer que, sur un si grand nombre de cholécystites, bien peu sont suivies de diabète, il faut admettre qu'il existe dans ces cas des circonstances spéciales, ce que nous comprenons actuellement sous le nom d'« *état constitutionnel* », sans que nous sachions s'il s'agit d'altérations métaboliques ou de simples dispositions anatomiques de la glande elle-même comme le prétend Ghon. Cet auteur suppose une inversion dans la distribution des

îlots normalement moins abondants dans la portion droite que dans la portion gauche du pancréas. On explique de même la rareté du diabète dans ces pancréatites par la résistance qu'opposeraient les îlots de Langerhans au processus infectieux et qui forme contraste avec la facilité de son extension au travers des interstices et autour des canaux excréteurs.

***

Il existe diverses hypothèses pour expliquer la production de la pancréatite consécutive à la cholécystite.

On a supposé que l'infection suivait la voie ascendante le long du canal de Wirsung, par un reflux du contenu duodénal ou par le passage direct de la bile cholédocienne dans le canal pancréatique, grâce à l'existence d'un bouchon de mucus situé dans l'ampoule de Vater. Un spasme du sphincter d'Oddi pourrait aboutir au même résultat en faisant du cholédoque et du canal de Wirsung un tube continu.

Depuis que Klippel soupçonna, en 1899, que l'inflammation de la vésicule biliaire pouvait arriver au pancréas par voie lymphatique, nombreux sont les auteurs (Thiroloix, Maugeret, Arnsperger, Deaver, Pfeiffer, Sweet, Barber, Graham, et Petermann), qui ont soutenu cette opinion. Cependant Kaufmann (5) a réalisé sous la direction d'Archival, de nombreuses expériences qui lui permettent de nier tout rôle à la voie lymphatique dans la production de ces pancréatites, croyant que l'autre hypothèse était plus vraisemblable.

Strauss (22) ne croit pas à l'influence spéciale de la cholécystite, dont l'importance dans la pathogénie du diabète serait comparable à celles d'autres infections.

Conclusions

Il est possible que dans certains cas chez les diabétiques, les altérations du foie soient l'origine des calculs, mais le plus souvent il semble bien qu'on doive incriminer surtout une pancréatite elle-même consécutive à une cholécystite.

Le diabète est donc secondaire a la pancréatite et et de même origine.

Les diabétiques cholécystiques ne transmettent parfois à leur descendants que la maladie vésiculaire.

La fréquence relativement faible du diabète cholécystique ou pancréatico-cholécystique s'explique par la nécessité de l'invasion d'un grand nombre d'îlots de Langerhans, presque toujours réfractaires au processus inflammatoire. En tout cas, il faut l'existence d'une prédisposition, d'un certain état *constitutionnel* (anatomique ou humoral) dont les éléments nous échappent encore.

Bibliographie

(1) Adams S. F.—Is disease of the Gall Bladder a Cause of Diabetes Mellitus ? *Surg. Gynec. Obst.*, 41-74, July 1925.
(2) W. H. Barber. — Cholecytitis and its relation to Pancreatitis. *Journ. A. M. A.*, v. 87, pag. 1636-1646, 1926.
(3) M. Bürger.— Das Cholesterinproblem in der inneren Medizin *Verhandelungen der Deutschen Gesellschft für inneren Medizin Wiesbaden*, Abril 1931, p. 186.
(4) O. Ferger.—Uber diabetes mellitus als Zweitkrankheit. *Zeitschrift für Klinische Medizin*, B. 119, 1931, p. 81-85.
(5) I. Freund.—Cholelithiasis und Diabetes mellitus *Boas. Archiv. Band. I. L.*, p. 302-315, 1931.
(6) E. A. Graham W. H. Cole, G. H. Copher, S. Moore. — Diseases of the Gall Bladder and bile ducts. *Lea Febiger*, 1928.
(7) H. Haug und Wohrmann. — Diabetes bei nach Gallenblasenentzundungen. *Deut. Med. Woch.*, 1931, n° 29, p. 1217-1219.
(8) T. Hernando.—Anachlorhydrie et lithiase biliaire. *Archiv. des mal. de l'app. digestif*, 1914.
(9) T. Hernando.—Wechselbeziehungen zwischen den störumgen der inneren Sekretion und dem Ver dauungsapparat. *Samlung zwangl. a. d. Gebiete d Verd.. u. Stoffwechslkrankheiten*, 9 Bd., H. 8, Halle, 1926.
(10) T. Hernando.—Alteraciones gastrointestinales en los enfermos endocrinos. Congreso de Valencia y *Cronica médica* Marzo 1931.
(11) M. D. I. Wasserthal. — Cholecystopathie et diabète. *Arch. des Mal. de l'App. dig. et des Mal. de la nutrition*, t. XXI, p. 563-571, 1931.
(12) E. Wiechmann und J. Elzas. — Ueber verminderte Salzsaue reabscheidung des Magens bei Diabetes Mellitus. *Deut. Arch. Klin. Med.*, 164, Bd. p. 163-171, 1929.
(13) Horwitz.—Diabetes und cholecystopathie *M.K.*, 15-30, p. 1230-32
(14) G. Katsch.—Ueber secundare Diabetes nach Cholecystopathie. *D. M. W.*, 1928,. p 1508-1511, y *Boas Archiv.*, B. 43 p. 224, 1928.
(15) M. Kaufmann.—An experimental study of the lymphatic the ory of pancreatitis. *Surg. Gynec. Obstr.*, V. XLIV, p. 15-22, 1927.
(16) Max. Rosemberg.—Funktionstörungen des Inselapparates bei akuter pankreatitis. *Klin. Woch.*, 10 jhg., p. 917-920, 1931.
(17) B. Molnar.—Die Zuckerkrankheit und die Steinkrakheiten. *Deut. Med. Woch.*, 1931, p. 1127-1129.
(18) C. E. Newmann. — Beitrag zum Studium der Gallenniederschlags und Gallensteinbildung. *Beitr. Pathol. Anat.*, Bd. 86, p. 187-200, 1931.
(19) R. Orti. — La investigacion de los fermentos pancreaticos en el jugo duodenal y su valor clinico. Tesis de Madrid, 1925.
(20) A. Patino.—Valoracion de la amilasa y su aplicacion a la clinica. Tesis Madrid, 1924.
(21) G. Singer.— Diabetes und Cholecystopathie *Zeitschrift. f. Klinische Madizin.*, Band. 114 pag. 497-521.
(22) H. Strauss.—Gallenblasenerkrakung und Kohlenhydratstoffwechsel. *D. M. W.*, 1931, n° 13.
(23) M. K. Tedstrom, R. Bond, H. Olmested S. M.—Cholecystography in diabetes mellitus. *Journ. A. M. A.*, V. 87, pag. 1603-1605, 1926.
(24) S. Warren. — The Pathology of Diabetes Mellitus, Philadelphia, 1930.

La sédimentation des hématies dans les ictères

Par le Prof. A. RADOSAVLJEVIĊ et M. SEKULIC (de Belgrade)

L'étude de la sédimentation des hématies (S. h.) au cours des ictères présente un double intérêt : cette réaction est un des signes précieux dans le diagnostic de la nature d'un ictère ; elle permet d'apprécier le rôle de certains facteurs capables d'influencer le phénomène si complexe de la S. h.

Résultats des recherches cliniques. — Chez vingt-six malades atteints d'ictère catarrhal typique, la S. h. a toujours été ralentie ou aux environs de la minima normale (procédé de Westergren). Plus la rétention biliaire était accentuée, plus prononcé fut ce ralentissement (jusqu'à 0,5-1 mm.). Une S. h. accélérée, au cours d'un ictère catarrhal n'a été notée que dans les cas de coexistence de l'ictère avec une autre affection susceptible de produire une accélération (tuberculose pulmonaire, annexite, etc.). A l'encontre, la S. h. a été toujours accélérée au cours des ictères symptomatiques : dans la lithiase biliaire avec ou sans cholécystite, avec ou sans obstruction du cholédoque ; dans le cancer des voies biliaires et dans les affections du pancréas ; chez les syphilitiques présentant un ictère à la suite d'un traitement spécifique ; dans l'ictère hémolytique ; dans les cirrhoses du foie.

Nous allons rechercher la cause de ce ralentissement de la S. h. dans l'ictère catarrhal ?

Recherches de laboratoire. — Le dosage du fibrinogène ainsi que l'étude du rapport $\frac{\text{fibrinogène}}{\text{albumine totale}}$ nous permirent d'établir qu'il n'existe aucun parallélisme entre la S. h. et le taux du fibrinogène dans l'ictère catarrhal. Un sang ictérique à S. h. ralentie présentait souvent une augmentation du taux du fibrinogène, ce qui revient à dire que le ralentissement de la S. h. dans l'ictère catarrhal ne peut pas être attribué à un abaissement du taux du fibrinogène, considéré comme expression d'un trouble de la fonction hépatique.

Le rôle du plasma sanguin dans le ralentissement de la S. h. est évident : quand on fait sédimenter dans un plasma ictérique (provenant d'un sang à S. h. ralentie) des érythrocytes qui dans leur propre plasma ont une S. h. nor-

male ou accélérée, celle-ci est retardée. D'autre part, les érythrocytes d'un sang ictérique à S. h. ralentie, même après lavage préalable dans du sérum physiologique, suspendus dans le plasma d'un sang à S. h. normale, présentent à peu près le même retard de la S. h. comme dans leur propre plasma ; suspendus dans le plasma d'un sang à S. h. accélérée ils acquièrent une accélération évidente, mais relativement moins prononcée que celle des hématies appartenant au plasma employé. De ces expériences il ressort que le ralentissement de la S. h. dans l'ictère catarrhal est dû à certaines nouvelles qualités du plasma aussi bien que des hématies. Quels sont les éléments en cause de ces qualités ? C'est surtout le rôle des sels biliaires que nous envisageons.

Expériences in vitro. — L'addition d'une goutte de bile de bœuf (ou de suc duodénal humain) filtré à 1 c.c. de sang citraté ralentit nettement la S. h. L'influence des sels biliaires (glycocholate et taurocholate de soude à parties égales) ne devient évidente qu'à partir d'une certaine concentration des sels : 0,2 mgr. de cholates ajouté à 1 c. c. de sang citraté ne produit aucune modification de la S. h., tandis que 0,5 mgr. provoque un ralentissement très net et 1 mgr. la réduit à zéro. C'est donc une concentration des sels biliaires supérieure à 0,2 ‰ qui est nécessaire pour ralentir la S. h. *in vitro*. Or, si l'on veut expliquer le ralentissement de la S. h. dans l'ictère catarrhal par la rétention des sels biliaires, on devrait s'attendre à les trouver dans le sang en concentration suffisante. Pourtant, les chiffres indiqués par les auteurs diffèrent quelque peu. D'après Bariéty, la concentration des cholates dans le sang, au cours de l'ictère, ne dépasse pas 0,10 ‰ ; Katayma l'estime supérieure à 0,2 ‰ puisque c'est alors seulement que peut s'effectuer le passage des cholates dans les urines, phénomène quasi constant dans l'ictère catarrhal (réaction de Hay positive). Ajoutons que ces chiffres se rapportent au taux de sels biliaires dans le sérum sanguin, tandis que nos essais *in vitro* indiquent leur concentration dans le sang total. Des recherches de Rosenthal et Wislicki il ressort que de la totalité des cholates présents dans le sang, plus de la moitié est fixée par les hématies et 36-44 % seulement se trouvent dans le sérum. Par conséquent, si le sérum d'un ictérique contient des sels biliaires en concentration 0,1-0,2 ‰, le sang total en contiendra au moins deux fois autant, c'est-à-dire en concentration suffisante à produire un ralentissement de la S. h.

Expériences in vivo. — C'est à l'introduction intraveineuse des sels biliaires qu'il faut recourir pour fournir la preuve directe de leur influence inhibitrice sur la S. h. Pour éviter des faux résultats et une interprétation erronée nous avons procédé de façon suivante : chez des individus, normaux et malades, présentant une S. h. normale ou accélérée, l'injection des sels biliaires (solution de glycocholate et de taurocholate de soude à 1 gramme) est poussée dans le bras droit, et aussitôt après, une et cinq minutes, nous retirons en changeant l'aiguille et la seringue, le sang du même bras en amont du lieu d'injection ainsi que du bras gauche.

La comparaison des résultats obtenus nous a appris que le sang de la veine où l'injection a été faite, pris aussitôt après, présente un ralentissement de la S. h. très accentué (allant par exemple de 8 à 4, de 70 à 9), tandis que le ralentissement est à peine accusé ou nul, dans le sang de la même veine pris une minute après l'injection des sels biliaires, ainsi que dans le sang enlevé du bras opposé immédiatement après l'injection des cholates. Ces expériences prouvent : 1° que la présence des sels biliaires dans le sang en concentration suffisante (0,5 ‰ à peu près) est capable de produire un ralentissement très prononcé de la S. h. ; 2° que le passage des sels biliaires par la circulation fait diminuer très vite leur concentration dans le sang (par élimination, fixation), ce qui explique l'absence du retard de la S. h. déjà une minute après l'injection intraveineuse.

Conclusions

Une S. h. ralentie plaide en faveur de la nature catarrhale d'un ictère. Un ictère accompagné d'une S. h. accélérée ou bien n'est pas un ictère catarrhal mais un autre ictère (lithiase biliaire, cancer, syphilis, cirrhose du foie, etc.) ou bien il s'agit d'un ictère catarrhal coexistant avec une autre maladie dont l'influence accélérante sur la S. h. est connue. Les expériences *in vitro* et *in vivo* prouvent que c'est à la rétention des sels biliaires qu'il faut attribuer la S. h. ralentie au cours de l'ictère catarrhal. Dans les autres ictères avec rétention des cholates, ainsi que dans l'ictère catarrhal compliqué, l'influence inhibitrice des sels biliaires sur la S. h. est surmontée par des facteurs accélérants.

Le quatrième calcul biliaire

(A propos des calculs de carbonate calcique)

Par **O. WEILL**

Professeur de clinique médicale à l'Université libre de Bruxelles

La plupart des auteurs qui ont étudié la systématique des calculs biliaires admettent la classification suivante :

1. Calculs cholestériniques ;
2. Calculs pigmentaires ;
3. Calculs mixtes.

Il est entendu que les calculs de cholestérine ne contiennent pas ou peu de calcium, mais que les calculs pigmentaires en contiennent des proportions variables mais toujours importantes et qui vont, selon les chiffres produits, de 24 à 81 %. On admet communément qu'il s'agit d'une combinaison de l'acide bilirubinique avec le radical calcium (et que l'on désigne, peut-être à tort, sous le vocable de bilirubinate de chaux) ; qu'il existe à côté de ce composé organique de calcium une certaine quantité de carbonate calcique et de phosphate calcique.

Il est étrange que les auteurs ne signalent pas de calculs vésiculaires composés uniquement de carbonate calcique pur. Ceux-ci existent-ils ? On peut se le demander. La littérature française est absolument muette à ce sujet. La littérature allemande en fait à peine mention.

Ritter (1) écrit que certains calculs dépourvus, ou à peu près, de cholestérine peuvent contenir jusque 82 % de sels inorganiques (carbonates et phosphates), mais il a soin d'ajouter qu'ils sont toujours en combinaison avec la bilirubine ou la bilihumine.

Magnus-Lévy (cité par Lichtwitz) trouve au maximum 20 % de calcium dans le résidu sec des calculs.

Naunyn (2) dans les calculs intrahépatiques — toujours exclusivement pigmentaires et à peu près dépourvus de cholestérine comme on sait — trouve de 1,25 à 12,3 % de calcium ; dans les calculs cholestériniques, en revanche, il ne trouve que 0,5 % de calcium ; dans les calculs mixtes, le calcium est surtout abondant dans le noyau central (parce que

riche en pigment), tandis que la superficie en contient beaucoup moins.

Lichtwitz (3) trouve dans les calculs pigmentaires jusque 52 % de calcium (exprimé en CaO). Mais le plus souvent, ce calcium est engagé dans des combinaisons pigmentaires réalisant des calculs colorés en jaune, en brun ou même en noir. Quand le carbonate calcique est dominant par rapport au bilirubinate calcique, le calcul est dépourvu de structure et ne présente à la coupe ni couches concentriques ni cristallisation.

Willich (4) signale deux calculs constitués par du carbonate calcique à peu près pur. Il considère cette éventualité comme rare. La vésicule qui les contenait ne présentait pas de signe d'inflammation.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas remarquable de calcul vésiculaire constitué presque exclusivement par du carbonate calcique.

Voici d'abord, brièvement résumée, l'histoire clinique de ce cas : Mlle V..., 39 ans, chimiste, a des coliques hépatiques depuis deux ans (environ une vingtaine), à siège dominant xyphoïdien, irradiant vers la droite et vers la gauche, durant cinq à six heures, accompagnées habituellement de nausées et de vomissements, et jamais suivies d'ictère. La radiographie (le 28 décembre 1928, professeur Murdoch), avant tétraoïde, montre avec la plus grande netteté deux petits calculs contigus, paraissant siéger dans le cystique et un gros calcul, du volume d'une noisette occupant ce qui est vraisemblablement le fond de la vésicule. Le tétraïode ne pénètre pas dans la vésicule. Donc Graham positif.

Un traitement médical est institué sans grand succès.

Les coliques hépatiques ne cessent pas ; elles sont même de plus en plus violentes. Finalement, en mars 1932, après trois ans d'hésitations, la malade accepte l'intervention chirurgicale proposée. Auparavant, une nouvelle radiographie est faite le 23 mars 1932. Changement remarquable : les deux petits calculs du cystique se sont agglomérés en une masse unique, réalisant très probablement un système d'occlusion de la vésicule à ce niveau. Le calcul du fond s'est considérablement accru et allongé. Son bout supérieur a rejoint le calcul du cystique. Apparemment, il remplit toute la vésicule. Ce qui fut noté dès le premier examen et retrouvé au second, c'est l'extraordinaire visibilité de ces taches calculeuses, dont l'opacité est nettement plus intense que celle des os voisins. Et ceci nous rendit perplexes, le radiographe, le chirurgien et moi-même : car si les calculs de grand volume occupant presque toute la vésicule sont habituellement cholestériniques, ils ne sont pas d'une visibilité bien grande.

L'opération (cholécystectomie), pratiquée par le professeur Hustin, se passa dans les meilleures conditions, et, disons-le pour n'y plus revenir, la malade a cessé de souffrir depuis lors.

La vésicule extirpée méritait un examen attentif. Avant l'ouverture, on se rend compte que le ou les calculs la remplissent entièrement. La face externe du cholécyste a un aspect tout à fait normal et ne présente pas de traces d'inflammation. Après ouverture, on trouve effectivement que la vésicule est remplie, depuis le fond jusqu'au col par un calcul solitaire allongé, blanc pur, mou, malléable, long de 8 cm., large de 12 mm. dans son plus grand diamètre ; le pôle inférieur est arrondi et se moule sur le fond ; le pôle supérieur s'effile en pointe mousse et se trouve en contact mais non en continuité avec le calcul du cystique. La surface externe du grand calcul est lisse, sans rugosité ; sa consistance est molle, il se laisse facilement pétrir comme du mastic frais. Bref, par sa consistance et sa couleur, on dirait du blanc de céruse. Le calcul du cystique, également blanc pur, mais dur comme de la pierre, a le volume d'un noyau de cerise ; mais il est irrégulier, couvert de rugosités et de spicules, et il est fort difficile de l'extraire de la niche dans laquelle il était enclavé. Il obture nettement le canal cystique. Bien entendu, la vésicule ne contenait aucun liquide et en particulier pas de traces de pigment. Vue par sa face muqueuse, la paroi vésiculaire était tout à fait normale et ne présentait aucun signe d'inflammation.

Bref, cette vésicule dont la paroi était normale, se trouvait comblée par un gros calcul blanc, mou, malléable, tandis que le col contenait un petit calcul également blanc, mais dur, et nettement obturant. La vésicule était exclue et ne contenait pas de trace de liquide. Ajoutons qu'après quelques jours de conservation, le gros calcul se dessécha tout en gardant sa forme et sa couleur et devint dur comme de la pierre, comme l'était déjà le petit calcul du cystique. Sur la coupe, la tranche est grenue, uniforme, sans structure. On dirait un morceau de craie, et de fait, c'est bien de cela qu'il s'agit.

L'analyse a été pratiquée par la patiente elle-même, assistante du cours de chimie à l'Université. Voici la conclusion du protocole d'analyse : la masse est constituée par 94 % de carbonate calcique ; il n'y a pas de phosphate calcique ni aucun sel de magnésium. Le restant est constitué par de la matière organique, en partie une albumine, en partie des traces de cholestérol.

Nous pouvons nous représenter de la façon suivante l'évolution des phénomènes : dans une vésicule non enflammée, se produit, au niveau du col, un petit calcul de carbonate calcique, qui ferme le passage et exclut la cavité du courant biliaire. Dans cette vésicule exclue, la paroi continue à sécréter du carbonate calcique qui s'agglomère dans le fondus et constitue un calcul blanc qui grandit progressivement par apposition de nouvelles couches, et qui en l'espace de trois ans environ, remplit complètement la cavité vésiculaire. Celle-ci ne contient aucun liquide, en particulier aucun pigment ni cholestérol.

En résumé :

1. Nous nous trouvons en présence d'un calcul de carbonate calcique pur.

2. Nous ne pouvons pas échapper à la conclusion que ce carbonate calcique résulte d'une sécrétion de l'épithélium vésiculaire dans une cavité complètement fermée et exclue.

3. Ajoutons que le sang de la malade (examiné après l'opération) contenait 120 milligr. de calcium, c'est-à-dire une quantité normale.

Il s'agit donc d'une vésicule apparemment normale, qui pour des raisons que nous ignorons, possédait une aptitude particulière à sécréter du carbonate calcique.

Il est admis depuis longtemps que les gros calculs solitaires sont constitués par du cholestérol à peu près pur et que celui-ci résulte d'une sécrétion locale de l'épithélium vésiculaire. D'autre part, les calculs pigmentaires intrahépatiques ou canaliculaires sont généralement constitués par de la bilirubine (ou bilihumide) associée à du calcium, sans carbonate. Enfin, les calculs mixtes ordinaires ou calculs à facettes contiennent du cholestérol, du bilirubinate calcique et souvent du carbonate calcique et même du phosphate calcique.

Il est probable que le calcium, associé à la bilirubine sous forme de bilirubinate calcique, vient du foie et fait partie intégrante de la bile hépatique. Mais le carbonate calcique des calculs mixtes résulte vraisemblablement d'une sécrétion endovésiculaire.



R.C. 18.000

Roger Dacosta. Edit.

Dans notre cas cette sécrétion de carbonate calcique vésiculaire était dominante et même exclusive. L'évolution de l'affection ayant été suivie par la radiographie, nous avons ici une idée approximative de la vitesse du phénomène de la création calculeuse : il a fallu trois ans environ pour que le calcul du fond, qui avait à l'origine le volume d'une noisette, finisse par remplir la cavité vésiculaire tout entière.

Cette formation calculeuse assez spéciale donna lieu à des crises paroxystiques qui méritent le nom de coliques hépatiques. Le gros calcul endovésiculaire était libre dans sa cavité et ne peut entrer en jeu dans le déterminisme des douleurs. Nous attribuons celles-ci exclusivement au calcul du col, rugueux, spiculé, et profondément implanté dans la muqueuse.

Ce qui est étrange, c'est la rareté du fait. Nous pensons en effet qu'un semblable calcul blanc, constitué par du carbonate calcique pur n'a jamais été signalé. Et l'on se demande pourquoi. Car le carbonate calcique est une substance banale dans notre organisme, présente dans la bile vésiculaire et entrant pour partie dans la composition de nombreux calculs. J'ignore pourquoi les calculs de carbonate calcique pur sont exceptionnels.

Enfin, j'ajoute une dernière remarque : l'aspect radiographique était tel qu'il aurait dû permettre à lui tout seul le diagnostic de la composition du calcul.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Ritter. — *Journal de l'Anat. et de la Physiol. norm. et pathol.*, 8, 60, 1872.
(2) Naunyn. — Die Gallenstein. Ihre Entstehung und ihr Bau. Iéna, 1921.
(3) Lichtwitz. — Prinzipien der Konkrementbildung. *Handb. der Norm. u. pathol. Physiol.*, IV Bd., 1929.
(4) Willich. — *Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir.*, 35, 324, 1922.

Du rôle capital de la bactériémie à point de départ intestinal dans la pathogénie de la lithiase biliaire

Par le Dr DESGEORGES

La bactériémie à point de départ intestinal est extrêmement répandue, cela découle de la notion même de syndrome entéro-rénal. Elle est réalisée le plus souvent par le colibacille, assez fréquemment par l'entérocoque, plus rarement par d'autres germes : proteus, bacille de Friedlander, paracolibacille, etc. Je vais donc vous parler surtout du colibacille, mais il est bien entendu que tout ce que j'en dirai s'applique également aux autres microbes intestinaux.

Les colibacilles franchissent la muqueuse au niveau du cœco-ascendant et pénètrent non dans la veine porte, comme on l'a souvent dit, mais par les lymphatiques et le canal thoracique dans la grande circulation d'où ceux qui auront échappé à la phagocytose s'élimineront simultanément par l'urine (Heitz-Boyer) et par la bile (Blachstein, Abrami).

Cette colibacillémie relève en général de minimes décharges d'un germe peu virulent ; cela explique qu'elle évolue presque toujours à bas bruit et qu'elle soit si rarement décelée par l'hémoculture.

Cette carence de l'hémoculture confère à la constatation du colibacille dans l'urine une grande importance diagnostique. Mais, à ce propos, il faut bien savoir qu'il y a deux sortes de colibacillurie : l'une, fonction de pyélocystite, infection qui a bien été hématogène à l'origine, mais qui peut évoluer maintenant pour son propre compte et indépendamment de tout nouvel apport microbien par le sang ; l'autre, et c'est la seule qui nous intéresse ici, fonction et témoignage de colibacillémie.

Le rôle prépondérant joué par cette dernière dans la genèse des infections banales de l'arbre urinaire a été admirablement mis en lumière par Heitz-Boyer ; il est aujourd'hui en ce pays du moins, admis de tous.

Mais, loin de limiter ses méfaits au syndrome entéro-rénal, la colibacillémie chronique ou colibacillose est susceptible d'affecter la plupart des organes. C'est ainsi que, bien avant le Professeur Vincent, j'avais attiré l'attention sur les multiples manifestations nerveuses auxquelles elle peut donner naissance, que, l'hiver dernier, j'ai insisté sur la fréquence avec laquelle elle retentit sur le système endocrino-sympathique et que, depuis bientôt dix ans, après avoir le premier parlé de syndrome entéro-hépatique je n'ai cessé d'exalter le rôle qui lui revient en pathologie hépato-biliaire et en particulier dans la pathogénie de la cholélithiase.

C'est sur ce dernier point que je désire revenir aujourd'hui.

Après avoir été longtemps considérée comme un facteur primordial dans le déterminisme de la précipitation lithiasique, l'infection colibacillaire apparaît aujourd'hui à beaucoup d'auteurs comme d'importance secondaire.

C'est Chauffard qui, dans son éloquent plaidoyer en faveur de l'origine humorale de la cholélithiase, écrit que « le plus grand nombre des cas de cette affection semble échapper à la pathogénie infectieuse ».

C'est Rovsing qui, après avoir insisté sur le fait que les calculs prennent leur origine première dans le foie, ne craint pas de proclamer que la théorie infectieuse, telle que l'a formulée Naunyn, est « pure fantaisie ».

C'est Wilkie, que nous sommes fiers de compter aujourd'hui parmi nous avec tant d'autres maîtres illustres, qui, apportant à Rosenow l'appui de sa haute autorité, affirme que cholécystite et cholélithiase relèvent toujours de l'infection par le streptocoque et que le colibacille n'est qu'un « envahisseur secondaire ».

Qu'il en soit ainsi dans un certain nombre de cas, je l'admets volontiers. Cependant dix années d'étude exclusive de la colibacillose et un quart de siècle d'observation dans ce milieu clinique si particulier que constitue la clientèle thermale de Vichy m'ont convaincu que Naunyn et Gilbert n'avaient point fait erreur.

Comme l'avaient bien vu ces grands cliniciens le colibacille est à l'origine de la majorité des cas de cholécystite tant lithiasique que non lithiasique.

Si l'on suit patiemment les auto-infectés par le colibacille (ou l'entérocoque) on les voit aboutir plus ou moins vite, mais avec une régularité impressionnante, à la sensibilité hépato-vésiculaire et plus tard à de véritables crises hépatiques. Le fait est tellement constant que, lorsque je rencontre chez une jeune fille ou une jeune femme des signes d'auto-infection colibacillaire, je ne manque pas de la prévenir qu'elle a de grandes chances de souffrir quelque jour de la vésicule. Et je ne compte plus les cas où ma facile prophétie s'est déjà réalisée.

De même, la réapparition, après une longue absence, de la colibacillurie, en cas de cholécystite depuis longtemps silencieuse, devra faire craindre la réinfection de la vésicule et par suite le réveil des manifestations douloureuses. Maintes observations m'autorisent à l'affirmer.

Ayant recherché les manifestations hépato-vésiculaires chez 274 bactériuriques, je constatai que 156, soit près de 60 % avaient eu des coliques hépatiques caractérisées et que 100 autres, soit au total plus de 93 % avaient eu le foie gros ou la vésicule sensible.

D'autre part, sur 216 malades souffrant de crises hépatiques 156, soit près de 72 % présentaient ou avaient présenté à un moment donné de la bactériurie. Et l'on peut dire que ce chiffre est au-dessous de la vérité, car la bactériurie fonction de bactériémie est le plus souvent intermittente et passagère, et dans nombre de cas l'examen bactériologique des urines n'avait été fait qu'une seule fois et pas toujours au moment favorable.

En présence de pareilles constatations, surtout si on les rapproche de l'expérience classique de Mignot et de la notion non moins classique que les calculs biliaires contiennent fréquemment en leur centre du colibacille, il me semble bien difficile de dénier à ce germe un rôle de premier plan dans le processus sournois qui aboutit à la lithiase biliaire.

Mais ce n'est pas tout et j'ai hâte d'apporter à l'appui de la thèse que je soutiens ici un fait nouveau qui me semble susceptible de peser d'un grand poids dans le débat.

A l'instar de l'infection éberthienne, l'auto-infection chronique par le colibacille, et aussi par l'entérocoque, est génératrice d'hypercholestérolémie.

Dès 1924, je signalai cette particularité pleinement confirmée par mes observations ultérieures. C'est ainsi qu'ayant, au cours de l'été 1925, fait doser le cholestérol dans le sang de 64 colibacillaires, choisis parmi ceux indemnes de toutes affections considérées comme hypercholestérinisantes, je trouvai un taux moyen de 2,25 %, supérieur à celui (2,01) obtenu par Chauffard dans un lot de 22 lithiasiques biliaires authentiques.

La même recherche pratiquée en 1931 et portant sur 54 malades me donne un taux moyen de 2,17, exactement celui trouvé par Moynian dans une série de 101 cas de cholélithiase.

Cette hypercholestérolémie témoigne évidemment de l'atteinte du foie par l'infection colibacillaire, atteinte qui se traduit d'ailleurs le plus souvent par toute une série d'autres symptômes : augmentation de volume et sensibilité de l'organe, amertume, faciès hépatique, urobilinurie, etc.

Elle sera d'autant plus marquée que la colibacillose sera plus ancienne, d'autant plus précoce que le sujet sera plus prédisposé, en raison de ses antécédents, aux manifestations hépatiques. Elle fera rarement défaut.

Le fait de constatation facile, est de grande importance ; il est remarquable qu'il ait été si longtemps méconnu.

Ainsi donc, la colibacillémie chronique qui, ne l'oublions pas, entraîne la bacillocholie au même titre que la colibacillurie est extrêmement fréquente et provoque régulièrement l'hypercholestérolémie.

Il est permis de dire que cette triple notion jette un jour nouveau sur le chapitre encore si discuté de la pathogénie de la lithiase biliaire et réduit à néant toutes les objections formulées contre l'origine colibacillaire de cette affection. Bien mieux, elle permet d'interpréter avec cette dernière théorie toute une série de faits dont les théories adverses ne nous apportent qu'une explication fragmentaire et insuffisante.

Si la lithiase biliaire est si répandue, c'est parce que la colibacillose qui aboutit si volontiers à la précipitation calculeuse est elle-même la plus commune des maladies.

Si elle est trois ou quatre fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme, c'est parce que la colibacillose prédomine exactement dans les mêmes proportions dans le sexe féminin.

Si elle est volontiers héréditaire et familiale, c'est en partie parce que la colibacillose, qui est le plus souvent à son origine, possède elle-même ce double caractère.

Si elle est régulièrement associée à des troubles intestinaux, c'est qu'une altération de la muqueuse semble bien être indispensable à la migration des germes.

Si elle est tellement favorisée par la grossesse, c'est sans doute parce que cette dernière apporte d'importantes perturbations humorales mais aussi parce qu'elle prédispose essentiellement au passage des germes intestinaux dans le courant sanguin, ainsi qu'en témoigne la fréquence de la pyélonéphrite chez la femme enceinte.

Si elle coexiste si souvent avec la migraine et la ptose, c'est parce que cette dernière est une des principales causes de la colibacillose dont j'ai depuis longtemps signalé l'importance comme cause de migraine.

Si elle s'accompagne si souvent d'hypercholestérolémie, ce n'est pas parce qu'elle est sous la dépendance de celle-ci, mais parce qu'elle relève le plus souvent de la colibacillose laquelle en même temps qu'elle préside par la bacillocholie au « catarrhe lithogène » de la vésicule provoque l'élévation des taux de cholestérol dans le sang. Et cela explique ce fait qui a paru paradoxal à certains, à savoir que l'hypercholestérolémie ne se rencontre pas moins régulièrement dans les formes non calculeuses que dans les formes calculeuses de la cholécystite.

Si les lésions hépatiques sont si fréquentes au cours de la cholélithiase, n'est-ce pas la conséquence de la facilité que j'ai signalée il y a un instant, avec laquelle l'infection colibacillaire retentit sur le foie ?

Enfin, si tant de malades, après la cholécystectomie, continuent à présenter des troubles digestifs ou nerveux, qu'on espérait voir disparaître par l'opération, la raison en est-elle pas bien souvent que si le chirurgien les a débarrassés d'une vésicule en mauvais état il les a laissés avec leur colibacillose?

J'ai évoqué plus haut, l'expérience de Mignot. On se rappelle que cet auteur, voulant vérifier le rôle de l'infection dans la production des concrétions biliaires, tenta de provoquer la formation de celles-ci en introduisant dans la vésicule d'un lapin des microbes variés. Or, il ne put réussir qu'à la condition de recourir à un colibacille de virulence très atténuée. N'est-ce pas l'expérience de Mignot qui, dans des conditions idéales d'infection légère et indéfiniment renouvelée, se poursuit journellement dans la foule innombrable des colibacilluriques bacillocholiques ?

En résumé :

La cholélithiase peut avoir une origine purement humorale : le fait n'est pas très fréquent.

Presque toujours elle relève de l'infection hématogène de la vésicule.

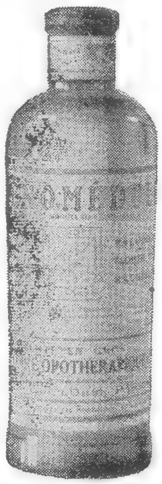
Cette infection peut être réalisée par le streptocoque ; elle l'est assez souvent par les bacilles typiques et paratyphiques.

Dans la majorité des cas elle résulte de la pénétration des germes intestinaux, et en particulier du colibacille, dans la circulation et de leur élimination par la bile.

Cette bactériémie chronique est *génératrice d'hypercholestérolémie*.

Cette dernière notion est susceptible de jeter un jour nouveau sur le chapitre de la lithiase biliaire.

Elle rend compte des principaux faits cliniques ou expérimentaux qui ont servi de base aux diverses théories proposées pour expliquer la pathogénie de cette affection.



CHRONIQUE

Tissu adénoïde et appareil sexuel

d'après ROBERTO BOMPIANI (1)

Cette étude a été entreprise en suite d'observations cliniques de manque de développement et de troubles fonctionnels (règles insuffisantes ou trop abondantes, règles douloureuses, troubles réflexes) du système génital de filles ou jeunes femmes, ayant eu des accidents adénoïdiens dans leur enfance. Dans ses précédentes publications, BOMPIANI s'est étendu sur les troubles que l'adénoïdisme peut causer dans le développement post-natal et, plus spécialement, à l'époque de la puberté. Depuis 1923, les connaissances sur les adénoïdes ont fort progressé en général et particulièrement, sur les relations de ces appareils avec les glandes endocrines. De nombreux auteurs ont insisté sur le déséquilibre hypophysaire, causé par la persistance des végétations adénoïdes chez les adolescents, susceptibles d'influencer leur moral, de retarder leur éclosion sexuelle, de la compromettre même définitivement (ZONDEK et ASCHEIM, STEINACH et KUHN). Cette influence est-elle l'œuvre d'une sécrétion interne du tissu adénoïde, agissant par elle-même ou au travers d'autres éléments du système endocrinien ; ou bien l'hypo-évolutisme sexuel, comme les adénoïdes, exprime-t-il un habitus constitutionnel déterminé ? Les deux hypothèses ne s'excluent pas et c'est à des expériences que BOMPIANI a eu recours pour les solutionner.

Après cette introduction, il fait une revue historique depuis les travaux de SANTORINI sur l'amygdale de LUSCHKA, ceux de MAYER et des auteurs qui ont suivi sur les troubles que cause son hypertrophie et les améliorations de ménorrhagies qui ont suivi les adénoïdectomies. Il expose, ensuite, la question de fonction endocrine attribuée à la troisième amygdale et l'appui que les données anatomiques embryologiques lui ont apporté : parallèle de son évolution avec celle du thymus, relation avec l'hypophyse cérébrale et analogie de structure, interpénétration circulatoire. La clinique et l'anatomie pathologique ont confirmé l'importance de ces travaux : CITELLI signale l'hypersécrétion et l'hyperplasie à l'hypophyse pharyngée chez les adénoïdiens ; LUNGHETTI a trouvé cette hypophyse réduite et mal différenciée chez une fille adénoïdienne dont l'hypophyse centrale était constitue de cordons épithéliaux volumineux ; de CYON a admis des corrélations nerveuses entre le rhinopharynx et l'hypophyse cérébrale. Malgré toutes les corrélations circulatoires, lymphatiques, nerveuses, il n'est cependant pas permis de conclure à une parfaite identité de structure des deux organes. En effet, si certains admettent que l'hypophyse pharyngée naît des ébauches embryonnaires homologues à celles de l'hypophyse cérébrale, d'autres auteurs se sont efforcés de mettre en relief les différences histologiques qui existent entre les deux tissus, d'où ils déduisent une différence de fonction : ces différences consisteraient surtout dans les moindres dimensions des alvéoles pharyngées, la fréquente présence d'une grosse goutte de colloïde dans leur intérieur, la rareté de leurs éosinophiles et surtout de leurs cellules cyanophiles, la présence de gros amas durs, qui sont moins développés et se rencontrent seulement en des conditions déterminées dans l'hypophyse cérébrale, la présence de lacunes emplies de substance homogène.

Les recherches modernes ont mis en évidence les relations entre le tissus hypophysaire et le système génital : dystrophie adiposo-génitale, eunuchoïchisme, action thérapeutique de l'irradiation de l'hypophyse, apparition des cellules chromophobes dans la gestation, des chromophiles dans la ménopause ou après castration, atrophie des glandes sexuelles par destruction de l'hypophyse et action des transplants chez les animaux qui en ont été privés, etc., diagnostic hormonal de la gestation. Si, donc, était démontrée l'identité absolue (ou au moins une véritable capacité de suppléance) entre la préhypophyse et l'hypophyse pharyngée, il serait logique de déduire que l'action de cette dernière sur l'appareil sexuel est identique à celle de la pituitaire.

Mais il n'est pas possible d'assigner une influence prépondérante aux végétations adénoïdes sur le développement du système génital : POPPI, à l'autopsie des adénoïdiens, a constaté une hypertrophie du thymus qui, vu l'âge des sujets, aurait dû n'être plus visible. L'influence du thymus sur les génitoires a été démontré : VALTORTA, par transplants chez de jeunes lapines, a vu se produire la régression, la dégénérescence du tissu folliculaire de l'ovaire ; et SOLI, PENDE, PICHINI, sur des mâles ont observé simultanément une action déprimante sur le tissu germinatif et excitante sur le tissu interstitiel, bourré de lipoïdes ; après castration prépubertaire, le volume du thymus s'accroît notablement au-dessus de la normale (triple chez les chapons, MARASSINI). On comprend quel intérêt rattache ces recherches à la question adénoïde : si l'adénoïdisme est une manifestation partielle de l'état lymphatique, on comprendra facilement que l'hypoplasie génitale des adénoïdiens ne serait pas le fait direct de l'adénoïdisme, mais une manifestation partielle de la constitution lymphatique dont l'adénoïdisme ferait seulement partie.

LOEWENBERG a dit qu'il faut être lymphatique pour devenir adénoïdien, CHEVAL soutient que l'adénoïdisme serait une entité sans rapport avec le lymphatisme.

Au point de vue constitutionnel, OSTINO et GILARDONE, qui rangent les adénoïdiens dans le premier type de GIOVANNI, n'ajoutent guère à l'étiopathogénèse. On sait que, pour certains, le développement du tissu adénoïde et sa régression, passé un certain âge, seraient physiologiques ; pour d'autres, il s'agirait d'un état pathologique héréditaire soit tuberculeux, soit syphilitique, soit causé par une ambiance misérable ; pour d'autres, une manifestation d'arthritisme ou, enfin, d'infantilisme dystrophique.

Quel que soit le terrain, on admet d'autres causes déterminantes : hérédité, maladies infectieuses de l'enfance, syphilis, etc., qui ne constitueraient que des adjuvants révélateurs d'un état patholologique préexistant.

Finalement il est permis de penser qu'adénoïdisme, état thymico-lymphatique, état hypoplastique de BARTEL représentent autant de temps évolutifs de la constitution lymphatique, ce qui faciliterait l'interprétation de la coexistence des divers syndromes de ces états pathologiques ou leur succession dans le temps, observée par quelques auteurs.

Si l'on tient pour vraie cette hypothèse, c'est-à-dire une association morbide surajoutée à une même cause constitutionnelle (par exemple état thymico-lymphatique et adénoïdisme), il serait facile d'interpréter les défauts de développement et anomalies du système génital, par manque, ou tout au moins retard, à l'époque pré ou pubère, d'involution thymique ; le même raisonnement, appliqué à l'hypoplasie représentant une constitution morbide associée au lymphatisme, se rencontrant chez des adénoïdiens, expliquera le défaut de développement

(1) ROBERTO BOMPIANI. — Ricerche sperimentali sul l'influenza del tessuto adenoïdio sullo sviluppo dell'apparato sessuale. Ratti e Cavie. (Recherches expérimentales sur l'influence du tissu adénoïde sur le développement de l'appareil sexuel. Rats et cobayes.) *Endocrinologia e Patologia Costituzionale*. Vol. VII, fascic. III. Rome 1932. (Traduit et résumé par H. VIGNES)

des organes génitaux des sujets qui ont été affectés de végétations.

Les travaux de NEUMAN et ceux de BARTEL sur l'ovaire des thymico-lymphatiques et des hypoplasiques, les caractéristiques de l'infantilisme et parfois d'hétéro-sexualité, ont été confirmés par PENDE et laissent penser à l'altération, en outre des glandes génitales, de tout l'ensemble hormonique, qui régit le développement. On aurait, en effet, constaté chez des adénoïdiens de l'hypo-évolution de l'appareil circulatoire, de l'hématose, du système musculaire. D'autres attribuent à l'adénoïdisme : exophtalmie, strabisme, céphalées rebelles, syndrome de BASEDOW, addisonisme, dyscrasie cutanée, etc... PENDE met en doute qu'il existe là une relation de cause à effet. Mais il juge nocive l'action mécanique des végétations sur les voies respiratoires et il pense que, sur un terrain dégénéré, peuvent germer toutes les affections sus-énoncées. Il rappelle, que, selon EPPINGER et HESS, les adénoïdiens sont des parasympathicotoniques (même après ablation de leurs végétations). Les végétations agissent ou peuvent agir par leurs produits d'échange : c'est-à-dire étant donné leur siège nasopharyngien par les voies afférentes du trijumeau, du vague, du glosso-pharyngien et du sympathique, elles peuvent facilement exciter des stimuli sur les centres encéphalo-médulaires du parasympathique. Pour conclure, il attribue à des phénomènes réflexes les syndromes morbides des adénoïdiens et soutient qu'ils sont dus à la constitution spéciale nerveuse parasympathicotonique, émettant même l'hypothèse que l'adénoïdisme pourrait en être une simple manifestation.

Expériences personnelles. — Les anciennes observations de STOHR, GUILLAUD, KUMMEL, LINDT, BRIEJER et GOERKE conclurent que l'anneau de WALDEYER constituait un système défensif des premières voies aériennes et de l'organisme entier ; FLACH, BRYAN, BECKMANN, HENDERSON, et d'autres ont contesté cette conclusion et en font une porte d'entrée pour les infections. Mais, avec MASINI, TOFFI et MARTINELI, GENTA, LETO et d'autres commence l'ère des expériences sur la fonction supposée endocrine des tonsilles et des adénoïdes par l'étude des effets d'extraits aqueux ou glycérinés sur la pression et la crasse sanguine du lapin.

BOMPIANI a observé, de préférence aux effets immédiats, ceux à distance, ceux obtenus par prolongation de l'expérience sur des animaux impubères ; en notant les modifications macro et microscopiques produites sur l'appareil génital.

Pour chaque série, il a utilisé des animaux de même portée, en conservant les témoins dans les mêmes cages ; il a tenu compte du poids initial et de celui du sujet au moment de l'interruption de l'expérience. Les animaux en expérience, recevaient une injection d'un centimètre cube d'extrait d'adénoïdes chaque jour ; dans une première série, l'expérience fut continuée vingt jours : dans la seconde et la troisième, 36 et 41 jours. Mise à mort par décapitation ou asphyxie au gaz d'éclairage. Les pièces étaient fixées à l'alcool à 70° (si très petits) ou dans le formol, puis lavées et fixées avec la série des alcools (si plus volumineux) ; inclusion dans la paraffine et coloration à l'hématoxyline éosine.

Préparations des extraits : Les fragments d'adénoïde, recueillis sur des fillettes dans une éprouvette placée dans un mélange frigorifique contenu dans un thermos, sont tout d'abord débarassés du sang par lavages dans une solution physiologique ; asséchés sur buvard et pesés, ils sont placés dans un mortier, tenu dans la glace, et triturés avec un mélange de silice pulvérisée et de solution physiologique, dans la proportion pondérale de 4 pour 1 de tissu adénoïde. La bouillie homogène est mise en un matras stérilisé et laissé 24 heures dans le frigo. On décante et filtre à la bougie Berkfeld n° 3. L'extrait, additionné de petits cristaux de thymol, est conservé pendant toute la durée de l'expérience dans le frigo.

Expériences : Elles ont porté, dans une première et deuxième série sur des cobayes ; dans la troisième et quatrième série, sur des rats et souris blanches.

Conclusions et commentaires : Les animaux ont conservé jusqu'à la fin de l'expérience vivacité et appétits normaux. Toutefois, non chez tous mais chez plusieurs, le poids était inférieur à celui des témoins, ce qui est peut-être l'effet d'un effet toxique de l'extrait, qui se manifeste sur certains systèmes, tels les poils. Mais la véritable action porte sur le système lymphatique ; il hypertrophie les ganglions, le plus communément doublés de volume, triplées et, même, quadruplées ; et certains plus que les autres, telles ceux de la bifurcation de l'aorte (surtout les gauches), du cou, de l'aisselle, du sommet du thorax, du hile du poumon, de la bifurcation des artères du rein, du mésentère.

Microscopiquement, on note un accroissement du nombre des corpuscules disposés à la périphérie des glanglions.

Même action sur le thymus et la rate qui détermine un état thymo-lymphatique comparable à celui des humains. A l'examen histologique : structure conservée, lobules plus volumineux, follicules plus gros, mais pas dans les corpuscules de HASSAL, vascularisation, surtout capillaire, accrue. Il en est de même pour la rate : volume et poids augmentés, capsule plus épaisse, accroissement de la pulpe, du nombre des follicules, de leur dimension. Quant à l'appareil génital d'animaux impubères les résultats des expériences ne permettent pas de conclure définitivement. Mais souvent, à un semblant d'inhibition du développement somatique et pondéral sexuel, correspondait une inhibition du développement sexuel : cornes utérines d'une extrême ténuité et ovaires fort hyperhémiés. Sur les mâles : vésicules petites, tortueuses, entortillées sur elles-mêmes, mais, dans la majorité des cas, parfaite activité spermatogénétique. En somme, on peut conclure que l'action des extraits adénoïdes retarde peut-être le développement sexuel des rats impubères sans qu'il soit possible de préjuger une diminution ultérieure de la fonction. Quant aux ovaires, en général, dans les follicules ayant déjà atteint un certain degré d'évolution, on distinguait nettement l'ovule environné des éléments de la granuleuse disposés pour former son disque prolifère. Toutefois constamment le hile était fortement vascularisé, on y remarquait de gros capillaires gorgés de sang. Cette constatation a-t-elle une valeur d'interprétation ? On a parlé d'un effet vaso-paralytique des extraits, nié par d'autres ; on leur a attribué une action hypertensive. Mais il faut tenir compte d'un autre facteur, l'action hypoglycémiante, s'exerçant au travers de l'hypertrophie thymique, laquelle, comme l'ont noté d'autres auteurs, cause une hypofonction des capsules surrénales ; action qui expliquerait indirectement une hypoadrénalinémie, par laquelle tout le système vasculaire resterait hypotone et le sang stagnant dans les vaisseaux dilatés.

Les recherches de BOMPIANI n'ayant pas été poussées du côté des surrénales, ne lui permettent pas d'être confirmatif, mais il lui paraît qu'à ce mécanisme d'action doit être reconnu la part qu'il prend dans le déterminisme de l'hyperhémie des organes internes et spécialement de l'ovaire.

Après quelques lignes sur la complexité et l'engrenage endocrinien, sur l'hypertonie que cause le vague dans l'hypertrophie du thymus, son action freinante sur le développement en général et plus spécialement du système génital, sur le rôle de cette même hypertonie dans l'hypo-évolutisme, le type infantile humain, BOMPIANI se résume ainsi : « Si de notre travail ne se trouve pas prouvé que les adénoïdes peuvent influencer le développement génital, par action inhibitoire sur la spermatogénèse et sur l'ovulation, il en ressort cependant que, chez rats et lapins, dans un certain pourcentage, les expériences ont montré, conjointement à une inhibition du développement général, un retard dans l'évolution génitale, qui s'expliquerait par un état thymico-lymphatique et toutes les altérations qui s'ensuivent, probablement par l'intermédiaire de troubles dans l'équilibre vago-sympathique. »

VARIÉTÉS

Petite Suite au « Crin-crin d'un mire »

de Paul LE GENDRE

I. — Les bulles de savon

Pour l'enfance naïve un jeu toujours nouveau,
C'est de faire dans l'eau de savon, lourde et grise,
Emerger, en soufflant par un mince roseau,
Le ballon cristallin qui se gonfle et s'irise.

Mais, dès qu'il a quitté le bout du chalumeau,
Même s'il est porté par la plus douce brise,
Le globe diaphane et coloré se brise.
Qu'était-ce ? — Du savon, et de l'air, et de l'eau..

Homme, éternel enfant, jusqu'à ton plus vieil âge
Tu te laisses piper, ainsi qu'un étourneau :
L'imagination t'impose son mirage.

Des projets, qui la nuit brillent dans ton cerveau
Et que le jour éteint, comme on souffle un flambeau,
Les bulles de savon sont une exacte image.

II. — Quand notre âme s'émeut, le cœur sonne la cloche

Ton cœur est une cloche, en ta poitrine enclose,
Qui tantôt carillonne et tantôt sonne un glas,
Dont l'agile battant jamais ne s'ankylose,
De heurter sa prison mobile jamais las.

Pourtant ce travailleur, qui jamais ne repose,
Fait sa tâche en silence et tu ne l'entends pas.
Lorsque ton âme est calme, — ou joyeuse ou morose, —
En serviteur discret il étouffe ses pas.

Mais, d'une émotion si ton âme est la proie,
— Anxiété, terreur, subite et forte joie,
Déchirement moral ou choc voluptueux —,

Ton cœur s'y associe, annonce son approche
Et, de l'âme en rumeur écho tumultueux,
Fait trembler tout ton être au branle de sa cloche.

III. — Le contraste du Quattrocento

Gens d'astuce prudente et de brutalité,
Les Toscans bâtissaient des villes-forteresses
Pour se mettre à l'abri des surprises traîtresses ;
On vivait, dague au flanc, dans l'insécurité.

Là florissait pourtant cet art, fait de caresses,
De candeur émouvante et de suavité :
Du naïf Giotto les pieuses tendresses !
N'est-ce pas un contraste étrange, en vérité ?

Déjà les vieux Romains, dans leurs guerres civiles,
Avaient vu, par dégoût de trop d'actions viles,
Les « sages » de Lucrèce et leurs « temples sereins »

Et Virgile opposer à la paix de Tityre
Mélibée en exil, qui gémit son martyre
D'abandonner sa terre aux Vétérans sans freins (1).

(1) On suggère aux confrères de repêcher, en une heure de loisir, dans le tréfond de l'armoire aux vieux bouquins leur Virgile scolaire et de relire la première Eglogue. Ils y retrouveront, je pense, avec plus de plaisir qu'au temps de leurs études ces vers, — qui chantent encore dans la mémoire de quelques octogénaires et même dans celle de notre aimable et vénéré centenaire M. Guéniot ; — depuis :

Tityre, tu patulæ recubans sub tegmine fagi,
Silvestrem tenui musam meditaris avena

un frais Corot, jusqu'à ce mélancolique Daubigny :

Et jam summa procul villarum culmina fumant
Majoresque cadunt altis de montibus umbræ.

Cette reminiscence classique des tristesses de la guerre civile leur fera craindre que, si les poètes de l'avenir peuvent chanter — peut-être — des hymnes aux bienfaits de la paix internationale, ils n'aient toujours à gémir des élégies sur les conséquences des guerres civiles. P. L. G.

IV. — Petite plage bretonne (1890-1930)

En un coin peu connu de la côte bretonne
Nous allions admirer, ma chère femme et moi,
La mer changeante, qui, dans ses heures d'émoi,
Sur de hautains rochers bondit, écume et tonne.

On y trouvait alors des marins pleins de foi
Priant un Saint local vénéré (car il donne
Flot calme et filets pleins). — Quand la pêche était bonne,
Le pêcheur se soûlait, bien plus content qu'un roi.

Sur la plage, l'été, venait un petit monde
Demander en famille aux chlorures de l'onde,
A l'air chargé d'iode un regain de santé.

Mais on n'y voyait pas, sous couleur d'hygiène,
Tant de riches mondains, sans pudeur et sans gêne,
Etaler au soleil laideur et nudité.

V. — Boutade d'un escholier philiâtre de Montpellier, après avoir lu Pantagruel

Quelquefois Hérodote
Radote
Et du divin Platon
Le ton
Peut procurer un somme
A l'homme
Qui n'a que le cerveau
D'un veau
Pour la Métaphysique,
Musique
Rude même au tympan
De Pan.
Quand tu lis Hippocrate,
Ta rate
Peut s'opiler aussi.
Mais, si
Tu lis « Maistre François »,
Reçois
Le ris qui désopile
La bile. (1)
Hume alors le pineau
Nouveau !

(1) Ambroise Paré disait : opilation (obstruction) du foie comme de la rate.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Généralités

Les rapports entre les affections occulaires et la médecine générale ont été mis en relief par les énormes progrès réalisés dans les questions d'étiologie en ophtalmologie.

L'infection dentaire est une cause fréquente de troubles oculaires ; un petit abcès apical est suffisant pour réaliser un foyer d'infection et, quand la dent est enlevée, la vue s'améliore. Il n'y a pas que les dents ; il y a aussi les amygdales, les sinus, la prostate, la vésicule, l'intestin, le sang, dont l'infection ou l'intoxication produisent conjonctivite, blépharite, conjonctivite phlycténulaire, ulcère cornéen, iritis, cyclite, choroïdite, rétinite, etc. Quelques formes de cataractes, de glaucomes et de décollements de la rétine paraissent relever de l'infection focale. Plus même, les toxines, circulant dans le sang, causent de petites hémorragies superficielles. Certains microbes, comme les streptocoques, les staphylocoques, les colibacilles sont responsables d'affections oculaires.

D'autre part l'examen ophtalmoscopique permet de poser des diagnostics de médecine générale. L'oculiste peut dépister ainsi le début de l'artériosclérose avant que tout autre signe ait fait son apparition. Il en est de même pour une tumeur cérébrale.

Les troubles de réfraction, même légers entraînent la migraine oculaire, la dyspepsie, l'insomnie, la lassitude ; aussi faut-il chercher une correction parfaite et déterminer avec précision le cylindre et l'axe convenables.

(Ernest Clarke. The relations between eye disease and general medicine. *Practitioner*, mai 1932.)

Rhumatisme

Deux observations de rhumatisme cérébral hyperpyrétique à marche rapide et à évolution fatale, recueillies à l'hôpital militaire de Rome, prêtent à des considérations théoriques et pratiques.

La forme suraiguë, l'apoplexie rhumatismale de Stoll, est caractérisée par la rapidité foudroyante de sa marche ; une heure s'écoule en moyenne entre l'apparition du délire et la mort.

La forme aiguë coïncide avec l'élévation thermique la plus haute qu'il soit donné d'observer : 4 .° et plus ! Après quelques jours de délire et d'agitation le malade tombe dans le coma.

La forme subaiguë ou chronique, dite aussi folie rhumatismale, est caractérisée par un syndrome neuropsychique : céphalée rebelle, insomnie, irritabilité, tendances lypémaniaques, mutisme et stupeur) qui va de la présence d'un ou de plusieurs de ces éléments jusqu'à l'apparition d'une manie aiguë avec délire et hallucinations ; ces troubles peuvent guérir en quelques semaines ou en quelques mois ou même persister indéfiniment.

Le mécanisme des accidents cérébraux a été expliqué de différentes façons ; la théorie de l'infection focale et la théorie anaphylactiques, bien que séduisantes, sont insuffisantes pour éclairer la question.

La médication salicylée a marquée le déclin du rhumatisme cérébral ; le délire salicylé n'est qu'un signe d'intolérance.

Le salicylate de soude en injection intraveineuse est indiqué pour obtenir la résolution des phénomènes cérébraux ; la dose est de deux grammes en solution glucosée

(Lieutenant-colonel médecin Virginio De Bernardinis, Due cas di reumatismo cerebrale iperpiretico a decorso acutissimo. *Giornale di Medicina Militare*, avril 1932.)

Circulation

Deux cas de thrombo-phlébite oblitérante ont été observés à l'hôpital général de Malmœ, l'un chez un charcutier de 25 ans, l'autre chez un électricien de 40 ans.

Au point de vue du diagnostic il faut faire une distinction entre les maladies organiques et les troubles vaso-moteurs. Au premier groupe appartiennent l'endartérite oblitérante à étiologie connue (syphilis, diabète, etc.), la thrombose et la thrombophlébite, au second groupe la maladie de Raynaud, l'acrocyanose, l'acroasphyxie et l'acroparesthésie. Dans les cas douteux une incision exploratrice, suivie d'un examen microscopique, permet d'aboutir au diagnostic, particulièrement dans le cas où seules les veines superficielles sont touchées par la maladie.

Les traitements sont nombreux. La chaleur, les bains, la lumière, la diathermie, le massage donnent une certaine amélioration. Le vaccin antityphoïdique à doses croissantes agit sur la douleur. La méthode de Silbert consiste en injections intraveineuses de solution de chlorure de sodium à 50 ‰ ; on commence par 150 c.c. et on atteint 300 c.c. ; on pratique trois injections par semaine pendant deux mois. On a préconisé aussi l'insuline et le néosalvarsan.

L'amputation reste la dernière ressource.

Dans les deux cas en question, où l'affection était localisée aux veines des extrémités inférieures, le traitement consista en repos au lit, injections de salvarsan, extirpation des veines facilement accessibles et médication générale tonique.

Les malades ont été débarrassés de leurs troubles pendant une quinzaine de mois et ont travaillé normalement. Le premier présenta par la suite une petite zone douloureuse du pied droit et le second une ulcération du pied gauche, qui disparut après cinq semaines d'alitement.

(Albert Ahlberg. Trombo-Angitis Obliterans (Buerger). *Acta Chirurgica Scandinavica*, 4 avril 1932.)

Tube digestif

Le diagnostic de ptose gastrique, qui assure la sécurité du médecin et la satisfaction du malade, ne doit être posé qu'après un interrogatoire minutieux, une exploration clinique complète et un examen radiologique systématique.

La ptose gastrique renferme plusieurs éléments extrêmement différents : la dolichogastrie, estomac long normal qu'on trouve chez les longilignes ; la ptose proprement dite, ou chute des points fixes de l'estomac ; l'atonie, en réalité capitale, qui a, pour causes fonctionnelles, les troubles glandulaires ou nerveux, la tuberculose pulmonaire et, pour causes organiques, l'inanition sous toutes ses formes et surtout les dyspepsies.

250 malades, des femmes surtout, se sont présentés à l'hôpital d'Ixelles ou au cabinet d'un des auteurs, avec un diagnostic tout fait de ptose gastrique et une ceinture, qui leur avait apporté ou un médiocre soulagement ou une aggravation de leur mal.

Sur 153 consultants d'hôpital, on n'a pas été une seule fois autorisé à poser de façon ferme le diagnostic de ptose gastrique vraie, sur la constatation d'une dyspepsie hyposthénique soulagée par décubitus.

Sur 97 consultants de cabinet, on a été une seule fois en présence d'un cas de gastroptose ; encore l'existence d'un point vésiculaire appelait-elle certaines réserves.

La ptose gastrique serait-elle une affection rare ?

(Massion et Moulaert. La ptose gastrique, affection rare ? *Scalpel*, 4 juin 1932.)

Aphorismes

Il ne peut exister de thérapeutique rationnelle qui ne soit fondée sur les notions physiologiques de l'état morbide à combattre (Praxiteles Piccinini, de Milan).

Tous ceux qui ont suivi attentivement l'évolution de la science immunologique restent convaincus qu'il existe — en dehors des deux facteurs clasiques, phagocytes et anticorps — un *tertium quid*, jusqu'à présent mal compris (F. P. Gay, de New-York.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 octobre 1932

A propos de la déclaration des maladies contagieuses. — ***MM. Loir*** et ***Daniel***. — La loi de 1902 nous donne, malgré ses imperfections, le moyen de lutter contre les maladies infectieuses qui sont déclarables. L'administration municipale est chargée d'assurer l'exécution de la désinfection et c'est une des grandes préoccupations de l'administrateur nouvellement élu que d'aider le Bureau d'hygiène dans son action à ce sujet.

Cette entente entre l'Administration et le Bureau d'hygiène est de tradition au Havre depuis l'époque de Jules Siegfried et du Docteur Gibert. Pour arriver à faire exécuter la loi, la collaboration du Corps médical est absolument nécessaire. Malheureusement, depuis quelque temps, sous prétexte de respecter le secret professionnel, les médecins s'abstiennent de faire les déclarations des maladies contagieuses.

Cependant au Havre le bureau du Syndicat a publié un appel invitant les médecins à faciliter la tâche du Bureau d'hygiène.

En le rappelant, M. Loir demande à l'Académie de prendre en considération le vœu suivant :

« Qu'il soit rappelé aux médecins que la loi les oblige à faire la déclaration des maladies contagieuses. Cette déclaration est indispensable pour permettre aux Services d'hygiène d'avoir des données pour établir les statistiques et procéder aux enquêtes épidémiologiques base de toute prophylaxie. »

Pouvoir bactéricide des urines chez les tuberculeux. Action des sels d'or. — ***M. Paul Courmont.***

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Asthme infantile et végétations adénoïdes. — Dans l'asthme infantile, les épines irritatives siègent d'habitude au niveau des voies respiratoires supérieures (ethmoïde, cloison, cornets, rhino-pharynx, amygdales) ; les végétations adénoïdes constituent l'une des plus fréquentes de ces épines. Certains pédiatres prétendent à tort que l'extirpation des végétations ne guérit jamais l'asthme. Il est bien certain que les athmatiques qui ont des végétations ne sont pas tous guéris ou améliorés par l'adénectomie ; mais il est indéniable qu'un certain nombre le sont. L'auteur en rapporte plusieurs observations, dont une particulièrement démonstrative, où la guérison dura onze ans : une récidive de l'asthme, coïncidant avec une réapparition des végétations, a été enrayée depuis sept mois par une nouvelle ablation de celles-ci.

(Rendu, de Lyon. *Congrès intern. de l'asthme*, juin 1932.)


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium
dissimulé et
stabilisé
25

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

L'enseignement du Professeur Fournier. — *Le* JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (5 *septembre* 1932) *publie l'allocution prononcée par le Prof. Nicolas à l'occasion de la célébration du centenaire d'Alfred Fournier.* En voici un extrait :

... « Fournier aimait ses élèves, ceux-ci à leur tour l'aimaient et l'admiraient. Ses rapports avec eux étaient cordiaux, sans familiarité excessive, même lorsqu'il les recevait chez lui, ce qui était fréquent ; ils étaient aimables, mais un peu distants dans le service.

« D'une grande dignité d'allure, toujours habillé de la redingote noire, coiffé du chapeau haut de forme, n'admettant pour un médecin aucune négligence de tenue. Fournier, arrivant à l'hôpital, se rendait à la salle des médecins où ses élèves allaient l'attendre. Là il revêtait une autre redingote, un peu usagée, ceignait ses reins d'un tablier blanc, et la calotte sur la tête, flanqué de son chef de clinique et de son interne, il gagnait son service en s'enquerrant chemin faisant des incidents marquants survenus depuis la veille. S'en rapportant généralement à son chef de clinique pour l'ensemble des soins à donner aux malades, la tournée dans les salles était assez rapide. Fournier n'examinait lui-même que les cas difficiles ou exceptionnels, ou encore ceux sur lesquels il se proposait de faire une leçon.

« L'enseignement était sa grande préoccupation. Il faisait deux leçons par semaine.

« Les leçons du mardi, données à la policlinique sur des malades présentés par le chef de clinique et examinés extemporanément, illustrées de nombreuses photographies, avaient un caractère essentiellement pratique, et étaient consacrées au diagnostic et au traitement des cas observés. Fournier excellait dans ces leçons familières qui réunissaient toujours un très nombreux auditoire.

« Les leçons magistrales du vendredi, faites dans l'amphithéâtre de la clinique, avaient une toute autre allure et se passaient toujours avec le même cérémonial. Ses principaux élèves devaient toujours l'entourer. Il commençait son cours, son chef de clinique et son chef de clinique adjoint à sa droite, ses chefs de laboratoire à sa gauche, son interne et ses externes groupés autour de sa table.

« Fournier avait l'art de *dire* sa leçon, sans la moindre apparence de lecture. Un coup d'œil jeté de temps en temps sur ses pages, aux phrases essentielles soulignées de crayon bleu ou rouge, lui suffisait pour jouer l'improvisation. Il s'agissait alors de leçons longuement et minutieusement préparées, par lui-même, sans le secours de personne. Car ce fut une particularité curieuse du caractère de Fournier d'associer ses élèves aussi peu que possible aux recherches qu'il faisait et d'où sont sorties ses plus belles leçons sur la syphilis héréditaire et sur la parasyphilis, tabes, paralysie générale progressive. Lorsque le sujet de la leçon était nouveau ou d'importance, il le laissait ou le faisait parfois publier par un de ses élèves, généralement son chef de clinique, lui confiant le manuscrit auquel il n'y avait d'ailleurs en général rien à changer. Ces leçons lui servaient ensuite avec très peu de modifications pour la publication de ses ouvrages. Ce fut seulement à la fin de sa carrière qu'il confia à quelques-uns de ses élèves le soin de rédiger pour son splendide *Traité de la syphilis* quelques chapitres et particulièrement ceux relatifs à la pathologie interne de cette maladie et à son traitement.

« Si Fournier faisait ainsi très peu appel à la collaboration de ses élèves pour la préparation et la rédaction de ses leçons et de ses publications, il était bien loin de se désintéresser de leurs propres travaux, obligeant ses internes à faire de fréquentes communications à la Société de Dermatologie, les suivant et les guidant dans leurs essais, présentant et préfaçant leurs publications, s'efforçant de les faire récompenser, lorsqu'il les en jugeait dignes.

« Il fut un Maître, animateur, attentif et bienveillant ... »

Autour de la réforme des études médicales. — *Le Docteur Léon Dubar a adressé la lettre suivante au* JOURNAL DES DÉBATS (25 *septembre* 1932) :

Les critiques du Professeur Marfan (*Débats* du 17 août) me semblent s'adresser principalement, sinon uniquement, aux études médicales, et les résultats enregistrés par le Professeur Marfan sont la conséquence fatale du régime absurde auquel sont progressivement soumis nos carabins, depuis quarante ans que la manie de « diriger » s'accuse plus fortement.

Qui dirige ? Des directeurs, dirait La Bruyère. Qui, pourquoi, comment ? Impossible de le savoir ! En tout cas, pour trouver la cause de « l'abaissement progressif de la culture des étudiants en médecine », inutile de remonter à l'enseignement secondaire, « au mode de préparation » antérieur. Si, longtemps en contact avec eux comme professeur et comme examinateur, il a pu suivre les progrès de cette décadence, il a pu remarquer qu'elle est en rapport direct avec la multiplicité des obligations dont on accable de jour en jour ces malheureux étudiants. Des gens à « âme d'éleveurs » en arrivent, sous prétexte de « sélection », à une véritable « bestialisation » de l'étudiant.

Un décret du mois d'août dernier vient encore ajouter à cette surcharge. Ce décret n'autorise pas, vous m'entendez, mais oblige, de quel droit ? Oblige l'étudiant refusé à un examen à recommencer les stages et les travaux pratiques afférents. Or, ceci consiste à lui accorder un travail forcé d'au moins dix heures par jour, sans une minute de répit pour l'étude elle-même, et quel travail ! je vais vous le dire. Voici l'horaire des étudiants que je fréquente : à huit heures, départ ; hôpital, de 9 à 1 heure ; voyage, travaux pratiques, de 2 à 5 heures ; cours, 5 à 7 heures. 1 + 4 + 1 + 3 + 2. Total : 11 heures. Ajouter 4 à 5 heures, à ceux qui préparent l'externat, soit 16 heures par jour. Mettez-vous à ce régime « substantiel » et vous ne serez pas « surpris des certains défaut d'esprit, de mémoires encombrées de notion fragmentaires dont les étudiants n'aperçoivent pas le lien » !

Bachotant pour le bachot, bachotant pour le P. C. N., on les oblige à continuer en médecine ; c'est là qu'est le mal signalé par Marfan. Ces excès abominables durent une grande partie de l'année ; ils ne dureraient que trois mois que ce serait trop. Ironie cruelle, les médecins qui se plaignent et signalent le surmenage y soumettent les leurs à un degré que devait difficilement dépasser l'esclavage. Loin de contraindre à de pareils excès, l'Etat ne devrait pas les tolérer et tout faire pour les rendre inopérants.

Stages et travaux pratiques. — Il n'est pas question de discuter l'utilité des stages ou travaux pratiques ; c'est leur obligation qui est contestable. Pour les maîtres, l'obligation a simplement supprimé la nécessité de bien faire, puisque assurés d'avoir des élèves de toute façon. Pour les élèves, pourquoi obliger un homme fait à se rendre à l'hôpital s'il se sent envie de ne rien faire ? Pour se trouver dans une salle d'hôpital avec 122 autres élèves : 90 Français, 22 femmes, 20 étrangers.

On peut mieux perdre son temps ailleurs qu'à des travaux pratiques ou on est cinq à tourner en rond autour d'un microscope ; c'était ainsi en 1920, et cela n'a pu qu'empirer. Et la médecine opératoire, quand le manque de cadavres permet à une dizaine d'élèves de voir exécuter à distance un exercice banal. Des malingres, des pauvres, de ceux qui voudraient changer de carrière, des médecins de campagne, qu'en faites-vous ? Avec les exigences antérieures, un malingre avait déjà beaucoup de peine à devenir médecin ; il fallait être robuste pour remplir les obligations dont vous avez ci-dessus un aperçu ; on citait et comptait les écoles où il leur était encore possible de résister. Ce ne serait dorénavant plus possible.

Les pauvres, ceux qui sont obligés de travailler pour trouver quelques ressources, est-il humain d'augmenter les difficultés qu'ils ont à vaincre ? Pour ceux qui voudraient changer de carrière où trouveront-ils le temps de s'y préparer ? Vous voulez les cantonner de force ? Décidément, l'idée de justice s'oblitère, l'idée d'une force souveraine maîtresse de l'homme tout entier au nom de l'Etat lui fait place. Nous sommes en recul sur le siècle de Louis XIV. On a déjà tort d'immobiliser dans les grands centres pendant des années des futurs médecins qui ne sont pas destinés à y vivre ; pourquoi augmenter le mal ? On se plaint de la dépopulation des campagnes ; pourquoi supprimer aux médecins isolés ce moyen de trouver des aides et des remplaçants ?

On ne dispose bien que de soi-même et encore c'est difficile. Pourquoi augmenter encore cette difficulté ?

Le temps des études doit être un temps de repos et de loisir, un paradis dans l'enfer de l'existence. S'il ne doit pas trop durer, ce n'est pas une raison pour le transformer en une période de bagne !

Pour les médecins, il en faut de toutes sortes, des traditionalistes, des futuristes, des artistes, des gréco-latins, des mathématiciens, des chimistes, des physiciens, des botanistes, des géologues ; la folie est de vouloir en trouver un seul ayant toutes qualités. La jument de Roland n'a pas été retrouvée. Vauvenargues a dit : « Il ne faut pas juger des hommes parce qu'ils ignorent, mais par ce qu'ils savent et par la manière dont ils le savent. » Il avait prévu notre débauche d'examens.

En résumé, j'admets la supériorité des gréco-latins ; comme on a surchargé leur programme à plaisir, par compensation qu'on les dispense du P. C. N. pour la médecine, mais pas pour la philosophie ; ce sera un pas de fait contre l'uniformité, la « standardisation ».

Quant à ceux qui, pal maheur, ont échoué aux examens, qu'on les laisse tranquilles, en tout cas juges eux-mêmes de ce qu'ils ont à faire.

On apprend comme on peut, il le faut bien, il est difficile, sinon impossible d'enseigner. Pourquoi contraindre des étudiants à subir un enseignement qui ne leur convient pas, qui leur a fait perdre trop de temps ?

Pour bien faire, qu'on annule le décret du mois d'août 1932 qu'on a bien voulu promulguer en leur faveur !

Le Docteur Marfan, à qui cette lettre a été communiquée, écrit à son tour :

Monsieur le Directeur,

Vous me communiquez une lettre et une note que vous a adressées M. le Docteur Léon Dubar au sujet de mon article sur *Les humanités gréco-latines et les études médicales*, paru dans le *Journal des Débats* du 16 août 1932.

Si j'ai bien compris M. Dubar, il reconnaît que la culture des étudiants en médecine s'est progressivement abaissée et que la suppression des humanités gréco-latines a contribué à cette décadence. Mais il avance que la principale cause de celle-ci est la multiplicité des matières enseignées à la Faculté de médecine et la manière dont elles le sont.

Certaines de ses critiques sont fondées, particulièrement celles qui ont trait au trop grand nombre des étudiants. Mais je n'ai pas voulu aborder ce sujet. Systématiquement, volontairement, je me suis abstenu dans mon article de toucher à la question de l'organisation de l'enseignement de la médecine, de même que, de parti pris, j'ai laissé de côté celle, si controversée, du P. C. N.

Pour réformer sérieusement les études médicales, il faut, je crois, procéder par étapes successives et ne pas essayer de les franchir toutes à la fois. Il faut d'abord se préoccuper de la préparation et du recrutement des futurs étudiants en médecine. C'est pourquoi j'ai limité mon étude à la question des humanités gréco-latines et à leurs rapports avec les études médicales. C'est

la première à résoudre et non la moins importante. Sa solution aurait l'avantage de faciliter celle du P. C. N. et celle de l'encombrement des Facultés de médecine.

D'ailleurs, si je ne m'abuse, la question des humanités gréco-latines dépasse et de beaucoup la préparation aux études médicales.

En tout cas, la note de M. Dubar, ne change rien aux faits et aux remarques exposés dans mon article.

Histoires vraies. — *Extrait des* SOUVENIRS D'UN MÉDECIN DE CAMPAGNE (*Docteur Charles Fiessinger.* CANDIDE, 22 *septembre* 1932.)

...Le regretté professeur R..., si aimé de ses malades, si bon, si dévoué si scrupuleux et quelque peu timide, conta l'histoire suivante à mon ami, un jour qu'ils dînaient ensemble. Mandé d'urgence vers onze heures du soir, il trouvait la maîtresse de maison, une femme de la société, atteinte d'une hémorragie grave. Elle perdait connaissance et son pouls était misérable. Après avoir formulé les conseils nécessaires, il prit congé et trouva, à la sortie, la femme de chambre qui lui remettait son haut de forme. « Excusez-moi, fit-elle à voix basse. Monsieur ne sait rien. Alors, j'ai mis le fœtus dans votre chapeau ». Et elle disparut en courant. Voilà le professeur R... seul dans le vestibule, tenant à la main son chapeau, dans lequel était déposé un paquet enveloppé de linges mouillés et tachés de sang. Que faire ? Aller chez le commissaire de police ? Sans doute. Mais le haut de forme, on ne pouvait s'en couvrir et le fœtus, on ne pouvait le porter à la main. Très ennuyé le professeur R... descendit les escaliers et demanda le cordon, son couvre-chef à hauteur de la poitrine. Heureusement, c'était la nuit et la concierge dormait. Il se demandait comment il allait conter la chose au commissaire et décida que tout d'abord il lui présenterait l'objet. « Monsieur le Commissaire, annonça-t-il, voici. C'est un fœtus et je suis lié par le secret professionnel ». Il sortit le paquet. Le magistrat écoutait ahuri et les paupières battantes. Il avait pris l'objet, le débarrassa de sa serviette, considérait ce rudiment d'être humain à la grosse tête et aux membres grêles, relevait le front et semblait interroger le docteur. Quelle conduite tenir ? « Vous le ferez enterrer demain », conseilla le professeur R... et il donna son nom et son adresse, laissant le commissaire perplexe, les bras écartés et les doigts gluants.

. . . .

Vers 1835, il y a près d'un siècle, la médecine légale était enseignée à Strasbourg, par le professeur L... Le père de mon ami, étudiant à la Faculté de médecine, suivait ses cours et prenait soigneusement des notes. Or, voici ce que disiait le savant maître : « La grossesse se prolonge maintes fois au-delà des limites prévues par la loi ».

Et il citait son exemple. Parti pendant dix mois pour étudier l'enseignement de la médecine légale dans les grands centres de Facultés à sa rentrée, à Strasbourg, il eut la joie de devenir père. Son absence s'était prolongée près de trois cents jours et une semaine après, le trois cent quatrième jour, Mme L... mettait au monde un gros garçon. Ce que le candide professeur ne savait pas, c'est que Mme L... ne brillait pas par l'éclat de sa vertu. Toute la ville de Strasbourg était au courant de ses fredaines et chacun de s'en amuser. Mais le professeur avait confiance en sa femme, au moins autant que dans la rigueur des affirmations qu'il énonçait devant ses élèves. Un fils au bout de trois cent quatre jours ! Quel triomphe pour ses idées ! Il en écrivit à ses collègues. Un tel exemple ne laissait aucun doute. Il fallait faire réformer la loi. Le chiffre de 304 jours paraissait toutefois exceptionnel. Les collègues sourirent entre eux et le terme de trois cents jours fut adopté.

« On racontait pendant la guerre l'anecdote suivante : deux médecins, l'un Français, l'autre Américain, échangent leurs vues ; le Français fait remarquer que les chirurgiens américains lui paraissent insuffisants en nombre : « Oh ! ne vous inquiétez pas, répond l'Américain, on est en train d'en former 1.000 en Amérique ; ils arriveront par le prochain bateau ». Ce n'est évidemment pas ainsi que les médecins français comprennent la formation chirurgicale. » (Professeur Léon IMBERT. *Sur la réforme des Etudes médicales,* GAZETTE DES HÔPITAUX, 17 août 1932.)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

Fondé en 1873. — N° 43 LE NUMÉRO : 50 Centimes 22 OCTOBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Concours de l'internat. — Répartition des jurys :

Anatomie. — MM. Welti, Poulain et Huet.

Pathologie médicale. — MM. Weissmann, Paraf et Debray.

Pathologie chirurgicale. — MM. Leibovici, Digonnet et Sénèque.

Composition écrite. — *Anatomie.* — Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Muscle psoas iliaque. Ses insertions, sa gaine, ses rapports dans la gaine à l'exclusion des autres. Son innervation. Sa physiologie. »

Questions restées dans l'urne : « Glande sous-maxillaire et son canal excréteur (sans l'histologie, sans la physiologie). — Nerf cubital et ses branches à partir de la gouttière épitrochléo-olécranienne inclusivement (sans la physiologie). »

Pathologie médicale. — Séance du 12 octobre. — Question donnée : « Symptômes, évolution et diagnostic de l'endocardite rhumatismale ».

Questions restées dans l'urne : « Symptômes et diagnostic des cancers du foie. — Formes cliniques de la poliomyélite antérieure aiguë de l'enfant (sans le diagnostic différentiel ni le traitement) »

Pathologie chirurgicale. — Séance du 13 octobre. — Question donnée : « Formes cliniques des cancers du sein. Leurs diagnostics, leurs indications thérapeutiques ».

Questions restées dans l'urne : «Synmptômes, diagnostic et traitement des luxations antéro-internes récentes de l'épaule. — Symptômes et diagnostic du cancer du testicule ».

Association française de chirurgie. — L'assemblée a arrêté les questions mises à l'ordre du jour pour le Congrès de 1933, et elle a désigné provisoirement les rapporteurs :

1° *Chirurgie des parathyroïdes.* — MM. Velti (Paris) et Jung (Strasbourg).

2° *Traitement chirurgical des hémorragies foudroyantes gastroduodenales d'origine ulcéreuse.* — MM. Wilmoth (Paris) et Papin (Bordeaux).

3° *Traitement des fractures de la base du crâne (coup de feu excepté).* — MM. Lenormant ou Païtre (Paris) et Wertheimer (Lyon).

Une faculté de médecine pour les missionnaires. — Le *Temps* a signalé ce printemps, qu'au cours de la « visite sacrée » imposée par Pie XI à tous les collèges, églises et instituts religieux de la Ville éternelle, un couvent de sœurs espagnoles, sur le Monte-Mario, connu par le luxe de son intérieur et dont le budget nécessitait des sommes considérables, avait été sévèrement jugé.

Les journaux italiens annoncent que le couvent a finalement été offert au pape par les sœurs espagnoles. Pie XI a décidé de destiner ce vaste édifice à une faculté de médecine qui dépendra de l'Université catholique de Milan, qui est sous le contrôle de l'Etat.

La nouvelle faculté servira à l'étude de la médecine pour les missionnaires.

Service de Santé. — *Mutations.* — Le médecin colonel Fayet, de la section technique du service de santé, affecté à l'état-major de la région de Paris.

Le médecin lieutenant-colonel Lambert des Cilleuls, de l'hôpital militaire de Belfort, à la section technique du service de santé, Paris.

Le médecin commandant Cier, de l'hôpital militaire de Rennes, à l'hôpital annexe du camp de Coëtquidan.

Les médecins capitaines : Vandembeusche, du 2e chasseurs à pied, à l'hôpital militaire de Belfort ; de Casaban, du 18e d'infanterie, au centre d'instruction physique de Dinard ; Lafforgue, du 31e d'infanterie, au centre de perfectionnement des sous-officiers de carrière d'infanterie à Granville.

Les médecins lieutenants : Alléhaut, du 19e corps d'armée, aux troupes de Tunisie ; Deumié, des salles militaires de l'hospice mixte de Pau, au 18e d'infanterie, à Pau ; Barbier, des salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens, au 51e d'infanterie, à Amiens.

Le médecin général Malaspina, adjoint au directeur du service de santé au ministère de la Guerre, est nommé directeur du service de santé de la 3e région, à Rouen.

Est promu : Au grade de médecin général : le médecin colonel Courvoisier, directeur du service de santé de la 7e région, à Besançon.

Clinique médicale propédeutique de la Charité (Professeur Emile SERGENT.) — Le cours de perfectionnement sur l'Exploration radiologique de l'appareil respiratoire commencera le lundi 5 décembre, à 9 h. 1/2, et se terminera le samedi 10.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1932-33, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boul. Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE PREMIER TRIMESTRE 1932-1933. —

6 novembre, M. PASTEUR VALLERY-RADOT, médecin des hôpitaux : La néphrose lipoïdique est-elle une entité morbide ? — 13 novembre, M. SIREDEY, médecin honoraire des hôpitaux : traitement du cancer du col utérin. — 20 novembre, M. Etienne BERNARD, médecin des hôpitaux : la part nerveuse de l'asthme et son traitement. — 27 novembre, M. A. TZANCK, médecin des hôpitaux : Biophylaxie, son importance au point de vue thérapeutique. — 4 décembre, M. ABRAMI, médecin de l'hôpital de la Charité : Mécanisme de la crise d'asthme. — 11 décembre, M. LESNÉ, médecin des hôpitaux : Le diabète sucré chez l'enfant. — 18 décembre, M. J. RAMADIER, octo-rhino-laryngologiste des hôpitaux : Traitement du vertige.

Programme des cours de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux pour l'année scolaire 1932-1933 (*avec indications des opérations répétées sur le cadavre*). — 1. Du 14 novembre au 24 novembre 1932 : Chirurgie de la tête et du cou, chirurgie nerveuse. — 2. Du 5 décembre au 15 décembre 1932 : Chirurgie pratique courante. — 3. Du 9 janvier au 19 janvier 1933 : Chirurgie du membre supérieur. — 4. Du 23 janvier au 2 février 1933 : Chirurgie du membre inférieur. — 5. Du 6 février au 16 février 1933 : Chirurgie du thorax et du rachis, chirurgie orthopédique. — 6. Du 20 février au 1er mars 1933 : Chirurgie gynécologique. — 7. Du 13 mars au 24 mars 1933 : Chirurgie du tube digestif. — 8. Du 26 avril au 4 mai 1933 : Chirurgie des annexes du tube digestif. — 9. Du 15 mai au 23 mai 1933 : Chirurgie des voies urinaires. — 10. Du lundi 17 octobre au samedi 29 octobre 1932 : Chirurgie oto-rhino-laryngologique. — 11. Du lundi 9 janvier au 19 janvier 1933 et fin juin 1933 : Chirurgie ophtalmologique.

Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture de chaque cours. Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscriptions s'élève au moins à six.

Conférences de technique chirurgicale : en dehors des cours des prosecteurs, suivis de répétitions sur le cadavre par les auditeurs, des conférences seront faites par des médecins et des chirurgiens des hôpitaux. Les dates et les sujets seront annoncés par voie d'affiche et dans les journaux médicaux.

Dès maintenant, les conférences suivantes sont annoncées : MM. PROUST et MAURER : Chirurgie de la tuberculose pulmonaire. — M. MATHIEU : Chirurgie orthopédique. — M. HEITZ-BOYER : Chirurgie urinaire.

A l'Ecole d'application de médecine et pharmacie de Marseille. — M. Gratien Candace, sous-secrétaire d'Etat aux colonies a, en présence de MM. Bailly et Setel, donateurs, du Docteur Boyé, inspecteur général du Service de santé au ministère des Colonies, du général Verdier, directeur des troupes coloniales au ministère de la Guerre, remis aux élèves sortants en tête des promotions de médecine et de pharmacie militaire de l'Ecole d'application de Marseille, les prix qui leur étaient offerts.

M. Gratien Candace a félicité les lauréats en insistant sur l'importance de leur future tâche, tâche primordiale aux colonies, où la politique sanitaire que nous poursuivons témoigne de notre nécessaire et bienveillante sollicitude pour les populations indigènes. M. Candace a, d'autre part remercié MM. Bailly et Setel de la collaboration que par leur geste ils apportent au ministère des Colonies en récompensant ceux qui veulent être les meilleurs artisans de la colonisation française d'outre-mer.

Cours pratique d'actinothérapie. — Un cours pratique d'actinothérapie s'ouvrira à l'Institut d'actinologie le 14 novembre, à 17 heures, 6, passage Dombasle (223-225, rue de la Convention, métro Convention).

Ce cours est réservé aux médecins et étudiants en médecine. Les auditeurs pourront assister aux consultations et aux traitements.

Il comportera dix leçons : Lundi 14 novembre, 17 heures, SAIDMAN : Généralités sur les radiations. Choix des lampes dans la pratique ; 18 heures, SAIDMAN : La sensitométrie. Choix des doses. Sensibilité et sensibilisation. — Mercredi 16 novembre, 17 heures, KRAINIK : Médecine générale et endocrinologie ; 18 heures, Jean MEYER : La photothérapie dermatologique. — Vendredi 18 novembre, 17 heures, MAUTMANN : Pédiatrie ; 18 heures, Jean MEYER : La photothérapie dans la tuberculose. — Lundi 21 novembre, 17 heures, SAIDMAN : La photothérapie des rhumatismes et névralgies ; 18 heures : AUZIMOUR : Oto-rhino-laryngologie ; Mlle PALISSE : Gynécologie ; DUFOUGERE : Stomatologie. — Mercredi 23 novembre, 17 heures, SAIDMAN : Infra-rouges ; 18 heures, Jean MEYER : Polyradiothérapie. Association aux ondes courtes.

On est prié de s'inscrire au secrétariat de l'Institut d'actinologie. Le droit à verser est de 150 francs. Un certificat sera délivré aux auditeurs qui auront suivi tous les cours.

Chaire de thérapeutique (Professeur : M. Maurice LOEPER.) — 1° *Cours de thérapeutique* : M. le Professeur Maurice LOEPER commencera son cours le jeudi 10 novembre 1932, à 17 heures (Grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure et au même amphithéâtre.

SUJET : Médications et médicaments de l'appareil digestif et de la nutrition.

2° *Conférences de thérapeutique* : M. le Docteur P. HARVIER, agrégé, fera ses conférences les lundis, mercredis et vendredis, à partir du lundi 14 novembre 1932, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

SUJET : Les grandes médications cardiovasculaires, rénales, pulmonaires et infectieuses.

Des cours complémentaires sur les sujets thérapeutiques d'actualité et sur la physiothérapie, auront lieu les vendredis et samedis en décembre, janvier et février.

Des affiches ultérieures en indiqueront le programme détaillé

Hôpital Broca (Services des Docteurs TZANCK et WEISSENBACH.) — Avec le concours des Docteurs CIVATTE, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint-Louis ; FERNET, médecin de Saint-Lazare ; BASCH, médecin des hôpitaux ; BORDIER, EDWIN SIDI, assistants à l'hôpital Broca ; MARTINEAU et Mlle DOBKEWITCH, chefs de laboratoire à l'hôpital Broca ; MM. A. DREYFUS, M. CORD et LE CHARTRE.

Leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie du 3 novembre au 2 décembre 1932.

PROGRAMME. — 3 novembre, M. TZANCK : Classification dermatologique et lésions élémentaires. — 4 novembre, M. A. DREYFUS : Anatomie normale et pathologique de la peau. —

5 novembre, M. Tzanck : Erythèmes et érythrodermies. — 7 novembre, M. M. Cord : Taches rouges et squameuses. Kératodermies. Kératoses folliculaires. — 8 novembre, M. Tzanck : Les séroses (eczéma, urticaire, etc.). Notions des intolérances cutanées. Les prurigos. — 9 novembre, M. Tzanck : Les cytoses résolutives (papules, végétations). — 10 novembre, M. Tzanck : Les cytoses nécrosantes (tubercules, gommes, ulcères, cicatrices). — 12 novembre, M. Le Chartre : Thérapeutique dermatologique. — 14 novembre, M. E. Sidi : Les dystrophies cutanées. — 15 novembre, M. Civatte : Tumeurs malignes. — 16 novembre, M. Tzanck : Les pyodermites. — 17 novembre, M. Basch : Parasites (gale, phtiriase). Mycoses cutanées.— 18 novembre, M. Fernet : Tuberculoses cutanées, lupus, tuberculides. — 19 novembre, M. Basch : Chancre mou. Poradénolymphite. — 21 novembre, M. Weissenbach : Syphilis (généralités). Syphilis primaire. — 22 novembre, M. Basch : Syphilis secondaire. — 23 novembre, M. Fernet : Syphilis tertiaire. — 24 novembre, M. Basch : Syphilis viscérale tardive. — 25 novembre, M. Fernet : Syphilis héréditaire. — 26 novembre, M. Weissenbach : Les médicaments de la syphilis. — 28 novembre, M. Weissenbach : Conduite du traitement de la syphilis. — 29 novembre, Mlle Dobkewitch : Maladies du cuir chevelu. Maladies des ongles. — 30 novembre, M. Bordier : Blennorragie aiguë. — 1er décembre, M. Bordier : Blennorragie chronique. — 2 décembre, M. Martineau : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 10 h. 30 et permet d'assister, à partir de 9 heures, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 francs. S'inscrire auprès du Docteur Martineau, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe). Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

Conférences d'ophtalmologie pratique. — MM. les Docteurs A. Terson et H. Joseph commenceront le jeudi 17 novembre, à 17 heures, à la Clinique du Docteur Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, une suite d'*Entretiens cliniques et thérapeutiques* pour les praticiens non spécialisés.

Examen, diagnostic, pronostic et traitement, immédiat ou d'attente, des principales maladies des yeux.

Traitement d'urgence des blessures, brûlures, corps étrangers de l'œil et des annexes.

Collyres et remèdes nécessaires, utiles ou dangereux, dans les injections oculaires et dans les glaucomes.

Importance du diagnostic ophtalmologique pour la médecine et la chirurgie.

Assimilation des maladies des yeux et rapports avec celles de l'organisme : adaptation du traitement général. Notions sur la chirurgie oculaire actuelle et ses résultats.

Défauts optiques : myopes, hypermétropes, astigmates. Lunettes. Appareils modernes pour les mauvaises acuités visuelles. Strabisme. Paralysies. Diplopie : diagnostic et traitement.

Les maladies des yeux chez les enfants : traitement et préservation.

Ces conférences, gratuites, auront lieu les mardis et jeudis, à 17 heures.

Les auditeurs pourront poser les questions ophtalmologiques qui les intéressent.

Démonstration pratique de radiodiagnostic. — Le samedi 5 novembre et les samedis suivants, à 11 heures, au Laboratoire central d'électro-radiologie de l'hôpital Beaujon, MM. Aubourg, chef de laboratoire, Porcher, chef-adjoint de laboratoire, Mignon, Gauillard et Surmont, assistants, feront une conférence de radiologie clinique sur des affections de pratique courante : présentation de malades, histoire clinique, diagnostic radiologique différentiel.

Ces conférences seront suivies, à 11 h. 30, de la présentation de clichés intéressants de la semaine.

5 novembre, M. Aubourg, : Arthrite chronique de l'épaule. — 12 novembre, M. Surmont : Rétrécissement mitral. — 19 novembre, M. Porcher : Occlusion du grêle. — 26 novembre, M. Gauillard : Ulcère peptique après gastro-entéro-anastomose. — 3 décembre, M. Porcher : Fistules du tube digestif. — 10 décembre, M. Aubourg : Hyperpneumocolie. — 17 décembre, M. Mignon : Forme thoracique d'une maladie de Hodgkin. — 7 janvier, M. Porcher : Localisation d'un corps étranger par la méthode de Hirtz. — 14 janvier, M. Mignon : Début d'une tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — 21 janvier, M. Gauillard Sinusite frontale. — 28 janvier, M. Surmont : Fibrome utérin (lipiododiagnostic).

Association française d'urologie. — Au cours de son assemblée générale, l'Association a décerné le prix Taesch (7.500 francs) à M. Contiadès, interne des hôpitaux de Paris.

Nécrologie. — Docteur Edmond Chevalier, de Mouchard (Jura), décédé à l'âge de 32 ans. — Docteur Cole, décédé à l'âge de 82 ans. — Docteur Aimé-Charles Dubois, de Langres. — Docteur Le Becq, de Pornichet (Loire-Inférieure). — Docteur Maurice Lalisse, de Lille, ophtalmologiste, frère du Docteur Lalisse, de Denain. — Docteur Pierre Legrain, de Paris, 3, boulevard Delessert (XVIe), décédé dans sa 45e année. — Docteur Maurice Moussaud, de Cuise-la-Motte (Oise), décédé dans sa 54e année. — Docteur Paul Pennel, de Paris, 7, rue Sfax (XVIe). — Docteur Camille Spire, de Paris, 34, rue de la Victoire (IXe), médecin colonel en retraite.

TRAVAUX ORIGINAUX

La carburothérapie

Par J. LAFONT (Clermont-Ferrand)

Les carbures d'hydrogène n'ont joué en thérapeutique qu'un rôle insignifiant. Si l'on feuillette les manuels ou les formulaires, on découvre, car c'est une découverte, que le pétrole a été préconisé à l'intérieur, nous disons bien à l'intérieur, jadis par Blache dans la tuberculose pulmonaire, comme anticatarrhal et stimulant, plus récemment par Chauffard dans la lithiase biliaire, sans compter quelques tentatives actuelles dans le diabète.

Notre attention avait été attirée par deux faits. L'un concernait l'histoire assez vague d'une tuberculeuse qui aurait été guérie par le pétrole dont elle prenait une cuillerée par jour ; le malade, qui nous la raconta, ne connaissait ni la personne en question, ni la dose exacte absorbée ; il ne pouvait rien préciser, il n'était affirmatif que sur le fait essentiel de la guérison par le pétrole.

L'autre fait était d'observation personnelle. Nous avions remarqué que les chauffeurs de taxis de province étaient généralement des malingres, souvent des suspects de tuberculose, des gazés, des bronchitiques, des emphysémateux ; ils se portaient assez bien, sans doute parce qu'ils vivaient au grand air ; mais ils présentaient peu de troubles aigus des voies respiratoires, rhumes, bronchites, grippes, malgré les occasions sans nombre qu'ils avaient de se refroidir, surtout à la période où il fallait démonter les pneus sur la route et les gonfler avec la rudimentaire pompe à main. Nous constatâmes ensuite que les mécaniciens, qui travaillaient dans des garages mal chauffés, ouverts à tous les vents, jouissaient également d'une immunité relative en ce qui concerne les bronches. L'action lente et continue de l'essence, dont les vapeurs étaient inhalées chaque jour, nous avait paru nettement favorable.

Aussi notre attention fut-elle attirée par les travaux originaux et intéressants de Jonas Kairiukstis, directeur du sanatorium de Kalvarija (Lithuanie), qui préconisait et employait avec succès les injections d'essence dans la tuberculose. Le recul est suffisant, deux ans environ, pour présenter ce traitement, auquel son auteur a consacré plusieurs études et dont il a cherché à étendre les indications.

***

Pour comprendre la question de façon complète, il est nécessaire de posséder quelques notions générales sur la chimie des pétroles ; elles sont essentiellement complexes, mais, sans entrer dans le détail, sans démêler les mystères du *topping* et du *cracking*, il est possible de les résumer, de les schématiser et de les présenter en quelques lignes.

La distillation des huiles brutes (pétroles bruts ou naphtes) donne d'abord des gaz, ensuite des essences légères, enfin des pétroles lampants et laisse un résidu, le mazout, dont la distillation fournit les huiles lourdes.

Il faut bien le dire, et c'est là une des difficultés auxquelles on se heurte à chaque pas, aucun de ces produits n'est homogène, ni constant, ni identique ; ils varient suivant l'origine de l'huile brute, suivant le procédé de distillation, suivant le procédé de raffinage.

Les pétroles américains contiennent en proportion considérable des essences dites paraffiniques, qui renferment des carbures acycliques saturés, de formule $C^n H^{2n+2}$, de la série du méthane (CH^4), que l'on désigne par l'indication en grec du nombre d'atomes de carbone qu'ils contiennent et que l'on fait suivre de la désinence — ane. Exemple : pentane C^5H^{12}, hexane C^6H^{14}, heptane C^7H^{16}.

Les autres pétroles renferment, les russes des carbures cycliques saturés, les néerlandais des carbures acycliques non saturés et les galiciens des carbures aromatiques cycliques, dans une proportion élevée.

Chaque pétrole renferme néanmoins une certaine quantité des différentes sortes d'hydrocarbures.

L'essence a donc une composition essentiellement variable ; elle est souvent le résultat de *coupages* ; au point de vue pratique on distingue les différentes sortes d'essence par la densité et le point d'ébullition :

	Densité	Point d'ébullition
Ether de pétrole	0,620-0,690	45°-70°
Essence légère	0,690-0,730	60°-140°
Essence lourde	0,730-0,770	65°-200°

Les principaux carbures des essences d'origine américaine présentent les caractéristiques physiques suivantes :

	Densité	Point d'ébullition
Pentane	0,620	38°
Hexane	0,660	71°
Heptane	0,700	98°

Chacun de ces carbures a du reste une individualité propre, contrairement aux essences, qui sont toujours des mélanges.

L'éther de pétrole contient du pentane et de l'hexane, l'essence légère de l'hexane et de l'heptane, l'essence lourde (ligroïne) de l'heptane et de l'octane.

Ces quelques données sont suffisantes pour se rendre compte des difficultés qu'a rencontrées Jonas Kairiukstis dans l'expérimentation d'un produit de composition aussi variable que l'essence ; aussi a-t-il été amené à utiliser les carbures d'hydrogène isolés, jetant ainsi les bases d'une nouvelle forme de thérapeutique, la carburothérapie.

***

La toxicité des carbures d'hydrogène n'est connue que pour deux modes d'absorption : l'inhalation et l'ingestion.

L'inhalation de pentane donne simplement de la somnolence. Les vapeurs d'éther de pétrole provoquent la perte de connaissance et de la cyanose. L'inhalation d'essence légère détermine en outre des troubles respiratoires et des râles sibilants, tandis que l'essence lourde agirait comme l'éther de pétrole.

Une observation récente d'E. Perdu concerne le conducteur d'un tracteur Fordson, un homme de 25 ans, qui, pris sous son véhicule renversé, resta une vingtaine de minutes couché sur le sol imbibé de soixante litres d'essence (on ne dit pas s'il s'agissait d'essence lourde, ce qui paraît probable) ; l'évaporation active et la volatilisation constante plaçaient le sujet dans une atmosphère d'essence extrêmement dense. La cyanose était telle qu'il était complètement noir ; elle resta très accusée jusqu'au lendemain ; on constata surtout un état intense d'agitation, qui nécessita l'emploi d'une camisole de force.

L. Lewin signale que certains individus s'enivrent avec des vapeurs d'essence ; les hallucinations visuelles prédominent dans ce genre de narcotisme.

L'ingestion d'essence donne des accidents mortels à des doses relativement faibles ; une gorgée, une cuillerée à soupe.

Les doses, injectées par le spécialiste lithuanien, oscillent entre 0,03 et 0,15 c.c. d'essence, ce qui laisse une marge de sécurité largement suffisante.

***

Le produit, employé par Jonas Kairiukstis sous le nom de *benzinol*, est une solution à 30 % d'essence (*benzin* en allemand) dans l'huile d'olive, mise en ampoules et stérilisée.

Les injections doivent être faites profondément dans la fesse ; l'endroit le plus favorable est le quadrant supéro-externe, à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de la crête iliaque ; il est peu sensible ; cependant le point d'injection reste quelquefois douloureux plusieurs jours. Pour éviter tout ennui de ce genre, on peut injecter, en même temps et à la même place une solution de tutocaïne, anesthésique qui ne donne aucun précipité avec les hydrocarbures.

Les doses vont de 0,1 à 0,2 c.c. de benzinol. Leur action est assez durable pour permettre d'espacer les injections de deux à trois semaines ; on est rarement obligé de raccourcir cet intervalle.

Le traitement par l'essence est une application de la thérapeutique d'excitation (*Reiztherapie*) ; il cherche à provoquer une réaction focale nette, constituant ainsi un procédé de réactivation forte. L'emploi du benzinol paraît donc peu sûr (*unsicher*) dans les cas très fébriles et dans les processus exsudatifs, où le déclenchement d'une réaction focale offre un grand danger d'extension. Tous les cas de cette sorte ne sont cependant pas à exclure en bloc ; certains foyers exsudatifs, à activité modérée, ont un caractère exsudatif-productif mixte. Les cas à oscillations fébriles modérées semblent particulièrement aptes à réagir à la stimulation du benzinol ; quelques injections sont susceptibles de produire un changement brusque dans l'évolution de la maladie.

Le benzinol doit déclencher une réaction, qui, sans être trop forte, se manifestera nettement et atteindra un niveau qui corresponde à un malaise aussi ou même plus fort que celui déterminé par la tuberculine ; on est certain qu'une telle réaction a une signification favorable quand le patient éprouve ensuite une sensation de bien-être. La zone thérapeutique est du reste assez large et le dépassement modéré des doses optima ne présente aucun inconvénient; seules des doses trop élevées offriraient un danger réel. Dans la pratique on n'attache aucune importance décisive aux petites différences de dosage ; le principe de l'excitation minimum n'est plus un guide absolu.

Le traitement offre donc une grande facilité d'application ; il possède en outre des avantages qui le mettent en relief parmi les procédés d'excitation. Il a une action nette et favorable sur le tableau clinique qui permet en quelque sorte de *conduire à vue* (*vor Augen führen*) ; fréquemment on observe une différence nette avant et après l'injection. Les résultats sont durables et persistants, ce qui permet d'allonger les intervalles et au besoin d'intercaler une pause de quelques semaines, conditions éminemment favorables à la mise en œuvre du traitement ambulatoire.

L'expérimentation de Jonas Kairiukstis, faite isolément ou en collaboration, a porté sur deux séries de sujets tuberculeux, l'une de soixante-neuf cas, l'autre de vingt-sept ; elle a donné les plus beaux résultats dans les formes chirurgicales ; un assèchement et une cicatrisation d'abcès, une fermeture de fistule, un arrêt de suppuration en deux ou trois mois ne sont pas des cas exceptionnels ; ces constatations ont donné lieu aux réflexions suivantes de l'auteur lithuanien :

« Si l'on passe en revue les traitements employés dans ces dernières années contre la tuberculose, on remarque que les résultats obteuus concernent surtout la tuberculose pulmonaire. Mais, pour apprécier la valeur de ces procédés thérapeutiques, il serait beaucoup plus important de déterminer de quelle manière ils agissent dans les autres formes de tuberculose. L'influence sur les formes cutanées et chirurgicales représentent en effet un véritable critérium d'activité. La puissance thérapeutique s'y reflète plus nettement, puisque le foyer malade est visible et que l'évolution se laisse suivre pour le mieux. Malheureusement les résultats des divers traitements appliqués dans ces formes de tuberculose ne sont pas des plus brillants ; on avait fondé de grands espoirs sur les préparations d'or ; elles ont échoué ou n'ont montré aucune efficacité réelle ; elles sont malgré tout fortement recommandées dans la tuberculose pulmonaire, où la question de savoir si le succès dépend du traitement n'est pas facile à élucider.

La simple solution d'essence offrant de bonnes perspectives, surtout dans la tuberculose chirurgicale, Jonas Kairiukstis a cherché à renforcer son traitement et à approfondir l'action propre aux différents hydro-carbures. L'essence légère, composée principalement d'hexane et d'heptane, était plus active que l'essence plus pure et plus légère (éther de pétrole ou gasoline), qui contient beaucoup de pentane en dehors de ces deux hydrocarbures. C'était un sérieux point de départ pour les recherches futures et la conséquence à en tirer au point de vue thérapeutique était qu'il fallait s'adresser à des produits élevés dans la série du méthane.

Les tentatives faites avec l'heptane montrent qu'il produit des réactions de foyer plus fortes que l'essence. Parmi les cas traités le suivant offre un grand intérêt.

O. M..., 38 ans, paysanne, est atteinte depuis dix-sept ans de lupus hypertrophique de la face.

Début en 1914 sur la joue droite ; depuis extension progressive sur la face avec empiètement sur le menton et le cou.

Etat actuel : Plaques saillantes, cintrées, fongueuses, avec un bord tranchant et irrégulier et une surface rougeâtre, bleuâtre, livide et tendue.

Début du traitement par le *benzinol* : 22 décembre 1930. Toutes les trois semaines environ on pratique une injection de 0,20 à 0,25 c. c., alternativement dans chaque fesse.

Marche : A la première injection, chute de la moitié de la peau atteinte et suintement. A la seconde, chute de la seconde moitié, pendant que la première se borde. A la troisième, tendance à sécher. A la quatrième, une cicatrice souple non irritée commence à se former à la partie inférieure. A la cinquième, état sans changement.

Le 28 mars 1931 on pratique une injection intramusculaire de 0,2 c. c. d'une solution huileuse d'*heptane* ; après la disparition de la réaction cutanée il n'y eut plus de suintement ; la surface entière se recouvre de granulations rouge clair, luisantes et lisses. Après la deuxième injection de 0,25 c. c. de la même solution d'heptane, faite le 19 avril 1931, commence une desquamation nette, les tissus malades se fanent ; en fin de compte il se forme une cicatrice lisse et pâle.

Bien qu'une forte amélioration se soit manifestée après les quatre premières injections de benzinol, il est évident que l'on arrivait à un point mort avec la cinquième et que, suivant toute vraisemblance (*mit groszer Wahrscheinlichkeit*), l'accélération de la guérison a été due à l'heptane ; les lésions, déjà influencées par l'essence se modifièrent rapidement dès la première injection d'heptane. Des trois carbures acycliques, pentane, hexane, heptane, qui prédominent dans l'essence, c'est ce dernier qui paraît préférable.

Jonas Kairiukstis, désireux de tirer la question au clair, expérimente prudemment la ligroïne (essence lourde), qui contient de l'heptane et de l'octane ; quelques autres carbures acycliques sont aussi à l'étude.

Les indications de la carburothérapie sont donc en premier lieu : les tuberculoses cutanées, osseuses et articulaires. La tuberculose ganglionnaire fistulisée réagit très brillamment (*am glänzendsten*).

Par contre dans la tuberculose pulmonaire, le traitement faiblit un peu en force et en rapidité. (*nachläszt estwas an Stärke und Schnelligkeit*). Cette différence d'action doit trouver son explication, en premier lieu, dans les formes anatomiques. L'action n'est pas favorable quand les conditions ne le sont pas pour une réaction focale. Un réseau serré de voies lymphatiques et sanguines entoure chaque foyer pulmonaire et favorise l'extension du processus tuberculeux. La réaction focale offre souvent plus de dangers que d'avantages. L'impossibilité de la rétraction mécanique, dans les tissus sclérosés et les cavernes durcies, est un autre obstacle sur lequel la thérapeutique d'excitation n'a aucune action.

Est-ce à dire que les carbures donnent peu dans la tuberculose pulmonaire ? Ce serait une erreur et peut-être une grave erreur. Le moyen le plus simple d'être fixé était de demander à l'auteur lui-même ce qu'il en pensait ; voici ce qu'il nous a répondu :

« En ce qui concerne les résultats obtenus dans la tuberculose pulmonaire avec ce traitement, il n'est pas facile de le dire en quelques lignes. *Le traitement, comme tout en médecine, demande un certain talent et un choix des cas particuliers.* Dans les cas fébriles il est à-propos de l'employer prudemment ; les cas très fébriles doivent être exclus d'une manière générale. *En tout cas les résultats sont supérieurs à ceux de l'or et de la tuberculine.* Bien que quelques injections suffisent, même dans les cas avancés, pour améliorer la toux, l'expectoration et l'état général, il faut plusieurs mois pour obtenir un processus de guérison. »

***

L'efficacité particulière du benzinol, sur la bronchite des tuberculeux pulmonaires et sur les bronchites en général, promettait théoriquement d'heureux résultats dans le traitement de l'asthme ; les résultats pratiques ont répondu à l'attente de Jonas Kairiukstis ; le cas suivant est particulièrement démonstratif.

Une femme de 46 ans souffre depuis quinze ans d'accès d'asthme. Ces derniers temps les crises sont devenues plus fréquentes ; elles durent souvent plusieurs jours et atteignent une intensité telle que tout sommeil devient impossible. Il n'y a que les fumigations permanentes qui amènent quelque soulagement.

Le 9 mai 1929 on fait une injection de 0,5 c. c. de benzinol ; à partir du 13 les crises diminuent de fréquence et d'intensité, le sommeil revient, l'état général s'améliore. Quinze jours après la malade est délivrée de son asthme ; la dyspnée a presque entièrement disparu, elle se manifeste uniquement au cours des efforts physiques.

Cet effet s'est maintenu jusqu'à ce jour, ce qui fait dix-huit mois.

Dans l'asthme on s'en tient tout d'abord à une injection unique d'une dose assez forte, 0,3 c. c. environ, de benzinol et on attend quelques semaines jusqu'à ce que l'effet thérapeutique soit produit. Les accès deviennent plus rares et moins intenses, la respiration est plus libre. Cet effet persiste pendant des semaines et même des mois. Même dans les cas invétérés on réussit à obtenir une amélioration sérieuse ou la guérison.

Quand l'asthme bronchique est associé à la tuberculose, on réduit la quantité injectée ; chez les sujets amaigris ou menacés de tuberculose, on procède de la même manière. On évite ainsi toute réaction focale.

La répétition d'une dose aussi forte serait susceptible de reproduire les manifestations de l'asthme. Si c'est nécessaire, on répétera les injections à des doses très faibles (*ganz kleinen Dosen*) ou on intercalera des pauses plus longues dans le traitement.

***

Il semble que l'emploi des carbures soit intéressant dans différents états inflammatoires chroniques ; la thérapeutique d'excitation non spécifique produit des réactions focales qui évoluent vers la guérison.

Jonas Kairiukstis donne les indications suivantes : furonculose opiniâtre, suppurations. Dans un cas d'ostéomyélite du tibia, l'heptane a tari la suppuration interminable d'une fistule.

Ce qui caractérise l'effet des carbures et leur donne un intérêt spécial, c'est la persistance de leur action, qui permet d'obtenir un résultat durable avec un petit nombre d'injections.

Il est probable que de nouvelles indications s'ajouteront peu à peu aux précédentes et que le benzinol y fera preuve d'une même efficacité ; il faut compter également sur les nouvelles expériences et sur la mise en œuvre de nouveaux carbures plus puissants.

Bien que Jonas Kairiukstis déclare que sa méthode n'est pas sortie de la phase d'expérimentation, on reconnaîtra que les premiers résultats ont été extrêmement encourageants et qu'un recul de deux ans est suffisant pour affirmer le succès.

La principale indication, à notre avis, est la tuberculose pulmonaire ; si le benzinol ne donne pas d'aussi brillants résultats que dans les formes chirurgicales, ces résultats n'en sont pas moins remarquables ; l'auteur, qui est très modéré dans ses appréciations, juge les carbures supérieurs aux sels d'or.

Ces résultats seraient encore plus beaux si le traitement était appliqué à l'extrême début de la tuberculose pulmonaire. L'efficacité du traitement reste étroitement liée à la précocité du diagnostic.

La carburothérapie est le type du traitement ambulatoire par sa facilité d'application, l'espacement des injections et l'absence de toute réaction fâcheuse.

Mieux qu'un simple procédé, elle apparaît comme une forme nouvelle de thérapeutique, qui mérite d'être connue et appliquée ; les succès enregistrés sont garants de son développement et de son avenir.

BIBLIOGRAPHIE

1. R. COURAU. Technique des pétroles. Doin, Paris, 1921. — 2. G.-M. DEBOVE, G. POUCHET et A. SALLARD. Aide-mémoire de thérapeutique. Masson, Paris, 1908. — 3. J. KAIRIUKSTIS Ueber die Benzinolbehandlung der Tuberkulose. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, 1930, Bd 73, H 4. — 4. J. KAIRIUKSTIS. Einige Bemerkungen über den Wert der Benzinolbehandlung der Tuberkulose. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, 1931, Bd. 77, H. 3. — 5. J. KAIRIUKSTIS. Ueber die Versuche die Heilwirkung der Benzinpräparate bei Tuberkulose zu stärken und die Behandlungstechnik zu verbessern. *Zeitschrift für Tuberkulose*, 1931, Bd. 63, H. 2. — 6. J. KAIRIUKSTIS. Benzintherapie des Asthma bronchiale. *Medizinische Klinik*, 1931, Nr. 23. — 7. E. LEGÉ. Le raffinage du pétrole. Etude sur son introduction en France. *Mémoires et compte rendu des travaux de la Société des ingénieurs civils de France*, janvier-février 1929. — 8. L. LEWIN. Traité de toxicologie. Traduit par G. POUCHET. Doin, Paris, 1903. — 9. E. PERDU Un cas d'asphyxie par l'essence d'automobile. *Gazette Médicale de Picardie*, janvier 1932.

Quelques travaux récents sur le béri-béri

Par YANSEN, de Bussum (Hollande).

Béri-béri et grossesse. — L'influence du béri-béri sur la grossesse vient d'être étudié par le Professeur BOERMA, de Batavia (1).

Il n'y a que peu de littérature sur cette complication dangereuse de la grossesse, sauf une publication japonaise, que BOERMA n'a pas eu l'occasion de lire et dont il ne donne pas l'indication. Il en a observé quatre cas personnels.

PREMIÈRE OBSERVATION. — Une multipare indigène, bien formée et bien nourrie, à terme, s'évanouit un beau matin et ressent une douleur abdominale ; elle ne perçoit plus les mouvements fœtaux ; elle se sent très fatiguée et sans force ; elle a encore travaillé dans sa maison, il y a peu de jours. Reçue à l'hôpital, on lui trouve une très mauvaise mine, un pouls très rapide et faible, une respiration très accélérée, de la dyspnée, pas d'anémie, pas d'œdème, pas d'hémorragie, un fœtus mort.

Accouchement : à la dilatation de 5 cm. rupture artificielle des membranes, peu de liquide. La femme est moribonde, pouls et respiration très mauvais. Injection de camphre et de la solution chlorurée physiologique sans succès. On ne sait quel diagnostic porter : pas de rupture utérine, pas d'hémorragie rétro-placentaire. On fait la dilatation manuelle de l'orifice et,

(1) Professeur N.-J.-A.-F. BOERMA. — Béri-béri, complications de la grossesse et de l'accouchement. *Nederlandsch Tijdschrift van Geneeskunde*, 29 août 1931, p. 4402.

par expression, on extrait un enfant récemment mort. Transfusion sanguine de 300 grammes. A midi, la femme semble toujours moribonde, elle n'a plus de pouls, la dyspnée est énorme. L'utérus se contracte bien ; expression du placenta qui est normal ; pas d'hémorragie. L'auteur quitte la malade et pense qu'elle va bientôt succomber.

L'après-midi, à six heures du soir, on l'informe que l'état s'est tout à fait amélioré, que le pouls est bon. Les paralysies des extrémités inférieures se développent plus tard seulement ; elles durent plusieurs mois alors. Et, rétrospectivement, on fait le diagnostic de béri-béri : le Professeur De Langen, appelé en consultation, est très affirmatif quant au diagnostic de béri-béri pernicieux aigu avec défaillance du cœur pendant l'accouchement.

Ce sont les vitamines du sang transfusé qui ont sauvé la femme. Guérison ultérieure.

Deuxième observation. — Une jeune femme métis, qui est convalescente d'une malaria de longue durée et qui réside, avec son mari, dans un poste très isolé au nord de Bornéo, commence une grossesse peu après la fin de sa malaria. Vomissements, alimentation minimale : un peu de riz et d'eau. Sans force, très fatiguée, elle reste au lit. Elle arrive à l'hôpital de Batavia. Il s'agit d'une primipare enceinte de quatre mois. Au lit, passive, elle ne se meut pas ou difficilement ; aphonie légère (par parésie des cordes vocales) ; depuis les dernières semaines, paralysies aux membres supérieurs et inférieurs. Pouls petit et fréquent qui, au lit, atteint 134 et 140 à la minute. Pas de réflexes, pas d'œdème, pas d'albumine, pas de température. L'utérus est quelques centimètres au-dessus du pubis. Elle séjourne au lit, pendant toute la grossesse ; les vomissements cessent. Nourriture : riz rouge, aliments divers.

Le pouls reste toujours à 110 et 120.

Accouchement à terme. Dilatation lente. Fœtus bien développé. Le pouls atteint 140 et 150 et plus. Après dilatation complète : extraction au forceps, sous légère éther-narcose, d'un enfant vivant. L'état devient très dangereux, pouls incomptable, presque aboli. Dyspnée énorme, moribonde.

Hémorragie, expression du placenta. Guérison lente ; la femme ne remarche qu'après six mois, avec la démarche typique des convalescents du béri-béri. Elle ne nourrit pas son enfant lequel est normal.

Elle part pour l'Europe. Trois ans après le premier enfant, nouvelle grossesse tout à fait normale cette fois.

Troisième observation. — Jeune femme européenne mariée. Première grossesse terminée par un avortement au troisième mois. Puis état typhoïdique qui la tient longtemps malade. Après guérison, reposition d'un utérus rétrofléchi au moyen d'une pessaire. Nouvelle grossesse.

L'auteur la voit au troisième mois : vomissements, apathie, amnésie, surdité et grande fatigue. Psychose. Pouls petit à 130 (au repos et au lit). Membres inférieurs paralysés partiellement, pas de réflexes.

A l'hôpital, sous l'influence du traitement, les vomissements cessent bientôt ; meilleur état ; le pouls reste au lit à 120 et, sous l'influence des émotions atteint 130 et 140 ; pas d'œdème, pas d'albumine. Pendant quelque temps, paralysie aux membres supérieurs et aux cordes vocales. Pendant quelques jours : incontinence des matières et urines. La grossesse se développe normalement. Consultation : on conseille l'avortement. L'auteur craint les difficultés parce qu'on est déjà au quatrième mois et s'abstient. Régime antibéri-béri, repos au lit. Pouls toujours à 120.

Accouchement : le pouls s'accélère ; pendant le dilatation, l'état devient alarmant.

Convulsions, pas d'albuminurie. Césarienne, enfant vivant. Guérison sans troubles. Elle ne nourrit pas son enfant. La guérison du béri-béri se fait très lentement comme à l'ordinaire. Elle ne marche qu'après plusieurs mois et récupère une démarche typique seulement après trois ans. Elle redevient, alors, enceinte sans aucun trouble de la grossesse et de l'accouchement.

Quatrième observation. — Femme néerlandaise, primipare âgée, avec vomissements.

Au quatrième mois, signes de béri béri, pas d'œdème, psychose prononcée, grande amnésie ; elle oublie chaque jour qu'elle est à l'hôpital et le médecin : identité avec la psychose de Korsakof ? Cette psychose disparaît sans traces, et la femme guéri par le régime antibéri-béri avant la fin de la grossesse.

Le Professeur Boerma conclut ainsi :

1° le béri-béri peut se développer pendant la grossesse ;

2° il a pour cause indirecte les vomissements et le refus de nourriture ; il est favorisé quand une maladie grave a précédé la grossesse ;

3° l'évolution de la grossesse n'est pas troublé par le béri-béri ;

4° le grand danger du béri-béri chez la femme enceinte est l'insuffisance du cœur, pendant l'accouchement ;

5° aucune race dans les Indes Orientales Néerlandaises n'est immunisée contre l'évolution du béri-béri pendant la grossesse.

***

Les troubles cardiaques graves observés pendant l'accouchement chez les femmes atteintes de béri-béri sont à rapprocher d'un intéressant travail d'Aalsmer (1) sur la pression diastolique dans le béri-béri.

Il existe dans le béri-béri un trouble de la circulation périphérique analogue à ce qu'on observe dans le Basedow, dans l'insuffisance aortique, dans l'anévrysme artérioso-veineux et dans l'ankylostomiase (2). Ces diverses maladies montrent un syndrome identique d'insuffisance circulatoire se traduisant objectivement par une réaction identique de la pression Mn à l'injection sous-cutanée d'adrénaline. On injecte un milligramme et, avant et après l'injection, de cinq en cinq minutes, on prend la tension. On peut avoir, alors, une chute formidable de la Mn : par exemple, avant Mx 10, Mn 4, — cinq minutes après, Mx 10, Mn 4, — cinq minutes Mx 10, Mn 3,5 — cinq minutes Mx 10,5, Mn 30, — cinq minutes Mx 10,5, Mn 20, — cinq minutes après Mx 11, Mn imperceptible.

***

Un très éminent cardiologue hollandais, K.-F. Wenckebach, actuellement professeur à Vienne, vient d'étudier à Java la cardiopathie béri-bérique (3). L'extrait hypophysaire ou, plus exactement, la pitressine Parke et Davis est très dangereuse, mais très actif; elle contracte les artérioles périphériques, mais aussi les coronaires. Au contraire, l'adrénaline dilate les artérioles. L'effet de l'ergotamine est douteux. Wenckebach se demande, tant l'action de la pitressine est nette, s'il ne faut pas considérer le cœur béri-bérique comme témoignant d'une insuffisance de la post-hypophyse.

Le béri-béri des nourrissons peut exister sans béri-béri maternel apparent. L'injection d'une vitamine B active guérit en un jour les manifestations cardiaques de ces béri-béris du nourrisons : l'ombre cardiaque-hépatique diminue de 25 % en un seul jour.

(1) W.-C Aalsmer et C.-S. Richter. — Pression diastolique du sang dans le béri-béri. *Nederl. Tijd. v. Gen.*, 1931. p. 3539.

(2) C.-D. de Langen. — Le mal de cœur, l'ankylostomiase. *Nederl. Tijdschr. v. Gen.* 1932, p. 13.

(3) K.-F. Wenckebach. — Le mystère de la cardiopathie béri-bérique. *Nederl. Tijd. v. Gen.*, 1932. p. 4010.

Les troubles respiratoires provoqués par la station verticale chez certains mammifères. — Les accidents de dyspnée provoqués chez certains mammifères par la station verticale ont reçu deux explications : les auteurs classiques les expliquaient par l'anémie bulbaire ; plus récemment le physiologiste brésilien Ozorio de Almeyda a invoqué comme cause : la descente de la masse viscérale, avec consécutivement perte du point d'appui du diaphragme mis dans l'impossibilité de fonctionner de ce fait.

J. Thévenon (Thèse de Lyon, 1932) a repris les expériences de l'auteur brésilien sur une douzaine de lapins : d'abord suivant sa technique, ensuite en y apportant un certain nombre de modifications (compression viscérale par balnéation ; contrôle radiologique ; excitation du splanchnique, etc.).

Il a pu constater la réalité des faits rapportés par Ozorio de Almeyda, mais en ce qui concerne leur interprétation est tenté — sans pouvoir l'affirmer de façon absolue — de conserver l'explication des accidents par l'anémie bulbaire.


Révulsif Boudin
Liquide à base d'essence de crucifères sans cantharide ni croton
RÉVULSION INSTANTANÉE.
ACTION IMMÉDIATE.
S'APPLIQUE AU PINCEAU.
NE TACHE PAS.
N'ABIME PAS LA PEAU.
RAPIDE
PROPRE
ENERGIQUE
LABORATOIRES BOUDIN
9, AVENUE JEAN-JAURÈS
JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)

Syphilis personnelle et psychoses

par **Henri DAMAYE** et **Bernard POIRIER**

Médecins des Asiles d'aliénés

Dans un précédent article, nous avions montré la rareté relative de la syphilis personnelle chez nos malades d'asile autres que les paralytiques généraux (1). Nous apportons aujourd'hui une nouvelle contribution à cette étude, dont l'importance étiologique, en psychiatrie, ne saurait échapper.

Du 11 septembre au 18 décembre 1931, M. le docteur Duvic, directeur du Laboratoire d'hygiène et de sérologie de la Vendée, a pratiqué, chez nos soixante sept enfants, les cinq réactions suivantes : Bordet-Wassermann, Hecht, Desmoulière, Meinicke et Kahn.

Sur ce nombre, les cinq réactions ont été négatives chez quarante-six entrants, atteints de psychoses diverses.

Elles ont été positives et nettement chez tous les paralitiques généraux, au nombre de cinq.

Elles ont été faiblement ou partiellement positives l'une ou l'autre, les unes ou les autres, à plus vrai dire douteuses, chez quatorze autres entrants atteints de psychoses diverses sans paralysie générale.

Pour le diagnostic de la syphilis, M. Duvic attribue une plus grande valeur aux réactions de floculation qu'à celles d'hémolyse, et la réaction de Kahn serait, pour lui, la plus sensible.

Voici d'abord le détail de nos quatorze psychoses partiellement ou faiblement positives.

Débilité mentale, surdi-mutité, épilepsie. Hecht faiblement positif. Meinicke positif.

Ethylisme, agitation délirante, dépression, débilité mentale. Souffle aortique. Atrophie musculaire du membre supérieur droit (par poliomyélite syphilitique bien vraisemblablement). Kahn très positif.

Accès délirants hallucinatoires en rapport avec des excès éthyliques. Desmoulière partiellement positif.

Ethylique, persécuté, exhibitionniste, hérédité névropathique et éthylique, stigmates physiques de dégénérescence. Meinicke et Kahn en partie positifs.

Vols dans un magasin, instabilité au travail, lymphatisme, troubles pubéraux (quatorze ans et demi). Très amélioré par opothérapie pluri-glandulaire et petites doses d'arsénobenzol en séries. Wassermann positif, Meinicke faiblement positif.

Persécuté mélancolique à la suite d'une sinusite maxillo-frontale par chaux vive dans l'œil, au service militaire. Meinicke faiblement positif.

Débile mental, érotisme, hyperexcitation sexuelle, attentats à la pudeur. Wassermann positif, Hecht et Kahn partiellement positifs.

Imbécillité, hémiparésie spasmodique infantile ; père néo de l'estomac. Meinicke faiblement positif.

Psychasthénie et idées mélancoliques de ruine, d'indignité, cardiopathie, pleurite ; famille méningitique. Wassermann et Meinicke très faiblement positifs.

Débilité mentale, délire polymorphe. Kahn faiblement positif. Après réactivation, Meinicke seul faiblement positif.

Ethylisme, délire, agitation, reflexes tendineux vifs. Kahn douteux. Un mois après réactivation, négatif.

Epilepsie psychique sans convulsions ; hérédité éthylique et psychoneurasthénique. Wassermann et Meinicke très faiblement positifs. Un mois après réactivation, Kahn douteux seulement.

Débilité mentale avec vague schizophrénie. lymphatisme. onychophagie. légère microcéphalie. faciès un peu masculin. Meinicke faiblement positif.

Délire mystique hallucinatoire ; collatéraux méningitiques. Wassermann positif, Meinicke et Kahn faiblement positifs. Avec le liquide céphalo-rachidien, Wassermann négatif.

Voici maintenant deux malades où les stigmates physiques de dégénérescence pouvaient faire soupçonner l'hérédo-syphilis :

Débilité mentale avec idées délirantes. Quatrième entrée à l'asile. Les cinq réactions négatives.

Débilité mentale avec épilepsie convulsive depuis les premiers mois de la vie. Trois fausses couches chez les parents. Frères et sœurs irritables. Les cinq réactions négatives.

Enfin, cinq paralytiques généraux :

58 ans. Les cinq réactions positives. — Liquide céphalo-rachidien : Wassermann positif. Réaction des globulines de Pandy positive. 11 5 éléments par mm³.

44 ans. Wassermann et Hecht partiellement positifs. Desmoulière très positif. Evolution, malgré un traitement assidu. — Liquide céphalo-rachidien : Wassermann fortement positif. Réaction paralytique au benjoin colloïdal. Chorures : 7 gr. 22 Globulines : présence. Albuminose : 0,50. Lymphocytose : 4 éléments par mm³.

42 ans. P. G. Traitée et très améliorée cliniquement. Wassermann positif. — Liquide C. R : Wassermann négatif. Réaction au benjoin colloïdal normale. Chlorures : 7 gr. 10. Globubines : 0. Albuminose : 0,25. Lymphocytose : 2,2 éléments par mm³.

55 ans. Quatre réactions entièrement positives. Le Kahn partiellement. — Liquide C. R : Wassermann positif. Pandy fortement positif. 20 éléments par mm³.

64 ans. P.G. cliniquement bien amélioré par le traitement. Toutes les réactions encore entièrement positives.

En résumé, sur nos soixante-sept malades, les réactions humorales de la syphilis, faites par M. Duvic, notre très distingué collaborateur au service de neuro-psychiatrie, ne sont bien positives que chez les paralytiques généraux.

Dans les autres psychoses, leur positivité est très rare et ordinairement, faible et partielle. Elle n'est, alors, en rapport avec aucune forme mentale déterminée de psychose.

Nous devons conclure de nos études avec M. Duvic que la syphilis personnelle engendre surtout la paralysie générale, chez les prédisposés aux psychoses. Elle ne semble guère engendrer, par action directe, les autres psychoses.

Il n'en reste pas moins vrai que la syphilis des parents ou des ancêtres prépare, très vraisemblablement, l'organisme des descendants aux affections mentales, comme à bien d'autres affections.

Ce n'est qu'une hypothèse encore : mais la tuberculose personnelle nous paraît plus directement et beaucoup plus fréquemment génératrice de psychoses que la syphilis personnelle. Peut être par les formes filtrantes du bacille de Koch ?...

Le passage de l'ultravirus tuberculeux à travers le placenta des femmes bacillaires en gestation paraît très fréquent. Ne peut-il produire des méningo encéphalites chez le fœtus ? Ou adultérer les éléments cérébraux comme ceux d'autres organes : prédisposer ainsi aux psychoses ? Ainsi la tuberculose aurait, dans la genèse des méningo-encéphalites et des psychoses de la vie fœtale, un rôle peut être plus fréquent que l'hérédo-syphilis.

(1) DAMAYE et Bernard POIRIER. Psychoses et Syphilis. *Progrès Médical* du 5 septembre 1931.

« Le laboratoire, a écrasé la clinique. L'artificiel a primé le naturel. Le spécialiste a détrôné le médecin de l'état général... Le collectivisme thérapeutique de la médecine sociale a imposé ses mesures de prophylaxie égalitaire et artificielle par l'extension des vaccinations et des sérothérapies obligatoires appliquées à la volée, sans souci de la personnalité raciale ni de l'individualité vitale. Partout la science matérialiste a tué l'art médical... ».

(Dr Paul CARTON. *L'Art médical. La cuisine simple.* Un vol. Maloine, édit.)

ACTUALITÉS

Le premier Congrès International d'Hygiène méditerranéenne

Quelques réflexions

Le Professeur MARCHOUX dans son discours inaugural, puis le Professeur HECKENROTH dans une communication très intéressante, ont donné un aperçu rapide sur la pathologie des rivages méditerranéens : elle est très complète car leur situation à mi-chemin des pays tropicaux et des zones tempérées crée des conditions favorables à la propagation de maladies équatoriales comme la dengue, à l'apparition d'endémies mondiales comme la fièvre typhoïde, le paludisme, l'amibiase, à la persistance d'affections parasitaires ou microbiennes nées sur place, et demeurées locales parce que l'insecte vecteur ou l'hôte intermédiaire n'existe pas en dehors de l'aire du bassin — fièvre exanthématique, fièvre des trois jours, bilharziose, spirochétose dite espagnole — ou bien ayant diffusé à des distances parfois considérables — trachome, et surtout fièvres ondulantes.

C'est cette question particulièrement qui était attendue avec impatience, car le nombre toujours croissant des cas de brucellose, l'extension rapide de la maladie ont inquiété déjà les services publics d'hygiène de plusieurs pays qui se trouvent en présence d'un problème d'autant plus délicat que nos connaissances sur son étiologie sont souvent précaires. Car c'est un fait que le Docteur Etienne BURNET, chargé du rapport, a fort bien mis en évidence : nous connaissons les caractères spécifiques des brucellas et leurs trois principales variétés (B. mélitensis, B. abortus bovis, B. abortus suis), le diagnostic est relativement facile pour le médecin avec l'aide du laboratoire, et pour le vétérinaire encore davantage puisque l'épidémie sur le troupeau est un gros argument ; d'autre part, la vaccination préventive paraît très efficace chez l'homme (Ch. DUBOIS et N. SOLLIER) si en revanche la vaccinothérapie semble encore incertaine en raison de nos connaissances insuffisantes sur l'allergie des brucelloses ; mais nous n'avons que des idées vagues et des documents isolés sur les rapports si troublants entre le melitensis et l'abortus alors que nous aurions besoin pour l'établissement de méthodes de prophylaxie efficaces de détails épidémiologiques précis.

C'était pourtant très simple il y a quelques années : en 1887, W. Bruce découvre le mélitensis à l'autopsie de sujets morts de fièvre de Malte, et en 1905 la commission de la Royal Society de Londres fait connaître que le lait de chèvre et ses dérivés représentent la principale source d'infection pour l'homme. D'un autre côté, en 1896, Bang a trouvé le bacille de l'avortement épizootique des bovidés. Aucun rapprochement entre les deux jusqu'en 1918 où miss A. Evans démontre l'analogie du B. de Bruce et du B. de Bang. Leurs caractères bactériologiques, sérologiques, biochimiques, sont les mêmes, et on ne peut les classer qu'en disant : le mélitensis est isolé de la fièvre ondulante de l'homme, l'abortus, de la maladie de Bang ; de plus le premier est pathogène pour le singe (W. Bruce).

Mais les nombreuses recherches provoquées par les travaux de Miss Evans aboutissent très vite à la connaissance d'une fièvre ondulante humaine d'origine bovine, et à la découverte de l'abortus suis pathogène pour l'homme et pour le singe, donc impossible à différencier de l'abortus bovis ; mais surtout, on met en évidence la faculté que possèdent les brucellas de passer d'une espèce à une autre : bovine, caprine, ovine, équine, porcine, humaine, et probablement d'autres encore qui ouvrent ainsi, d'une façon illimitée, le chapitre des porteurs de germes.

L'hygiéniste réclame alors une base, un point de départ pour établir en même temps mais séparément, la prophylaxie des différentes brucelloses. C'est l'œuvre de F. Huddleson d'avoir mis en évidence l'action des cultures sur l'acétate de plomb permettant de différencier le mélitensis qui ne produit pas d'hydrogène sulfuré, alors que le brucella abortus bovis en produit beaucoup et l'abortus suis peu. Mais le meilleur procédé est l'action bactériostatique de diverses couleurs, entre autres : thionine et fuschine basique ; sur la gélose additionnée de thionine à 1/50.000 Br. abortus bovis ne pousse pas ; si on ajoute à la gélose de la fuschine à 1/100.000 c'est Br. abortus suis qui ne pousse pas.

R. M. TAYLOR, M. LISBONNE et G. ROMAN ont soumis à ces épreuves 256 souches de brucellas dont 174 d'hommes, 54 de vaches, 13 de chèvres, 12 de brebis et 3 de juments. Les deux méthodes sont d'accord dans 96 pour cent des cas et permettent de placer tous ces germes en deux variétés : Br. mélitensis et Br. abortus bovis avec seulement quatre exceptions, classification qui cadre parfaitement avec les données épidémiologiques. D'autre part, ils ont isolé quatre souches d'abortus chez des hommes malades, contaminés par des vaches — premiers cas indiscutables identifiés en France. Enfin ils ont démontré en présentant des souches de Br. mélitensis isolées de vaches malades, que celles-ci pouvaient être contaminées par les chèvres et devenir ainsi une source importante de la maladie.

LISBONNE et VIDAL ont complété cette communication en présentant une étude d'ensemble de la fièvre ondulante d'origine bovine dans laquelle ils citent 28 cas qu'ils ont étudié au Centre de recherches de Montpellier. Ne retenant que vingt de ces cas où le germe pathogène a été isolé et identifié, ils ont trouvé 14 Br. mélitensis et 6 Br. abortus. Par conséquent, actuellement en France, plus des deux tiers des cas de fièvre ondulante d'origine bovine sont dus à Br. mélitensis et non à Br. abortus.

Cela rompt l'harmonie des observations publiées depuis dix ans par Frey en Suisse, Huddle on et Johnson aux Etats-Unis, Seblemann et Hadenfeldt en Autriche, Madsen au Danemark, Kling en Suède, qui tous montrent que la fièvre ondulante d'origine bovine est due à Br. abortus bovis qu'ils isolent avec les caractères typiques d'Huddleson.

Martin Kristensen, dans un travail d'ensemble présenté au dernier congrès de pathologie comparée en 1931, avait souligné le fait que seule l'infection humaine par Br. abortus bovis était observée au Danemark, Br. mélitensis y étant inconnu.

Bang d'ailleurs l'avait déjà dit au congrès de bactériologie de Paris 1930 où Kling avait apporté des résultats identiques pour la Suède, soulignant qu'il était impossible de différencier le germe de la fièvre ondulante de l'homme de l'avortement épizootique des bovidés.

Alors il devient particulièrement intéressant de chercher pourquoi ce germe si répandu en France y produit si rarement une maladie humaine, et il semble bien que la réponse soit une éclatante démonstration de l'importance du « terrain ». Le premier cas de fièvre ondulante du Danemark (Thomsen) date de 1925 ; en Suède (Kling) il date de 1927. Ne serait-ce pas ce peu d'éloignement et un terrain presque neuf qui expliqueraient les infections par des souches de Br. Abortus ? — tandis qu'elles rencontrent au contraire dans notre pays une diffusion ancienne considérable et une longue morbidité qui auraient rendu le terrain résistant.

Thomsen recherchant la fièvre ondulante chez les jeunes vétérinaires au début de leur carrière, trouve que 90 pour cent d'entre eux présentent une réaction d'agglutination ou de fixation du complément positive. Or, très peu seulement avaient fait une fièvre ondulante : donc les autres s'étaient immunisés progressivement en face de germes à pouvoir pathogène peu marqué, et ces contacts avec le microbe développent un état d'allergie dont le résultat de l'intra-dermo-réaction à la mélitine permet de connaître le degré.

Allergie et ses témoins : réaction à la mélitine ou phénomènes d'érythème signalés par Huddleson et Johnson — prémunition possible et fréquente par premiers contacts s'ils ne sont ni trop

BIBLIOGRAPHIE

La pratique médicale illustrée : *I. La tuberculose génitale de la femme. (Diagnostic et traitement)*, par Constantin DANIEL. 1 vol. in-8° de 76 pages, avec 17 figures dans le texte : 22 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Malgré le grand nombre de travaux parus sur la tuberculose génitale de la femme, la localisation des lésions tuberculeuses au niveau de l'utérus et des annexes, par ses manifestations pelvi-abdominales, donne encore lieu à d'importants problèmes cliniques et thérapeutiques.

Grâce au progrès de la chirurgie abdominale gynécologique qui permet l'examen des pièces fraîches, la tuberculose génitale est aujourd'hui mieux reconnue, et elle devient, dans la plupart des cas, une affection essentiellement chirurgicale, curable par le traitement opératoire, comme les autres tuberculoses locales.

Par quelques-unes de ses formes, la tuberculose génitale reste cependant, encore tributaire de la pathologie médicale. Certaines de ses manifestations sont nommées médicales, parce qu'elles sont en général observées et soignées par des médecins et peuvent guérir sans opération.

Le travail du professeur Constantin Daniel, est une mise au point d'une question qui préoccupe autant les médecins que les chirurgiens.

En ce qui concerne le traitement chirurgical de la tuberculose utéro-annexielle, l'auteur insiste sur la nécessité du diagnostic précoce, comme en matière de cancer.

Il est donc très important de connaitre tous les moyens qui servent à dépister cette affection avant la généralisation aux organes voisins.

A ce point de vue le livre du Professeur Daniel est sans aucun doute l'œuvre moderne la plus complète et la plus originale.

Dans la deuxième partie du travail, l'auteur expose toutes les méthodes thérapeutiques médico-chirurgicales.

On sait aujourd'hui qu'un nombre important d'auteurs sont partisans, surtout pour les femmes jeunes, du traitement non opératoire des lésions tuberculeuses génitales.

On trouvera énumérés, dans ce livre tous les moyens hygiéno-diététiques, hélio-climatiques, ainsi que la thérapeutique par les agents physiques (rayons X, radium, diathermie, rayons ultra-violets).

Le traitement chirurgical comporte une riche documentation qui appartient à l'Institut de clinique gynécologique de Bucarest. Le chirurgien y trouvera toutes les indications concernant la chirurgie conservatrice et la chirurgie radicale.

Par son originalité, par sa clarté, par le nombre important des figures, ce livre sera lu avec grand profit par tous ceux qui s'intéressent aux problèmes de la tuberculose.

II. *La pyélographie intraveineuse dans le diagnostic urologique*, par C. LEPOUTRE et F. STOBBAERTS. 1 vol. in-8° de 40 pages, avec 3 figures dans le texte, et 32 radios hors texte : 22 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Il est à peine utile de rappeler les progrès réalisés, grâce à la pyélographie, dans l'exploration de l'appareil urinaire. Parfois, cependant, on hésite à utiliser cette exploration si précieuse, mais un peu pénible si l'indication n'en est pas très précise, et même absolue. D'autres fois, (tuberculose urinaire, rétrécis, prostatiques), le cathétérisme des uretères est impossible.

On peut aujourd'hui réaliser d'excellentes pyélographies par la simple injection intraveineuse d'une substance éliminée électivement par les reins et rendant l'urine opaque aux rayons X. Cette pyélographie intraveineuse peut prétendre, dans certains cas, donner des *indications* sur la valeur fonctionnelle des reins.

Les auteurs, qui ont une expérience très étendue de la méthode, en précisent, d'une façon brève et claire, la technique, les indications et les résultats. Leur travail a été écrit pour le médecin, qui trouve dans sa pratique de nombreuses occasions d'utiliser cette exploration.

Ils le disent nettement, la pyélographie intraveineuse ne peut remplacer la pyélographie ascendante et les épreuves fonctionnelles ; elle exige une interprétation parfois délicate : elle n'en est pas moins un enrichissement très précieux de nos moyens d'exploration de l'appareil urinaire.

Une illustration abondante permet d'apprécier les résultats obtenus dans les principales affectations de l'appareil urinaire supérieur.

III. *Les séquelles de l'encéphalite épidémique. Etude clinique et thérapeutique*, par G. GUILLAIN et P. MOLLARET. 1 vol. in-8° de 104 pages avec 21 fig. dans le texte : 28 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'ensemble des séquelles de l'encéphalite épidémique apparait maintenant immense et il est encore difficile d'en délimiter les frontières exactes. Cette monographie représente précisément un essai de synthèse actuelle exposant tout ce dont la connaissance de cette maladie a enrichi progressivement, en les bouleversant souvent, les différents domaines de la neurologie, de la psychiatrie générale et de la médecine légale.

On y trouvera discutée la fréquence de chaque séquelle, sa date et ses conditions d'apparition. Une place importante est consacrée à l'étude du syndrome parkinsonnien post-encéphalitique, ainsi qu'à celle de son autonomie. D'autres chapitres, abondamment illustrés, groupent sur des données physiopathologiques élémentaires, les diverses séquelles motrices, toniques, sensorielles, endocriniennes, végétatives et psychiques.

L'existence de formes localisées est envisagée avec prudence, en même temps que sont condensés les différents éléments du diagnostic, et que sont précisées les possibilités, malheureusement encore restreintes, de la thérapeutique.

Dans l'exposé de tant de connaissances récentes, on verra transparaître sans cesse le souci d'une revision critique indispensable à l'heure actuelle, si l'on veut éviter d'englober à tort dans l'encéphalite épidémique, affection hier encore inconnue, tous les syndromes nerveux d'origine discutable.

(*Voir la suite page 1813*)

massifs ni trop virulents — notion de terrain — ce sont des mots par lesquels on a l'habitude de définir les caractères épidémiologiques de la tuberculose, et il est impossible de ne pas être troublé par les analogies que présentent ces deux maladies.

J. JULLIEN, dans une communication sur les brucelloses qui simulent la tuberculose a fait un parallèle notamment entre les lésions anatomiques provoquées par le bacille de Koch et par Br. mélitensis et a montré que les ramollissement caséeux, les cellules géantes, les réactions sur les lymphatiques et les séreuses provoquées par ces deux germes étaient très semblables.

D'ailleurs l'étude des complications des fièvres ondulantes ne nous apprend-elle pas des faits que l'on pourrait transformer en arguments ? D'après H. ROGER qui a présenté au Congrès le résumé de ses publications antérieures sur les complications méningées, la réaction la plus spéciale à la mélitococcie — en dehors des méningites vraies très rares — et sans qu'il y ait syndrome méningé net, est : hyperalbuminose intense avec grosse lymphocytose.

Nous connaissons bien d'autre part la fréquence des arthropathies et des hydarthroses : 32 % des cas de fièvre ondulante pour Hardy, 31 % pour Simpson. Baker avait étudié des hydarthroses intermittentes survenant plusieurs années après une infection par Br. mélitensis. Enfin nous voulons rappeler les observations remarquables — très récentes — d'arthrite primitive à mélitocoques de Giraud-Costa et de A. D. Gardner où les signes cliniques et l'évolution ont simulé longtemps une tuberculose osseuse.

M. MAZET de son côté a été frappé par l'analogie que présente une courbe de fièvre ondulante avec certaines courbes de septicémies provoquées par ce qu'il appelle, à tort d'ailleurs, ultra-virus tuberculeux, et que nous préférons nommer formes filtrantes du bacille tuberculeux.

Il est certain que des faits comme ceux publiés par Sergent, par Besançon, par J.-A. Weil ou par Zuccola en Italie, viendraient à l'appui des idées de Mazet qui voit dans la courbe ondulante de ces septicémies, la représentation du cycle évolutif du bacille de Koch et émet l'hypothèse d'un cycle évolutif identique pour Br. mélitensis qui prendrait alors à un stade une forme filtrante.

D. et J. OLMER, dans un second rapport très documenté ont tenté de situer à sa vraie place la fièvre exanthématique du littoral méditerranéen.

Il n'est pas douteux que devant un de ces cas, un médecin non averti pensera d'abord au typhus exanthématique et c'est seulement une étude épidémiologique bien conduite qui pourra faire penser aux fièvres exanthématiques.

D'abord le pou ne joue aucun rôle dans la transmission du virus ; c'est la piqûre de la tique Rhipécéphalus sanguineus qui se trouve à l'origine de la maladie. Les tiques se rencontrent en abondance sur les chiens à la saison chaude, et le fait qu'il y a toujours des chiens parasités dans l'entourage des malades — ce que confirme G. Pecori — montre l'importance de ce réservoir de virus.

Ce premier grand caractère épidémiologique mis à part, on se trouve en présence de faits contradictoires. Car s'en tenant au typhus, si l'on pense que le virus en est représenté par les Rickettsia Provazechi, qui sont peut-être semblables aux Rickettsia de la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, où Ricketts les découvrit en 1909, il semble peu logique de s'adresser à la réaction de Weil Félix pour tenter de mettre de l'ordre dans ce groupe puisque personne n'a encore prouvé que Protéus X 19 était l'agent du typhus et surtout que ce Protéus et les Rickettsia faisaient partie du cycle évolutif d'un même germe.

Cependant la réaction de Weil Félix appliquée au typhus à poux est toujours fortement et précocement positive 1 /25.000 ; dans le typhus bénin elle est positive dans 95 pour cent des cas ; dans la fièvre exanthématique, elle semble assez régulièrement positive, mais à des taux beaucoup plus faibles, 1 /600, et seulement à la convalescence, ce qui la rapprocherait de la fièvre pourprée d'après les derniers travaux publiés. Enfin les expériences d'immunité croisée de Olmer, Burnet et Durand ayant été constamment négatives, il semble bien que l'on se trouve en face de deux maladies différentes : le typhus à poux d'une part, formant un groupe avec la maladie de Brill et le typhus murin de Toulon — dont le virus serait véhiculé par les ectoparasites du rat — et d'autre part dans un second groupe, la fièvre exanthématique méditerranéenne, la fièvre des Montagnes Rocheuses, la fièvre fluviale du Japon.

Mais PLAZY et GERMAIN insistent sur le fait que le diagnostic entre la fièvre exanthématique méditerranéenne — transmise par les tiques — et le typhus endémique bénin de Toulon — transmis par les ectoparasites du rat — ne repose que sur la notion de vecteurs différents et sur les résultats différents de l'immunité croisée. Ils pensent qu'il s'agit seulement de particularités expérimentales tenant aux modifications qu'à travers les âges les réservoirs de virus ou les vecteurs divers ont pu imprimer au virus originel, et que toutes les affections exanthématiques se fondront dans le groupe du typhus endémique bénin.

Il est évident que seule la découverte du virus pathogène de la fièvre exanthématique donnera la solution du problème. Si les analogies entre les différentes fièvres se trouvaient être des faits identiques, il s'agirait alors non plus d'une affection locale mais d'une maladie mondiale.

Une autre maladie strictement locale au moment de sa découverte, est la spirochétose espagnole de SADI DE BUEN, qu'il vaut mieux appeler maintenant spirochétose hispano-africaine.

L'agent de cette fièvre récurrente de pronostic toujours bénin, est un spirochète : tréponéma hispanicum qui présente comme propriété biologique caractéristique d'être d'un très haut pouvoir pathogène pour le cobaye. Il est transmis par une tique : ornithodonus erraticus.

Ch. Nicolle et Ch. Anderson ont recherché après les travaux de Sadi de Buen si l'on pouvait en trouver des traces en Afrique du Nord où ornithodonus erraticus est répandu. Ils l'ont trouvée en Tunisie avec les mêmes caractères et sont d'avis qu'elle existe dans tout le territoire de l'agent transmetteur, qui s'étend jusqu'à l'Egypte. Le diagnostic de la spirochétose hispano-africaine — fièvre récurrente à tiques — et de la fièvre récurrente mondiale à poux repose sur l'inoculation au cobaye, qui ne s'infecte que dans la première.

En apportant des détails sur la grande épidémie de dengue de 1928, BLANC a mis au point définitivement l'épidémiologie de cette affection tropicale.

En collaboration avec Caminopetros, il a montré que seul Stegomyia fasciata propageait le virus et aussi que cet insecte ne devient infectant que si la température atteint 20 degrés C. Au-dessous, il perd tout pouvoir de transmettre le virus, mais le récupère dès que la température remonte.

Enfin il était naturel de trouver, dans un Congrès où se discutait l'épidémiologie de maladies parasitaires dans des pays communiquant entre eux par mer, un rapport sur les procédés de dératisation des navires. Le rat est, on le sait depuis longtemps, un des réservoirs de virus les plus importants.

M. A. LUTRARIO a fait une revue générale très longue des gaz employés pour les fumigations et donné au contraire un aperçu très court sur le rat-proofing. — en outre nous aurions aimé qu'il y parlât, au moins rapidement, du problème de l'infestation murine à bord des navires.

Dans un travail récent, C. D. Williams (Public Health Service U. S.), a montré l'importance de cette recherche, l'attention que l'on devait prêter à certains petits détails pour arriver à une estimation du nombre des rats, et en déduire le meilleur moyen à employer pour s'en débarasser — et nous avons vu en Angleterre une note dans laquelle le service de dératisation de Liverpool ne veut pas fixer à ce travail de règles trop précises, estimant qu'il s'agit là de la besogne « non d'un automate, mais d'un homme intelligent, actif, et avant tout consciencieux ». C'est dire en peu de mots la valeur de ces renseignements.

De nombreuses communications très intéressantes ont été présentées pendant le Congrès ; nous voulons surtout en souli-

gner une car elle traite d'un sujet dont l'importance n'échappe à aucun hygiéniste : c'est celle de M. Teissonnière sur la salubrité des coquillages produits et consommés sur le littoral méditerranéen. Les progrès réalisés au premier échelon, c'est-à-dire dans les parcs, sont considérables et nous avons eu personnellement l'occasion de nous en rendre compte plusieurs fois ; mais le gros danger — que les récents travaux de Tanon et Neveu ont encore davantage mis en valeur — c'est l'arrosage d'eau douce plus ou moins pure par les détaillants, et c'est ce qu'on peut constater journellement dans le Midi et ailleurs.

Un rapport sur la question au prochain Congrès comme le demande Teissonnière c'est bien — mais une répression énergique, immédiate, de ce délir, par les municipalités guidées par des hygiénistes, est absolument indispensable.

Pierre Thomazi.

CHRONIQUE

Maladie d'Addison et grossesse. Il est rare d'observer, à la fois, une grossesse et une maladie d'Addison. Aussi le cas de Haro Garcia est-il le deuxième en Espagne (1) et le quinzième de ceux qui ont été l'objet de publications. Seitz, Vogt, Wilson, etc., s'accordent sur l'aggravation de l'Addisionisme, la fréquence de l'avortement, la fréquence des toxémies ou gestoses et l'excessive mortalité que cause la parturition.

Une femme de 33 ans, réglée à 13 ans, quatre jours tous les vingt-sept jours, mariée à 27 ans, a eu deux fils et un avortement. Mère décédée à 30 ans en perpuéralité ; père hémiplégique ; huit frères dont deux décédés dans l'enfance. Elle a fait de la diphtérie et, pendant plusieurs années, du paludisme tierce au cours de l'été.

Depuis deux mois : grande asthénie, dyspnée d'effort, nausées, sialorrhée, perte de 10 kilogr. ; changement de coloration et apparition de petites taches. Fébricule le soir. Constipation. Aménorrhée. Habitus asthénique. Coloration gris sombre avec plaques de pigment ; petites taches sur la langue, les gencives, les commisures labiales ; pigmentation de la face dorsale des petites articulations des mains. Submatité du sommet droit ; inspiration rude, expiration prolongée et bronchophonie. Cœur normal. Tension : Mx 8 Mn 6 1/2. 100 pulsations filiformes, dépressibles. Urine : densité 1.023, acide ; urée 30,74 ; chlorure 9,20 ; pas d'albumine, ni de glucose, ni d'acétone, ni de pigments biliaires. Sang : 4.728.000 hématies, 5.250 leucocytes, 53 lymphocytes, 7 monocytes. Cholestérolémie 0,75 pour 1000. Rapidité de sédimentation : moyenne horaire 45 mm. Métabolisme basal (poids 43 kilogr. et taille 1 m. 46) : métabolisme 29 pour 100. Epreuve de l'insuline : au début glycémie 0,77, réserve alcaline 38,5 et Co^2 5 pour 100 ; après l'injection de dix unités au bout de 30 minutes : glycémie 0,42, et au bout de 45 minutes : syndrome hypoglycémique net ; au bout d'une heure : glycémie 0,37 ; réserve alcaline 36 ; Co^2 6 % ; après 90 minutes : collapsus circulatoire qui entrave la saignée.

Le volume de l'utérus est celui d'une gestation de deux mois. En somme, on suppose : maladie d'Addison compliquée de grossesse et, consécutivement, pronostic fâcheux. Cependant l'auteur ne jugea pas justifiée l interruption de la gestation, sauf aggravation de l'état de la patiente soumise à un traitement médical. La grossesse évolue et la femme accouche, en huit heures, d'un enfant porteur d'un colobome inférieur de l'œil droit. Post partum normal et allaitement mixte (deux biberons). Le retour des règles, le deuxième mois écoulé, n'avait pas encore eu lieu, alors que, dans les précédentes parturitions, il se produisait dès le premier mois. Les résultats de la répétition des mêmes analyses furent : urine normale ; sang : 4.772.000 hématies, 5.000 leucocytes, 54 polynucléaires neutrophiles, 3 éosinophiles, 36,5 lymphocytes, 4,5 monocytes, hémoglobine 86 % ; valeur globulaire 1 ; cholestérolémie 1,50 pour 1000 ; rapidité de sédimentation 15,75 par heure (moyenne) ; épreuve de l'insuline : glycémie 0,62 ; réserve alcaline 50,7 ; tension artérielle Mx 10, Mn 7 ; pouls 72 ; injection de dix unités ; après 30 minutes : glycémie 0,42, tension artérielle Mx 10, Mn 7 ; pouls 78 ; après 60 minutes : glycémie 0,30 ; réaction alcaline 47,7 ; tension artérielle Mx 9,5, Mn 6,5 ; pouls 80 ; légère sudation du nez et du front ; nausées ; légère somnolence ; après 105 minutes : glycémie 0,28 ; réaction alcaline 50,7 ; tension 9 et 6,5 ; pouls 68 ; transpiration marquée du nez et du front ; nausées et somnolence ; après 150 minutes : glycémie 0,27 ; réaction alcaline 50,7 ; tension 8,5 et 5,5 ; pouls 64 ; légère sudation généralisée ; violentes nausées ; intense somnolence. Administration de 85 grammes de glucose Merck, lait avec 100 grammes de sirop, 0,10 de caféine, 0, 0 de camphre et 0.001 d'adrénaline.

Epreuve de la glycémie post-morphinique. Glycémie au début 0,61 ; injection de 0,01 de morphine : au bout de 80 minutes glycémie 0,57 ; au bout de 60 minutes, glycémie 0,71.

Sans prétendre déduire de ces données que la puerpéralité a été une cause d'amélioration, encore qu'un auteur ait pu plaider la suppléance de la fonction surrénale maternelle par le fœtus, l'auteur admet que la médication prescrite contre le déficit surrénal, contre l'état hépatique et contre le terrain tuberculeux a eu une heureuse influence.

En rapprochant son cas de ceux connus, il relève que l'accouchement fut normal, qu'il y avait des antécédents paludéens (comme Fritz-Patrick) et enfin, qu'il y avait une malformation congénitale (comme dans le cas de Puigy Roig).

Abstraction faite des cas de Roten et Pestalozza qui ne donnent pas de détails, pour les 14 autres cas, on note : accouchements à terme, 8 (dont cinq fœtus vivants) ; prématurés, 5 (dont un vivant). Décès maternel : 1 dans l'accouchechement ; 7 de un jour à huit mois ; 2 au bout d'un an ; 3 sans renseignement. Aggravation durant la gestation, 8 ; sans aggravation, 3 ; deux débuts de l'Addison dans le postpartum : une de ces femmes mourut dans l'année ; l'autre vécut améliorée un an. En somme : mortalité maternelle 61,5 % ; fœtale 53 %.

***

Corps jaune. L'influence trophique du corps jaune sur l'évolution de la gestation, affirmée par Fraenkel et Cohn, confirmée par Marshall et Jolly, Claypon et Starling, Niscoubina, etc., est niée par certains tant du point de vue expérimental que clinique. C'est ainsi que Biedl a pu transporter cinq œufs fécondés, en état de segmentation, dans l'utérus d'une lapine qui avait mis bas peu avant et observer la continuation de sa gestation régulière jusqu'au terme, sans trouver trace cicatricielle de corps jaune ; enfin il y a l'histoire des femmes, ovariotomisées dans les premiers mois de la gestation accouchant à terme (Amati, Bertino, Negri, etc.). Ces faits semblent donner le coup de grâce à la théorie de Fraenkel et il s'y ajoute les expériences de Maurizo sur les chattes qui, ovariotomisées dans les premiers temps de leur gestation, mettent bas régulièrement à terme.

Pour répondre à l'argumentation de l'ablation expérimentale du corps jaune, Fraenkel a invoqué l'action adjuvante de la glande interstitielle. D'autres, au contraire, amplifient sa conception et Mulon compte vingt-six actions directes ou indirectes de l'influence du corps jaune, auquel d'aucuns attribuent une action inhibitoire, d'autres une action accélératrice sur la déhiscence du follicule ; l'éclampsie, l'ostéomalacie, les variations de l'urée seraient aussi sous la dépendance de l'activité du corps jaune.

Après avoir rappelé Villemin et les prudents jugements de Schickelé, Dal Santos (1) expose les vues de Foa sur le cycle du rut, sur l'estrine et la folliculine, antagonistes, puis celles d'Ancel et Bouin qui précisent la conception de Fraenkel, et démontrent bien le rôle efficient du corps jaune dans la nidation, rôle admis également par de Lauretis ; de plus il faut rechercher dans les altérations anatomo-fonctionnelles du corps jaune l'origine de quelques

(1) F. Haro Garcia. — Embarazo y enfermedad de Addison. Gestation et maladie d'Addison. *La Medicina Ibera*, Madrid, n° 725, 3 octobre 1931.

(1) B. Dal Santo. — L'influence du corps jaune sur l'évolution de la gestation. L'influsso del corpo luteo sul decorso della gravidanza. *Monitore Obstetrico-genicologico*, Bologne, janvier-février 1932, vol. IV, fasc. 1, page 48.

états morbides, grossesse tubaire et mole vésiculaire. Mise à part l'existence assez fréquente des dégénérescences concomitantes molaire de l'œuf et kystique lutéinique de l'ovaire, la logique avertit qu'il n'est pas niable *a priori* que la sécrétion interne lutéinique n'ait aucune importance sur la marche normale de la gestation.

Si Diamare, en considération de la richesse de la sécrétion colloïde du corps jaune gravidique, n'entend lui accorder aucune importance biologique, l'auteur ne peut cependant pas rejeter les arguments de ceux qui lui assignent au contraire une haute valeur, au moins, en tant qu'anneau de la corrélation hormonique des glandes endocrines de l'appareil génital (corps jaune, follicule, tissu interstitiel, glandes du myomètre, placenta, etc.), de la « petite constellation hormonique » (Sfameni) qui interfère à son tour par des liens intimes avec le complexus des glandes à sécrétion interne de l'organisme « grande constellation hormonique générale » (Pende). A cette opinion, s'accordent travaux et observations cliniques de Cappellani, Patti, Viana, Autecki et Zwoslinski, Lopez-Doriga, etc., qui attribuent de l'importance au corps jaune dans la pathogénèse de l'avortement habituel, tel que le définit Schröder. Son étiologie dans bien des cas, sinon toujours, en accord avec les acquisitions endocrinologiques doit être en relation avec les sécrétions internes ovariennes, lutéinique notamment et peut-être aussi hypophysaire.

Autecki et Zwolinski ont traité 21 cas d'avortement habituel par administration d'extrait de corps jaune et obtenu dix-neuf résultats « très bons ». Ils ont procédé par une injection journalière dans la première moitié de la grossesse, hebdomadaire dans la deuxième moitié, par quinzaine vers le terme ; sans imposer le séjour au lit, mais l'absence de rapports sexuels. Le procédé est également recommandable dans les hémorragies prélude de fausse couche.

Parmi les faits confirmatifs, l'auteur relève les deux de Viana où la cure fut instituée en raison de l'hypoovarisme des patientes du type squelette court et mégalo-splanchnique.

Suivent les observations de cinq cas de stérilité traités très heureusement par l'auteur au moyen d'injections intramusculaires de corps jaunes. Aucune de ces gestantes ne souffrait d'affections cardiaques, rénales, génitales, syphilitiques (ni leurs maris) ; les conjoints niaient toutes pratiques néomalthusiennes.

Le sérum du sang de gestantes a été utilisé par Amati dans un but expérimental et dans un but thérapeutique par Maurizio ; ils ont conclu à l'existence dans le sérum d'hormone d'action élective sur le système génital, dont le siège de l'élaboration spécifique n'est pas encore bien défini « certes ces faits ne peuvent fournir la preuve expérimentale que nos résultats soient dus, comme il est très probable, à une action hormonique ; mais encore en concédant que cette action est indiscutable — qu'elle n'est pas la *vis medicatrix natura* — l'interprétation de son mécanisme reste obscure. S'agit-il de l'influence spécifique d'hormones exclusivement produites par le corps jaune ou d'une hypofonction hormonique placentaire dont l'équilibre normal se rétablirait par l'effet des extraits injectés, en faisant cesser le déficit de folliculine contenue, d'après les plus récents travaux, dans le placenta et dans le corps jaune ? Ou, au contraire la cause de l'avortement habituel résiderait-elle dans une exagération de la fonction hormonique placentaire, corrigée par l'hormone lutéinique, antagoniste de la folliculine sécrétée en excès par le placenta ? Questions difficiles à résoudre dans l'état actuel de nos connaissances : seul peut nous aider, jusqu'à un certain point, le fait que les injections de folliculine, rapprochées et répétées, provoquent l'avortement de femelles en expériences : « Les bons résultats obtenus dans le traitement de l'avortement habituel par les extraits de thyroïde (Vignes, Novak, Hertoghe, etc.) corroborent les corrélations de l'ovaire et des thyroïdes, d'autant que la thyroïdectomie pratiquée sur les animaux jeunes est suivie d'arrêt de développement et d'atrophie des glandes sexuelles et qu'un récent travail de Carloni nous éclaire sur la possibilité d'interrompre la gestation des cobayes, par hyper ou hypothyroïdisme expérimental ».

Comme Vignes, l'auteur pense que la thyroïde exerce une influence spécifique sur la muqueuse utérine pour la nidation de l'œuf et une heureuse évolution de la gestation.

***

Ménopause et œil. La presbyopie apparaît *vers* le même âge que la ménopause. Or GUILLOT (1) arrive à la conclusion que la castration bilatérale avant l'âge critique, entraîne chez la femme une déficience de la fonction accommodative tout à fait comparable à celle de la ménopause naturelle. Il lui semble prématuré de décider si la cause de cette presbytie réside dans une modification du sang, dans un trouble sympathique, hormonal ou métabolique.

Il importera, en tout cas, chaque fois qu'une femme avant la quarantaine, éprouvera des difficultés pour la vision de près de l'interroger sur l'état de ses fonctions ovariennes.

Henri VIGNES.

(1) GUILLOT. — La presbytie ovarioprive *Société belge d'ophtalmologie*. Séance du 24 avril 1932. C. R. in *Le Scapel*, 6 avril 1932, p. 1004.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Circulation

Les phlébites, en apparence les plus banales, peuvent s'accompagner d'artérite de voisinage ou en être suivies, comme le montrent trois observations dont voici le résumé :

Il s'agit, dans la première observation, d'un homme de 50 ans, qui fit deux poussées de phlébite du membre inférieur droit compliquée d'embolie pulmonaire. Au cours de la deuxième poussée avec œdème volumineux survinrent des signes d'ischémie massive et menaçante de tout le membre avec syndrome d'oblitération probable de l'artère iliaque externe. L'acétylcholine produit un effet remarquable et permet le retour d'une circulation satisfaisante ; mais depuis trois ans persistent de petits signes d'insuffisance circulatoire.

La deuxième observation se rapporte à une femme, qui vit apparaître des varices à 40 ans, fit une phlébite variqueuse à 47 ans, puis une nouvelle phlébite à 55 ans. Pendant la convalescence de cette phlébite apparaissent des manifestations évidentes d'une artérite dont la malade garde les symptômes tenaces et toujours menaçants.

La troisième observation est celle d'un homme de 53 ans, athéromateux, souffrant de crises d'angine de poitrine vraisemblablement liées à une aortite et à une coronarite scléreuses avec insuffisance ventriculaire gauche. Une artérite oblitérante du membre inférieur gauche se déclare insidieusement tandis que se greffe sur le tableau clinique une phlébite en apparence variqueuse. Au bout de quelques jours le malade meurt d'infarctus du myocarde après huit heures d'intolérables souffrances.

(Paul Véran. Les phlébites d'accompagnement au cours des artérites des membres inférieurs. *Gazette médicale de Nantes*, 15 mars 1932.)

Tuberculose

La croyance en la contagion de la tuberculose, chez l'adulte, est le résultat d'une interprétation abusive des expériences de laboratoire et de la confusion commise en voulant rapporter à des contacts avec les phtisiques la cause de certaines coïncidences qui se produisent inévitablement et régulièrement, en dehors de tout apport de germe extérieur.

Le calcul des probabilités, appliqué à la tuberculose conjugale, permet une ingénieuse démonstration de la proposition précédente.

Si on prend un très grand nombre de couples, on devra en compter 64 % dans lesquels aucun des deux conjoints ne succombera à la tuberculose, 32 % où l'un d'eux seulement sera victime de l'infection et 4 % où l'un et l'autre mourront de bacillose.

En outre, dans 32 + 4, c'est-à-dire 36 % des cas où la tuberculose frappe ces couples, on doit trouver 4 cas où les deux conjoints succombent à la maladie, soit 11 %.

Si donc l'un des époux meurt de bacillose, il y a *onze chances sur cent* pour que la même maladie soit fatale à l'autre et cela en dehors de toute contagion.

Les pourcentages relevés en clinique étant notablement inférieurs, la non-contagion conjugale semble bien certaine.

(Auguste Lumière. Comment la croyance en la contagion de la tuberculose chez les adultes a-t-elle pris naissance ? *Avenir médical*, avril 1932.)

La méningite tuberculeuse peut se présenter sous des aspects assez différents pour rendre un diagnostic hésitant.

Le hasard réunit, en novembre 1931, dans le même service, deux jeunes femmes, atteintes l'une et l'autre de méningite tuberculeuse ; entrées en même temps, elles meurent à 24 heures d'intervalle.

La première représente le cas type de la méningite tuberculeuse.

La seconde, entrée avec le diagnostic d'encéphalite, présente comme symptôme le plus frappant, une paralysie totale du moteur oculaire commun droit (ptosis, strabisme externe, mydriase). Son histoire est la suivante : après une période de céphalée qui se serait passée il y a quinze jours, la malade fut prise de fièvre, de paralysie oculaire et de torpeur cérébrale ; il n'y a ni douleurs de tête, ni Kernig, ni troubles musculaires.

L'encéphalite frappe avec une prédilection particulière la musculature de l'œil, mais elle détermine pour ainsi dire toujours des paralysies incomplètes, parcellaires, tandis que la paralysie totale, tronculaire, localise la lésion à la base du cerveau et plaide en faveur d'une méningite tuberculeuse. La ponction lombaire confirme ce dernier diagnostic.

(Dufour. Deux cas de méningites tuberculeuses. *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle*, mars 1932.)

Pédiatrie

Les indications des régimes avec réduction lactée sont peu nombreuses ; pratiquement il faut les réduire à quelques cas, à quelques syndromes et n'employer cette mesure que pendant une période assez courte.

C'est par exemple l'intolérance avérée, authentique, du nourrisson pour le lait de vache ; il ne faut l'accepter qu'après adaptation des doses aux capacités digestives et emploi des divers laits, naturels ou modifiés.

C'est aussi l'eczéma de la première enfance. Avec la suppression complète, les éléments éruptifs disparaissent ou diminuent considérablement, mais la répercussion sur l'état général et sur le poids ne tarde pas à apparaître ; il en résulte parfois une véritable cachexie thérapeutique.

La réduction lactée est encore nécessaire dans certaines anémies de cause alimentaire, dues à un abus ou à un usage trop prolongé du lait, dans quelques formes de rachitisme, dans quelques modalités d'hypotrophies, dans la maladie cœliaque, etc.

La réduction lactée est surtout une question de cas d'espèce, la décision étant subordonnée à l'étude individuelle du malade, en prenant en considération son âge, son poids, la nature de la maladie.

(R. Aubanier et Mlle Lambert. L'emploi d'une alimentation sans lait dans la première enfance. *Journal de médecine de Lyon*, 5 avril 1932.)

Chirurgie

Le pronostic des fractures isolées fermées des apophyses transverses lombaires semble bien avoir été envisagé avec trop d'optimisme.

Sans doute ces lésions méritent cette réputation de bénignité, si on les compare aux fractures totales du rachis ; d'habitude elles guérissent en quelques semaines ou en quelques mois ; mais la qualité de cette guérison laisse souvent à désirer ; des séquelles douloureuses se manifestent fréquemment à leur suite.

Le traitement classique au lit ou par les appareils plâtrés semble insuffisant, tandis qu'il y a une grande amélioration ou un succès complet chaque fois qu'on a pratiqué l'ablation des fragments fracturés. Ces bons résultats montrent indiscutablement que c'est bien la fracture elle-même qui est à l'origine de tous les troubles accusés par les blessés, puisque ces troubles n'ont pas survécu à l'ablation des fragments fracturés.

Bien plus même, devant les échecs habituels du traitement orthopédique, qui, en règle générale ne permet d'obtenir qu'une guérison incomplète, au prix d'une incapacité temporaire toujours longue, certains auteurs ont été conduits logiquement à employer l'intervention sanglante précoce dans le traitement des fractures isolées fermées des apophyses transverses lombaires.

(G. Michel, P. Rousseaux et P. Bertrand. De l'intervention sanglante précoce dans le traitement des fractures fermées des apophyses transverses lombaires. *Revue médicale de l'Est*, 15 mars 1932.)

On arrive à poser avant l'intervention le diagnostic de pancréatite aiguë, bien que les erreurs demeurent fréquentes.

Ce qui domine la symptomatologie, c'est, avec leur brusquerie et leur brutalité remarquables, la douleur atroce, l'état de collapsus, de choc extrême, avec pouls filiforme, les vomissements abondants et répétés.

Mais ces signes généraux et fonctionnels si prononcés contrastent avec la pénurie des signes physiques : pas de défense, un peu de ballonnement, une douleur épigastrique transversale, des points douloureux costo-lombaires prédominant à gauche, une impression de résistance profonde.

Dans les cas typiques le diagnostic est aisé, il suffit d'y songer. Mais bien souvent un symptôme important peut manquer et c'est après avoir éliminé les différents syndromes de l'étage supérieur de l'abdomen que l'on arrivera à ce diagnostic par exclusion en se basant sur la discordance qui existe entre les signes généraux et les signes physiques.

Il faut porter immédiatement le diagnostic d'intervention, seule chance d'obtenir un succès.

Lorsque l'intervention est pratiquée très tôt, que les lésions sont peu marquées, l'écueil à éviter c'est de passer à côté du diagnostic et de refermer le ventre sans explorer le pancréas ; la maladie continuerait son évolution et l'on assisterait à une issue rapide et fatale que l'on ne comprendrait pas. Aussi, lorsqu'une laparotomie est pratiquée pour un syndrome grave de l'étage supérieur de l'abdomen et ne fournit pas de façon évidente l'explication des symptômes observés, doit on examiner le pancréas, qui peut alors donner la clef du problème.

(J. Gautier. Pancréatites œdémateuses. *Archives médicales d'Angers*, mars 1932.)

Le cancer de la verge n'est pas une affection simple à traiter. Quatre observations malheureuses de récidives montrent les résultats regrettables obtenus faute de se conformer aux saines règles générales qui régissent le traitement des cancers.

Elles sont une excellente occasion de rappeler que, dans la course engagée entre le cancer et le médecin, il s'agit d'arriver le premier. Si on s'est laissé dépasser, inutile de continuer, tout est perdu. Rien n'est plus dangereux que de proportionner l'acte opératoire (ou de doser les rayons) à l'étendue du mal ; il faut lui opposer d'emblée, comme un réflexe, l'intervention maxima. On ne saurait admettre cette thérapeutique minima, graduée à la demande, qui consiste à s'adresser à l'électro-coagulation, puis au radium, puis, si on n'est pas content, à la rœntgenthérapie, enfin, si on n'est pas encore pleinement satisfait, à la chirurgie. C'est la meilleure façon en définitive d'arriver trop tard.

(Ravau. Présentation de quelques observations malheureuses concernant le cancer de la verge. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1931.)

Obstétrique

La forme métrorragique de l'infection puerpérale est due à la seule infection ; d'une observation détaillée et commentée on peut extraire les considérations suivantes :

1° Les métrorragies ne sont pas liées à une rétention placentaire ;

2° Elles surviennent assez tardivement et revêtent souvent dès le début un caractère de haute gravité soit d'emblée, soit secondairement ;

3° Les manœuvres intra-utérines, telles que curage ou curettage, sont inutiles, puisqu'il n'y a pas rétention de débris placentaires et sont susceptibles de donner un coup de fouet à l'infection ;

4° Les formes graves sont justiciables d'une intervention immédiate par hystérectomie d'emblée.

(Metzquer. Forme métrorragique de l'infection puerpérale. *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 mars 1932.)

Ophtalmologie

Le trachome, très répandu en Indochine, l'est relativement peu au Cambodge. La province de Kampot est la région du

Cambodge où le trachome sévit dans la plus forte proportion, à cause de l'immigration des coolies chinois, venus travailler dans les poivrières et les pêcheries. Tous sont atteints : Cambodgiens, Annamites et Chinois.

Dans les écoles un examen systématique révèle que la proportion des élèves trachomateux dépasse 40 %.

Les malades, petits ou grands, ne s'occupent pas de l'état de leurs yeux ; ils sont habitués à la présence des granulations et aux frottements de celles-ci sur la cornée. Aux méfaits du trachome il convient d'ajouter l'action néfaste des poudres des pharmaciens chinois. Aussi constate-t-on de nombreux cas de cécité, aboutissant fatal du trachome non ou mal soigné.

La prophylaxie familiale est de toute première importance.

(Tirouvanziam et Le-Van-Xuyen. Le trachome à Kampot. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1931.)

Pathologie coloniale

Les fièvres récurrentes à spirochètes se divisent en deux groupes :

1° Les récurrentes mondiales dont le caractère est cosmopolite et qui sont transmises par le pou ;

2° Les récurrentes régionales à tiques transmises par des ornithodores spécialisés.

C'est à ce dernier groupe qu'appartient la fièvre espagnole, produite par le spi. hispanicum, transmis à l'homme par l'orni. marocanus.

Une observation du médecin principal Le Chuiton est curieuse au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Le matelot électricien L..., du bataillon de côte de Condia, lui est adressé le 10 septembre 1930 avec les symptômes suivants : fièvre élevée à 40°3, état ataxo-adynamique assez prononcé avec délire.

Une éruption papuleuse légèrement purpurique fait penser au typhus exanthématique.

L'examen du sang montre de très nombreux spirilles.

Un traitement au 914 est entrepris.

Première injection de 0 gr. 15 le 12 septembre ; le premier accès dure cinq jours, du 9 au 13 septembre ; le 24 disparition de la fièvre et des symptômes d'ataxo-adynamie ; l'apyrexie dure jusqu'au 24, soit dix jours. Le 14 septembre nouvel accès fébrile (39°2) durant quatre jours.

On reprend le traitement. Nouvelle injection de 0 gr. 15 de 914 le 25 septembre ; injections de 0 gr. 30 le 30 septembre, le 7 et le 14 octobre.

Le malade n'a plus présenté d'accès fébrile et il quitte l'hôpital le 5 novembre, parfaitement guéri.

(Le Chuiton. Etude sur les fièvres récurrentes à spirochètes. A propos d'un cas de fièvre espagnole constatée en Tunisie. *Archives de médecine et pharmacie navales*, juillet-septembre 1931.)

Aphorismes...

du Professeur Henri Verger, de Bordeaux, sur l'hypertension artérielle

Nous ne savons pas grand'chose, à la vérité, de la pathogénie et de la signification de l'hypertension, en dehors de théories encore mal établies.

Ce qui est dangereux, ce n'est pas tant la permanence de l'hypertension que ses variations brusques, parce que la marge de résistance des vaisseaux est diminuée.

La pratique montre que, chez un hypertendu permanent, l'abaissement de la maxima est un symptôme fâcheux, précurseur de l'insuffisance cardiaque.

L'hypertendu doit être rigoureusement monogame.

La menace rénale étant constante, le régime des hypertendus se confond en fait avec celui des azotémiques.

Il est courant de voir ordonner des régimes *ne varietur*, féroces, où, tout étant défendu ou à peu près, les malheureux patients perdent tout appétit et risquent de mourir devant de fades platées de légumes verts, jamais variées, faute d'imagination de leur cuisinière.

Si tout le monde est d'accord pour modérer le chlorure de sodium chez les azotémiques, sa suppression absolue s'accorde mal avec le régime végétarien qu'elle a tôt fait de rendre insupportable.

Si l'action hypotensive de certaines eaux ne saurait être contestée, il est à mon sens bien certain que cette action ne se maintient pas.

Appliquant volontiers en matière thérapeutique la maxime *primum non nocere*, j'ai complètement renoncé, pour ma part, à l'emploi des soi-disant hypotenseurs.

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 octobre 1932

Les oscillations du métabolisme basal pendant le cycle menstruel. — *M. Carlos Bonorino Udaondo.* — Les expériences de l'auteur furent faites sur cinq jeunes filles saines, mais il ne rapporte que les résultats obtenus sur trois d'entre elles.

Les menstruations étaient régulières, sans complications, ce qui est important puisque certains auteurs ont constaté que les douleurs ainsi que certains troubles menstruels provoquent une augmentation du métabolisme.

Les expériences de M. C. Bonorino Udaondo concordent avec celles des auteurs qui démontrent que le cycle menstruel exerce une certaine influence sur le métabolisme général.

« S'il est indubitable à notre avis que ces effets existent, nous ne croyons pas que de nos conclusions, ni de celles des auteurs qui nous ont précédé, puissent se détacher encore des règles absolues ; surtout si l'on tient compte des innombrables influences capables de modifier l'évaluation des rechanges.

« On doit retenir que ces oscillations métaboliques périodiques ne sont pas un patrimoine de l'espèce humaine. »

A propos de la vaccination antidiphtérique. — *M. Léon Bernard.*

La mortalité par cancer à Kasz-el-Aissé. — *M. Delbet.*

L'action des eaux sulfatées calciques sur certains mécanismes régulateurs de la pression artérielle. — *MM. D. Santenoise, C. Franck, L. Merklen* et *M. Vidacovitch.* — L'expérimentation physiologique a permis à ces auteurs de montrer que les eaux sulfatées-calciques exercent une importante action sur la régulation de la pression artérielle en augmentant la sensibilité et l'efficacité des réflexes dépresseurs issus des zones réflexogènes et en augmentant leur action tonique frénatrice permanente.

Ces premiers résultats permettent d'entrevoir l'explication physiologique de l'efficacité des cures sulfatées calciques dans le traitement de certains états d'hypertension.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 15 octobre 1932

M. Laignel-Lavastine rend compte du Congrès d'histoire de la médecine de Bucarest. Les travaux scientifiques se succédèrent, nombreux et importants. Grâce à une excellente organisation, les congressistes purent excursionner aux préventoriums organisés par les princesses royales et les grands seigneurs roumains, avant d'atteindre le site fameux de Smaïa.

Ils visitèrent des couvents, aux fresques rappelant les œuvres de Giotto et naviguèrent pendant deux jours sur les eaux du Delta du Danube, dans des paysages évocateurs du paradis terrestre, avec leurs animaux, leurs oiseaux et leurs forêts.

Les organisateurs présentèrent aux membres du Congrès des guérisseurs, qui se livrèrent devant eux à des incantations sur les malades suivant les rites anciens.

La partie principale de la séance fut consacrée à une conférence de *Madame Foucart* : *La médecine dans l'Egypte antique.* Les méthodes des recherches égyptologiques sont aujourd'hui très complexes et nécessitent une spécialisation des chercheurs, parmi lesquels médecins et hommes de laboratoire ont leur place. Il est certain que l'art des guérisseurs fut pratiqué dans l'Egypte antique avec ses caractéristiques : fétichiste, empirique, démoniaque.

Des fœtus ou des adultes enterrés autour du foyer, dans l'intérieur des maisons protégeaient les hôtes contre les maléfices. Les amulettes, les charmes retrouvés prouvent son existence. Certaines pratiques sont singulières comme celle que l'on a pu constater en ouvrant des momies d'enfants, dont l'estomac contenait une souris écorchée.

L'étude des statues et des momies fait connaître les malformations, les maladies, les blessures, dont les sujets ont été atteints. Les statues réalistes et pleines de vie étaient des

représentations aussi exactes que possible ; une des plus remarquables du musée du Caire est celle du Cheick-el-beled, sur laquelle il serait possible de faire une étude anatomique et au besoin pathologique.

Les momies sont merveilleusement conservées, grâce au climat et à la nature du sol. Un fait est certain : l'utilisation de longues bandes de lin trempées dans la résine pour remplacer le cerveau, le cœur et les viscères. Subissaient-elles un bain prolongé de natrium, comme le conte Hérodote : la chose est plus douteuse bien que certaines soient restées plus de dix mois chez l'embaumeur. Sur ces corps ainsi conservés, le chercheur retrouve les cicatrices des plaies, des abcès, ici une ligature de la mâchoire avec un fil d'or, là des ulcérations craniennes causées par le port des cruches sur la tête, malgré le coussinet protecteur, encore en usage dans l'Egypte moderne. Le cancer, le rachitisme, les lésions syphilitiques, si communs aujourd'hui en Egypte n'ont jamais été signalés sur les corps des momies. Par contre, les cas d'arthrite chronique sont nombreux, ce qui peut surprendre dans un pays aussi sec. Les fractures du crâne, des tibias, des os de l'avant-bras sont explicables par ce que nous savons des armes des anciens Egyptiens : massues des soldats, matraques des paysans. Chez certains ces fractures avaient été maintenues par des appareils de bois et de roseaux. Beaucoup de fractures graves avaient guéri sans suppuration. L'embaumeur fournissait les bandes des pansements, comme en témoigne un papyrus.

L'examen médical des momies a montré aussi des cas de mal de Pott, de sponolylite, d'aortite, de calculs biliaires, de caries dentaires, d'abcès alvéolaires, des cicatrices de varioles chez Ramsès V notamment.

Parmi les malformations, il faut citer le nanisme, assez répandu dans le cours de la Ve dynastie. Les aveugles et notamment les harpistes aveugles, nous sont connus par des fresques.

Les instruments de chirurgie sont assaz rares. Sauf à l'époque hellénistique. Les pinces découvertes en plusieurs endroits servaient à l'épilation ; certains couteaux aux embaumeurs.

Une fouille a mis à jour toute une série d'objets de verre, d'un usage pharmaceutique. Des flacons à col effilé — peut-être des compte-gouttes, une carafe pleine de scorpions — remède encore en usage chez les coptes contre les morsures des serpents. Les collyres étaient enfermés dans des vases précieux, de même que les fards. Les premiers collyres datent d'au moins 4.500 avant Jésus-Christ. Les Egyptiens utilisaient de nombreuses plantes pour leurs remèdes. Une des plus curieuses était la mandragore, dont le fruit assurait la fécondité.

Une jeune femme est figurée sur une fresque mangeant l'un de ces fruits.

Les avortements provoqués n'étaient peut-être pas exceptionnels.

Les fouilles de la tombe de Tout Ank Amon ont fait découvrir deux petits cercueils contenant des fœtus de 3 et 5 mois. C'étaient des enfants de la reine Anké Sénamen, que les prêtres d'Ammon avaient fait avorter au moyen de drogues, pour arrêter la descendance d'Akhounaton, réformateur de la religion.

L'accouchement se faisait sur un siège spécial. composé de trois pierres : la sage-femme pouvait ainsi aider la parturiente soulevée au-dessus du sol. Des hiéroglyphes figurent des femmes en train d'accoucher dans ces conditions. Un accouchement est également figuré sur un bas-relief de la basse époque ; des déesses sages-femmes assistent une autre déesse qui accouche au soleil, la déesse Touéris, à tête d'hippopotame, peut être considérée comme une figuration de la femme enceinte.

Le plus ancien médecin connu est Motep à la fois visir, architecte et médecin, ayant vécu 3015 ans avant J.-C. Les mythologies le font descendre de Ptah et de Sckmet déesse guérisseuse à tête de lionne. La statue du Caire le représente comme un homme jeune. Motep est devenu un Dieu. Une statue de médecin existe au même musée, c'est celle de Néankri, si fin et si élégant, surpris par l'artiste au moment où il médite peut-être sur un cas difficile. Les documents sur les médecins abondent.

Quelques-uns pratiquent également la médecine et la magie. Des prêtres aussi exercent la médecine, et il est probable qu'ils recouraient à la méthode pratiquée par les prêtres grecs à Delphes en faisant dormir le patient dans le temple et en l'interrogeant sur ses rêves. Cette méthode est encore en usage dans certaines églises coptes.

L'embaumeur est un homme de classe basse. Prêtres et médecins se détournent de lui et le considèrent comme impur. Les médecins sont ainsi privés de l'étude de l'anatomie sur le cadavre, jusqu'au moment où Hiérophile et Erasistrate, sous les Ptolémées, abordent cette étude. Les textes apprennent que l'embaumeur était chassé de la maison après avoir fendu le ventre du cadavre et retiré les viscères.

Les papyrus médicaux sont importants. Les plus anciens contiennent des recueils et formules réunies 3.500 ans avant J.-C. et recopiées 2000 ans plus tard. Il n'y est question ni de symptomatologie ni de diagnostic. Le papyrus d'Ebers nous apprend les notions d'anatomie des Egyptiens.

Le papyrus d'Helminschmidt, actuellement à New-York est le journal d'un médecin exerçant 2800 ans avant notre ère. Il a été commenté, mille ans plus tard par un autre médecin. C'est le journal d'un chirurgien des armées. Il renferme l'exposé de 48 cas chirurgicaux. Ces cas sont examinés méthodiquement. Le pronostic et le diagnostic sont établis rationnellement. Le traitement est indiqué.

Les cas les plus curieux se succèdent : syndrome méningitique après plaie de la nuque ; fracture de la base du crâne avec hémorragie du nez et des oreilles ; tétanos avec ténesme et rire sardonique, un coin de bois étant enfoncé entre les mâchoires pour alimenter le blessé, qui semble avoir guéri ; blessure du crâne suivie d'hémiplégie ; luxation de la mâchoire etc. Le pronostic de ces affections graves est réservé « jusqu'à ce qu'il (le médecin) sache qu'il (le malade) a franchi le point décisif ». Le chirurgien auteur du papyrus applique les principes d'un livre plus ancien aujourd hui perdu : « le livre des connaissances de ce que l'on fait dans une blessure », il touche la plaie, recherche le « frémissement », probablement les pulsations du cerveau, surveille l'état général par l'examen du pouls. Cette œuvre didactique nous ouvre des horizons sur l'enseignement de la médecine dans l'Egypte antique.

Toutefois la première école de médecine connue fut fondée en Basse-Egypte 600 ans avant notre ère.

Le long résumé de cette conférence qui paraîtra *in extenso* dans le *Bulletin* de la Société donne une idée de son importance. ***Madame Foucart*** a mis au point les travaux des égyptologues actuels et nous a donné une base à laquelle il faudra toujours se reporter avant d'entreprendre un travail sur la médecine dans l'Egypte antique.

Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 octobre 1932

Epreuve de dyspnée provoquée en espace clos. — ***MM. Goiffon, Parent*** et ***Waltz*** présentent un appareil qui permet de faire respirer le sujet en espace clos et d'enregistrer l'ampleur de sa ventilation.

Celle-ci s'accroît par accumulation du CO^2 jusqu'à un maximum qui mesure la «capacité vitale réflexe». Celle-ci semble déceler plus fidèlement les insuffisances respiratoires que la mesure de la capacité vitale volontaire.

Traitement chirurgical des abcès du poumon. — ***M. Petit de la Villéon*** insiste sur la valeur de l'ouverture directe et du drainage de ces abcès par la thoracopneumotomie.

Cette opération, pratiquée en temps voulu, ni trop tôt, ni trop tard, et faite avec le concours des rayons X, améliore sensiblement le pronostic d'une affection grave en elle-même.

Hygiène audi-mentale. — ***M. Gommès*** décrit, à côté des assourdis par le bruit, les «bruités» qui souffrent des sons, bruits, infra-sons en raison directe de leur nature ou intense, ou aiguë, ou imprévue, ou inégale. Les troubles sont cérébraux, cardiaques musculaires. Il est intéressant d'examiner ces hypoesthésiques, audi-mentaux dans les quelques stations où ils se trouvent nombreux. Parmi eux, on peut décrire surtout des sympathicotoniques et des plexalgiques. Avec le calme du lieu, l'hydrothérapie chaude spéciale paraît agir favorablement.

Présentation d'ouvrage. — ***M. Georges Rosenthal*** présente le livre du docteur Wicart : « Le Chanteur » qui sera le bréviaire des laryngologistes et des professeurs qui voudront sauvegarder et développer la voix des artistes.

P. PROST.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Médecine et paperasserie. — *Le Docteur L. Bruel écrit dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL *(Lettre d'un médecin de province)* :

Actuellement, pour un médecin de province, la vie médicale se compose d'un tiers de conduite automobile, d'un tiers de comptabilité, d'un tiers de médecine. Je dirai même, au risque de faire lever vers moi une armée de forceps, de stéthoscopes et de béniqués, que plus nous allons, moins nous faisons de médecine. On peut faire la médecine en ignorant l'anatomie pathologique et l'histologie, mais il faut connaître l'anatomie et la physiologie du carburateur, de la magnéto, la tension pneumatique du pneu, et si on ignore la manière de remplir une feuille de maladie d'assuré social, un relevé trimestriel de soins gratuits aux victimes de la guerre, il vaut mieux renoncer à la pratique de la médecine.

J'ai, me déclare un de mes confrères, deux heures par jour de paperasserie. Et j'en aurais trois si je n'avais pris la pratique de jeter par-dessus bord tous les papiers de visites prénatales d'assistance médicale et de pupilles de la Nation. D'autres me déclarent qu'ils n'envoient même plus à la Préfecture leurs relevés de bulletins de mutilés, et que lorsqu'un accident du travail tombe dans leur cabinet, c'est belle aubaine pour les Sociétés d'assurance, car ils n'ont pas le temps d'envoyer leur relevé d'honoraires.

Actuellement, la médecine sombre dans une mare de pâte à papier. Au moment où le médecin ausculte son malade, cherche à équilibrer un diagnostic, à poser un traitement, la bonne frappe à la porte pour annoncer que Madame Machin, conjointe chose, 03, 9200520, 4, vient demander si sa feuille d'assurances sociales est remplie, que le mutilé 13225 vient demander si la Préfecture a répondu à sa demande d'usage de compresses de gaze stérilisée.

. . . .

Avec toute cette paperasserie, toutes ces signatures, toute cette légalisation permanente de la maladie humaine, nous sommes à la merci, malgré la dignité de notre profession, de tous les procès de tendances, de tous les bas fonctionnaires asservis à des politiciens abjects.

Il faut se méfier de cette paperasserie, qui peu à peu fait de nous des fonctionnaires, sans retraite, sans avancements, sans défense, et des cibles.

La formule : la médecine de province, dans les conditions des lois d'assistance, n'est plus de la médecine 100 %, elle est un complexe fait d'un tiers d'automobilisme, d'un tiers de comptabilité, d'un tiers de médecine, est, hélas d'une cruelle exactitude.

Je ne demande pas que la Faculté soit munie d'une chaire d'automobilisme (on apprend bien l'équitation aux élèves de l'Ecole de médecine militaire de Lyon), encore que le Docteur Bommier, occuperait fort bien cette chaire nouvelle, mais je crois que, sans ironie, on peut apprendre la comptabilité médicale aux futurs médecins. On leur évitera bien des déboires, bien des désillusions.

Le dernier pêcheur de sangsues. — *Journal des Débats* :

Il vient de mourir à Arles à un âge avancé le dernier pêcheur de sangsues. Jadis, la pêche à la sangsue était pratiquée couramment par nombre d'Arlésiens, qui, évidemment, ne gagnaient pas dans leur métier des fortunes, amis pouvaient vivre modestement du produit de leur pêche. En général, ces pêcheurs étaient doublés de braconniers qui trouvaient là une occupation assez lucrative lorsque le braconnage était improductif. On les voyait partir, de grand matin, vêtus d'une veste courte, le pantalon serré à la taille par une ceinture de couleurs voyantes,

chaussés de gros souliers et coiffés d'un chapeau aux larges bords. Ils s'en allaient aux marais de la Camargue, où les sangsues abondent. Ils apportaient le produit de leur pêche aux pharmaciens d'Arles et des environs. Les plus grosses sangsues pesaient de 5 à 10 kilogs le mille et les plus petites 500 grammes, mais celles de taille moyenne étaient seules acceptées, car les premières risquaient de faire aux malades de larges plaies, tandis que, par contre, les secondes étaient jugées inefficaces. Vers le milieu du siècle dernier, le métier déclina : les sangsues furent beaucoup moins employées et on se mit, à créer les élevages de sangsues qui donnèrent d'excellents résultats. Ceci amena la décadence et bientôt la disparition de ce personnage pittoresque : le pêcheur de sangsues.

A propos du nouveau timbre-poste. — *De M. le Professeur Jean-Louis Faure* (JOURNAL DES DÉBATS, 26 septembre 1932.)

Permettez-moi d'avoir, une fois de plus, recours aux *Débats*, *pour protester contre les nouveaux timbres-postes dont vient de nous gratifier l'administration* et qui vont continuer à répandre dans le monde entier, à des millions d'exemplaires, cette idée qu'il n'y a plus en France un seul artiste capable de nous donner un timbre comparable à ceux de Bornéo, des îles des Canaques ou des républiques nègres, qui sont en général charmants.

Il y a quelques années, à propos de l'horrible timbre de Jeanne d'Arc, j'avais élevé, dans vos colonnes, une protestation vigoureuse. M. Germain-Martin était alors ministre des P. T. T. Il s'y était lui-même associé, et j'ai lieu de penser que cette protestation ne fut pas étrangère à la mise en circulation, qui fait honneur à M. Germain-Martin, de la série des sites et monuments : Mont-Saint-Michel, Arc-de-Triomphe, cathédrale de Reims, etc., qui sans être parfaite, surtout au point de vue de la couleur, constituait cependant un immense progrès. Ces timbres sont malheureusement réservés aux grosses valeurs, ce qui fait qu'on les voit rarement aussi bien en France qu'à l'étranger.

Et voici maintenant un nouveau timbre : la Paix — la France pacifique avec le rameau d'olivier — ou tout autre symbole qui, dans l'état actuel du monde, est peut-être par trop naïf... la couleur en est belle. Mais il est difficile d'imaginer, au point de vue du sujet, du dessin, de la gravure, y compris celle de la lettre, quelque chose de plus mauvais, de plus vulgaire et de plus plat. Que n'a-t-on gardé la Semeuse, qui, malgré tous ses défauts avait au moins quelque grâce !

Quelle est la commission, quel est le directeur, quel est l'homme qui a signé l'acceptation d'une telle médiocrité ? Il y a, cependant, un ministre !

Quand nous donnera-t-on la série des grandes figures, en taille douce, comme aux Etats-Unis. Un Vercingétorix, un Charlemagne, un Henri IV, un Victor Hugo, un Pasteur, un Joffre, un Foch, une Jeanne d'Arc, et même un Napoléon, qui, par le temps qui court, ne ferait tout de même pas mal sur un timbre-poste, avec son petit chapeau ?...

Les médecins devraient être autorisés à signaler à l'administration préfectorale les sujets dangereux. — *Docteur Jacques Roubinovitch.* (LE MATIN, 5 octobre 1932) :

.... Les fous qui dissimulent leurs conceptions dangereuses les familles, l'entourage qui ne veulent ou qui n'osent pas déclarer ceux d'entre eux qui ont fini par se découvrir — voilà les principaux agents de l'insécurité dans laquelle se trouve la société par rapport aux aliénés en liberté.... Qu'y faire ?

Changer radicalement notre manière de voir et de juger les maladies de l'esprit ; considérer la folie comme n'importe quelle autre affection dont il importe de se défendre ; changer aussi notre archaïque législation sur le « secret médical »... Car, ne l'oublions pas, nous, médecins, nous sommes toujours sous le coup de l'article 378 du Code civil qui nous punit, ainsi que les chirurgiens, les pharmaciens, les sages-femmes, etc... d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 800 francs, chaque fois que nous avons révélé des secrets qu'on nous confie. Nous sommes tenus ainsi au silence lorsque le fait secret de sa nature, est celui que le malade croit avoir intérêt à cacher, à taire, comme par exemple, une maladie vénérienne, mentale, etc... Nous sommes à la merci des convenances personnelles des individus qui nous confient leurs délires criminels... Situation inadmissible ! Et de même qu'il y a des cas dans lesquels la loi nous oblige à nous porter dénonciateurs de

certaines maladies contagieuses et épidémiques et à révéler toutes les tares individuelles et familiales dans les expertises devant les tribunaux, de même, nous devrions, croyons-nous, être légalement autorisés à signaler à l'administration préfectorale les sujets atteints de troubles mentaux à *caractère dangereux*. Ainsi informée, l'administration pourrait intervenir discrètement par l'intermédiaire d'un centre de prophylaxie mentale ou d'un conseil médico-judiciaire spécial, pour faire une enquête psychiatrique approfondie aussi rapide que possible, examiner la personne signalée et prendre à son égard toutes les mesures préventives commandées par un diagnostic et un pronostic précis. En procédant de cette façon, il y a de grandes chances de diminuer le nombre de crimes pathologiques : premièrement, par l'internement des fous dangereux *avant leurs delits* et, deuxièmement, par le maintien en traitement de tout aliéné criminel, *insuffisamment guéri*.

Et si l'on arrivait chez nous à résoudre ainsi ce double problème si grave des « fous en liberté », la sécurité et l'ordre public y gagneraient certainement.

A propos de la reconstruction de l'Hôpital Beaujon.— *On lit dans* LE CRI DE PARIS (9 *octobre* 1932) :

On a décidé le transfert de l'hôpital Beaujon hors de Paris , et on est en train de le reconstruire à Clichy.

En principe, nous ne saurions qu'applaudir. Il est clair que les hôpitaux devraient tous être désaffectés à l'intérieur de la grande ville. Le bruit, la trépidation d'une immense cité dont l'activité augmente sans cesse ne peuvent convenir aux malades.

D'autre part, comme les terrains qu'occupent dans Paris les établissements hospitaliers valent cher, leur vente pourrait couvrir en tout ou en partie l'édification de nouveaux bâtiments sanitaires dans la banlieue.

L'état de vétusté de Beaujon rendait sa démolition particulièrement urgente.

Seulement l'on nous signale des faits qui nous chagrinent. Ils sont tels que, s'ils étaient vérifiés, le premier essai de déplacement d'un hôpital parisien constituerait la plus fâcheuse expérience pour la généralisation de cette mesure.

D'abord ceux qui ont mis en train l'opération avaient prévu, pour la revente du terrain parisien, une somme que les enchères ne réaliseront pas. Le mètre carré qui était estimé à environ dix mille francs au moment où les plans ont été présentés à l'Administration et au Conseil municipal, est tombé à peu près à six mille aujourd'hui.

Baisse que des circonstances inopinées ont produite, dira-t-on.

D'accord ! Mais comme l'espoir d'un haut bénéfice a entraîné une très large ouverture de crédit pour le nouvel hôpital, voilà, dès le début, la balance déséquilibrée entre la recette et la dépense.

Et maintenant, posons des questions à l'éminent directeur général de l'Assistance Publique.

Est-il vrai que la Société adjudicataire avait promis, pour obtenir la commande, de conduire les travaux de telle façon que le lit d'hôpital reviendrait à soixante mille francs, au lieu de quatre-vingt mille, qui est le prix habituel ?

Est-il vrai qu'avant même que les chantiers fussent ouverts, la Société dut porter à cent mille francs l'évaluation rectifiée du prix du lit ?

Est-il vrai qu'en fait, cette estimation sera considérablement dépassée ?

Est-il vrai que, pour les fondations de l'hôpital, une dépense de neuf cent mille francs était prévue au projet et que dès maintenant les frais engagés pour la partie souterraine de la construction atteignent onze millions ?

Nous n'osons le croire et nous serions heureux qu'on donnât des réponses à ces questions.

Quelle tristesse que, dans notre noble pays, toute initiative qui semble mériter l'approbation soit aussitôt entachée de fautes condamnables !

Et notez que cet hôpital commencé depuis dix-huit mois devait être achevé en deux ans. Il ne le sera pas avant trois ou quatre années du train dont vont les choses.

Cela est d'autant plus regrettable que cet hôpital est la première application en France de formules nouvelles qui doivent être mises au point chez nous et avoir donné leurs preuves avant qu'on puisse prendre une décision pour les autres hôpitaux parisiens qui attendent leur rénovation avec impatience.

Des médecins élèvent des doutes sur l'utilisation pratique des bâtiments lorsqu'ils seront terminés.

Ce nouvel hôpital doit, en effet, comporter onze étages.

Le nombre des ascenseurs sera-t-il suffisant ? Ne seront-ils pas embouteillés au moment des visites, quand il faudra , en une heure ou en deux heures, monter et redescendre deux à trois mille personnes ?

Les faits donneront-ils raison aux partisans de l'hôpital en hauteur qui font valoir que les transports mécaniques verticaux diminuent les trajets horizontaux plus longs à effectuer ?

La ventilation sera-t-elle assez parfaite pour que les odeurs de la cuisine installée au rez-de-chaussée n'envahissent pas les salles de tous les étages au grand détriment des occupants ?

Voilà les inquiétudes qui se dessinent dans l'esprit des nombreux médecins et qu'il y a urgence à dissiper par les faits avant de passer à la réfection cependant si nécessaire de la plupart des autres établissements hospitaliers de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

IV. *Hypertrophie du thymus et états thymo-lymphatiques*, par G. MOURIQUAND et M. BEENHEIM. 1 vol. in-8° de 50 pages avec 4 planches hor texte: 20 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

La question de l'hypertrophie du thymus et des états thymo-lymphatiques est un des chapitres, sans doute les plus obscurs, de la médecine infantile. Tout au long de son étude, on se heurte à de telles difficultés, à des opinions, si contradictoires que loin de se simplifier, le problème, lorsqu'on veut l'approfondir, devient un véritable rébus.

Il faut donc savoir gré aux auteurs d'avoir essayé de jeter un peu de lumière sur ce point, encore très discuté, de la pathologie.

Ils y sont parvenus en tenant compte des faits acquis, mais en se basant surtout sur leurs observations personnelles qui leur ont permis de redresser certaines erreurs et de prendre part au débat, en l'imageant de vues originales.

Les divers chapitres de l'ouvrage sont abordés tous avec un grand esprit critique et leur intérêt s'en accroît d'autant.

Le lecteur y trouvera exposé le diagnostic de l'hypertrophie du thymus chez l'enfant.

Diagnostic anatomique d'abord, si difficile puisque les différents auteurs ne s'accordent pas encore sur le poids physiologique de la glande; diagnostic clinique ensuite, dont plusieurs pages apportent de remarquables précisions à l'examen radiologique.

Les états thymo-lymphatiques sont longuement discutés. Les auteurs admettent l'authenticité du syndrome de Paltaux et étudient ses relations avec la mort subite, dont ils essaient de discerner la cause, encore mystérieuse.

Puis ils envisagent l'étiologie et la pathogénie des états thymo-lymphatiques qu'ils interprètent comme une dystrophie acquise « in utero » mais pouvant être aggravée et dans des cas rares, créée par des facteurs post-congénitaux, en particulier la suralimentation.

Cet ouvrage se termine par un chapitre de thérapeutique et par une importante bibliographie.

La lecture se recommande à tous ceux qu'intéressent la pédiatrie et les grands problèmes de pathologie générale.

V. — *Le traitement des cavernes pulmonaires tuberculeuses*, par J. STÉPHANI et G. DELORE. 1 vol. in-8° de 60 pages avec 41 fig. hors texte et dans le texte, 18 fr, Gaston Doin et Cie, éd., 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Cet ouvrage donne une vue d'ensemble sur les formes sous lesquelles la tuberculose ulcéreuse peut se présenter dans le poumon ainsi que les divers traitements que l'on doit lui opposer. — Dans l'*Introduction*, il est successivement traité de la genèse et de la localisation des cavernes, de leurs dimensions, de la distinction entre les cavernes plates et les cavernes sphériques, de l'influence des cavernes sur le pronostic et, enfin, du niveau liquidien, de la bronche de drainage et de la notion d'activité.

La *Première partie* traite des cavernes de petites dimensions (fraîches et anciennes, uniques et multiples), ainsi que des cavernes géantes, uni et bilatérales. Cette partie se termine par la description des grands fibro-thorax naturels, appelés aussi formes mixtes d'équilibre de la tuberculose ulcéreuse.

La *Seconde partie*, qui est basée sur l'étude de 167 cas de tuberculose ulcéreuse traités à Montana durant ces dix dernières années, décrit les divers traitements modernes des formes ulcéreuses. Le premier de tous les traitements conservateurs est la cure d'air simple à l'altitude. Elle peut être heureusement complétée, suivant les cas, par les sels d'or, par le benzoate de cuivre, par le calcium. Le pneumothorax artificiel, qui ne mérite pas l'épithète de traitement strictement conservateur, qu'il soit uni ou bilatéral, est constamment plus opérant lorsqu'il est précoce que lorsqu'il est tardif. Dans certains cas bien choisis, la section des adhérences par la méthode de Jacobæus a pu rendre complètement opérants des pneumos tardifs.

L'ouvrage se termine par une étude comparative des cas cavitaires traités à l'altitude respectivement avec et sans pneumothorax artificiel. Une caverne traitée à l'altitude par les méthodes conservatrices pendant une durée de 4 à 6 semaines et qui, pendant ce laps de temps, n'a pas manifesté de tendance à la cicatrisation, est justiciable de la collapsothérapie. — Sur 167 cavitaires on obtient ainsi à longue échéance une majorité de résultats favorables et les résultats défavorables sont presque exclusivement fournis par les porteurs de cavernes géantes. Ces formes-là ne doivent être traitées ni par les méthodes purement médicales, ni par le pneumothorax, mais

uniquement par la thoracoplastie, lorsque les indications en sont remplies.

Cette étude conduit à la conclusion suivante : Le médecin qui traitera un cas de tuberculose ulcéreuse ne devra être satisfait que lorsqu'il aura réussi à faire fermer la caverne, car l'obtention d'une guérison définitive est à ce prix ; cet axiome est également vrai pour les cavernes kystiques, c'est-à-dire pour celles qui ne communiquent plus à l'extérieur.

Etant donné que la grande majorité des tuberculeux pulmonaires sont porteurs de cavernes, cet ouvrage se trouve représenter tout naturellement un chapitre important de la thérapeutique antituberculeuse.

VI. — *L'œdème aigu du poumon*, par Edmond DOUMER. 1 vol. in-8° de 68 pages, 20 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6°).

Dans ce travail sur l'*Œdème aigu du poumon*, l'auteur n'a pas cherché à donner quelque originalité à la division de son sujet. Il a suivi le plan classique. Ses différents chapitres traitent successivement et dans un ordre logique des facteurs étiologiques qui président au développement de l'œdème aigu pulmonaire, des lésions qu'il édifie dans le poumon, de son tableau clinique et des formes cliniques particulières que peut revêtir la crise d'œdème, de son mécanisme, de son diagnostic et des moyens thérapeutiques propres à la prévenir ou à l'enrayer.

Ainsi le lecteur est assuré de trouver dans cette monographie une étude complète de la question. Présenté d'une façon didactique, avec un souci de clarté et de précision qui rend sa lecture particulièrement facile, ce travail est une excellente mise au point de ce que nous savons aujourd'hui sur ce sujet.

Mais l'auteur ne s'est pas contenté d'exposer les notions acquises. Il en fait l'étude critique. Après avoir indiqué les conditions différentes dans lesquelles peut se développer l'*Œdème aigu du poumon* et montré la multiplicité de ses facteurs, il montre combien sont peu satisfaisantes les conceptions actuelles en ce qui concerne son mécanisme, soit qu'on fasse de la crise d'œdème un accident d'hypertension pulmonaire (car cette explication ne saurait rendre compte de tous les faits), soit qu'on adopte une conception plus éclectique, car s'il est possible que cette réaction soit déclenchée par différents facteurs, on voudrait au moins leur trouver un mode d'action commun.

Dans une étude serrée du problème pathogénique de l'*Œdème aigu du poumon*, l'auteur discute successivement, à la lumière des faits cliniques et expérimentaux, le rôle de l'hypertension pulmonaire, celui de la rétention chlorurée, celui de la toxémie d'origine rénale à laquelle on attribuait l'œdème aigu des néphrétiques, celui de l'infection pulmonaire qui rend compte de l'œdème aigu pneumococcique. Il montre que ces différents facteurs peuvent intervenir à titre d'éléments secondaires, mais que dans les cas les plus courants, l'hypertension pulmonaire elle-même n'est probablement efficace qu'à la faveur d'une excitation réflexe des vaso-moteurs du poumon, comme l'avait déjà soutenu Bouveret. On aperçoit le mode d'action commun des différents facteurs qui peuvent entrer dans le déterminisme de cet accident, il est dans cette perturbation vaso-motrice.

L'auteur termine en montrant que certains troubles neurotoniques ou certains troubles endocriniens, modifiant l'excitabilité du système autonome qui commande aux vaso-moteurs du poumon, peuvent favoriser l'œdème aigu pulmonaire. Ces faits nouveaux contribuent à donner à ce chapitre l'intérêt d'une étude pathogénique poussée aussi loin que le permet l'état actuel de nos connaissances.

Dans la partie clinique de cet ouvrage, l'auteur donne tous ses soins à l'exposé des différents aspects cliniques de la crise œdémateuse : ses formes suraiguës, sa forme bronchoplégique, ses formes atténuées, sont l'objet de descriptions détaillées. Il individualise une forme hémoptoïque insuffisamment étudiée jusqu'ici et donne les caractères particuliers de l'œdème aigu dans le rétrécissement mitral.

Suivant les modalités du tableau clinique, le diagnostic se pose de façon différente. L'auteur série les faits et indique à propos de chacun de ces groupements symptomatiques comment les différencier des états pathologiques avec lesquels on pourrait les confondre.

Le dernier chapitre consacré au traitement de l'*Œdème aigu du poumon* envisage successivement le traitement de la crise et le traitement de fond capable d'en prévenir le retour.

Ainsi se trouve complétée une monographie qui a pour mérite d'associer à l'exposé de nos connaissances sur ce sujet une étude critique fort attachante des conceptions successivement édifiées pour en expliquer le développement et des notions originales concernant son mécanisme.

VII. — *Indications de la chirurgie thoracique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*, par G. DERSCHEID et P. TOUSSAINT. 1 vol. in-8° de 40 pages avec 6 planches hors texte, 16 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le succès de la chirurgie thoracique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire repose sur une étude approfondie et judicieuse des indications. La multiplicité des procédés chirurgicaux actuels (phrénectomie, thoracoplastie, apicolyse, résections des adhérences pleurales en cours de pneumothorax artificiel) impose une discrimination des éléments indicateurs de chacune de ces méthodes. La solution d'un problème aussi complexe réside en réalité, surtout dans l'étude attentive et complète des malades. Il est impossible, en effet, de condenser cette solution en une formule rigide, applicable à tous les tuberculeux du poumon.

Etablir une espèce de codification hiérarchique des différents procédés, depuis la phrénicectomie d'apparence bénigne jusqu'à la thoracoplastie totale, considérée comme une intervention grave, et cela sur la base d'une simple classification schématique des formes de la tuberculose pulmonaire; vouloir ensuite présenter cet énoncé comme une clef, pénétrant le secret de l'indication spéciale opportune, c'est faire œuvre nocive. Le problème est d'ordre *individuel* et ne peut être solutionné de manière extemporanée par l'application d'un tel poncif, si ingénieux qu'il puisse paraître. Il ne conférerait, en effet, qu'une fausse exactitude, exposant aux pires erreurs. Les auteurs ont, avant tout, voulu souligner ce danger, qui semble plus menaçant à mesure que la chirurgie thoracique antituberculeuse tend à pénétrer la pratique courante.

Ceci ne veut pas dire que le problème des indications repose sur des notions mystérieuses, impénétrables pour les profanes de la phtisiologie; bien au contraire, il repose sur des notions claires et précises, que les auteurs s'efforcent d'exposer avec méthode ; mais ces derniers désirent que les médecins ne cherchent pas à retirer de ces notions des déductions impératives et péremptoires, mais bien des directives, comportant un certain jeu, ménageant au sens clinique un rôle décisif. Qu'on ne cherche donc pas, dans ce livre, un moyen discriminatoire usuel des indications de la chirurgie thoracique, mises à la portée du praticien de la médecine générale. Son rôle est bien plutôt d'initier les médecins à la manière d'étudier un tuberculeux pulmonaire, dans le but de retirer, de cet effort, des directives inspirant sa faculté clinique dans le choix de telle ou telle thérapeutique.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 44 LE NUMÉRO : 50 Centimes 29 OCTOBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 18 octobre. — M. Lacan. De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. — M. Lemoyne. La pharyngotomie inférieure par voie latérale. — M. Thomas. Considérations sur les épithéliomas cylindriques du maxillaire supérieur.

20 octobre. — M. Gadaud. D u réveil des tuberculoses articulaires par le gonocoque. — M. Renaudin. L'identification des vibrions cholériques et la prophylaxie du choléra. — M. Dufet. Traitement curatif de la conjonctivite gonococcique sans nitrate d'argent. — M. Marq. Signes et diagnostic de la tuberculose irido-ciliaire.

Bourses d'études du « Nord Médical » et Fondation Quivy. — Des bourses sont attribuées chaque année à des étudiants en médecine de ressources modestes, originaires du Nord, si possible d'Anzin, faisant leurs études à Lille ou à Paris.

Les candidats adresseront avant le 1er novembre leur demande au Docteur Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid, à Paris, 8e. Ils y joindront tous les documents utiles, tels que carnet scolaire, et toutes pièces établissant leur situation matérielle et celle de leurs parents dans les conditions des bourses d'Etat (livret de famille, feuilles d'impositions fiscales, etc.).

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris (Hôpital Laënnec.) — *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — Le Docteur Henri Bourgeois et les Docteurs Fouquet, Lemoine et Marion commenceront, le lundi 28 novembre 1932 une série de huit leçons sur *la diathermie en oto-rhino-laryngologie.*

Ce cours aura lieu chaque matin, à 10 heures ; en outre, les 28 et 29 novembre à 16 heures.

Programme du cours. — 1° Principes électriques et démonstration des appareils. — 2° Physiopathologie. Techniques. — 3° Tuberculose du nez. — 4° Tuberculose laryngée et petite chirurgie endolaryngée. — 5° Tumeurs malignes et polypes naso-pharyngiens. — 6° Chirurgie amygdalienne, discision au bistouri électrique, coagulation, mycoses. — 7° Petite chirurgie endonasale. Tumeurs bénignes (papillomes, angiomes). — 8° Synéchies nasales. Occlusion des choanes. Sténoses vélo-pharyngées. Sténoses laryngées.

Prix du cours : 400 francs. S'adresser au Docteur Fouquet, service O. R. L., hôpital Laënnec.

IXe Voyage médical international de Noël sur la Côte d'Azur. — Le voyage annuel de Noël sur la Côte d'Azur (voyage bleu) organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, se concentrera cette année, à Cannes, après Noël. Une excursion préliminaire aura lieu dans les montagnes de l'Estérel, où l'on visitera Fréjus, Saint-Raphaël, et les stations de la Corniche d'Or. Une réception à Grasse terminera cette première étape. Puis, le voyage parcourra Le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, La Turbie, Roquebrune, Le Cap-Martin, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu et Villefranche. De luxueuses réceptions sont prévues, notamment à Cannes et à Monaco où les voyageurs seront les hôtes du Gouvernement princier. Au château de Grimaldi, ils visiteront le laboratoire du Docteur Voronoff. Tous les parcours seront effectués en auto-car de luxe et le logement sera assuré dans les principaux palaces de la côte.

Le retour à Nice, s'effectuera dans les premiers jours de janvier et l'on assistera à la première assemblée de l'Institut de recherches solaires et cosmiques qui sera tenue au Palais de la Méditerranée. Puis une excursion terminale aura lieu dans les Alpes, avec sports d'hiver à Beuil. Une excursion en Corse pourra être aussi organisée pour les voyageurs qui en feront la demande.

Ce voyage est placé sous la présidence et la direction scientifique de M. le Professeur Forgue, de M. le Professeur Marcel Labbé, et de M. le Professeur Laignel-Lavastine. Dans chaque ville, des démonstrations cliniques et des conférences scientifiques et historiques seront faites à l'occasion des parcours et de la visite des établissements chirurgicaux, médicaux et sanitaires.

En raison des circonstances économiques, les organisateurs se sont efforcés de restreindre la durée et les frais du voyage : ils ont pu y parvenir par la bonne volonté de tous, en conservant à ce voyage le confort, l'agrément et le luxe, qui ont fait sa renommée.

On peut écrire, dès à présent, au *secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice,* pour réserver des places et se faire adresser le programme détaillé. Le droit d'inscription est de 100 francs. Le nombre des participants est limité et les adhérents seront admis dans l'ordre des inscriptions. Ils recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois sur les réseaux de chemins de fer français. La cotisation pour le voyage est de 1.000 francs.

Congrès français de chirurgie. — Le 41e Congrès français de chirurgie vient de se tenir à Paris du 3 au 8 octobre sous la présidence du Professeur Pierre Duval. Le ministre de la Santé publique, M. Justin Godart, présidait la séance d'ouverture et rappela l'effort chirurgical fait pendant la guerre. Le Professeur P. Duval dans son discours inaugural exposa éloquemment la nécessité d'une formation spéciale pour le futur chirurgien.

Les rapports présentés au Congrès concernaient :

1° La chirurgie du cœur, par MM. LENORMANT (de Paris) et LERICHE (de Strasbourg) ;

2° La chirurgie des affections du sang, par MM. R. GRÉGOIRE (de Paris) et SANTY (de Lyon) ;

3° Le traitement chirurgical des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche, par MM. CUNÉO (de Paris) et ROCHER (de Bordeaux).

De nombreux chirurgiens français et étrangers intervinrent dans la discussion de ces rapports ainsi qu'à l'occasion de communications particulières.

Le 42e Congrès aura lieu à Paris en octobre 1933. Il sera présidé par le Professeur R. Leriche, et aura comme vice-président le Professeur Cunéo.

Les questions mises à l'ordre du jour du prochain Congrès sont :

a) La chirurgie des parathyroïdes, rapporteurs MM. JUNG (de Strasbourg) et WELTI (de Paris) ;

b) Le traitement chirurgical des grandes hémorragies des ulcères gastro-duodénaux, rapporteurs MM. F. PAPIN (de Bordeaux) et WILMOTH (de Paris) ;

c) Le traitement chirurgical des fractures de la base du crâne, rapporteurs MM. LENORMANT (de Paris) et WERTHEIMER (de Lyon).

Concession des Thermes de Bourbonne-les-Bains. — L'Etablissement thermal de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne) appartenant à l'Etat, va être concédé, par voie de concours, pour une durée de cinquante années à compter du 1er janvier 1933.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique (Direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 5e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris), jusqu'à la date du 15 novembre 1932.

Cahier des charges envoyé sur demande.

Consultations de médecine des hôpitaux. — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette administration, 3, avenue Victoria, avant le 10 décembre prochain, dernier délai.

Légion d'honneur.— Dans la promotion faite à l'occasion de l'Exposition coloniale, nous relevons les noms du Docteur Zizine et de M. Ranson, pharmaciens-spécialistes à qui nous adressons toutes nos félicitations.

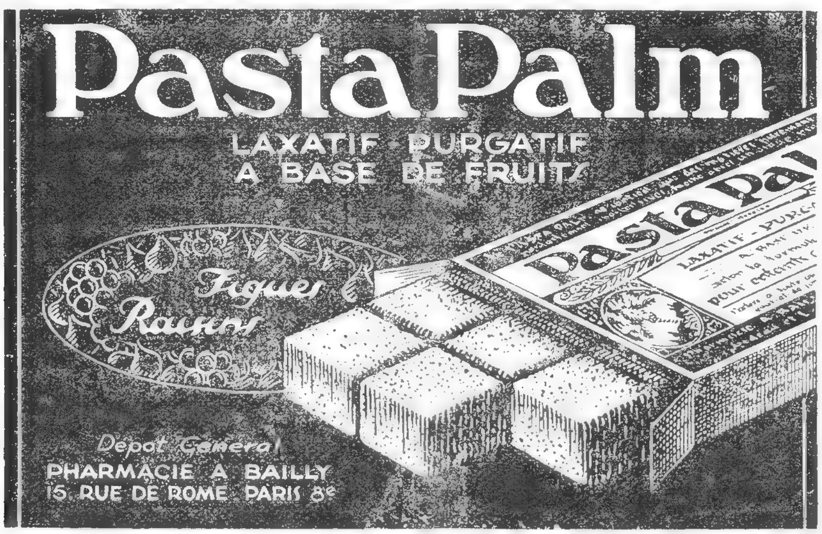
Nécrologie. — Docteur ALES, de Montpellier. — Docteur Raymond CLAOUÉ, de Bordeaux. — Docteur G. COSSE, médecin-chef honoraire de l'asile Saint-Pons, à Nice. — Docteur DOUMER, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille, membre correspondant de l'Académie de médecine. — Docteur Georges HERVÉ, de Paris, 8, rue Mansart (IXe), professeur honoraire à l'Ecole d'anthropologie, ancien président de la Société d'histoire de la médecine. — Docteur Emmanuel HOFFMANN-LAROCHE, tué dans un accident d'automobile survenu à un passage à niveau. Il était âgé de 36 ans. — Docteur Abraham MEYER, de Nice, 17, rue Paganini. — Docteur Georges STOICESCO, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bucarest, membre correspondant de l'Académie de médecine.

« Il importe de souligner que les cancers d'origine traumatique sont en réalité très peu nombreux.

« Ils constituent une exception dans la pathologie des accidents du travail. Sur 26.000 blessés examinés, (Raphaël Lévy a rencontré seulement 37 cancers consécutifs à des traumatisme ou aggravés par eux, soit 1 sur 700. Sur 4.200 expertises, j'ai rencontré 21 cancers dont 6 avaient une origine traumatique et dont un avait été aggravé par un accident. »

J. LECLERCQ, de Lille. *Traumatisme et cancer. Huit conférences (de cancérologie.* Un vol. 1932, Masson, édit.)


La Passiflorine
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)


PastaPalm
LAXATIF PURGATIF
A BASE DE FRUITS
Figues
Raisins
Dépot Général
PHARMACIE A. BAILLY
15, RUE DE ROME PARIS 8e

BIBLIOGRAPHIE

Biographisches Lexikon der hervorragenden Arzte der letzten fünfzig Jahre. *Herausgegeben und bearbeitet* von I. FISCHER. 2 vol. reliés toile. Chaque volume : 42 mk. Urban et Schwarzenberg, éditeurs, Berlin et Vienne.

Cet ouvrage est en somme la continuation du Lexique biographique de Gurlt, Wernich et Hirsch, précieux pour tous ceux qui s'occupent d'histoire de la médecine. Il donne la biographie, pour tous les pays, des médecins entrés dans l'histoire depuis cinquante ans. Le tome I vient de paraître ; le tome II paraîtra en novembre. L'ouvrage est orné de 160 portraits.

Victor HUGO : **Hernani**. Edition classique avec des extraits de la Préface de Cromwell, notices et notes critiques de Maurice Levaillant. 1 vol. cart. Prix : 15 fr. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris.

Cette édition sera accueillie avec faveur non seulement par les élèves de l'enseignement secondaire et supérieur, mais aussi par les hommes cultivés, ceux qu'on appelait « les honnêtes gens », car elle fait mieux comprendre Victor Hugo dans l'un de ses chefs-d'œuvre les plus populaires.

Revue d'Histoire littéraire de la France. Paraît tous les trois mois. - Abonn., France : 55 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du n° d'avril-juin 1932 :

I. Edith Philips : Le Quaker vu par Voltaire. — Jean Cousin : Un texte important : La préface du recueil « Les rayons et les ombres ». — Jean Canu : L'œuvre dramatique de Flaubert (*suite et fin*).

II. Mélanges. Paul Bataillard, un ami oublié d'Edgar Quinet. Quelques lettres inédites de Quinet (Olimpin Boitos). — Gabriel Bouquier : Notes sur un voyage en Italie (P. Barrière). — Un texte peu connu sur Chateaubriand (F. Bouchardy). — Une version latine de Stendhal... d'après Misson (Armand Caraccio). — Lettre de P. F. Dubois à Camille Mellinet (communiquée par M. Henri Sée). — Quelques lettres inédites de Michelet à Sainte-Beuve (Charly Guyot). — Deux lettres de Charles Nodier (Paul Tisseau). — Le problème de « Jocelyn ». Documents nouveaux sur l'abbé Dumont (Henri Guillemin). — Note sur Victor Hugo ; « Après la bataille » (Alexander Haggerty Krappe). — Sur un distique de Victor Hugo (G. Drougard). — Correspondance inédite entre Thomas et Barthe) (1759-1785, *suite* (M. Henriet).

III. Comptes rendus.

Traité de la blennorragie et de ses complications, par Georges LUYS, avec la collaboration du Professeur TERRIEN, Docteur Charles LAUBRY et de M. René JOLY. Quatrième édition, revue complètement remaniée et augmentée. Un vol. de 686 pages, 235 fig. dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte. Prix : 110 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris VIe.

Cet ouvrage est divisé en quatorze chapitres : le chapitre I étudie l'*Histoire de la blennorragie à travers les âges*.

Le deuxième chapitre consacré à l'*Anatomie*, en montrant les rapports qui existent entre la cause anatomique et les symptômes observés, permet de déduire judicieusement le traitement à appliquer.

Le troisième chapitre expose les *Dangers de la blennorragie*.

Le quatrième chapitre fait connaître les *Causes de la blennorragie* avec l'étude complète de l'agent le plus habituel de l'urétrite : le gonocoque. Mais le gonocoque n'étant pas la seule cause des urétrites, les nombreux agents qui sont susceptibles de déterminer les inflammations de la muqueuse urétrale sont exposés ensuite méthodiquement dans le chapitre V qui étudie les *Urétrites non gonococciques*.

Le sixième chapitre étudie l'*Anatomie pathologique de la blennorragie*, et le septième chapitre est consacré aux *Symptômes de la blennorragie*.

Le huitième chapitre parle du *Diagnostic des urétrites*. On peut dire que c'est lui qui commande toute la thérapeutique, laquelle ne saurait être active et efficace qu'autant que le diagnostic est posé d'une façon complète et parfaite.

Le neuvième chapitre est consacré à l'*Urétroscopie et à sa technique opératoire*.

Le dixième et onzième chapitres, qui sont les plus importants de l'ouvrage, sont consacrés aux *Traitements de la blennorragie aiguë et chronique*. Les conquêtes scientifiques les plus modernes, telles que : le cathétérisme des canaux éjaculateurs, l'électrocoagulation des productions papillomateuses de l'urètre, les lavages des vésicules séminales, y sont décrites complètement.

Le douzième chapitre est consacré à l'étude spéciale de la *Blennorragie chez la femme et chez l'enfant*.

Le treizième chapitre traite des *Complications de la blennorragie*. MM. les Professeurs Terrien et Laubry ont bien voulu donner leur illustre collaboration à ce chapitre si important, M. le Professeur Terrien dans les complications oculaires et M. le Docteur Laubry dans les complications cardiaques.

Le quatorzième chapitre est enfin consacré à la *Lutte sociale contre la blennorragie et à la jurisprudence de cette affection*. Dans ce dernier chapitre, M. le président Joly a bien voulu rédiger le chapitre de la jurisprudence des maladies vénériennes.

La lecture attentive de ce travail montrera à tous, qu'à l'heure actuelle, la guérison totale et radicale de la blennorragie peut être toujours obtenue.



TRAVAUX ORIGINAUX

Les formes articulaires de la fièvre typhoïde

Par **Robert POINSO**

Médecin des Hôpitaux de Marseille

Il est une maladie que nous connaissons bien, à Marseille, et dont les progrès réalisés dans ces derniers temps n'ont pu malheureusement encore tarir les sources ; cette maladie, c'est la fièvre typhoïde, que nous observons pendant toute l'année, avec une recrudescence estivale. Depuis douze ans, notre fréquentation hospitalière nous a mis quotidiennement en présence de fièvres typhoïdes, le plus souvent d'allure classique ; mais, dans de nombreux cas, nous avons dû, avant d'affirmer le diagnostic, recourir à des investigations biologiques, car les formes anormales de la dothiénentérie ne sont pas exceptionnelles. Nous ne citerons pas ici toutes les variétés cliniques qu'il nous a été donné d'observer ; elles englobent la majorité des formes connues. Nous désirons seulement insister sur une modalité de la fièvre typhoïde, la forme articulaire, qui d'après notre expérience personnelle, est l'une des plus rares et, par conséquent, l'une de celles dont le diagnostic est le plus hérissé de difficultés. Sur plus de 300 observations nous n'avons pu en réunir que quatre présentant cette séméiologie atypique. Il est donc pour nous intéressant d'étudier de plus près cette anomalie de l'infection éberthienne.

On peut, assez schématiquement, concevoir la fièvre typhoïde comme une septicémie à localisation surtout intestinale : les travaux modernes ont bien mis en lumière ce fait aujourd'hui admis sans contestation. Cependant la septicémie éberthienne peut rester *pure*, c'est-à-dire évoluer sous le masque d'une pyrexie dont le diagnostic n'est posé que par l'hémoculture. Dans ces cas, il n'existe pas de tuphos, pas de symptômes abdominaux, et le tableau clinique se condense à très peu près dans le cadre étroit de ces deux symptômes : fièvre élevée, en plateau, et splénomégalie. La septicémie éberthienne peut aussi, sans demeurer pure, localiser ses effets morbides, non plus seulement sur l'intestin, mais dans d'autres organes ou régions anatomiques ; dans ces cas, il est fréquent de ne rencontrer aucun signe abdominal ; mais, le plus souvent, après la phase anormale du début, et comme anarchique, les bacilles d'Eberth envahissent l'intestin, et ces formes septicémiques à topographie aberrante à leur début finissent par présenter, à leur période d'état, l'allure classique de la dothiénentérie. Je n'ai pas besoin de rappeler ici que c'est ce que l'on observe dans les pneumo-typhus, les méningo-typhus, les néphro-typhus, etc... Les formes articulaires de la fièvre typhoïde rentrent dans ce cadre des septicémies éberthiennes, et même, elles en sont, si je puis ainsi dire, l'une des émanations les plus caractéristiques. Ne connaissons-nous pas en effet le grand tropisme articulaire de la plupart des septicémies, au premier rang desquelles il faut citer la méningococcémie ? Cette atteinte des articulations peut, pendant toute la durée de la maladie, constituer, avec la température et l'hypertrophie de la rate (celle-ci, notons-le, est souvent tardive), les seules manifestations d'une fièvre typhoïde, sans symptomatologie abdominale : *ce sont les formes articulaires que j'appellerai pures* ; ou bien après une première phase, dans laquelle une ou rarement plusieurs jointures seront électivement atteintes, phase de diagnostic presque impossible, nous assisterons au déroulement classique de la typhoïde et notamment à l'évolution typique des signes qui traduisent l'invasion du département abdominal : ce sont les formes articulaires du début de la maladie que l'on connaît bien sous le nom d'*arthro typhus*. D'après nos observations, les formes articulaires pures sont le plus souvent généralisées ; elles simulent, disons-le tout de suite, le rhumatisme articulaire aigu, et surtout la forme typhoïde de celui-ci, si bien étudiée par Grenet ; les arthro-typhus, au contraire, sont caractérisés dans la majorité des cas par l'atteinte d'une seule articulation, rarement de plusieurs : le problème clinique est alors différent, et le diagnostic gravite dans le champ des affections osseuses et articulaires aiguës ou des septicémies à localisation articulaire habituelle.

Nous allons résumer quatre observations personnelles de ces formes articulaires ; nous verrons ensuite quelles conclusions il est permis d'en tirer :

OBSERVATION I. (Perrimond et Poinso : publiée à la Société de médecine de Marseille, le 22 juin 1932). *Arthro typhus à forme cervicale* (observation résumée).

Arn... Clémence, 18 ans. Sans antécédents dignes d'être notés, vient consulter pour une douleur très vive de la nuque, fin janvier 1931, douleur empêchant tout mouvement du cou et accompagnée d'une température à 39°. Une thérapeutique salicylée est suivie d'échec ; une radiographie du rachis, car on avait envisagé une affection osseuse vertébrale, ne montre aucune lésion, et une hémoculture sur bouillon est négative. On ne pensait pas à cette période à une affection typhique, et un nouvel essai de salicylate de soude aboutit, le quinzième jour de la pyrexie, à une défervescence rapide ; après une sédation thermique de quelques jours, la fièvre reprend et se maintient trois semaines entre 38 et 39° ; il n'existe pas de signes abdominaux ; les douleurs cervicales n'ont pas reparu ; le salicylate de soude n'entraîne aucune modification de la courbe. La rate devient légèrement percutable ; mais il n'y a ni diarrhée, ni taches rosées, ni tuphos ; on note seulement une épistaxis. La survenue chez une sœur d'une typhoïde typique incite à pratiquer deux séro-diagnostics, tous les deux positifs, dans deux laboratoires différents, à l'Eberth au 1/150e et au 1/100e. Guérison sans incidents.

OBSERVATION II (inédite) : *Arthro-typhus avec immobilisation de l'articulation coxo-fémorale droite : angine de Duguet ; taches rosées.*

Ric... Emile, 12 ans, entre à l'hôpital le 17 mai 1929, pour une température élevée avec douleur extrême et immobilisation de la hanche droite ; le membre inférieur est en demi flexion et abduction ; tout mouvement passif de ce membre détermine de vives douleurs dans la hanche ; ces douleurs sont telles qu'on est obligé pour les calmer de maintenir le membre immobilisé par des attelles. Le début remonte à huit jours, après une période prodromique avec céphalées, lassitude ; il y a deux jours, épistaxis abondantes ; une sœur du malade est actuellement atteinte de fièvre typhoïde. En dehors des faits constatés et qui montrent la réaction de l'articulation de la hanche droite, on note des signes évidents de dothiénentérie : fièvre élevée à 39-40°, taches rosées, splénomégalie, foie débordant de trois doigts ; il existe une ulcération typique sur le pilier gauche du voile (angine de Duguet) ; la durée de la période fébrile a été courte : quinze jours en tout. Le séro-diagnostic a été positif à l'Eberth au 1/200e. Guérison sans séquelles. L'arthralgie a disparu complètement le 24 mai.

OBSERVATION III (inédite) : *Arthro-typhus à forme cervicale.*

Bregl... Marius, 11 ans, entre à l'hôpital le 1er décembre 1931 pour un « embarras gastrique fébrile avec raideur de la nuque ». Le début remonte à dix jours : fièvre entre 38 et 39° ; douleur et raideur nettes de la nuque ; l'examen met en évidence une douleur très vive dans la région cervicale postérieure : tous les mouvements sont difficiles, surtout l'extension ; il semble y avoir un maximum algique à la pression de C^3 C^4 ; une radiographie du rachis cervical (face et profil) ne montre cependant aucune lésion osseuse. Il n'existe aucun autre signe viscéral ; pas de tuphos, pas de signes abdominaux. Une thérapeutique salicylée aussitôt instituée calme les douleurs, permet le retour des mouvements du cou, mais n'entraîne aucune sédation de la température. Un nouvel examen montre que la rate est percutable sur trois travers de doigt ; elle devient bientôt palpable.

◆◆

Très rapidement la fièvre disparaît (le 8 décembre) ; le séro-diagnostic est positif à l'Eberth au 1/150e ; une ponction lombaire pratiquée au début, en raison de la raideur de la nuque, permet de retirer un liquide clair, non tendu, contenant 0,20 d'albumine, un élément par millimètre cube ; B.-W. négatif. Notons l'absence de tout signe neurologique. Guérison sans incidents.

Observation IV (inédite) : *Forme articulaire généralisée.*

Mosc... Albertine, 18 ans, entre à l'hôpital le 18 juillet 1928, pour arthralgies diffuses avec fièvre. Le début remonte à deux mois ; à cette époque, douleur du genou droit avec 38-39° de température ; en même temps, gêne précordiale avec sensation d'étouffement ; puis les douleurs ont diffusé à l'autre genou, aux chevilles, aux poignets, coudes, épaules, et à la nuque en dernier lieu. La température pendant ces deux mois a oscillé entre 38 et 39°. On n'a pas discontinué de donner pendant toute cette période du salicylate de soude qui, s'il atténuait les algies, ne modifiait nullement la courbe fébrile. Au bout de ces deux mois, à son entrée à l'hôpital, notre malade avait 39-40° de température et une arthralgie du genou droit ; les autres arthralgies avaient, quoique présentes, une moins grande importance.

Devant un tel tableau, il était difficile de penser à autre chose qu'à un rhumatisme articulaire aigu ; il n'y avait en effet aucun signe abdominal, pas de tuphos ; on remarquait seulement la pâleur marquée de cette jeune fille. Nous instituons un traitement par le salicylate de soude à fortes doses : 10-12 gr. par jour ; échec complet. La température se maintient trois semaines en plateau ; vers le quinzième jour la rate devient percutable et le séro-diagnostic est positif à l'Eberth au 1/150e. La défervescence survient, en lysis, au bout de trois semaines.

Pendant la durée de son séjour à l'hôpital, notre malade se plaignait de douleurs précordiales avec essoufflement ; mais, en dehors d'une tachycardie notable, nous n'avons pas relevé de signes traduisant l'atteinte du cœur. Nous avons appris ensuite, fait qui nous aurait éclairé si nous l'avions connu plus tôt, que notre malade vivait avec une personne qui avait eu une typhoïde quelques mois auparavant. Complètement guérie, Mosc... sort le 21 octobre 1928.

En septembre 1931, on lui enlève sa vésicule biliaire (douleurs vésiculaires, vomissements, ictère) ; en janvier 1932, nous la revoyons pour algies du flanc droit avec nausées, sans signes bien nets à l'examen. Ces algies ont disparu après une série de tubages duodénaux.

Cette observation est particulièrement intéressante par sa rareté : forme articulaire généralisée, pure, de fièvre typhoïde. En dehors du séro-positif, cette maladie est rendue certaine par la notion d'une affection identique dans l'entourage immédiat et par les séquelles vésiculaires.

***

Si nous résumons les faits que nous rapportons, nous voyons avec évidence qu'on peut les grouper sous deux chefs : d'une part, des formes primitivement articulaires ayant rapidement (une forme cervicale, une forme coxale) ou lentement (une forme cervicale, obs. I) cédé pour offrir le tableau clinique, soit majeur, soit mineur, d'une fièvre typhoïde ; d'autre part, une forme articulaire ayant persisté pendant toute la durée de la maladie, et dont la véritable nature n'a pu être élucidée que par l'apparition d'une splénomégalie et la positivité du séro-diagnostic. Ces deux variétés réalisent les unes le groupe des arthro-typhus, les autres celui des formes articulaires que nous avons appelées *pures* pour montrer l'intensité des réactions arthralgiques, leur prédominance, et leur allure pour ainsi dire monosymptomatique.

Les *arthro-typhus* sont bien connus : *souvent brusquement*, un enfant (car c'est le plus généralement à cet âge qu'on observe ces formes cliniques) se plaint de douleur articulaire avec limitation des mouvements de la jointure atteinte. Ce que l'on observe surtout, c'est le rhumatisme cervical (Obs. I, Obs. III) : douleur assez vive de la nuque empêchant plus ou moins les mouvements du cou et réalisant parfois le torticolis banal. Cette algie cervicale raidissant la nuque, accompagnée de fièvre et de céphalée peut orienter vers le diagnostic d'une méningite ou même vers l'hypothèse d'une ostéite vertébrale aiguë (Obs. I).

Rilliet et Barthez (1853) ont, semble-t-il, les premiers, décrit la douleur occipitale, soit médiane, soit latérale, peu vive ou quelquefois intense, « attirant l'attention à l'exclusion de tout autre symptôme ».

Le Professeur Nobécourt, à plusieurs reprises, avec Paisseau, Peyre, a rapporté des cas de rhumatisme cervical, avec allure de torticolis dans deux observations (1909), au début d'une fièvre typhoïde, ou de rhumatisme cervico-sciatique ; dans ces cas, à la douleur de la nuque s'associaient des signes discrets de sciatique (algies provoquées, ébauche de Lasègue).

Comme l'a bien montré M. Nobécourt (*Clinique médicale des enfants* IXe série), ces rhumatismes cervicaux observés au début d'une fièvre typhoïde sont le plus souvent des signes de début et de début brusque ou rapide, modalités assez souvent rencontrées chez l'enfant. On peut voir ces formes aussi bien dans les typhoïdes que dans les paratyphoïdes A et B ; il nous semble cependant qu'elles sont plus fréquentes dans les affections éberthiennes proprement dites ; quoi qu'il en soit, la douleur de la nuque retient l'attention ; assez souvent peu vive, elle peut, parfois, nous l'avons vu, être très intense, surtout chez les adolescents, dont les réactions algiques sont peut-être plus marquées. La douleur est spontanée, mais relativement discrète ; elle est surtout provoquée par la pression des apophyses épineuses et des muscles latéraux ; il existe toujours un certain degré d'immobilisation, sans déviation latérale, si la douleur est bilatérale, ou, au contraire, avec déviation de la tête, comme dans le banal torticolis, si la douleur est unilatérale.

Les mouvements du cou sont difficiles ; parfois tous (Obs. I), et dans cette éventualité, la tête est « engoncée » dans les épaules, le cou est figé, comme dans les maux de Pott sous-occipitaux ; ou bien quelques mouvements sont possibles ; il nous a paru que c'était surtout l'extension qui était gênée ; la flexion est possible, les mouvements de rotation sont plus difficiles que ceux de flexion, mais moins que ceux d'extension.

Cette impotence douloureuse détermine une raideur de la nuque ; si celle-ci s'associe à une algie sciatique on peut avoir un tableau rappelant celui des méningites aiguës (Nobécourt). Mais la ponction lombaire permet de retirer un liquide en tous points normal, exception faite pour les cas rarissimes où s'associe à ces formes algiques une discrète réaction méningée.

Le mécanisme de ces douleurs semble lié à la réaction articulaire engendrant, comme c'est la règle, une immobilisation des muscles et des ligaments voisins, sans qu'il soit nécessaire, croyons-nous, d'invoquer, tout au moins pour les formes cervicales non associées à une sciatique, une irritation des racines rachidiennes. En effet, il n'y a pas, dans les observations que nous avons recueillies, de syndrome sensitif irradié à distance ; tout se passe dans le massif ostéo-articulaire et musculaire de la région cervicale postérieure. Dans le rhumatisme cervico-sciatique on peut aussi se demander si l'on a véritablement le droit d'incriminer une irritation des racines ou du plexus sciatique ; il est logique de penser qu'il s'agit là d'une fausse sciatique par atteinte des muscles lombaires au contact des articulations vertébrales ; l'évolution rapide vers la régression, la discrétion des signes habituels, l'absence de réaction méningée, plaident en faveur de cette manière de voir.

A côté de ces débuts cervicaux des arthro-typhus, on peut voir, bien que plus rarement d'après nous, des modalités de début de ces formes par d'autres articulations. Notre observation II en est un exemple : il s'agit d'un enfant chez lequel on avait pensé d'abord à une coxalgie, puis à une ostéomyélite et enfin à un rhumatisme pseudo-infectieux de la hanche droite. Cette localisation à la hanche est certainement la plus fréquente après la forme cervicale que nous venons de décrire. Signalons qu'elle peut parfois entraîner une luxation pathologique de la tête fémorale. Quant aux arthralgies de topographie différente elles paraissent rarissimes.

Les arthro-typhus ont une évolution variable : après une période de quelques jours pendant laquelle le dia-


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

gnostic est resté en suspens et où l'atteinte articulaire a dominé de haut la scène clinique, deux éventualités sont possibles : ou bien la fièvre typhoïde « lève le masque » ; une riche symptomatologie se fait jour (diarrhée, taches rosées, splénomégalie, parfois même angine de Duguet ; Obs. II et III) ; ou bien il semble qu'on soit en présence d'une fièvre typhoïde avant tout septicémique ; les signes viscéraux n'apparaissent pas ou se réduisent à l'apparition d'une splénomégalie tardivement décelée ; il n'y a pas de tuphos, pas ou peu de céphalalgie (Obs. I) ; en somme, en dehors des examens de laboratoire et de cette notion de fréquence de la dothiénentérie dans notre ville, on ne penserait pas devant un tableau si anormal à poser le diagnostic exact. Mais, dans l'un ou l'autre cas, un fait reste digne de remarque : c'est la disparition plus ou moins rapide des signes articulaires ; vers le dixième jour, parfois un peu plus tard, on ne peut plus mettre en évidence la moindre réaction arthralgique ; non seulement les douleurs ont disparu mais encore la liberté des mouvements, hier si gênée, est redevenue complète. Il ne subsiste aucun témoin de la flambée articulaire. C'est dans des cas absolument exceptionnels qu'on a vu ces arthralgies faire place à des arthrites suppurées, à bacilles d'Eberth.

A côté de ces arthro-typhus, formes à début articulaire de la fièvre typhoïde, en général localisées, donnant très rarement lieu à une atteinte multiple des jointures, il y a lieu de décrire *les formes articulaires proprement dites de la typhoïde* où, pendant toute la durée ou la plus grande partie de la durée de la maladie, persistent les signes pseudo-rhumatismaux. Ces formes, à l'inverse des premières qui ne touchent en général qu'un article, ont une tendance à la généralisation. Notre observation IV en est un saisissant exemple. Toute l'évolution a été celle d'un rhumatisme articulaire aigu : multiplicité des articulations « léchées », fugacité, mobilité ; mais il n'y avait pas de réaction cutanée (pas de rougeurs) ; l'enflure était discrète, les douleurs s'avéraient beaucoup moins vives ; enfin, le salicylate de soude donné à hautes doses n'entraînait aucune modification du tableau clinique. Ces nuances ne nous avaient cependant pas éclairé. C'est l'apparition d'une splénomégalie discrète, dans les quelques jours qui précédèrent la défervescence qui nous donna l'idée de pratiquer un séro-diagnostic. Ces formes articulaires que j'appelle *pures* pour montrer qu'elles ne sont intégrées dans aucune des modalités séméiologiques habituelles de la typhoïde, sont d'un diagnostic extrêmement difficile car elles simulent étroitement la maladie de Bouillaud. Il ne faut pas s'attendre à trouver ici l'un quelconque des signes abdominaux ; il ne faut pas compter sur la céphalée, les épistaxis, le tuphos. Tous ces éléments classiques de la maladie manquent ici. C'est pour cela qu'il me semble logique d'incriminer avant tout, dans ces cas, la septicémie éberthienne ; la fièvre typhoïde reste ici dans sa phase primitive, sanguine ; et, comme beaucoup de septicémies, elle détermine des réactions articulaires. L'évolution de ces formes généralisées est à peu près celle que montre notre observation ; alors que les arthro-typhus perdent rapidement leur marque articulaire, dans ces formes pures, multiples, la souffrance des jointures dure autant que la maladie elle-même et ne s'évanouit qu'à la chute de la température, *ne laissant aucune séquelle.*

Nous avons cru intéressant d'insister, à propos de quatre observations personnelles, sur les formes articulaires de la fièvre typhoïde. Leur rareté, les erreurs de diagnostic qu'elles impliquent presque fatalement, justifient l'essai que nous avons tenté et la classification que nous proposons : formes à début articulaire, en général mono-articulaire, arthro-typhus des classiques, et formes généralisées, polyarticulaires, d'allure septicémique, qui constituent à proprement parler les variétés cliniques articulaires pures, persistant pendant toute la durée de l'affection typhique, dont elles sont pour ainsi dire l'unique manifestation.

Deux cas de dilatation aiguë de l'estomac après une section césarienne [1]

Par le Docteur A. E. MANEVITCH

Les premiers cas de la dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire ont été décrits en 1891. En Amérique, Rundrat a publié un cas ; en Allemagne, quelques cas ont été publiés par Schnitzler, Robinson ; en France, par Reynier, Morris, Gross, Thibault, Petit, Philippe et deux thèses par Beaurain (en 1908) et Bernier (en 1912).

Néanmoins, cette complication post-opératoire est décrite assez rarement ; en même temps des cas de la dilatation aiguë de l'estomac se rencontrent assez souvent, comme complication dans la période post-opératoire et présentent un très grand intérêt clinique.

C'est pour cette raison que je trouve intéressant de communiquer deux cas, qui ont été observés dans la clinique d'obstétrique et de gynécologie de l'Institut.

1° Le 3 octobre 1921 dans l'Institut d'obstétrique est entrée une primipare, âgée de 35 ans, une dentiste ; ses dernières règles ont eu lieu le 5 janvier, les premiers mouvements du fœtus le 20 mai. Les dimensions du bassin sont : C. ext. 16,5 ; D. Sp. 22 ; D. Cr. 26 ; D. tr. 28 ; C. diag. 10,5 ; du côté de son état général rien d'anormal, excepté une tachycardie périodique et une accentuation du premier bruit du cœur ; il y a cinq ans qu'elle a subi une appendicectomie. Prenant en considération l'âge avancé de la malade, son bassin rétréci et son désir d'avoir absolument un enfant vivant, on a décidé de terminer l'accouchement par une section césarienne classique. L'opération a eu lieu le 8 octobre sous une anesthésie générale au chloroforme ; on a fait en même temps une salpingectomie bilatérale ; on a extrait un enfant vivant, la durée de l'opération a été de 30', la narcose 45'. Le soir après l'opération, malgré son état général assez bon et l'absence presque complète des vomissements, on avait remarqué une assez grande dilatation du ventre dans la région épigastrique, qui restait en même temps mou et indolore. Le jour suivant, le 9 octobre, la dilatation augmentait encore plus ; les gaz ne sortaient pas, et vers le soir, apparurent des petits vomissements d'une couleur brun-jaunâtre ; la température est à 37°, le pouls à 82. Mais, c'est surtout le troisième jour que la dilatation de l'estomac a été très grande ; son bord inférieur atteignait l'ombilic, où les parois sont restées molles, à travers lesquelles, on pouvait palper la matrice, qui a été bien contractée et s'est trouvée à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; une absence complète des gaz et des selles ; elle a vomi trois fois ; Son état général restait bon ; la température était à 37°, le pouls à 90. On a fait alors un lavement de l'estomac avec une solution de bicarbonate de soude, on a éloigné de l'estomac un peu de liquide jaune-brunâtre avec un peu de mucosité et beaucoup de gaz. Après le lavement, la dilatation dans la région épigastrique a beaucoup diminué, et la malade se sentait bien soulagée. On lui a administré deux cuillers à bouche d'huile de ricin, mais elle l'a rejetée bientôt après. Le 11 octobre, la température s'est élevée à 38° ; mais ce qui nous a frappé de nouveau, c'est la dilatation très grande de la région épigastrique ; le bord inférieur de l'estomac se trouvait déjà à quelques travers de doigt au-dessous de l'ombilic, une absence complète des gaz et des selles, malgré des lavements périodiques. En même temps, la partie inférieure de l'abdomen restait molle, non dilatée et indolore. On a fait alors de nouveau un lavement de l'estomac après lequel la dilatation a diminué, et la malade se sentait mieux. Un tel état de la malade durait jusqu'au 15 octobre, le jour où la température s'éleva à 39°3, le pouls à 120, mais régulier et bien frappé, pas de vomissements ; mais la région épigastrique avait été

(1) Publication de la Clinique d'accouchement et des maladies des femmes ; directeur : Professeur S.-A. SELITZKY, de l'Institut scientifique d'État pour la Protection de la Maternité et de l'Enfance du nom de W. P. Lebedewa.

si dilatée, que la respiration de la malade devenait irrégulière, grâce au soulèvement du diaphragme par l'estomac dilaté ; des gaz se dégageaient peu ; la malade a eu un peu de selles liquides. Pour essayer si la partie pylorique laisse passer l'aliment, on donne à la malade un morceau de pain blanc et 2 h. 1/2 après, on fait un lavement de l'estomac ; on retire toute la quantité du pain non digéré avec un liquide jaune-brunâtre et beaucoup de gaz ; aussitôt après le lavement, une grande amélioration dans l'état général de la malade ; la dilatation de l'estomac a beaucoup diminué, la température est tombée à 38°, le pouls à 110, et la malade a eu un peu de selles. Le 16 octobre, c'est-à-dire, le neuvième jour après l'opération, l'état de la malade s'est empiré subitement ; la région épigastrique s'est de nouveau dilatée, le pouls est à 150 ; pas de gaz, mais pas de vomissements ; le cœur s'est dilaté, et le 17 octobre à 14 heures, la malade a succombé avec des phénomènes d'œdème pulmonaire et l'affaiblissement du cœur. L'autopsie n'a pas pu avoir lieu.

2° Le 19 janvier 1929 est entrée dans la clinique de l'Institut une malade D..., une deuxième para, enceinte à terme, le premier accouchement s'est terminé par une section césarienne à cause du rétrécissement du bassin, dont les dimensions sont : 19, 21, 25 et 29 ; la circonférence de l'abdomen est de 97 cm., la longueur de l'utérus est de 40 cm. ; la présentation du fœtus est longitudinale, la tête est au-dessus du détroit supérieur. Prenant en considération, la disproportion nette entre la tête et le bassin et le danger d'une rupture de la matrice, l'opération a été commencée 12 heures après le commencement du travail, en l'absence de l'engagement de la tête, malgré de fortes contractions, on décide de terminer l'accouchement de nouveau par une section césarienne. L'incision de la matrice est faite *in situ*, grâce à de larges adhérences, formées entre la matrice avec le grand épiploon avec l'intestin et avec les parois antérieures de l'abdomen, on fait en même temps, une stérilisation. L'opération a duré une heure ; la quantité de la narcose a été 100 gr. d'éther et 30 gr. du chloroforme. Après l'opération, la malade a été très agitée ; elle ne dormait pas ; le pouls était à 120, la température à 37°2. Le lendemain de l'opération, on constate une grande dilatation de l'estomac ; pas de vomissements ; l'état général est grave, la respiration est difficile. A 8 heures du soir, on fait un lavement de l'estomac avec une solution de bicarbonate de soude ; il sort une grande quantité de gaz et des mucosités ; après le lavement, la dilatation de l'estomac a beaucoup diminué, le pouls est à 110 ; la malade a uriné. Le matin du troisième jour la température s'est élevée à 39°2, l'abdomen est de nouveau enflé ; la respiration est difficile ; on fait de nouveau un lavement de l'estomac, pendant lequel, il sort une grande quantité de gaz et des mucosités ; bientôt, après le lavement, une amélioration dans l'état général de la malade ; le pouls est à 110, la température à 37°4. Mais quelques heures après, de nouveau surviennent des phénomènes de dilatation aiguë de l'estomac. Malgré qu'on ait pratiqué de nouveau des lavements de l'estomac et qu'on ait injecté 500 gr. d'une solution de glycose avec 5 unités d'insuline, l'état de la malade empire de plus en plus et elle succombe à la fin du troisième jour après l'opération. Le diagnostic clinique a été : une dilatation aiguë de l'estomac. En analysant les phénomènes cliniques du premier cas, nous pouvons faire la conclusion, que nous avons eu affaire à une dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire. En effet, la septicémie peut être exclue par la courbe de la température, par l'absence de frissons et par le tableau général de la maladie. On pouvait penser à une péritonite. Mais une température pas assez élevée, un pouls pas assez rapide, une absence presque complète des vomissements et une absence de défécation parlent contre la péritonite.

Comme phénomènes principaux, nous avons une très grande dilatation de l'estomac (le reste de l'abdomen restait mou et non gonflé), une température pas assez élevée, un pouls égal et pas assez rapide, une absence des gaz et des selles. Ces symptômes correspondent aux phénomènes de la dilatation aiguë de l'estomac pendant l'iléus duodénal. Dans le second cas, nous avons des symptômes cliniques d'une dilatation aiguë de l'estomac.

Comme il a été dit plus haut, cette complication post-opératoire est rarement décrite, et en même temps, elle mérite une assez grande attention.

Quelques chirurgiens admettent, que cette complication post-opératoire a, comme cause, la narcose chloroformique et se rencontre assez fréquemment mais passe souvent inaperçue. Adolf Peyer, de Gratz, a essayé d'observer l'état de l'estomac dans 300 cas, opérés, sous l'anesthésie chloroformique, et il a pu observer très souvent une atonie de l'estomac, qui se dilate et souvent son bord inférieur se trouve à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; dans quelques cas, cette dilatation prend une allure très grave avec des phénomènes d'iléus et amène la mort. La plupart des auteurs regardent comme cause principale de cette complication de l'estomac une anesthésie lombo-sacrale. Quelques autres chirurgiens regardent comme causes principales, les opérations abdominales qui touchent l'intestin ; mais on a décrit, cette complication même après des opérations sur les seins et le genu-valgum.

Quant au mécanisme de cette complication, il existe deux opinions : la première regarde comme cause principale et première l'atonie de l'intestin : l'intestin, grâce à l'atonie par son poids de 500-800 gr. descend dans la cavité du petit bassin ; et ainsi attire l'artère mésentérique, qui serre ainsi la partie supérieure du duodénum et forme un iléus duodénal, et comme phénomène secondaire, il se forme une dilatation aiguë de l'estomac.

Une autre opinion regarde la dilatation de l'estomac comme un phénomène primaire, et c'est l'opinion d'une grande partie d'auteurs. Sous l'influence de la narcose ou d'une autre cause quelconque, il se produit une atonie de la musculature de l'estomac, qui en se dilatant repousse l'intestin grêle en bas vers le petit bassin ; et déjà comme phénomène secondaire, il arrive que l'intestin grêle attire le mésentère du duodénum et l'artère mésentérique, qui serre une partie du duodénum en formant un iléus duodénal. Cette opinion a été émise pour la première fois par Schlesinger et après lui par un grand nombre d'auteurs. Ils regardent comme cause de la paralysie des parois stomacales, l'influence de la narcose sur le nerf vague. Quelques auteurs ont observé une dilatation de l'estomac chez des animaux, auxquels, ils ont sectionné le nerf vague (Landau, Littauer, Unger).

Comme symptômes principaux de cette complication sont : une dilatation aiguë dans la région stomacale ; le bord inférieur de l'estomac peut atteindre le pubis ; un léger vomissement, mais pas d'un caractère fécaloïde, l'absence des gaz et des selles ; souvent une oligurie ou une anurie complète ; la température est presque normale, le pouls est fréquent ; les malades conservent un bon appétit, et dans quelques cas, on observe une polyphagie.

Comme thérapie de cette maladie tous les auteurs conseillent des lavements de l'estomac, quelquefois toutes les trois heures : après on essaie de mettre la malade sur le côté droit ; quelques auteurs proposent la position de Trendelenburg ; Schnitzler mettait ses malades dans la position genu-pectorale. Mais la chose principale est qu'il faut appliquer toute cette thérapie tout au commencement de la maladie. Quelques chirurgiens ont essayé de recourir à une intervention chirurgicale comme la gastrostomie ou la gastro-entérostomie, mais, dans la plupart des cas sans bon résultat (Mathieu essaya dans huit cas une gastrostomie, mais tous ses malades périrent).

Conclusion

1° La dilatation aiguë de l'estomac se rencontre assez fréquemment dans la période post-opératoire : assez souvent, elle peut passer inaperçue. Mais, quelquefois, elle prend une allure très grave et amène la mort.

2° Les symptômes principaux de cette complication sont : une dilatation très grande dans la région stomacale, l'absence de dilatation de l'abdomen au-dessous de l'ombilic, une température normale ou subfébrile, des vomissements, et souvent un bon appétit, l'absence des gaz et des selles.

3° Comme causes principales de cette complication, il faut

compter une parésie du nerf vague, une atonie des parois de l'estomac, qui en se dilatant repousse l'intestin grêle en bas, lequel par son poids attire le mésentère et l'artère mésentérique, laquelle serre la partie supérieure du duodénum en formant un iléus duodénal.

4° Comme thérapie, on propose : des lavements de l'estomac, la position de Trendelenburg et la position genu-pectorale.

VARIÉTÉS

La Médecine et les Médecins dans l'Œuvre de Walter Scott

par le Dr **Constant HILLEMAND**

Malgré le rôle important que les troubles de la santé n'ont jamais cessé de jouer dans la vie des humains, et nonobstant l'importance corrélative de l'office social, rempli par les médecins appelés à soigner ces troubles, il est peu question de la Médecine et des Médecins dans la plupart des œuvres de Walter Scott qui ont pourtant la prétention de peindre la vie réelle plus ou moins idéalisée.

Pour ce qui regarde les Maladies, l'attention de l'auteur écossais semble n'avoir guère été attirée que par la *tératologie* et les *affections* mentales ou plus exactement *psychiques*, en appliquant ce dernier qualificatif aux divers dérèglements pathologiques du sentiment, de l'intelligence, du caractère.

Sous le premier rapport, le nombre des nains qui figurent dans ses récits, est relativement surprenant, depuis le nain Nactabanus et la naine Genèvre « dame de ses pensées », dans le *Talisman*, jusqu'à sir Edouard Maulay dans le *Nain noir*, en passant par sir Geoffrey Hudson, dans *Péveril du Pic*, Nick Strumpfer ou Pacolet dans *Le Pirate*, etc...

Il est à remarquer d'ailleurs que s'il paraît s'intéresser à eux, c'est plutôt à titre d'éléments pittoresques, susceptibles, comme tout ce qui est anormal, de frapper l'attention du lecteur ordinaire, qu'à un point de vue scientifique quelconque. Sans doute, il s'attarde parfois à décrire, plus ou moins minutieusement, les caractères de leurs difformités, comme dans le cas de Nick Strumpfer ou Pacolet, du *Pirate*, qu'il représente avec « une taille d'environ 4 pieds 5 pouces, une très grosse tête, une bouche énorme, un nez monstrueux, aux larges narines noires semblant fendues de bas en haut, de grosses lèvres gonflées, de grands yeux inégaux ». Mais, par contre, il laisse presque entièrement de côté l'étiologie, la pathogénie. la physiologie pathologique de leurs malformations ; la répercussion de celles-ci sur le jeu des fonctions respiratoires, circulatoires, etc... Tout au plus, se hasarde-t-il à attribuer la misanthropie du *Nain noir* à sa disgrâce physique.

Sous le second rapport, les malades ou les infirmes du cerveau qu'il passe en revue, ne sont pas moins nombreux, car, loin de se borner à considérer les fous avérés, il étudie attentivement toutes les variétés d'anormaux que, depuis Grasset, on a pris l'habitude de cataloguer comme demi-fous, tiers de fous, quarts de fous, etc...

Et l'on ne peut nier qu'il ait été admirablement préparé à la compréhension de la folie proprement dite par les pénétrantes analyses psychologiques, disséminées dans ses œuvres, et s'appliquant :

tantôt à des types normaux ou presque normaux, tels : — Simon Glover, avec son bon-sens inaltérable ; Henri Smith, préférant gagner l'affection de Catherine Glover que d'être armé chevalier par Douglas, et, d'un autre côté, chose plus remarquable encore, mettant, comme le dernier des Abencérages dans ses rapports avec dona Blanca, le souci de l'honneur au-dessus de son ardent désir d'obtenir les faveurs de la *Jolie fille de Perth* ; sir Patrick Charteris, l'honnête prévost de la cité ; le digne bailli Craigdalie ; le page Eviot, etc. ; — *Ivanhoë*, le chevalier sans peur et sans reproche ; lady Rovvena, la descendante du grand roi Alfred ; Gurth, le bouvier de Cédric ; Rebecca, l'adorable Juive, domptant son amour pour un chrétien, adorateur d'une autre femme, saxonne et chrétienne comme lui, etc., — la noble Flora Mac-Ivor déclinant les avances, dictées par une libido inconsciente, de *Wawerley* dont elle a soupesé l'incurable médiocrité, et les détournant sur l'aimable et insignifiante Rose Brawardine, parfaitement assortie à l'indolente personnalité du noble Anglais, etc.. ; — *Quentin Durward*, amoureux discret et respectueux de la comtesse Isabelle de Croix, aimé d'elle, et cependant maîtrisant ses sentiments jusqu'au jour où l'impulsif Charles le Téméraire proclame son intention d'attribuer la main de la jeune orpheline, comme récompense, à celui des combattants qui rapportera la tête de l'assassin de l'évêque de Liège, Guillaume de la Mark, le Sanglier des Ardennes, et, au moment d'avoir raison de celui-ci et de l'abattre, le laissant échapper pour voler au secours d'une Liégeoise qui l'a aidé à sauver la vie et l'honneur de la comtesse, et vis-à-vis de laquelle il estime avoir contracté une dette sacrée de reconnaissance, etc... — Henry Morton et lord Evandale qui se disputent courtoisement le cœur de miss Edith Bellenden, dans *Les Puritains*, etc...

tantôt à des anormaux, à distance variable de l'idiotie et de l'aliénation, tels : — le rival d'*Ivanhoë*, l'héritier du saint roi saxon, Edward le Confesseur, fiancé à lady Rowena, l'épais Athelstane dont la lenteur d'esprit et la goinfrerie confinent à l'imbécillité, etc.. ; — le faible Robert III, roi d'Ecosse, qui, dans l'aveuglement de son amour paternel, se refuse, dans *la Saint-Valentin*, à voir les graves défauts de son fils aîné, le duc de Rothsay, à envisager leurs conséquences politiques et sociales, à tâcher de réprimer ceux-là, de parer à celles-ci ; Rothsay lui-même, avec sa frivolité, son inconsistance, son instabilité mentale qui le rapprochent de Wamba, le fou du père d'Ivanhoë, etc.. ; Conachar obsédé par le souvenir de la facilité avec laquelle le vigoureux Smith a repoussé son attaque, l'a désarmé lors de leur première rencontre, souvenir qui en lui inspirant la peur d'avoir peur, paralyse ses réactions défensives et le conduit à une fuite déshonorante devant l'épée de son adversaire, et au suicide final, etc... ; — l'*Antiquaire* Jonathan Oldbuck dont la sagacité naturelle est obnubilée par une disposition invétérée à compliquer, en toutes choses, l'hypothèse, à élever les conjectures les plus audacieuses « sur des bases qui, le plus souvent, sont loin d'offrir la solidité nécessaire » ; par sa répugnance à considérer simplement les choses telles qu'elles sont ; par un désir déréglé de voir les faits vérifier ses suppositions, désir qui le pousse à fausser inconsciemment l'observation et l'expérience pour faire cadrer leurs données avec ses théories, etc.. ; — Brian de Bois-Guilbert, l'adversaire d'*Ivanhoë*, subjugué par une passion sensuelle d'abord sadique, puis masochiste pour Rebecca, au point de violer ses vœux de templier, de briser sa carrière, de compromettre irrémédiablement son avenir, dans le vain espoir d'attendrir une fille d'Israël qui a horreur de lui, au physique et au moral, et qui le repousse ; Isaac d'York, que l'avarice entraîne à compromettre sa sûreté, l'honneur de sa fille, et ses richesses elles-mêmes, en lésinant sur le salaire de son escorte de Saxons qui, mécontents de sa ladrerie, l'abandonnent au milieu des bois, à la tombée de la nuit, etc. ; — Fergus Mac-Ivor, qui, à la veille d'être fait prisonnier et à la veille d'être décapité, croit voir et entendre le Bodach Glas ou Spectre gris, déjà vu et entendu, si l'on en croit la tradition, par ses ancêtres aux moments critiques de leur existence et surtout à l'approche de leur mort, etc... — le Major Bridgenorth que la hantise de la mort de ses enfants et la crainte de perdre la fille qui lui reste conduisent à la Neurasthénie, à la Mélancolie, dans *Péveril du Pic* etc...

A l'inverse de la réserve dans laquelle il s'est tenu vis-à-vis de l'étiologie, de la pathogénie, de la physiologie pathologique du Nanisme, il se préoccupe des causes qui ont pu déclencher la folie chez les aliénés qu'il met en scéne, du mode pathogé-

génique de ces causes, des différentes réactions physiologico-pathologiques propres aux divers malades.

Au point de vue des causes, elles semblent se résumer, à ses yeux, dans les secousses morales, les bouleversements psychiques qu'ont éprouvé ses vésaniques.

Ainsi explique-t-il : — l'éclosion subite de la folie chez la mère d'Allan Mac-Aulay, par l'irruption inopinée, dans sa demeure, d'une bande de montagnards vivant de brigandages, appelés les Enfants du Brouillard, et par la vue de la tête de son frère qu'ils avaient assassiné, placée sur la table servant aux repas de la famille, avec un morceau de pain entre les dents ; — celle non moins subite de la *Fiancée de Lammermoor* par l'approche, le soir de ses noces, de l'époux que lui a imposé une mère impérieuse, ne tenant aucun compte de l'amour de sa fille pour le voisin qui l'a sauvée antérieurement de l'attaque d'un taureau furieux et auquel elle a engagé sa foi, etc...

Cette étiologie est encore valable de nos jours, et il n'est, je crois, aucun aliéniste qui dénie, aux émotions, un rôle effectif dans le déclenchement de la folie.

W. Scott se tait sur l'hérédité, tout en semblant admettre que les troubles violents de l'équilibre psychique, éprouvés par les femmes enceintes, peuvent retentir sur le cerveau de l'enfant contenu dans leur sein et préparer, chez lui, l'apparition ultérieure de la maladie, avec ou sans l'intervention d'autres causes occasionnelles. C'est ainsi qu'il explique la folie d'Allan Mac-Aulay, né dans les conditions que nous venons de rappeler ; le déséquilibre psychique et le suicide (exceptionnel chez les montagnards) de Conachar dont la mère avait assisté étant grosse de lui, à la prise et à l'incendie de son château par un clan voisin, à la tuerie de sept de ses enfants pendant et après la lutte soutenue par son mari finalement acculé à la fuite etc...

Après avoir été longtemps admise comme une vérité indiscutable, cette étiologie a été fortement contestée : — 1° au nom d'observations portant sur les générations conçues pendant le bombardement de Paris en 1870, les incendies de la Commune en 1871, les fusillades consécutives des Versaillais ; générations qui, contrairement à l'attente générale, n'auraient pas différé sensiblement, sous le rapport psychique, des générations antérieures et postérieures, si l'on s'en rapporte, du moins, à une enquête, trop superficiellement menée, à mon sens, pour être concluante ; — 2° au nom des constatations anatomiques qui établissent l'absence de nerfs dans le cordon ombilical, absence peu favorable à l'admission d'une communication physiologique entre le cerveau de la femme enceinte et celui de l'enfant dont est chargé son utérus. Mais on peut objecter à cela que si la Télépathie existe, et il semble bien que son existence s'impose, le retentissement, sur le cerveau du fœtus, des impressions morales ressenties par sa mère, pourrait se concevoir en dehors de toute anastomose nerveuse entre le névraxe de l'une et le névraxe de l'autre. De même, peut-on soutenir qu'à défaut de communication nerveuse directe, toute forte impression ressentie par le cerveau de la mère peut retentir sur le cerveau du fœtus par l'intermédiaire des sécrétions endocriniennes de celle-là, presque sûrement modifiées à la suite d'émotions intenses. Aussi la discussion, sur ce point, reste-t-elle ouverte.

Il s'abstient d'ailleurs de toute discussion sur le mode pathogénique des causes émotionnelles, qu'il semble invoquer.

Sous le rapport de la physiologie pathologique, il cherche constamment, comme Broussais, et probablement sans s'être inspiré de lui, à rattacher les phénomènes pathologiques aux phénomènes physiologiques dont ils ne seraient que l'exagération en plus ou en moins, au-dessus ou au-dessous d'une certaine moyenne ; — ainsi donne-t-il de la justesse ordinaire des visions et des prédictions d'Allan Mac-Aulay, dans l'*Officier de fortune*, cette interprétation qui sort de la bouche de lord Menteith, cousin du fou : « je pense qu'il se figure à lui-même ses prédictions qui sont, en réalité, le résultat du jugement et de la réflexion, comme provenant d'impressions surnaturelles, car, en général, les fanatiques prennent les rêves de leur cerveau pour une inspiration divine » ; de même ramène-t-il le Spectre gris qui s'est offert aux yeux de Fergus, et qui lui a crié : « prends garde à demain », à un produit de son imagination, « exaltée par le désespoir de la défaite, le surmenage, les privations, et par la crédulité naturelle aux habitants des montagnes ».

Sous le rapport de la symptomatologie et du diagnostic, notre auteur sait distinguer entre les vésanies raisonnantes comme celle de Balfour de Burley dans les *Puritains*, compatibles avec une certaine lucidité et avec une intelligence relativement supérieure, et l'excitation maniaque continue d'une Madgie Murdockson, dans la *Prison d'Edimbourg*, l'agitation d'un Davie Gellatley dans *Wawerley* etc., greffées sur un fond de débilité mentale.

Il analyse à souhait, dans *Ivanhoë*, l'instabilité mentale de Wamba, si fréquente, à un moindre degré, chez nombre de femmes normales aux yeux du monde, et qui s'empressent, par exemple, de poser question sur question à leur médecin, sans laisser au malheureux le temps de répondre à la première. Il décrit avec perspicacité, le terrain psychopathique d'Allan Mac-Aulay, sur lequel terrain se greffent des crises épileptiformes que calment la harpe et les chants d'Annette Lyle.

Si, en dehors des troubles psychiques, il est peu question des autres maladies dans l'œuvre de W. Scott (à part la fièvre hectique qui terrasse *Richard Cœur de Lion*, après avoir terrassé l'écuyer du prince royal d'Ecosse), il est encore moins question des médecins qu'on ne voit presque jamais intervenir dans la vie des innombrables personnages créés par son imagination, bien que, dans la réalité, on n'ait jamais cessé d'avoir recours aux hommes de l'art pour soulager ou guérir.

Il est même curieux de constater que, dans *Quentin Durward*, il se soit abstenu d'évoquer l'originale figure du médecin de Louis XI, ce Jacques Coytier (sur lequel Maurice Genty a rappelé l'attention dans le supplément de janvier 1928, du *Progrès Médical*), exploitant la terreur que la mort inspirait à son ombrageux client pour s'imposer à lui, et qu'il ait même attribué à l'astrologue du monarque des paroles prononcées en réalité par le médecin, si nous en croyons Philippe de Commines (1).

Lorsqu'il est question de soins chirurgicaux ou médicaux, dans les récits de notre auteur, ils sont presque toujours donnés par de nobles dames ou demoiselles qui, de leurs blanches mains, pansent les blessures, reçues dans les tournois ou dans les batailles, de leurs maris ou de leurs adorateurs, telles : — lady Eveline, dans *les Fiancés*: « avec tout l'empressement d'une sœur qui vole au secours d'un frère unique », nous raconte le narrateur, « elle se mit à examiner les diverses blessures de Damien de Lacy, et à essayer d'étancher le sang et de le rappeler à la vie. Comme les dames de ce temps (1187 à 1190), Eveline n'était pas étrangère à l'art de la chirurgie ; elle parut alors plus habile qu'on ne l'eut jamais cru. Il y avait une prudence, une prévoyance, une tendresse indicibles dans les ordres qu'elle donnait ; et la douceur du sexe féminin, ainsi que son humanité toujours ardentes, semblaient exaltées chez elle et ennoblies par une force inconnue. Pendant ce temps les serviteurs étaient occupés à faire une litière sur laquelle on posa le chevalier blessé pour le transporter au château » ; — telle l'adorable Rebecca soignant la blessure d'*Ivanhoë*, avec un baume particulier dont la formule lui avait été transmise par une autre juive plus âgée, Myriem fille d'un des médecins les plus renommés parmi les Hébreux ; — telle Annette Lyle appliquant, dans les Highlands, au cours de la campagne de Montrose, au XVII[e] siècle, les connais-

(1) « Ledit médecin », écrit Philippe de Commines « luy estoit si bien rude, que l'on ne diroit point à un valet les outrageuses et rudes paroles qu'il lui disoit, et si le craignoit tant ledit seigneur, qu'il ne l'eust osé renvoyé hors d'avec luy, et si s'en plaignoit à ceux à qui parloit ; mais il ne l'eust osé changer comme il faisoit tous autres serviteurs, parce que ledit médecin luy disoit audacieusement ces mots : *Je scay bien qu'un matin vous m'envoyerez comme tant d'autres ; mais par la....* (un grand serment qu'il juroit), *vous ne virvez point huit jours après.* De ce mot-là s'espouvantoit tant qu'après ne le faisoit que flatter. » Le médecin, fait remarquer Maurice Genty, jouait dangereuse partie, mais en la gagnant, il obtint richesses et honneurs. Il fut successivement : anobli, naturalisé, vice-président ; puis président de la Chambre des Comptes, bailli et concierge du Palais. Il eut la châtellene de Rouvres, au baillage de Dijon ; les châtellenes de Saint-Germain-en-Laye, Poissy, Triel et Saint-James ; Grimont et Poligny ; Clergie et Guffe du baillage d'Ava, au Comté de Bourgogne ; Saint-Jean-de-Losne, etc., etc....

sances de médecine et de chirurgie « qu'elle possédait, comme mainte femme de son temps ». etc...

Dans le *Talisman*, il est question incidemment de médecins juifs très nombreux dans le camp des Croisés, et très en faveur auprès de leurs chefs (comme ils l'avaient été auprès de Charlemagne, comme ils devaient l'être auprès de Charles-Quint et de François Ier), et nous voyons l'écuyer du prince royal d'Ecosse et Richard Cœur de Lion soignés par le médecin arabe El Hakim, guéris par lui à l'aide d'un breuvage qu'il prépare et qui a raison de leur fièvre, mais nous découvrons, par la suite, que ce prétendu médecin cache la personnalité du généreux sultan Saladin empressé à mettre, sous un déguisement, ses connaissances médicales réelles ou fictives, au service de son chevaleresque adversaire.

Dans les *Chroniques de la Canongate* apparaissent, au XVIIIe siècle, deux praticiens qui honorent notre profession : — l'un, Gédéon Grey, dont l'auteur esquisse la dure vie de médecin de campagne en Ecosse, consacrée au service de ses semblables dans les plus pénibles conditions, obligé par tous les temps, de répondre à l'appel des malades et d'aller les soigner, souvent au loin, par les plus mauvais chemins; à peine rétribué, et finissant par succomber à la tuberculose, en laissant sa fille unique dans la misère; — l'autre, Adam Hartley, élève du précédent, qui poursuit sa carrière dans l'Inde et qui, après une vie de dévouement, meurt à Madras, d'une maladie contagieuse, contractée dans l'exercice de sa profession.

(*A suivre.*)

REVUE GÉNÉRALE

La Pharmacologie et la Thérapeutique française en 1931-1932

(2e semestre 1931 et 1er semestre 1932)

par le Dr **Paul BOYER**

Médecin-assistant de Saint-Lazare et de la Maternité

Voici ma quatrième Revue générale sur la Pharmacologie et la Thérapeutique française. Le plan en est le même que celui des Revues précédentes. Mais, alors que déjà, l'année passée, par suite de l'importance et du nombre des publications analysées, cette Revue avait dû être publiée en deux numéros, cette année, elle paraîtra en quatre chapitres distincts dans quatre numéros. Le chapitre consacré aux « Modificateurs du système nerveux périphérique » (médicaments du système nerveux autonome, sympathique et parasympathique), particulièrement important cette année sera publié dans le numéro spécial annuel de Thérapeutique du Progrès Médical. *Je me permets de signaler aux auteurs que cette Revue générale aura pu intéresser et qui se seront rendu compte de l'important travail qu'elle m'a nécessité, que je leur serai tout particulièrement reconnaissant de bien vouloir m'envoyer dans le courant de l'année prochaine au Secrétariat du journal un tirage à part ou un compte rendu de leurs futures publications pharmacologiques ou thérapeutiques pour me faciliter ma tâche en vue de ma prochaine revue.*

MODIFICATEURS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Anesthésiques généraux

Poulin (*Thèse méd. Paris*, 1931) présente une étude historique de l'anesthésie avant l'emploi du chloroforme et de l'éther.

Mlle Lubinska (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 843) étudie l'évolution des chronaxies du réflexe de clignement au cours de l'anesthésie. Ce réflexe disparaît dans l'anesthésie complète ; quand l'anesthésie se dissipe, il réapparaît pour des stimuli très forts et est alors très fatigable, la rhéobase du nerf sensitif est très élevée et la chronaxie très grande. Rapidement ensuite avec le réveil se produit le retour au niveau normal ; pendant ce temps la chronaxie du nerf moteur ne change pas.

Cadenat (*L'Hôpital*, 1932, XX, 159) présente une revue générale sur l'anesthésie et sur les modifications du réflexe oculocardiaque par l'atropine et l'ésérine au cours de l'anesthésie.

Martinaud (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1931, CVIII, 1006), toutes les fois que l'anesthésie générale est utile ou indispensable en oto-rhino-laryngologie, recourt au chloroforme ou à l'éther pour les interventions difficiles ou de longue durée ; pour les interventions rapides et de petite chirurgie, il préfère le chlorure d'éthyle et mieux le protoxyde d'azote.

Giami (*Thèse méd. Paris*, 1931), est d'avis que l'anesthésie générale est le dernier recours du médecin en face d'un asthme à crises violentes répétées et rebelles à toute autre thérapeutique ; l'anesthésie générale (malade endormi en pleine crise pendant 3/4 d'heure au Schleich) peut parfois amener des guérisons sinon définitives, au moins parfois durables.

Villaret, Justin-Besançon et Desoille (*Soc. Path. comp.*, 12 janvier 1932) présentent une étude sur le choix de l'anesthésique en chirurgie expérimentale. La diversité des méthodes permet toujours de réaliser l'anesthésie des animaux de laboratoire lors des interventions qui risqueraient d'être tant soit peu douloureuses. Elle permet de faire un choix parmi les anesthésiques suivant le but que l'on poursuit. Il paraît d'ailleurs utile, dans certains cas, de répéter les mêmes expériences en se servant d'anesthésiques différents, afin de vérifier si certaines réactions observées ne sont pas créées par l'emploi de l'agent anesthésiant.

Mlle Bachrach et Jullien (*J. de Méd. de Lyon*, 1931, XII, 465) étudient le chloralose dans l'expérimentation physiologique.

Tournade (Soc. Chir., 15 juin 1932) et Tournade, Malméjac et Djourno (*C. R. Soc. Biol.* 1932, CX, 540) exposent le résultat de leurs recherches sur la légitimité ou non de traiter les syncopes chloroformiques par les injections intravasculaires d'adrénaline. Le degré de chloroformisation joue un rôle capital dans la production ou non des syncopes adrénalino-chloroformiques. Si le degré de chloroformisation est faible, l'intoxication chloroformique exagère l'aptitude du cœur à fibriller sous l'influence d'une cause stimulatrice intercurrente (injection d'adrénaline) ; s'il est profond, elle exerce l'action exactement contraire en réduisant l'excitabilité de l'organe. Chez un sujet en syncope chloroformique tardive, l'emploi de l'adrénaline est donc parfaitement indiqué.

Delagénière (*IXe Congr. Soc. internat. Chir. Madrid*, 15-18 mars 1932) et Fermaud (*Presse Méd.*, 21 novembre 1931, n° 93, 1711) insistent sur les avantages et la sécurité de l'anesthésie à l'éther par voie rectale.

Amiot (*Presse Méd.*, 24 février 1932, n° 16, 300) préconise, pour l'anesthésie générale, les oxydes d'éthyle oxyisopropyle et d'éthyle oxypropyle. Le sommeil est obtenu en six à sept minutes avec l'appareil d'Ombrédanne, on n'observe jamais de mucosités bronchiques ni d'hypersalivation, pas de modifications de la tension artérielle ni de la respiration, pas d'action vasodilatatrice, on obtient un beau sommeil chirurgical facilement gouvernable, ces deux corps sont supérieurs à l'éther.

Rudeanu (*C. R. Soc. Biol.* 1932, CIX, 107) étudie l'action du chlorure d'éthyle sur les chronaxies périphériques et sa relation avec la coordination des mouvements. Comme les autres anesthésiques, le chlorure d'éthyle agit en ramenant à un le rapport des chronaxies des antagonistes. Les variations de ce rapport sont extrêmement rapides, pouvant pas-

ser de un à deux en une ou deux minutes. La coordination des mouvements suit non moins rapidement ces variations ; pour toute coordination, un rapport, en général de un à deux entre les chronaxies des antagonistes, est nécessaire.

Scotti-Foglieni (*C. R. Soc. Biol.* 1931, CVIII, 1201 et 1203) montre que le coefficient de solubilité du chlorure d'éthyle n'est pas modifié par la présence de l'hématoporphyrine, ce pigment n'exerce aucun pouvoir fixateur vis-à-vis de ce corps. Le pH en lui-même joue un rôle très faible vis-à-vis des valeurs du coefficient de solubilité de cet anesthésique dans les solutions aqueuses, la concentration saline, par contre, l'abaisse nettement.

Chauchard et Monod (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 1113) montrent que l'avertine détermine des variations d'excitabilité des filets nerveux centripètes du vague et des neurones centraux auxquels se rendent ces filets. Elle produit les mêmes effets sur les neurones de l'écorce cérébrale. Ces variations se manifestent par une augmentation notable de la constante de temps. En ce qui concerne l'écorce cérébrale, la mesure de la chronaxie permet de suivre pas à pas les phases de la narcose et celles du réveil auxquelles correspond le retour graduel de la chronaxie à sa valeur primitive. La rapidité de ce retour à l'état normal, en particulier quand la substance est introduite par voie veineuse sans adjonction de morphine, en fait un anesthésique d'une utilisation avantageuse dans les opérations préalables aux études quantitatives de l'excitabilité du système nerveux.

Monod (*IXe Congr. Soc. internat. Chir. Madrid*, 15-18 mars 1932), (*J. de Chir.*, 1932, XXXIX, 812 et *Revue méd. fr.* 1932, XIII, 139), ainsi que Desmarest (*IXe Congr. Soc. internat. Chir. Madrid*, 15-18 mars 1932) et Leclerc (*Soc. de Chir. de Lyon*, 29 octobre 1931), préconisent l'anesthésie à l'avertine rectale associée au protoxyde d'azote en inhalation.

Pour Thalheimer (*IXe Congr. Soc. internat. Chir. Madrid*, 15-18 mars 1932 et *La Médecine*, 1931, XII, 769), l'avertine est l'anesthésique de base des craintifs et des anxieux d'abord, des affections pulmonaires, de la chirurgie de la face et du cou, de la chirurgie gastrique. Au contraire, chez les cachectiques, les inanitiés, les déshydratés, les choqués, il ne faut en employer que des doses très minimes en raison de l'hypotension que provoque cet anesthésique. Comme contre-indications techniques, l'auteur signale la chirurgie rectocolique et la chirurgie d'urgence. Richet fils et Joly (*Paris Méd.*, 1931, XXI, 357) ont obtenu de bons effets avec les lavements d'avertine dans les délires alcooliques ou les crises d'épilepsie subintrantes.

Letort (*Thèse Vét. Paris*, 1932) étudie l'anesthésie du chat par le tribromométhanol).

Thalheimer et Fruchaud (*Soc. Chir.*, 1er juin 1932) sont d'avis tous les deux que l'emploi de l'anhydride carbonique est très précieux d'une part pour faciliter et accélérer l'anesthésie à l'éther en particulier pour lutter contre l'apnée initiale fréquente et, d'autre part, pour éviter l'asphyxie, car, en cas d'asphyxie, ce n'est pas de l'oxygène qu'il faut donner, mais du CO^2 qui excite le centre respiratoire.

Gaudier (*Réun. méd. chir. des hôp. de Lille*, 18 janv. 1932 et *Soc. de Chir.*, 4 mai 1932) montre que l'utilisation de l'anhydride carbonique pendant et après les anesthésies générales à l'éther permet d'éviter les complications pulmonaires par action sur le tonus des muscles respiratoires.

Keller (*Strasb. Méd.*, 1931, XCI, 627) étudie l'accouchement sans douleur et Le Lorier et Mayer ((*Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 4 janv. 1932) préconisent les injections ocytociques (hypophyse + ergotine) au début de l'anesthésie dans les opérations césariennes qui permettent d'éviter les hémorragies secondaires.

Anesthésiques locaux

Goris et Chalmeta (*Bull. Sc. Pharm.*, 1932, XXXIX, 6 et 148) préconisent la méthode de Jong pour le dosage des alcaloïdes de la feuille de Coca (ecgonine et benzoylecgonine exceptées) et étudient à l'aide de cette méthode la teneur en alcaloïdes des préparations de coca (teinture, extrait fluide, extrait mou).

Valette (*Bull. Sc. Pharm.*, 1931, XXXVIII, 688) décrit la méthode de dosage de la cocaïne à l'état de silico-tungstate.

Mercier (*Acad. Sc.*, 9 nov. 1931 et 23 mai 1932) montre que l'introduction intrarachidienne de cocaïne chez le chien augmente considérablement l'intensité et la durée des effets hypertenseurs et vasoconstricteurs de l'adrénaline ; la pseudococaïne droite, au contraire, ne modifie pas ou même diminue l'effet hypertenseur de l'adrénaline et ne l'accroît en aucun cas à l'inverse de la cocaïne.

Baudin (*C. R. Soc. Biol.* 1932, CIX, 731 et 1081) constate que l'anesthésie à la tricaïne (par immersion) provoque une forte diminution des échanges respiratoires en abaissant le quotient respiratoire et en diminuant la consommation d'oxygène chez le poisson *Carassius auratus*.

Le Corre (*Thèse méd. Paris*, 1932) préconise la percaïne comme anesthésique régional en chirurgie urinaire, et Roig (*Soc. de méd. de Nancy*, janv. 1932) la panthésine en oto-rhino-laryngologie.

Cavalié (*Gaz. hebd. Sc. méd. de Bordeaux*, 1931, LII, 771) présente un nouvel anesthésique local, le 1322.

Payjon (*Presse Méd.*, 1931, n° 60, 1135) a obtenu avec la percaïne en anesthésie locale des résultats très satisfaisants à tous les points de vue, intensité de l'anesthésie, durée, absence de réactions secondaires, possibilité d'employer de grandes quantités de solution grâce à la faible concentration toujours active.

Terson (*Soc. Ophtalm. de Paris*, 20 fév. 1932), préconise les collyres huileux à la percaïne base pour les petites opérations sur l'œil, ce corps, quoique plus toxique que la cocaïne ou la novocaïne, est dix fois plus anesthésique que la cocaïne.

Leriche et Fontaine (*Presse Méd.*, 1932, n° 15, 280) préconisent les infiltrations périarticulaires à la novocaïne dans les entorses et les arthrites traumatiques. Ces infiltrations suppriment les troubles fonctionnels et quand ceux-ci réapparaissent, ils sont en général moins intenses et moins prononcés qu'avant l'injection et disparaissent définitivement après quatre à six infiltrations.

Signalons des études intéressantes sur la rachianesthésie de Bonneau (*Soc des Chirurgiens de Paris*, 3 juillet 1931 et *J. de Méd. et chir. prat.*, 1931, CII, 809), de Mériel (*Rapport IXe Congr. Soc. internat. Chir. Madrid*, 15-18 mars 1932) et de Belossavitch (*Marseille méd.*, 1932, LXIX, 725).

Le Filiatre (*Bull. Soc. Méd. prat*, 1931, XXXVII, 19 et *XLe Congr. fr. de Chir, Paris*, 5-10 oct. 1931) préconise la pseudococaïne droite (delcaïne) en rachianesthésie.

Leveuf (*Soc. de Chir.*, 13 janvier 1932) emploie l'éphédrine par voie sous-cutanée à la dose de 5 centigrammes, injectée dix minutes avant la rachi, pour combattre l'hypotension de la rachianesthésie ; l'éphédrine élève nettement les tensions maxima et minima et diminue beaucoup la fréquence des vomissements au cours de l'anesthésie.

Vincent et Lefèvre (*J. des Sc. méd. de Lille*, 1932, L, 5) étudie l'anesthésie épidurale chez l'homme, et Cuillé et Chelle (*Soc. de Path. comp.*, 9 févr. 1932) chez l'animal.

Hypnotiques

Leulier et Postic (*Bull. Sc. Pharm.*, 1932, XXXIX, 215) montrent que la nitration et l'amination abaissent le coefficient de partage et font disparaître les propriétés hypnotiques de la méthylphénylmalonylurée et de l'éthylphénylmalonylurée (rutonal et gardénal).

Pagniez, Plichet et Koang (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 264) n'ont pas constaté d'action des malonylurées et des bromures dans l'épilepsie expérimentale de Brown-Sequard.

Barbé (*La Médecine*, 1932, XIII, 105) déconseille l'usage des hypnotiques dans les troubles mentaux s'accompagnant d'insomnie. Ces troubles mentaux ne peuvent qu'être aggravés par les substances toxiques que l'on considère comme des calmants, l'auteur préfère les grands bains tièdes et les lavements froids.

Trelle et Lagache (*Soc. méd. psychol.*, 23 mai 1932) présentent un malade de 30 ans ayant fait trois tentatives de suicide par les barbituriques. Chaque fois, après une pé-

BIBLIOGRAPHIE

Rééducation psychothérapique. Contrôle de l'équilibre mental et nerveux, par le Docteur Pierre PROST. Collection de Parrel des manuels de rééducation. 1 vol. in 8° de 138 pages : 20 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Comme l'indique son sous-titre, ce manuel est basé sur la notion d'un équilibre mental et nerveux dont la rupture explique en grande partie le *mécanisme des psychonévroses.*

Cette conception dynamique amène l'auteur à classer les névropathes en deux grandes catégories principales : d'une part, les agités, les spasmes, les excités ; d'autre part, les déprimés, les fatigués.

A chacun de ces groupes correspondent des moyens propres de *rééducation* : au premier s'appliquent les techniques utilisant la *détente* ; au second, au contraire, celles mettant en jeu l'*attention*, la volonté.

L'auteur s'est attaché (en évitant toute théorie ou bibliographie) à bien identifier chacun des *procédés* de rééducation psychothérapique, à en montrer les *indications* propres, suivant les nombreux cas auxquels ils s'appliquent.

La *technique*, qu'il décrit de façon détaillée et pratique, est bien différente du dédain que beaucoup se contentent d'opposer aux troubles psychiques, névropathiques, croyant ainsi faire œuvre psychothérapique.

Enfin, réfutant les critiques habituellement formulées par ceux qui redoutent ou négligent l'emploi de la psychothérapie, l'auteur souhaite que ce manuel convertisse certains à un emploi plus méthodique de procédés qui constituent une thérapeutique puissante efficace, destinée à compléter les autres modes de cure lorsqu'ils sont insuffisants.

L'éducation et la rééducation fonctionnelles de l'enfant, par le Docteur Henri DIFFRE. 1 vol. in-8° de 170 pages, avec 40 fig. et tableaux dans le texte, 28 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon Paris (6e).

Au nombre des *rééducations* que les circonstances pathologiques obligent à concevoir chez les individus atteints de déficiences, il faut féliciter le Docteur de Parrel d'avoir songé à la rééducation fonctionnelle chez les enfants.

Comme l'explique fort bien le Docteur Diffre, qui a bien voulu se charger de la rédaction de cet ouvrage, la plupart des enfants modernes ont besoin qu'on s'occupe d'eux. Un rapide coup d'œil sur la vie naturelle et sur les obstacles que la civilisation y apporte a vite fait de convaincre le lecteur de la vérité de cette affirmation.

Dès lors, il était important que fût établie cette opposition entre l'équilibre physiologique, preuve rarement rencontrée de l'état de santé, et le déséquilibre physiologique que le médecin a tant d'occasions de constater.

Tout ceci pour arriver à la suite de l'auteur à la partie la plus importante de l'ouvrage qui traite de la récupération fonctionnelle en se plaçant sur le terrain des réalisations pratiques. Excellente occasion de donner un chapitre consacré à la culture physique pratique où se trouvent condensées les conditions de la bonne gymnastique, avec force illustrations à l'appui.

Tous les médecins trouveront dans cet ouvrage un exposé clair et surtout pratique de cette question à l'ordre du jour : l'éducation physique. Ils pourront ainsi donner à leur tour des conseils précis sur ce point, à un moment où tout concourt à exiger de chacun son rendement maximum.

Les fonctions sexuelles mâles et leurs troubles. *Introduction à la clinique de l'impuissance*, par le Docteur Stanislas HIGIER. 1 vol. in-8° de 392 pages, avec figures dans le texte : 50 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'auteur s'est proposé une tâche qui, depuis longtemps, n'a été tentée par personne. Il s'est décidé notamment à réunir l'ensemble de nos connaissances sur la fonction sexuelle et ses troubles pour les envisager au point de vue des courants modernes de la science médicale. Cette « modernisation » s'opère avant tout sur la plate-forme de la *physiologie pathologique contemporaine*, tout en tenant compte du rôle prépondérant du *système nerveux sympathique* dans le règlement des fonctions des organes copulateurs et dans l'apparition des écarts morbides.

Mais l'auteur des *Fonctions sexuelles mâles* ne s'arrête pas là : suivant la trace de HAVELOCK ELLIS et de MOLL, il analyse et subdivise des entités psychologiques telles que l'impulsion sexuelle, l'excitation, le plaisir physique, etc. Il démontre par toute une série d'exemple à quelles aberrations est exposé le développement de telle ou telle de leurs parties et comment ces aberrations se répercutent sur l'évolution de l'acte sexuel. Enfin, il s'occupe des phénomènes endocriniens et constitutionnels en rapport avec cet ensemble et montre leur influence sur la physiologie et la psychologie sexuelles.

Le livre porte le sous-titre « Introduction à la clinique de l'impuissance ». C'est en effet une introduction indispensable, autant aux spécialistes, urologues, neurologues ou psychiatres ayant intimement à s'occuper des maladies et anomalies sexuelles, qu'à tout autre médecin désireux d'accroître ses connaissances en ce domaine, d'une façon plus approfondie et plus rapprochée en même temps des questions de la pratique journalière.

Ce livre, comme le remarque à juste titre le professeur LAIGNEL-LAVASTINE, « a sa place indiquée dans la bibliothèque de la grande majorité des médecins ».


Révulsif Boudin
Liquide à base d'essence de crucifères sans cantharide ni croton
RÉVULSION INSTANTANÉE.
ACTION IMMÉDIATE.
S'APPLIQUE AU PINCEAU.
NE TACHE PAS.
N'ABIME PAS LA PEAU.
RAPIDE
PROPRE
ÉNERGIQUE
LABORATOIRES BOUDIN
9, AVENUE JEAN-JAURÈS
JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)
RÉVULSIF BOUDIN

riode de coma, on observa un syndrome neurologique complexe dont ne subsistait essentiellement au bout de quelques jours qu'une atteinte parcellaire de la 3e paire, avec phénomènes d'hallucinose visuelle, se déroulant de façon presque exclusive au moment du coucher et de l'endormissement. Valeur presque expérimentale de ce cas.

Mussio, Fournier, Austt et Arribeltz (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 13 nov. 1931) rapportent un cas d'intoxication chronique par le véronal caractérisé par un syndrome parkinsonien avec troubles mentaux qui céda rapidement après cessation de l'hypnotique.

Dubar et Masquin (*Soc. Ophtalmol. de Paris*, 17 oct. 1931) signalent un cas d'intoxication non mortelle par 2 gr. 40 de gardénal, à la sortie de l'état comateux existence d'un spasme bilatéral des artères centrales de la rétine qui céda à deux injections d'acétylcholine avec retour à une activité visuelle normale.

Desplas, Launoy et Mlle Chevillon (*Soc. Chir.*, 22 juin 1932) préconisent le sonéryl comme narcotique préparatoire aux anesthésies générales par l'éther. Le sonéryl est donné, par voie buccale, en deux fois, la veille de l'opération au soir, et une heure avant celle-ci. Au moment de procéder à l'anesthie par inhalation d'éther, sur 59 cas, 22 fois les malades étaient endormis et 21 autres étaient somnolents. La quantité nécessaire d'éther est très diminuée, la résolution musculaire est parfaite et le réveil est accéléré.

Keller (*VIIe Congr. de l'Assoc. des Gyn. et des Obst. de langue fr. Bordeaux*, 1er-3 oct. 1931) rapporte 150 observations d'accouchements « sans douleurs » au pernoctone. Anesthésie parfaite dans 85 % des cas, cependant le sommeil est court avec quelquefois une période d'excitation très violente, cette méthode n'est pas sans dangers pour l'enfant.

Fredet (*IXe Congr. Soc. internat Chir. Madrid*, 15-18 mars 1932 et *Soc. Chir.*, 29 juin 1932) préconise le numal intraveineux (allyl-isopropyl-malonylurée) comme anesthésique de fond complété par l'inhalation au moment opportun et pendant de courts instants de petites quantités d'un anesthésique de renfort, le protoxyde d'azote en l'occurence.

Botreau-Roussel et Montagné (*Soc. Path. comp.* 14 juin 1932) et Sabrazès (*Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1932, LIII, 99) préconisent l'anesthésie des animaux de laboratoire par le numal intraveineux, anesthésie parfaite et prolongée et sécurité plus grande quant à la vie de l'animal. Vacher-Collomb (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 981) emploie de son côté le diallylbarbiturate de pyramidon.

Grognot (*Gaz. des Hôp.*, 1931, CIV 1706) rapporte un cas de guérison d'un tétanos généralisé par l'association de la sérothérapie et du somnifène intraveineux.

Alcool

Nicloux (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 14, 17 et 21), étudiant la combustion de l'alcool, montre que cette combustion, chez un petit mammifère (souris) placé au point de neutralité thermique (30°) et pour des quantités d'alcool injecté de l'ordre de 1 mgr. par gramme, est rapide, beaucoup plus rapide que chez le lapin. En deux heures l'alcool a complètement disparu de l'organisme, brûlé dans la proportion de 95 à 96 %. L'alcool est comburé dans l'organisme de la grenouille comme dans celui de la souris, mais à une vitesse beaucoup moindre ; d'autre part l'intensité de la combustion croît rapidement avec la température. Chez le pœcilotherme, dans l'intervalle de température relativement grand, allant de 1 à 29°, dans les limites de combustion très larges passant de 14,7 à 97 % de la quantité injectée, le quotient de température de la réaction biochimique intraorganique dont dépend la combustion de l'alcool a une valeur égale à 2.

Gosselin (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 709 et 712) montre que l'alcool peut diffuser dans l'organisme du poisson jusqu'à une concentration maxima variant de 7,5 à 10 grammes pour 1000, laquelle entraîne la mort du poisson immergé dans la solution alcoolique. A 4 p. 1000 environ apparaissent des signes certains d'intoxication grave. Après un séjour suffisamment prolongé pour qu'un état d'équilibre soit atteint, soit quatre heures environ, le rapport de la quantité d'alcool contenu dans l'organisme du poisson à la quantité d'alcool contenue dans le milieu est d'environ 0.65. L'organisme du poisson alcoolisé plongé dans l'eau pure, constamment renouvelée, est débarrassé de l'alcool qu'il contient en quatre heures environ et cela quelle que soit la quantité d'alcool, petite ou grande, qui était présente à l'origine.

Achard, Mlle Lévy et Wellisch (*C. R. Soc. Biol*, 1931, CVIII, 620) constatent que la teneur en potassium du sérum des chiens qui ont reçu de l'alcool par voie intraveineuse et par voie buccale est inférieure à celle du sérum normal avec une hypercalcémie concomitante. Le taux du sodium dans le sérum ne subit que de faibles variations, légère hyponatrémie cependant. Chez les alcooliques en crises de *delirum tremens*, le taux du potassium plasmatique est diminué tandis que celui des autres cations (Ca, Na) est nettement augmenté.

Benon (*J. de Méd. et de Chir. Prat.* 1931, CII, 657) présente une intéressante étude médico-psychologique et médico-légale des ivresses alcooliques et Nathan (*Presse Méd.*, 1931, n° 57, 1087) rapporte une forme rare de psycho-polynévrite alcoolique.

Fejgin (*Presse Méd.*, 1931, n° 104, 1925) préconise les injections intraveineuses d'alcool à 33 %, de 10 à 20 c.c. tous les jours, dans les suppurations pulmonaires, il a obtenu ainsi de bons résultats dans la gangrène pulmonaire en particulier.

Bulbocapnine

Claude, Baruk et Porak (*Soc. Méd. Psychol.*, 23 nov. 1931) présentent une étude clinique et physiologique au moyen de l'ergographe de Mosso du sommeil cataleptique provoqué par la bulbocapnine.

Bromures

Bréchot (*Progrès Méd.*, 1932, n° 9, 384 et *Soc. Chir.*, 8 juin 1932) pratique une injection intraveineuse de 10 à 12 grammes de NaBr une heure avant l'opération chirurgicale, cette injection est admirablement supportée, le malade accuse seulement une sensation de calme sans même tendance à la somnolence, la dose d'éther nécessaire pour l'anesthésie complète est fortement diminuée, la période d'excitation supprimée, la conscience revient rapidement après la cessation de l'anesthésie, et le malade reste plongé seulement dans un grand calme pendant plusieurs heures. L'action du bromure semble s'exercer presque exclusivement sur les centres médullaires, il suffit seulement d'administrer un peu d'éther pour troubler l'idéation, anesthésie parfaite à tous les points de vue, pour l'auteur.

Sézary, Lefèvre et Horowitz (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 avril 1932) rapportent l'observation d'un nourrisson de 7 mois atteint d'une éruption bulleuse disséminée due à l'ingestion prolongée de bromure de calcium et la reproduction expérimentale d'une bulle chez ce bébé par une cuti-réaction faite avec une solution bromurée.

Louste et Lévy-Franckel (*Soc. franç. Derm. et Syph.*, 10 mars 1932) rapportent également un cas de bromides végétantes chez une fillette atteinte de crises comitiales subintrantes et de mouvements choréiformes qui prenait depuis plusieurs semaines de l'élixir polybromuré.

Strychnine et brucine

Marie (*Ann. Inst. Pasteur*, 1932, XLVIII, 449) poursuit ses intéressantes recherches sur la neutralisation des propriétés toxiques du sulfate de strychnine.

Guibout (*J. Sc. méd. de Lille*, 1931, XLIX, 147) rapporte un cas de délire alcoolique traité avec succès par le sulfate de strychnine à haute dose.

Chambon et Salussola (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 313) montrent que, alors que la strychnine abaisse la chronaxie du nerf sans modifier celle du muscle, la brucine élève celle du muscle sans modifier celle du nerf.

Gelsémium

Castaignet consacre sa thèse (*Thèse méd. Paris*, 1931) à l'étude pharmacologique et thérapeutique du *Gelsemium sempervirens*. Il étudie principalement l'extrait fluide ; ce dernier peut être dosé physiologiquement en prenant comme unité physiologique la dose nécessaire pour provoquer infailliblement par la voie sous-cutanée la mort de 1 kgr. de lapin. La gelsémine à la dose de 0,001 gr. par voie veineuse arrête immédiatement la respiration du chien, à dose plus faible elle ralentit la respiration, détermine une hypotension artérielle durable et une paralysie du système nerveux d'origine centrale. Chez le chien et la grenouille elle provoque une mydriase par paralysie des terminaisons motrices du nerf moteur oculaire commun, et une atrophie du thymus chez le chien. Au point de vue thérapeutique, l'extrait fluide de gelsémium présente des effets sédatifs sur les névralgies et le prurit ; la dose habituelle est de XV à XXX gouttes par jour de Gelsémium Dausse.

Opium et dérivés

Goris et Mlle Fourmont (*Bull. Sc. Pharm.*, 1932, XXXIX, 337) étudient le dosage de la morphine dans l'opium par le procédé à la chaux.

Goris et Chalmeta (*Bull. Sc. Pharm.*, 1931, XXXVIII, 465) montrent que l'extrait d'opium renferme une quantité de narcotine entre 5 et 10 % de ce qu'il en existe dans la poudre ; ces proportions sont sous la dépendance de l'acidité de l'opium et du pH qu'il communique à la macération aqueuse.

Perrot (*Bull. Sc. Pharm.* 1931, XXXVIII, 497) présente quelques aspects de la question internationale de l'opium et des autres stupéfiants.

Rothanel (*Gaz. heb. Soc. méd. de Bordeaux*, 1932, LIII, 117 et 131) signale qu'il y a beaucoup moins de fumeurs d'opium qu'on ne veut le dire, il est faux, *pour lui*, que cette « pernicieuse passion » soit très répandue parmi la population blanche civile et militaire d'Indochine, il n'y aurait pas un blanc qui fume sur cent. La plupart des fumeurs s'en tiennent à des doses moyennes qu'ils n'éprouvent pas le besoin d'augmenter. « Pour l'auteur, l'opium à doses modérées ne laisserait pas de traces indélébiles sur l'organisme comme l'alcool ; l'opium serait beaucoup moins nocif que tous les toxiques connus, alcool en particulier, et peut-être moins que le tabac ; la désintoxication serait facile et une fois obtenue la *restitutio ad integrum* complète ».

Duvoir, Pollet, Desoille et Cachin (*Soc. Méd. lég. de France*, 13 juin 1932) présentent un malade morphinomane pendant 27 ans et s'étant injecté jusqu'à 1 gramme de morphine par jour qui a eu la force de supprimer brusquement sa toxicomanie depuis 1916 et qui en a été radicalement guéri depuis.

Dupouy et Pichard (*Soc. méd. psychol.*, 19 mai 1932) rapportent un nouveau cas de toxicomanie intraveineuse par injection d'une association polytoxique (pantopon-morphine) qui procure à ce sujet des sensations extrêmement violentes, quasi syncopales, qui ont pour lui l'attrait d'une volupté particulière. Cette association a parfois donné lieu à de véritables accès confusionnels d'une durée très courte, ce qui s'explique sans doute par la grande rapidité d'élimination du toxique introduit dans les veines.

Armand-Delille (*Acad. Méd.*, 28 juin 1932), montre que contrairement à l'opinion classique, l'enfant supporte très bien la morphine, particulièrement avant l'opération chirurgicale.

Rosenthal (*Soc. Path. comp.*, 8 mars 1932) montre que le laudanum sous-cutané est un excellent anesthésique chez le lapin.

Marricq et Ho Dac Di (*Soc. Chir. Marseille*, 2 mai 1932) rapportent quelques observations d'anesthésies à l'eucodal : jamais d'anesthésie complète par injection intramusculaire, l'eucodal est cependant intéressant comme anesthésique de base, innocuité complète, suppression de l'angoisse, des palpitations, diminution notable de la dose nécessaire d'éther, réveil assez tardif pour éviter les douleurs post-opératoires immédiates.

Vigneron d'Heucqueville (*Thèse méd. Paris*, 1932) préconise l'emploi par voie buccale des génalcaloïdes (génoscopolamine et génomorphine) dans les grands syndromes d'excitation nerveuse. Bons effets, toxicité faible, pas de toxicomanie.

Mercier (*C. R. Soc. biol.*, 1931, CVIII, 977 et 1932, CIX, 893) et Mercier et Delphaud (*Soc. de Méd. de Marseille*, 15 mai 1932) montrent que la papavérine exerce sur l'appareil cardio-vasculaire des effets qui ne sont pas uniquement d'origine musculaire comme on l'a prétendu. A la dose de 5 mgr. par kgr., par la voie veineuse chez le chien, la papavérine provoque une hypotension primitive suivie rapidement d'une phase de vaso-constriction et d'hypertension. Cette phase hypertensive secondaire est augmentée par l'atropinisation et supprimée par l'injection préalable d'yohimbine et coïncide avec une vaso-constriction rénale.

Cette action hypertensive secondaire est vraisemblablement due pour les auteurs à une décharge d'adrénaline d'origine centrale.

Aconit

Goris (*Bull. Sc. pharm.*, 1931, XXXVIII, 677 et *Acad. Méd.*, 24 nov. 1931) insiste sur la nécessité du dosage physiologique des préparations d'aconit, certains aconits, en effet, renferment des alcaloïdes de toxicité faible, aussi le dosage chimique ne suffit pas pour apprécier leur valeur thérapeutique. L'auteur propose de considérer comme active une teinture d'aconit, lorsque, ayant été ramenée par dilution après dosage chimique au titre de 0 gr. 50 pour 1000 d'alcaloïdes, elle tue en l'espace de six heures un cobaye sain à la dose d'une goutte en injection sous-cutanée par 100 grammes d'animal.

Nunes et Weitz (*Bull. Sc. pharm.*, 1932, XXXIX, 372) étudient l'*Aconitum semigaleatum*, aconit nouveau d'Indochine. Les tubercules âgés de cette plante renferment 5/1000 d'alcaloïdes solubles dans l'éther et les tubercules jeunes un peu plus. La toxicité de ces alcaloïdes est la même que celle de l'aconitine.

Mougeot et Aubertot (*Acad. Méd.*, 5 avril 1922), montrent que les eaux minérales d'Auvergne (Royat et Châtelguyon exercent un pouvoir phylactique puissant vis-à-vis de l'aconitine chez le cobaye.

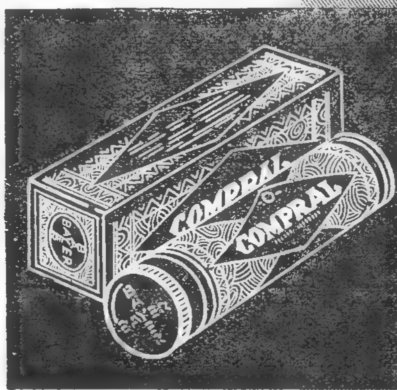
CHRONIQUE

Troubles sympathiques de la grossesse

d'après G. RUGGERI (1)

Déjà signalés dans les livres hippocratiques, les troubles sympathiques de la grossesse ont une longue histoire que RUGGERI résume à grands traits. Il cite l'opinion des auteurs, de l'antiquité à nos jours, sur leur apparition, leur durée, leur fréquence, leur intensité, leur pathogénie : nerveuse, reflexe, toxique, hormonale. Puis commence son travail sur la fréquence, la durée, l'intensité et le rapport de cause à effet des malaises gravidiques avec la parité, l'âge, l'état génital, la profession des gestantes d'une part ; et de l'autre le sexe du fœtus, le développement ovulaire, réservant la « constitution gé-

(1) RUGGERI. — Fenomeni simpatici in gravidanza e loro etiopatogenesi. (Troubles sympathiques dans la gestation et leur étiologie). *Monitore Ostetrico-Ginecologico* Volume IV, fasc. 1, page 85, Bologne janvier 1932. (Travail de la R. Clinica Ostetrico-ginecologica della Univ. di Bolona, traduit et résumé par les soins de H. VIGNES.)



COMPRAL
COMPRAL



PRIMUM NON NOCERE
Aucune contrindication

nérale » de la femme pour un autre travail auquel il est déjà attelé.

De 1924 à 1932, sur 4.068 gestantes la fréquence générale de ces troubles a été de 51,02 %. Dans une série de tableaux, il donne :

1° le pourcentage des cas légers (31,41 %), accentués (14,50 %) et graves (5,11 %) fréquents ;

2° l'intensité qui va en diminuant avec le terme de la gestation ;

3° la fréquence chez des primipares et multipares (52,64 % chez les primipares contre 50,04 chez les multipares, mais chez celles-ci les troubles graves s'observent plus souvent que chez les primipares) ;

4° la présence en plein épanouissement génésique (2 à 5 gestations) des cas signes sympathiques marqués (15,14 %) et graves (6,37 %) qui dépasse celles des primipares (13,35 % et 3,27 %) et aussi des grandes multipares (14,74 % et 5,76 %) ;

Les troubles sympathiques sont plus fréquents de 36 à 40 ans et sont moins fréquents dans les périodes de 21 à 25, 26 à 30, 31 à 35, 41 à 45 ans. En ce qui a trait à l'intensité, les troubles marqués passent par une acmé de 31 à 35 ans et sont moindres de 36 à 40, de 26 à 30, de 21 à 25 et de 41 à 45 ; tandis que les cas graves progressent avec le nombre des années.

L'auteur étudie ensuite, l'influence de la constitution des gestantes divisées, selon la méthode de Sfameni, en hypo, médio et hyper-génitales, et montre que les troubles sont plus fréquents chez les hyper, moindres chez les médio et surtout les hypogénitales.

Les troubles s'observent plus souvent de 21 à 25 ans chez les primipares, de 31 à 35 chez les pluripares, de 36 à 40 chez les multipares et sont plus intenses de 21 à 25 chez les primipares et de 36 à 40 chez les autres.

Dans le groupe des primipares, étant donnée la fréquence des troubles, on note 1° que cette fréquence chez les hypogénitales dépasse celle des médio-génitales et les hypergénitales ; (le petit excédent des hypogénitales est dû à la majorité des cas de troubles légers) ; 2° que, chez les pluri et multipare, les pourcentages maxima de fréquence et d'intensité se rencontre chez les hyper-génitales.

La fréquence et l'intensité sont plus élevées chez les ouvrières et les fermières, c'est-à-dire chez celles où les fœtus sont moins volumineux que chez les femmes à vie bourgeoise.

Les nouveau-nés masculins causent, durant leur vie intra-utérine, des troubles moindres en intensité et en fréquence que ceux du sexe féminin ; mais les rapports de fréquence varient avec la primi, pluri et multiparité.

Pour les fœtus de 2.500 gr., la fréquence des troubles se maintient toujours plus élevée avec la progression du développement pondéral de l'œuf ; les chiffres oscillent et leur maximum se présente chez les gestantes qui accouchent de fœtus de 3 et 4 kilos ; et leur minimum chez celles dont les nouveau nés dépassent ce dernier poids. Le pourcentage des troubles légers est le plus élevé chez les mères de nouveau-nés de 3.250 à 3.500 gr. On observe des troubles plus marqués chez les mères d'enfants de 2.500, 4.000 et au delà ; le maximum des cas graves se voit chez celles qui donnent le jour à des fœtus de 4 kilos.

Ruggeri étudie, ensuite, l'influence du poids, de la longueur moyenne du fœtus, le poids moyen placentaire, l'indice de nutrition, le rapport fœto-annexial sur l'éclosion des troubles sympathiques.

Les conclusions à tirer de ces statistiques sont les suivantes :

1° Le pourcentage des troubles sympathiques est de 51,02 %, leur fréquence diminue des légers, aux moyens, aux graves.

2° Ils sont plus fréquents chez les primipares ; leur intensité s'accroît avec le nombre de grossesses soit progressivement soit par bonds avec maximum chez les quarti et septipares.

4° Ils s'observent même plus chez les femmes de 36 à 40 ans et ils sont plus intenses chez les gestantes de 31 à 40.

5° Leur fréquence totale est plus élevée chez les femmes à fonction génitale exubérante et leur intensité plus grande chez les hypo et les médio génitales.

6° Pour un même âge, le nombre des grossesses accroît leur fréquence et leur intensité : moindres chez les femmes jeunes (au-dessous de 30 ans), ils sont plus fréquents et plus intenses avec l'avance des années.

7° Pour toutes parités, il existe un âge de fréquence maxima qui va de 21 à 25 ans pour les primipares de 36 à 40, pour les multipares ; âges auxquels, ainsi que Sfameni, puis del Vivo et Corinaldesi l'ont nettement démontré, correspond la plus grande activité et efficacité fonctionnelle génitale.

8° Dans les premières grossesses, les troubles sont, en général, plus fréquents chez les hypogénitales, mais plus intenses chez les hyper et médio ; chez les pluri et multipares les maximum de fréquence et d'intensité sont la prérogative des génitales exubérantes.

9° Les chiffres presque égaux chez les sédentaires, les ouvrières et les fermières laissent penser que la condition sociale n'influe ni sur la fréquence, ni sur l'intensité des troubles.

10° Le pourcentage des troubles, en ce qui concerne le sexe des nouveau-nés, indique une fréquence et une intensité plus forte chez les femmes accouchant de filles ; ce fait paraît être en rapport avec le nombre de grossesses, car il s'observe surtout chez les pruri et multipares ; alors que fréquence et intensité sont supérieures chez les primipares qui donnent le jour à des enfants mâles.

11° Le poids du nouveau-né agit sur la fréquence dont le maximum se voit chez les mères de nouveau-nés pesant 3.000 à 4000 gr. ; son pourcentage atteint sa plus haute valeur chez les primipares mères d'enfants de 3.700 à 4000 gr. et chez les multipares pour 3.000 et 4.000 gr. ; celui d'intensité, chez les primipares avec enfants de 3.000 gr. chez les pluri et multi avec fœtus de 3.500 à 4.000 gr.

12° Le développement de l'œuf se comporte différemment dans les divers groupes de parité, selon qu'il y a, ou non, des troubles sympathiques : en leur absence l'indice de nutrition et le rapport fœtus-annexes est plus bas chez les primi que les pluripares ; chez les multipares, par contre le développement ovulaire est plus fort, lorsqu'elles présentent des perturbations gravidiques.

Dans le commentaire qui suit, Ruggeri aborde l'étiologie des symptômes sympathiques, en tenant compte des opinions des auteurs dans les théories toxiques, nerveuses et humorales.

D'une façon générale, l'intoxication par altérations organiques n'est pas admissible, car toutes les gestantes à symptômes sympathiques, ne sont pas atteintes de telles altérations. Des faits variés démontrent que l'intoxication ovulaire n'est guère plus acceptable : grossesses imaginaires, affections gynécologiques où la raison de déchets ovulaires fait défaut. Mais il est d'autres arguments : 1° des troubles semblables aux symptômes sympathiques se voient durant les périodes cataméniales ; 2° la partie de la statistique précédente, consacrée à la pesanteur des fœtus, démontre qu'intensité et fréquence des troubles ne marchent pas toujours de pair avec les poils : plus élevés seraient-ils, plus considérable devrait être l'existence dans le sang maternel des syncytiotoxines ; 3° si ces symptômes étaient causés par des toxines ovulaires, ils devraient être d'autant plus fréquents et plus intenses que le développement ovulaire serait plus fort, ce qui en général est le contraire de ce qui se passe.

Si la théorie nerveuse offre un certain fondement, elle est insuffisante, à elle seule, à expliquer la pathogénie des troubles. Il est inadmissible que plus de la moitié

des gestantes soit des hystériques et qu'une femme soit atteinte de cette névrose au cours d'une ou plusieurs gestations et indemne dans d'autres.

Une autre théorie plus récente, la plus vraisemblable est l'endocrine. Elle est basée sur le fait que la vie végétative est réglée par l'équilibre parfait du système du vague et du sympathique qui assure le fonctionnement normal de tous les organes et est en corrélation étroite et réciproque avec l'appareil endocrinien. L'apparition cyclique des menstrues et la gravidité déclenchent une série de phénomènes qui, comme l'a expliqué SFAMENI, sont en relations étroites avec les glandes hormoniques génitales desquelles partent le stimulus nécessaire à la nidation, au développement de l'œuf et à l'adaptation de l'organisme à ce nouvel état. Les hormones déciduales, placentaires et celles des glandes miométrales et interstitielles s'établissent et, en coopérant avec les hormones ovariennes, avant toute action hypotensive, modifient le système hormonique et partant le système végétatif. Leur sécrétion s'amoindrit petit à petit dans la seconde moitié de la gestation en vue de l'établissement dans les fibres utérines d'un état opposé à celui de la première moitié de la gravidité.

« De la prépondérance des hormones hypotensives dérivera un équilibre physiologique spécial du système végétatif où prédominera un des deux systèmes ». Existe-t-il une prépondérance du système parasympathique ? admise par BALLERINI, CLAUSER, LUNEDEI et MARTINES, elle est niée par MOLLER, KEHRER, REVOLTELLA qui opine pour une dissociation vago-sympathique (vomissement, ptyalisme causés par hypertonie vaginale ; atonie intestinale troubles sécrétoires gastriques par hypertonie du sympathique). Cette opinion concorde avec les affirmations de VIOLA, MARTINET, CASTELLINO et PENDE qui dénient une différence entre le vago et le sympathicotonisme et expliquent les symptômes par la prédominance de l'un des deux systèmes, avec association corrélative partielle ou réduite de l'autre. MARTINES et DE LAURETIS se rangent à ces conclusions ainsi que l'auteur : « durant l'état gravide, il s'établit un hypertonus du sympathique et du vague ; ce dernier plus puissant et plus général prévaut sur le premier moins intense et plus circonscrit.

La femme fécondée doit fournir à tous les besoins du fœtus et accumuler de l'énergie en vue de l'accouchement et de l'allaitement. Il doit, donc, surgir des actions « capables de modifier le métabolisme cellulaire pour assurer, sans dommage, la dépense immédiate et l'emmagasinage du matériel énergétique ». « Il est nécessaire pour cela que, dans l'organisme maternel, les processus anaboliques prévalent sur les cataboliques et que d'une façon particulière soit excitée cette partie du protoplasma cellulaire qui inhibe le métabolisme, la dépense d'énergie. Pour qu'il en soit ainsi il est clair qu'un équilibre neuro-hormonique est utile et indispensable, équilibre qui consiste en une prédominance nette, au moins dans la première moitié de la gestation, des hormones hypotensives, de celles qui, selon PENDE, pour être excito-anaboliques, agissant sur le système végétatif, produisent un état de vagotonie et se montrent antagonistes des hypertensives, lesquelles ont une action particulière sur le système sympathique ou excito-catabolique ».

De cet exposé, l'interprétation des symptômes sympathiques est facile. « Sont étroitement liés au fonctionnement neuro-hormonique tous les faits gravidiques en général, qui, comme les troubles sympathiques, loin d'être des manifestations toxiques, sont l'expression d'une prédominance fonctionnelle plus ou moins active du système parasympathique, lequel, à son tour, est en étroite relation avec l'impulsion hormonique qui de la sphère génitale, en très grande partie, se réfléchit sur tout l'organisme. D'où le corollaire : plus intense l'impulsion hormonique génitale, plus marquée sera l'hypertonie vaguale et plus grande l'intensité des phénomènes sympathiques. Cette intensité apparaît très évidente dans les premières périodes de la grossesse, alors que prédomine le tonus vagual du système neuro-végétatif. Et en effet les diverses manifestations inhérentes aux phénomènes dits sympathiques sont principalement à rapporter à cette prédominance. Prédominance qui doit s'entendre dans le sens relatif et non absolu, puisque, s'il en était ainsi, nous n'arriverions pas à expliquer certaines manifestations morbides, qu'il faut attribuer à un tonus sympathique exalté. Les deux parties du système neuro-végétatif sont exaltées dans la gestation, mais celle qui l'est le plus est la vaguale. Dans la seconde moitié de la grossesse, lorsque s'atténue la surexcitation du système neuro-végétatif, pour se muer en stimulus hormonique, les phénomènes sympathiques régressent jusqu'à disparition presque complète ».

Les données statistiques de l'auteur confirment son affirmation : « l'intensité de ces troubles est d'autant plus forte que la gestante, soit du fait de son âge ou de ses précédentes gestations, se trouve plus près de la véritable vie génitale ; ce qui se vérifie surtout chez les génitales exubérantes ».

« L'absence de phénomènes sympathiques, même dans un nombre élevé de cas, n'infirme pas l'existence d'un déséquilibre neuro-hormonique particulier à l'état gravidique. Ces troubles, en effet, ne représentent pas la cause du déséquilibre, mais en sont l'effet ; il est logique, alors, d'admettre qu'ils peuvent faire défaut quand l'hypertonie vaguale est insuffisante, tel leur moment causal efficient, c'est-à-dire est contre-balancé au moins dans les organes où ces troubles prennent leur origine, par hypertonie du sympathique. Nous avons vu que le maximum d'intensité des phénomènes sympathiques gravidiques est le propre des femmes à fonction génitale parfaite, il est donc logique de penser, en vertu des contraires, que le minimum d'intensité ou l'absence des troubles, doit se rencontrer plus fréquemment chez les femmes de pouvoir génital moyen, c'est-à-dire diminué ». Ainsi que l'indique la statistique pour les médio et hypogénitales. La diminution fonctionnelle génitale a pour conséquence une impulsion hormonique modique, une hypertonie vaguale peu intense, un déséquilibre neuro-hormonique moins fort.

« D'autre part nous avons admis que chez la gestante, au moins dans la première moitié de la gestation, aux côtés d'une hypertonie vaguale, plus intense et générale, coexiste une hypertonie sympathique plus limitée en intensité et étendue. Il ne nous semble pas tout à fait absurde de penser, à cause de cela, qu'à une hypertonie vaguale générale, puisse s'associer une hypertonie du sympathique de la part de l'estomac et des glandes salivaires, et que fassent défaut les vomissements et le pytialisme lesquels sont les plus fréquents et les plus typiques des symptômes sympathiques.

« Que cela puisse advenir, nous l'admettons aussi en raison de deux considérations, l'une générale, l'autre inhérente à la grossesse. C'est un principe général biologique que tout organisme, par la manière dont se comporte le système végétatif, possède un équilibre particulier, qui constitue la base anatomique et fonctionnelle de sa constitution et qui, au milieu de si nombreuses fonctions, détermine le mode spécial de réaction de l'organisme même, ou de l'un de ses appareils ou bien organes, en réponse aux différents stimuli.

« Quand une femme de constitution sympathico-tonique devient enceinte les incidents vers lesquels elle va seront divers, si les impulsions sont fournies par l'appareil génital. Si elle a atteint la véritable époque de son activité génitale et mieux encore si elle est hypergénitale, l'hypertonie vaguale pourra prévaloir encore, du fait de l'estomac et des glandes salivaires donnant lieu à vomissement et ptyalisme, de différente intensité, selon le degré de prédominance du dit système, c'est-à-dire contre-balancer au moins par les organes indiqués, l'hypertonie sympathique. Si la femme possède un fonctionnement

P. L. M.

Pour voir la Côte d'Azur sous ses différents aspects, il faut parcourir, dans les autocars P. L. M. la magnifique route du littoral, qui passe par toutes les plages entre Marseille et Nice.

Prix : 85 francs pour le parcours simple dans l'un ou l'autre sens et 150 francs pour l'aller et retour.

On délivre tous billets ou coupons d'autocar dans les grandes gares du P. L. M. ou dans ses bureaux de Ville.

utéro-ovarien normal ou diminué, l'hypertonie vaguale ne pourra pas nécessairement prévaloir dans tous les organes, c'est-à-dire tous les organes, dont la fonction ne peut participer directement à la gestation, resteront sous une plus forte prédominance du sympathique.

« Cette dernière considération générale s'intègre à une autre particulière et inhérente à la gestation même. Nous retenons en effet que la prédominance de l'hypertonie sympathique pour l'estomac et pour les glandes salivaires ne représentent pas un fait nocif à la gravidité, autant qu'une hypertonie vaguale à charge de ces organes, capable de faire surgir les troubles caractéristiques aux fins gravidiques.

« Cette affirmation ne contredit pas tout à fait l'assertion (précédemment formulée) que les symptômes sympathiques sont l'expression d'un parfait acheminement neurovégétatif profitable à la gestation : les symptômes sympathiques sont à notre façon de voir l'expression claire d'une impulsion particulière et plus intense que la nature fait sourdre dans l'organisme gravide pour que la perpétuation de l'espèce soit mieux assurée.

« Nous avons nié l'existence des toxiques ovulaires et, partant, toute relation étiologique entre eux et les symptômes sympathiques ; pour les mêmes raisons nous nions que ces prétendus toxiques puissent être la cause première des complications pathologiques particulières de l'état gravide.

« Nous affirmons maintenant que l'hyperémesie et la sialorrhée grave des gestations sont considérées par nous chacune comme une exagération des troubles gravidiques communs et nous considérons que les deux formes sont à rattacher à un spécial déséquilibre neuro-hormonique accusé, avec prédominance nette du système parasympathique. C'est dans un autre travail que nous nous proposons de solutionner ce problème. »

***

Résumé. — De l'ensemble des données statistiques et cliniques (fréquence, durée, intensité des troubles sympathiques en rapport à l'âge, parité, état génital, condition sociale de la gestante, sexe du fœtus et développement ovulaire) prouvant l'existence d'une relation directe entre l'influence de l'activité fonctionnelle utéro-ovarienne et la fréquence et l'intensité des symptômes sympathiques, l'auteur nie que ces troubles soient dus à la présence dans la circulation maternelle de toxines d'origine ovulaire.

Il affirme au contraire qu'ils sont l'expression d'un déséquilibre neuro-hormonique, spécial à l'état gravide et lié étroitement par son intensité à l'influence de l'appareil génital féminin.

Le déséquilibre neuro-hormonique serait déterminé par la plus ou moins copieuse émission dans la circulation d'incrétions à action hypotensive et se résoudrait dans une plus ou moins nette prédominance du système para-sympathique, étendue à tous les organes ou contrebalancée dans certains d'eux par une hypertonie antagoniste, et il représente, en tout cas, la cause efficiente des symptômes sympathiques.

Ces modifications neuro-hormoniques ont pour but utile la marche régulière de la gestation pour la conservation de l'espèce (SFAMENI).

« Mme de Genlis avait découvert pour la scoliose un traitement qui n'est point si bête. Elle avait remarqué que les filles de ferme tirant de l'eau d'un puits depuis leur enfance n'étaient jamais difformes. Aussi avait-elle pensé qu'on pouvait faire monter de l'eau par les candidats à la scoliose afin de fortifier les muscles de leur dos. Tronchin, médecin du roi, perfectionna même le procédé en proposant, pour avoir une gamme de poids de plus en plus lourds, d'ajouter des plaques de plomb dans le fond du seau. » (Dr Carle RŒDERER. De l'esprit chez les bossus et d'autres vertus accessoires. *Journal médical français*, juin 1932.)

NOTES CLINIQUES

La légende de la « rougeole rentrée »

par le Dr VINCENT

Les préjugés populaires, en matière de médecine, deviennent particulièrement dangereux lorsqu'ils s'opposent à l'application de thérapeutiques efficaces.

C'est le cas de l'absurde légende de la « rougeole rentrée » qui demeure un gros obstacle à la mise en œuvre, dans certaines familles, de méthodes éprouvées.

Il n'est donc pas inutile de s'attaquer une fois de plus à cette notion fausse, d'autant qu'une série de faits cliniques, bien établis, éclairent la question.

Le tableau clinique légendaire de la « rougeole rentrée »

Qu'est-ce donc que les familles, et même encore, hélas ! certains médecins, entendent par les termes de « rougeole rentrée » ? C'est tout simplement une *interprétation* erronée de certains aspects cliniques de l'infection morbilleuse.

Un enfant, après une incubation ordinaire, présente le catarrhe oculo-naso-pharyngo-pulmonaire bien connu de la période d'invasion d'une rougeole. Le quatorzième jour après le contage, invasion l'éruption débute derrière les oreilles et à la face. Mais l'exanthème « sort mal », ou bien il tourne court et s'efface rapidement, tandis que le catarrhe pulmonaire persiste, ainsi que la fièvre. Et voici que les complications apparaissent, du côté des poumons, de l'oreille moyenne, des sinus, etc. De là à penser, selon le sophisme : « Post hoc, ergo propter hoc », que les complications surgissent *parce que* l'éruption est rentrée, il n'y a qu'un pas, d'ailleurs vite franchi par l'entourage. Ainsi se forge le concept clinique de « rougeole rentrée », *dominé par l'idée d'un sombre pronostic.*

Quoi qu'il en soit, une pareille interprétation des faits conduit à une singulière abstention thérapeutique. On n'ose pas traiter le rougeoleux dans la crainte de faire rentrer l'éruption, avec toutes les graves conséquences qui découleraient de cette éventualité ! Les antiseptiques respiratoires, les vaccins, les antithermiques, les bains mêmes sont parcimonieusement employés. Et puis, pour les frères et sœurs du jeune malade, comme le sixième jour à dater du contage est dépassé et qu'on ne peut plus compter sur la séro-prophylaxie, on hésite à injecter du sérum de convalescent. Songez donc ! Celui-ci pourrait entraver l'exanthème, et si, malgré tout, des contagions broncho-pneumoniques se produisaient, ce serait par la faute de l'éruption rentrée ! Et l'on craint alors les reproches de la famille.

Or, cette abstention thérapeutique est lamentable, car, on ne saurait trop le répéter, la rougeole est une maladie grave. Les statistiques de Léon Bernard, de Robert Debré et Joannon, d'Ichock, qui ne portent pas sur des rougeoles d'hôpital, mais sur l'ensemble de la population, le montrent éloquemment.

Il importe donc, pour reprendre la question à sa base clinique, de rappeler ici rapidement les modalités de l'exanthème dans les rougeoles graves et de leur opposer les rougeoles bénignes à exanthème spontanément ou thérapeutiquement « rentré ».

L'exanthème des rougeoles graves

Trois catégories de faits doivent être successivement envisagées :

1° *Les rougeoles graves avec gros exanthème.*

Loin d'être une règle, l'atténuation de l'éruption est une

exception dans les rougeoles *graves au stade d'exanthème.* Il convient de préciser « graves au stade d'exanthème », car, on le verra plus loin, bien des rougeoles dites « rentrées » sont simplement des rougeoles qui tuent avant le stade d'exanthème.

Graves sont les rougeoles confluentes et papuleuses. Plus grave encore est la rougeole hémorragique, purpurique, l'ancienne rougeole noire. Graves aussi sont les rougeoles à exanthème prolongé, avec hyperthermie de longue durée et accidents nerveux.

Ainsi, contrairement au préjugé populaire, les rougeoles les mieux « sorties » appartiennent aux formes graves.

L'inverse n'est cependant pas exact, car il est des rougeoles où l'état général demeure excellent malgré un fort exanthème. C'est le cas de bien des rougeoles traitées correctement et hors de l'hôpital.

2° *Les rougeoles où la mort survient avant la période d'exanthème.*

Ce deuxième groupe de faits cliniques absorbe la majorité des catastrophes faussement attribuées à l'insuffisance de l'éruption.

Ces accidents rapidement mortels relèvent, les uns de la malignité du germe, les autres de l'affaiblissement du terrain.

Dans le premier cas, la brutalité de l'agression pulmonaire sidère le jeune malade dès la période d'invasion : c'est le catarrhe suffocant, qui emporte l'enfant en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Le dénouement fatal survient précisément dans les heures où l'exanthème commence à se dessiner. On comprend donc que dans ces cas l'évolution foudroyante de l'infection morbilleuse n'atteint pas la phase exanthémateuse : c'est manquer de bon sens que de parler ici de rougeole rentrée. On n'y manque pourtant point, à l'ordinaire.

D'autres fois, le terrain sur lequel évolue la rougeole est si faible qu'il s'effondre avant même la période d'état. On connaît bien ces rougeoles des convalescents, des débilités, des cachectiques où le malade ne fait pas les frais de son éruption. Il saute aux yeux que dans ces cas c'est l'état général du malade qui conditionne l'allure de l'exanthème et non point l'inverse, comme le voudrait la théorie de la rougeole rentrée.

3° *Les rougeoles anormales avec invasion prolongée.*

Dans un dernier groupe de faits enfin, dont Blechmann a rapporté récemment plusieurs exemples, l'intervalle compris entre le contage et la date d'apparition de l'exanthème est anormalement prolongé. On conçoit que, lorsque des complications graves surviennent au cours de cette longue période d'invasion, leur acmé coïncide avec une éruption très retardée. Ici encore, comme on serait tenté d'établir une relation de cause à effet entre l'insuffisance ou le retard de l'exanthème d'une part, et, d'autre part, la gravité des signes cliniques, et de prononcer le mot de « rougeole rentrée » !

Les rougeoles bénignes spontanément « rentrées »

A l'opposé du préjugé populaire, il est d'innombrables rougeoles bénignes où l'exanthème « rentre » rapidement de lui-même.

Elles sont monnaie courante au début et à la fin des épidémies, à telle enseigne que Woringer et Godlewski ont proposé divers procédés pour extérioriser en quelque sorte cet exanthème aussi minime que fugace.

Et que dire de ces rougeoles ultra-bénignes sans aucun exanthème, authentifiées par la notion de contagion, et qui se réduisent à de la fièvre, du catarrhe et des taches de Koplik ? Ces formes de l'infection morbilleuses sont si frustes qu'il faut parfois se donner beaucoup de mal pour les dépister dans des agglomérations où leur repérage est utile au point de vue prophylactique.

C'est également une rougeole bénigne à exanthème spontanément rentré qu'on observe chez le nourrisson de moins de six mois insuffisamment protégé par l'immunité maternelle.

Quant aux *rougeoles abortives,* sur lesquelles sont récemment revenus Robert Broca et Georges Heuyer, elles constituent le type achevé des rougeoles rentrées, et cependant combien bénignes. Voici, par exemple, l'observation de Robert Broca :

« L'enfant, âgé de neuf ans, commençait une rougeole en apparence tout à fait banale. Les symptômes étaient caractéristiques et normaux. Le signe de Koplik était présent, la température s'élevait progressivement, l'éruption faisait son apparition aux mastoïdes et à la face. Cependant notre attention était attirée sur ce que les catarrhes étaient à peu près absents : très peu de toux, pas d'éternuement ni de larmoiement.

« Le lendemain, je revis l'enfant à la fin de la matinée, et je fus surpris de constater qu'il avait 37°2 et que sa maladie avait tourné court. L'éruption restait très discrète : quelques taches seulement parsemaient la face, le corps et les membres supérieurs. Il n'y avait pas de catarrhe, pas de malaise, pas de fièvre. Le malade, très peu abattu, demandait à manger. Et deux jours après le commencement de l'éruption, je trouvai l'enfant debout ».

Il serait facile de multiplier les exemples de ces rougeoles bénignes, à exanthème fruste, *morbilli sine morbillis,* connues de Sydenham, Trousseau, Blache, Rilliet et Barthez. Dans leur livre récent R. Debré et P. Joannon leur consacrent tout un chapitre.

Les rougeoles bénignes thérapeutiquement « rentrées »

En fait, le coup décisif au préjugé de la rougeole rentrée a été porté par les travaux poursuivis de tous côtés sur la séro-atténuation de la rougeole.

On sait, depuis les recherches de Nicolle et Conseil, qu'en injectant du sérum de convalescent entre le premier et le sixième jour à dater du contage, on réussit à empêcher l'éclosion. C'est la séro-prophylaxie ou séro-prévention.

En 1923, Debré et Ravina ont montré qu'outre la prévention absolue de la maladie, on pouvait atténuer ses manifestations en injectant le sérum de convalescent entre le sixième et le neuvième jour. C'est la séro-atténuation de la rougeole.

Or ces rougeoles « séro-atténuées » évoluent sans signes généraux graves et sans complications, quel que soit, par ailleurs, l'aspect de l'exanthème. Dans de nombreux cas, même, celui-ci sort mal et tourne court et, cependant, ces rougeoles « thérapeutiquement rentrées » sont exceptionnellement bénignes.

Déductions pratiques

L'ensemble des faits cliniques ci-dessus rapportés permet donc d'affirmer, avec l'unanimité des pédiâtres modernes, qu'il n'y a aucun rapport entre les modalités de l'exanthème et la gravité de la rougeole.

A fortiori, la fugacité et la modestie de l'éruption n'ont-elles rien d'alarmant. Il faut donc extirper des familles ce préjugé curieux de la rougeole rentrée, et mettre en œuvre, sans hésitation aucune, les méthodes thérapeutiques qui entraînent, dans certains cas seulement d'ailleurs, l'atténuation de l'éruption.

« Aucun de nos enfants, écrit Robert Debré, atteints de rougeole modifiée, n'a présenté, jusqu'à présent, la moindre complication, la moindre menace d'otite ou de broncho-pneumonie. Un point particulièrement intéressant est le suivant : nous avons pu vérifier qu'au cours de cette rougeole modifiée la cuti-réaction tuberculinique restait positive tout en se montrant légèrement atténuée durant l'évolution de la maladie. Il n'y a donc point, au cours de cette infection morbilleuse artificiellement modifiée, production de cette anergie morbilleuse vis-à-vis de la tuberculose, dont les conséquences sont si redoutables ».

La légende de la « rougeole rentrée », erronée dans ses bases cliniques, et responsable de coupables abstentions thérapeutiques, mérite donc d'être sévèrement combattue. C'est dans cette lutte contre un regrettable préjugé que s'affirme, une fois de plus, la précieuse action sociale du médecin de famille.

BIBLIOGRAPHIE

R. Debré et P. Joannon. — La rougeole (Epidémiologie, immunologie, prophylaxie). (Masson, 1926.)

G. Blechmann. — Rougeoles anormales avec invasion prolongée. (Soc. Pédiatrie, 1931.)

Schreiber. — Un nouveau cas de rougeole sans exanthème (Soc. Pédiatrie, juin 1925.)

Zadoc Kahn et Dalsace. — Un cas de rougeole atténuée par l'injection préventive de sérum de convalescent (*Revue Médicale française*, oct., nov. 1923.)

Robert Broca. — Rougeole abortive (Soc. Pédiatrie, avril 1931.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Tuberculose

Le mode de guérison des lésions tuberculeuses du poumon a une portée encore plus thérapeutique que spéculative, comme Jacques Stephani vient de l'établir clairement dans une leçon faite à la Clinique médicale de Genève ; les extraits suivants en montreront tout l'intérêt.

Les formes cliniques et anatomiques de la tuberculose pulmonaire ne sont jamais autre chose que l'expression de la réussite plus ou moins complète des tendances naturelles à la guérison, puisqu'elles dérivent et résultent de la lutte incessante des deux tendances, destructive et constructive.

On rencontre constamment deux processus de guérison naturelle, la sclérose d'un côté et la résolution de l'autre. La sclérose donne les formes mixtes d'équilibre, où les barrages fibreux sont devenus assez forts pour isoler les lésions et les stabiliser. La résolution, même dans les meilleurs cas, n'est jamais complète ; le parenchyme pulmonaire, qui a subi une infiltration tuberculeuse, en conserve la trace sous différentes formes : tramite diffuse, cicatrices pleurales, nodules calcifiés.

Dans les formes condensantes la lobite constitue, presque dès le début, une lésion scléro-kystique, c'est-à-dire d'une condensation fibro-caséeuse percée de petites cavernes, qui guérit un peu par résolution et beaucoup par sclérose ; l'infiltrat précoce guérit en passant par le stade de caverne ou non.

Les formes nodulaires ne guérissent presque jamais par résolution, mais presque constamment pas sclérose et calcification.

Les formes diffuses guérissent constamment par sclérose.

La localisation imprime d'emblée à la lésion un caractère de bénignité on de malignité, dont il faut tenir grand compte dans l'établissement du pronostic.

Les lésions satellites (épi- ou para-tuberculose des Allemands) comprennent la congestion périfocale, l'œdème périfocal, la télectasie et la bronchite ; ces lésions banales pèsent lourdement dans la balance au moment où le foyer purement tuberculeux tend à la guérison et elles sont d'autant plus réfractaires qu'elles sont plus anciennes.

La plèvre possède un véritable rôle sclérogène.

(J. Stephani. Comment guérissent les lésions tuberculeuses du poumon. *Montana Médical*, avril-mai-juin 1932.)

Psychiatrie

Une observation de fugue dans l'armée concerne un sujet de constitution psychique débile ; chez lui prédominent les facteurs d'émotivité et de suggestibilité (tempérament hystéroïde) et l'absence de volonté. La fragilité du tonus affectif donne des idées de suicide. On peut penser à un équivalent épileptique ou à un épisode de démence précoce. Vraisemblablement il s'agit d'une constitution schizoïde et l'on peut craindre que la fugue ne soit que la première manifestation d'une démence précoce en incubation ; il faut s'en remettre au temps pour confirmer le diagnostic.

(Antonio Campana, médecin capitaine. A proposito di fughe immotivate nell' ambiente militare. *Giornale di medicina militare*, avril 1932.)

Vingt-quatre épisodes d'hallucinations auditives ont été étudiés chez quatre enfants, non atteints de psychoses.

Deux enfants montraient des symptômes précoces de réaction schizophrénique, bien que l'évidence n'en fut pas concluante au moment de la publication de cette étude. Les deux autres, mal adaptés, ne présentaient rien qui fit penser à la schizophrénie ou à une psychose quelconque. Les quatre enfants avaient une intelligence au-dessous de la moyenne.

Les hallucinations semblent avoir été en rapport avec la défense, l'augmentation de l'auto-estime, la satisfaction de désirs instinctifs, la répression d'instincts désagréables, l'auto-expiation.

Il est probable que certains de ces mécanismes sont surestimés et constituent seulement un anneau de la chaîne qui aboutit à l'allucination.

(Max Levin. Auditory hallucinations in « non-psychotic » children. *American journal of psychiatry*, mai 1932.)

Laboratoire

La réaction de sédimentation se fait, en Suisse, suivant deux techniques : celle de Westergreen avec une colonne sanguine de 200 mm. de hauteur et de 2 mm. de diamètre et celle de Rothpletz avec une colonne sanguine de 100 mm. de hauteur et de 8 mm. de diamètre.

Les résultats obtenus diffèrent beaucoup et ne sont pas comparables.

En dehors de la question de l'anticoagulant, qui modifie la vitesse de précipitation, il y a une cause de variabilité qui dépend du nombre de globules rouges par centimètre cube. Plus faible est la « concentration de suspension » et plus rapide est la sédimentation.

(Meier. Zur Tecknik und Beurteilung der Blutkörperchensenkungsreaktion in der Praxis. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 30 janvier 1932).

Thérapeutique

Le traitement de la bronchite par la méthode de Bier (injections d'éther) a été étudié par Strehl sous l'impulsion de Viedenz à la clinique de Brandebourg. Plus de 150 observations ont été recueillies.

Les résultats sont extraordinaires dans les bronchites catarrhales et grippales ; une seule injection produit une diminution de la toux et un abaissement de la fièvre. Les bronchites chroniques sont également très améliorées, au cours des poussées aiguës ; il y eut à signaler un seul insuccès dans un cas d'emphysème. Par contre l'éther est sans efficacité dans les bronchites de l'hyposystolie et de la broncho-pneumonie ; il échoue également dans la grippe sans bronchite.

Les ampoules Merck renferment 0,5 c. c. d'éther, 0,5 c. c. d'huile d'olive et une petite quantité d'anesthésique. Les injections se font profondément dans la fesse, une par jour, pendant deux jours de suite. Vingt-quatre cas nécessitèrent trois injections ; dans cinq cas il fallut aller jusqu'à quatre.

(Strehl. Bronchitisbehandlung mit Æther nach Bier. *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 12 février 1932.)

Le traitement par l'antimoine en injection donne les meilleurs résultats dans la poradénite inguinale.

40 malades ont été traités, 23 par l'antimosan et 17 par la fuadine ; l'antimosan est douloureux par la voie intramusculaire tandis que la fuadine est parfaitement tolérée.

On pratique une injection par jour pendant trois jours (1,5 c. c., 3,5 c. c., 5 c. c.), puis une injection de 5 c. c. tous les deux jours jusqu'à la dose maxima de 70 à 75 c. c. en quinze injections. La dose thérapeutique totale dépend essentiellement de l'idiosyncrasie individuelle.

Le nombre d'injections pratiquées a varié suivant les cas ; voici les chiffres correspondant à la guérison : trois injections, 5 % des malades ; quatre injections, 7,5 % ; cinq injections, 2,5 % ; ces pourcentages de 2,5 à 7,5 % se retrouvent jusqu'au chiffre de treize injections ; ils s'élèvent à 15 pour quatorze injections et à 17,5 pour quinze injections.

(Alfonso Tenorio Nieto. La enfermedad de Nicolas y Favre y su tratamiento por los Compuestos organicos de antimonio. *Revista medica de Columbia*, février 1932.)

L'action pharmaceutique des sels d'or a été systématiquement étudiée à Palerme par Orestano avec les résultats suivants :

Or colloïdal, complètement inactif. Sulfure d'or colloïdal, peu actif. Chlorure d'or : activité intense et immédiate. Hyposulfite d'or et de sodium : inactivité immédiate, activité tardive.

Les résultats négatifs de l'expérimentation pharmacologique étaient faciles à prévoir ; les métaux à l'état de cathion ont une action désinfectante et non une action chimiothérapique.

Au point de vue clinique il semble difficile d'admettre quelque chose de plus qu'une stimulation de l'organisme, que l'augmentation de ses moyens de défense, qu'une augmentation des phénomènes de destruction des toxines.

(Meneghetti Edigio. Azione farmacologica dell'oro nei suoi diversi composti. *Lotta contro la tuberculosi*, mai 1932.)

Le vaccin antirhumatismal de Paul (de Vienne), appelé cutivaccin, renferme quatre éléments différents :

1° La tuberculomucine Weleminsky qui est un produit du métabolisme albumineux de bacilles tuberculeux de faible toxicité.

2° L'extrait saprophytique Guenther, composé de bactéries autolysées du groupe des saprophytes.

3° Un vaccin-toxine mitigé de Paul, consistant en un extrait de matière brute de vaccin contre la variole dilué avec la glycérine phéniquée.

4° De la vieille tuberculine de Koch.

Ce vaccin s'emploie en scarifications cutanées espacées de deux à six semaines.

Le vaccin Paul a eu une action analgésiante rapide dans cinq cas de tuberculose larvée de la colonne vertébrale.

(Th. Stephani. Sur quelques formes de la tuberculose larvée de la colonne vertébrale. *Montana Médical*, avril-mai-juin 1932.)

L'actinologie a exploré l'ultra-violet solaire, l'ultra-violet des arcs et du mercure ; le rayonnement solaire est long, celui du mercure est court. D'autres points ont retenu l'action des chercheurs, par exemple la lumière de Wood, qui est de l'ordre de 3.600 angstroms (dix-millionième de millimètre) ; les difficultés techniques n'ont guère permis d'utiliser les rayons de Schuman, Lyman et Millikan ; mais, avec Bucky, il a été réalisé des applications de un à deux angstroms, surtout utilisés en dermatologie.

De l'autre côté du spectre, avec les infra-rouges de l'ordre du micron (millième de millimètre), avec la diathermie, on s'est progressivement rattaché à la haute fréquence. Les ondes de très haute fréquence, variété de la d'Arsonvalisation, entrent maintenant dans un large domaine d'application, analogue à la diathermie et qu'on pourrait appeler l'infra-diathermie ; leur rôle apparaît déjà dans la paralysie infantile, le rhumatisme, la débilité. La production de la fièvre artificielle a retenu l'attention des auteurs américains.

La physique des radiations se présente aujourd'hui comme un ensemble uniforme, où seule la vitesse des particules différencie la T. S. F. d'une application de radium.

(Ledent, de Liége. L'actinologie. *Annales de médecine physique et de physio-biologie*, 1932, fasc. 5.)

La lactothérapie dans les états d'agitation a été appliquée dans 90 cas.

On utilise du lait frais, stérilisé par ébullition, à des doses variant de 5 à 30 c.c., par voie sous-cutanée. On pratique une injection tous les jours ou tous les deux jours, en arrivant à une dose totale de 100 à 120 c.c. pour une période de une à trois semaines. La réaction se traduit par de l'hyperthermie, qui se manifeste de quatre à six heures après.

L'agitation disparaît en quelques heures, au maximum en vingt-quatre heures. Les manifestations motrices se modèrent ; le ton de la voix s'abaisse ; les gestes sont plus lents et moins fréquents ; le visage devient calme. A mesure que la température s'élève l'agitation diminue.

Des résultats favorables ont été observés dans quelques cas, où la psychose est entrée en rémission franche : confusion mentale, anxiété, idées hypocondriaques et de persécution. Dans d'autres cas les résultats sont médiocres ou même nuls.

Cette thérapeutique rapide, économique et facile à appliquer, est indiquée dans la clientèle privée pour son innocuité et son efficacité.

(Ramon B. Silva et Hector M. Pinero. Lactoterapia en los estados de agitacion. *Medecina Argentina*, février 1932.)

J. LAFONT.

Dans les cas d'obésité associée à l'aménorrhée. — SCHITTENHELM et EISLER administre pendant trois jours, *per os*, trois milligr., de thyroxine ; puis, on supprime la thyroxine et, toujours *per os*, il prescrit de 80 à 300 unités de prolan par jour. Par contre, l'emploi du prolan est dangereux chez une obèse avec menstruation normale (*Klinische Woch*, 1932, t. XI, 12 mars, p. 446) H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 octobre 1932

Les origines de la sérothérapie. Son passé, son présent, son avenir. — ***M. Charles Richet.*** — Le 5 novembre prochain, quarante-quatre années auront passé depuis le jour où Ch. Richet et Héricourt, ont donné à l'Académie des Sciences, une communication sur la *transfusion péritonéale et l'immunité qu'elle confère.*

Les expériences dont ils faisaient connaître les résultats mettaient en évidence ce fait absolument nouveau, à savoir que *le sang d'un animal immunisé contre une infection confère à un autre animal (sensible à cette infection) l'immunité qu'il a acquise.*

Cette *hématothérapie*; devenue aussitôt *sérothérapie* dont ils avaient dès le premier jour, prévu l'extension, devait bientôt prendre un développement qui dépassait toutes leurs espérances.

Une nouvelle thérapeutique apparaissait, qui devait apporter au traitement des maladies infectieuses la médication spécifique dont elles étaient presque toutes dépourvues, et les nouvelles applications se succédèrent sans répit.

Aujourd'hui, la méthode est *classique*. C'est dire que, parmi les nombreux médecins qui la pratiquent couramment, il en est sans doute qui seraient en peine de dire de quel pays elle est venue, et quels en furent les inventeurs.

Vaccination antidiphtérique dans une population scolaire et préscolaire de la banlieue parisienne. — ***M. Bezançon*** et ***Mlle Suzanne Dreyfus.*** — Il est possible, par des moyens simples, avec le concours du service d'hygiène, des médecins des écoles et du Bureau d'hygiène, d'un service d'inspection médicale dans les écoles et les crèches, bien organisé, d'obtenir, dans une agglomération d'enfants, une proportion de 75 p. 100 d'enfants vaccinés contre la diphtérie.

La vaccination par l'anatoxine de Ramon ne donne aucune réaction sérieuse ; à la dose de 35 unités en trois injections, elle diminue dans de fortes proportions la morbidité et la mortalité par diphtérie.

Sur la pathogénie de la dysostose craniofaciale héréditaire. — ***M. O. Crouzon.*** — Le caractère héréditaire n'est pas constant ; la syphilis n'a jamais pu être incriminée ; les troubles endocriniens ne paraissent pas en cause ; il semble plutôt qu'il s'agisse d'une hérédité hératologique.

Absence de corrélation entre les syndromes nerveux et les modifications biologiques du liquide céphalo-rachidien. Essai d'interprétation. — ***M. E. de Massary.*** — L'absence de corrélation entre les syndromes nerveux et les modifications cyto-chimiques du liquide céphalo-rachidien a frappé de nombreux auteurs ; et il est facile de la comprendre si l'on tient compte de la destruction de l'interdépendance du tissu nerveux et du tissu conjonctivo-vasculaire et méningé.

Par la clinique, nous interrogeons la cellule nerveuse ; par la ponction lombaire, le tissu conjonctivo-vosculaire et méningé. Les réponses doivent être différentes. Chaque tissu, lésé pour son compte, répond avec la réactivité qui lui est propre. Si le tissu conjonctivo-vasculaire et méningé est seul touché, les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien sont intenses tandis que nulles restent les recherches cliniques ; par contre si la cellule nerveuse est seule irritée, le syndrome est au complet, alors que le liquide céphalo-rachidien reste normal.

Enfin, lorsqu'un agent infectieux ou toxique lèse les deux tissus, il ne le fait pas obligatoirement aux mêmes moments et à des degrés égaux; les deux tissus, voisins il est vrai, mais indépendants l'un de l'autre, ne réagissent ni ensemble ni avec la même intensité et le syndrome nerveux ne coïncide pas avec les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien. En ces cas des ponctions répétées sont indispensables pour établir un diagnostic complet.

La dissociation auriculo-ventriculaire au cours du rhumatisme articulaire aigu. — ***MM. A. Clerc, E. Vialard*** et ***Balaceanu.*** — Ainsi, la dissociation auriculo-ventriculaire, survenant au cours de rhumatisme articulaire aigu, peu fréquente, mais non exceptionnelle, ne présente pas nécessai-

rement son caractère habituel de gravité ni de permanence. Le plus souvent, au contraire, elle se montre transitoire, et relativement latente, au point de n'être décelée que par les électro-cardiogrammes. Abstraction faite de la malignité générale de certaines poussées de polyarthrite, la guérison du trouble rythmique est le fait le plus habituel, et le traitement se continue avec celui de la maladie causale, la médication salicylée intensive restant au premier plan, bien loin d'être contre-indiquée. De toutes manières, la rareté de la dissociation proprement dite s'oppose à l'extrême fréquence de l'allongement simple de l'espace auriculo-ventriculaire chez l'ensemble des rhumatisants. Bien que l'avenir immédiat des sujets ainsi atteints, pris en convalescence apparente, ne semble guère compromis, les observations plus longuement suivies pourront seules vérifier l'amorçage éventuel d'une future dissociation permanente.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Sur la vaccinothérapie de la lithiase biliaire

G. Kremer (Varsovie) (*Congrès int. de la lithiase biliaire*) traite depuis le mois de septembre 1924, ses malades atteints de lithiase biliaire et de cholécystite par des vaccins administrés par la voie buccale. En s'appuyant sur une série de 195 cas, et un temps d'observation de huit ans, il arrive à la conclusion que cette méthode, appliquée surtout au début de la maladie, est la méthode de choix. Il a employé dans 72 pour 100 de ses cas le vaccin colique, dans 10 pour 100 le vaccin typhique et, dans le reste des cas, le vaccin colique avec le vaccin entérococcique, staphylococcique, de Delbet.

Deux symptômes des cholécystites chroniques

Dans le diagnostic des cholécystites chroniques, il faut se baser sur deux signes, dit M. Charles Buizard (*Cong. Int. de la lith. biliaire*) : 1° l'état fébrile ou subfébrile continu ; 2° douleurs lombaires surtout du côté droit.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

De l'esprit chez les bossus. — Les bossus méritent-ils la réputation d'esprit qu'on leur a faite ? Ont-ils le cerveau délié, l'âme caustique et leur gibbosité cache-t-elle une boîte à malices ?

C'est une opinion bien étayée. Mais voyons ce qu'en pense un orthopédiste comme le Docteur Carle Rœderer qui a consacré à la question une amusante étude dans le *Journal Médical Français* (juin 1932).

« Les orthopédistes pensent sans doute — tous comme moi — que s'il y a bossus et bossus et bien des manières d'être bossu, Il y a, aussi, bien des gammes dans leur subtilité intellectuelle. Un myxœdémateux contrefait et cyphotique n'a, en principe, qu'une finesse d'esprit assez réduite, un petit achondroplaste peut donner l'illusion d'une maturité assez précoce à cause de son haut front ridé, mais rien, après tout, n'empêche un malade de Friedreich, s'il prend fantaisie à la Providence, d'avoir à la fois un pied bot invétéré, une cyphose élégante et les méninges très frisées que la théorie, chère à un ardent polémiste, prête aux hérédo-syphilitiques.

Plus généralement, l'orthopédiste ne voit que des relations lointaines entre la petite hémivertèbre surnuméraire, placée en coin au bas de la colonne et qui a basculé toute la pile de disques ou la carie tuberculeuse qui a rongé deux ou trois vertèbres dorsales supérieures et la circulation encéphalique. Mais c'est, peut-être, l'orthopédiste qui connaît mal les effets et les causes.

Car, en fait, le bossu a quelques raisons d'être malin.

Souvent objet de dérision et de quolibets au cours de son

enfance — les petits sont cruels — il s'efforcera, s'il a l'âme rancunière, de trouver la plaisanterie vengeresse, la blague aiguë qu'il plantera comme une banderille ; il prendra une tournure d'esprit tatillonne, revendicatrice et mordante.

A-t-il, au contraire, l'âme bonne, un peu d'élévation de pensée, un certain détachement des contingences immédiates, cet être souffreteux ne va-t-il pas s'efforcer, par un travail plus assidu, une application plus grande, lui, le déficient physique, le vaincu des jeux, l'exilé des sports, de conquérir d'abord la supériorité que confèrent les lauriers scolaires, puis, par la force des choses, la prééminence intellectuelle consécutive ? La réclusion forcée, pendant les années d'évolution de sa maladie, lui donne l'étude comme seul but, comme seule ressource. Il vit près de ses parents qui le chérissent particulièrement. En lui naît une affectibilité particulière, parfois exacerbée, le goût des conversations sérieuses, des bons livres et puis, il y a la souffrance même qui affine l'âme, qui élève l'esprit.

Quelle qu'en soit la raison, acceptons donc la version populaire et tenons les bossus pour malins.

Il est un trait de caractère qui paraît plus général, c'est *leur vanité*. Le bossu est presque toujours content de lui et volontiers vantard. Pour parler net, il a du toupet. On conserva longtemps en Italie le souvenir d'une actrice bossue, sûre de son talent, Elisabeth Barbieri-Nini qui n'hésita pas à paraître sur la scène de l'Opéra dans le rôle de Macbecth de Verdi qu'elle créait.

On trouverait bien d'autres exemples de cette confiance en soi qui est peut-être, justement, le complément du crédit intellectuel dont le bossu jouit en général.

Dans le peuple, certains bossus ont même l'ostentation de leur infirmité. Est-elle vraie, cette histoire de bossus qui eut les environs de Naples pour théâtre ? Un boscot épousant une boscotte, ils cherchèrent la manière la plus étrange pour illustrer cet événement. La noce entière était composée de bossus, le prêtre bossu, les enfants de chœur bossus, le maire bossu et... c'était un chameau qui traînait le carrosse.

Nous sommes loin du fait raconté par d'Aubigné dans ses aventures du baron de Feneste où une dame de la cour, visant Mme de Nevers à la taille contrefaite et Mlle de Montpensier à la boiterie disgracieuse, criait : « Les bossues et les boiteuses au cul de la Procession ». Ici c'est toute la procession qui est faite de bossus.

Cette vanité est d'ailleurs parfois assez élégante.

Scarron, je pense, poussa la chose à l'extrême.

Lors de son mariage, le notaire lui demandait :

« Que vous apporte votre femme ? » – « Deux grands yeux, une belle personne, une paire de jolies mains, un bel esprit. » — — « Et vous, que lui apportez-vous ? » — « L'immortalité. » Si c'est dit avec conviction, cela ne manque pas d'allure. Malheureusement, il faut que la postérité sanctionne.

Plus justifiée est la réponse de Luxembourg après ses victoires de Fleurus et de Nerwinden. Apprenant que le prince d'Orange disait, en parlant de lui, « le bossu ». « Et comment

le sait-il ? Je n'ai jamais fui devant lui. Il ne connaît pas mon dos ? »

Il est vrai que le même Luxembourg parfois ne manquait pas de se critiquer lui-même. Il dînait un jour en face d'un autre homme de guerre qui était boiteux. Ils remarquèrent le magnifique valet de bouche qui les servait. « Voilà, pourtant, comment nous les faisons », dit le convive. « Oui, mais voilà comment ils nous fabriquent », répondit Luxembourg.

Et cela encore est dans la tradition générale du bossu qui, s'il n'est pas toujours fatalement homme d'esprit, est presque toujours gai, enjoué, rieur.

De peur, peut-être, des taquineries qu'on prépare, il prend les devants et se les sert lui-même avec assez de verve :

« Maître, vous ne demandez que plaies et bosses », disait un président à un avocat bossu. « Dieu sait, Monsieur le président, que je n'ai jamais demandé celle-là », réplique l'avocat en montrant son dos.

Elle n'est vraiment pas mal cette pièce satirique qu'écrivit en 1740 notre doyen de la Faculté de Paris, Santeuil, qui était bossu :

Depuis longtemps, je me suis aperçu
De l'agrément qu'on a d'être bossu.
Quand un bossu l'est derrière et devant,
Son estomac est à l'abri du vent
Et ses épaules sont plus chaudement.
....
....
Tous les bossus ont ordinairement
Le ton comique et beaucoup d'agrément.
Quand un bossu se montre de côté,
Il règne en lui certaine majesté
Qu'on ne peut voir sans en être enchanté.
....
....
Concluons donc pour aller jusqu'au bout
Qu'avec la bosse on peut passer partout.
Qu'un homme soit ou fantasque ou bourru,
Qu'il soit chassieux, malpropre, mal vêtu,
Il est charmant pourvu qu'il soit bossu.
....
....

Scarron, de même, surnommé le misérable Scarron, qui souffrait depuis l'âge de vingt ans, les milles tortures d'un rhumatisme chronique déformant, ne riait-il pas de tous et de lui-même ? « Les uns disent que je suis cul-de-jatte, les autres que je n'ai point de cuisses et que l'on me met sur une table, dans un étui où je cause comme une pie borgne. » Il dépeint ailleurs, dans une préface, « sa belle taille fine » « que la maladie a raccourcie au moins d'un pied » et se montre « la tête pendante sur l'estomac, ce qui lui donne la forme d'un Z ».

On conçoit que le même sentiment de soumission au sort ou à la volonté divine, joint au détachement matériel, puisse, en somme, conduire à l'état de sainteté. Or on trouve dans l'hagiographie au moins un saint véritable et même un très grand saint, ma foi, qui fut bossu : Alphonse de Liguori.

Lui aussi avait été beau, grand et plaisant quand il fut atteint d'une affection qui lui tordit et courba la colonne vertébrale et qui n'était peut-être qu'un rhumatisme, si bien que ses vertèbres cervicales ne faisaient plus qu'un bloc et que son menton pressait sur sa région sternale au point de déterminer une escarre.

Scarron même, pour revenir à lui, n'est-il pas une sorte de saint laïque chez qui le rire dissimule mal un sanglot. On se souvient de l'épigraphe qu'il se composa. N'est-elle pas navrante ?

Celui qui cy maintenant dort
Fit plus de pitié que d'envie
Et souffrit mille fois la mort
Avant que de perdre la vie.
Passant, ne fais ici de bruit
Garde bien que tu ne l'éveilles
Car voici la première nuit
Que le pauvre Scarron sommeille.

Spirituel en diable, on comprend qu'à défaut d'amour véritable, il ait inspiré la pitié affectueuse de la belle Mme Delorme, de Mlle d'Aubigné qui parut avoir beaucoup d'attachement pour son génial bossu et même de cette petite peste de Ninon de Lenclos.

Mais pour d'autres bossus n'est-il pas des raisons d'attachement féminin moins ouvertement avouables ? Les bossus, dans l'opinion populaire, jouissent d'une réputation de vaillance amoureuse.

A part les cas d'exception où une excitation pathologique d'ordre médullaire peut prédisposer le sujet aux grands exploits, nous pensons que cette appréciation repose sur une plaisanterie. « Avec une boule comme celle-là, on en fait des conquêtes ! » écrit Traviès en légende à un dessin où figurent son héros Mayeux à côté de Robert Macaire. Evidemment, c'est un effet de contraste qui oppose la difformité aux bonnes fortunes. Et puis, il y a peut-être aussi une plaisanterie moins pure qui tire confusion du bissac censé porté sur le dos et des bourses bien remplies.

Quoi qu'il en soit, le bossu *est sociable.* Dans l'art, innombrables sont les bossus hilares et joyeux que l'on rencontre. S'il fut longtemps bouffon à la cour des rois ou personnage de tréteaux et de piste, c'est peut-être par une disposition d'âme toute naturelle. Il aime à rire... « comme un bossu ». Aussi comprend-on mal le proverbe italien qui dit : « Méfiez-vous des trois B : le bègue, le boiteux et le bossu. »

Ainsi le bossu malin, jovial, content de son sort (en général), peut-il passer pour heureux, et de là à supposer qu'il puisse en outre communiquer cette disposition à l'optimisme, il n'y a qu'un pas que l'opinion populaire a eu vite franchi. Le contact des bossus passe pour donner de la chance. Le petit bossu qui prêtait sa bosse en guise de pupitre lors des folies de Law bénéficia de cette superstition.

CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT

Voyagez confortablement en lits-toilette ou en couchettes

Des compartiments comportant deux lits avec draps et une toilette sont mis à la disposition des voyageurs de 1re classe entre Paris et Brest dans les trains nos 501 et 502 (départ de Paris-Montparnasse à 20 h. 20 et de Brest à 20 h. 35), entre Paris et La Rochelle dans les trains 781 et 780 (départ de Paris-Montparnasse à 21 h. 50 et de La Rochelle à 21 h. 20).

Le prix de ces lits-toilette est peu élevé : 65 francs en hiver.

En outre, le porteur d'un billet de 1re classe peut louer le compartiment tout entier, s'il désire être seul, en acquittant en plus de son billet de 1re classe le supplément pour les deux lits-toilette.

Sur tous les parcours de nuit de grandes lignes des couchettes en toutes classes sont également mises à la disposition des voyageurs.

Profitez des prix réduits de la saison d'hiver : 1re classe : 34 francs ; 2e classe : 27 fr. 25 ; 3e classe : 22 fr. 75.

Renseignez-vous dans les gares du Réseau de l'Etat.

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux Français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 45 LE NUMÉRO : 50 Centimes 5 NOVEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 · R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Le prix Nobel de physiologie. — Le prix Nobel de physiologie a été partagé cette année entre sir Charles Sherrington, de l'Université d'Oxford et le Professeur Edgar Douglas Adrian, de l'Université de Cambridge, pour leurs découvertes concernant les fonctions des neurones.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 24 octobre. — M. SOMMILLON. Action des extraits placentaires sur les troubles de la ménopause naturelle et provoquée. — M. GARNIER. Des phlegmons prostatiques. Leur traitement par voie urétrale. — Mme DELTHIL. Les conjonctivites de nature anaphylactique.

25 octobre. — M. MAGGI. Etude de la vaccination intra-dermique. — M. PETIT. Sur les différents procédés de césarienne abdominale utilisés dans les cas impurs. — M. LEVIN. La réaction de conglomération de Muller. Son application au diagnostic de la syphilis.

27 octobre. — M. BEUSIMON. Essai sur le comte de Cagliostro, aventurier, philanthrope et guérisseur occasionnel. — M. CHAMBRIN. Organisation de l'hygiène sociale dans le département des Côtes-du-Nord.

25 octobre. — (Thèses vétérinaires). — M. DAINTIER. Ovariectomie de la jument par le fuyant du plane. — M. HANTZ. Production mulassière du Maroc.

Service de santé. — *Mutations.* — Les médecins colonels : Alix, des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon, au service de santé de la 8e région, Dijon ; Vorms, de l'Ecole d'application du service de santé militaire, Paris, à l'hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé.

Les médecins lieutenants-colonels : Casteret, des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon, désigné comme médecin chef ; Cristau, de la section technique du service de santé, au ministère de la Guerre ; Maisonnet, de l'Ecole d'application du service de santé militaire, Paris, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Les médecins commandants : Langlois, des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand, à l'hôpital militaire de Vichy ; Bergeret, de l'Ecole supérieure de guerre, Paris, aux salles militaires de l'hospice mixte de Dijon ; Liégeois, de l'Ecole du service de santé militaire, Lyon, aux troupes du Maroc.

Les médecins capitaines : Joly, du régiment des sapeurs-pompiers, Paris, au 309e d'artillerie, Strasbourg ; Mignot, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris, au 19e escadron du train, Paris ; Bierer, du 60e d'infanterie, Besançon, au 60e d'infanterie, Lons-le-Saulnier ; Charbonnier, du 60e d'infanterie, Lons-le-Saulnier, au 4e d'artillerie, Mulhouse ; Cassou, de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, Lyon, aux salles militaires de l'hospice mixte de Dijon ; Hamon, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris, au 11e cuirassiers, Paris ; Valette, du 1er chasseurs à pied, Strasbourg, au régiment de sapeurs-pompiers, Paris ; Audrain, du centre d'instruction physique, Dinard, au 22e bat. d'ouvriers d'artillerie, Vincennes ; Guilleman, du 15e d'artillerie, Bourges, au régiment de sapeurs-pompiers, Paris ; Vaissie, du 95e d'infanterie, au 105e d'artillerie, Bourges.[1]

Les médecins lieutenants : Conche, des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon, au 60e d'infanterie ; Becam, de l'hôpital militaire de Bourges, au 95e d'infanterie.

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie (19-22 octobre 1932, Paris.) — Le Docteur S. Baqué (de Luchon) présente un nouvel appareil à insufflations d'air chaud et médicamenteux, transformation de son ancien, qui ne pouvait fournir qu'une température de 38° à 41° centigrades, pour des raisons qu'il explique dans son exposé. Ce dernier modèle lui permet de réaliser une gamme très étendue de températures, réglables à la volonté du praticien, suivant les affections et les régions à traiter.

Très léger et de tout petit volume, il s'adapte aux diverses sondes nasales laryngiennes, et pharyngiennes et d'Itard, en faisant corps avec elles sans rien modifier de leur souplesse. Cet appareil fort ingénieux et simple, semble avoir rendu pratique et facile une technique très imparfaite jusqu'ici.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de la tête et du cou ; chirurgie nerveuse), en dix leçons, par M. le Docteur P. LECŒUR, prosecteur, commencera le lundi 14 novembre 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — I. Chirurgie du corps thyroïde et des parathyroïdes : ligature de l'artère thyroïdienne inférieure ;

la thyroïdectomie subtotale ; les voies d'abord des parathyroïdes. — II. Chirurgie de la parotide et de l'œsophage cervical : l'extirpation de la parotide ; l'œsophagotomie externe cervicale. — III. Chirurgie des gros vaisseaux du cou : ligature de la carotide externe ; ligature de la sous-clavière. — IV. Chirurgie de la glande sous-maxillaire et de la langue ; extirpation de la glande sous-maxillaire ; amputation de la langue par voie buccale ; curage ganglionnaire du cou. — V. Chirurgie du crâne : les procédés de trépanation. — VI. Chirurgie des nerfs du cou : la phrénicectomie ; les voies d'abord sur le sympathique cervical. — VII. Chirurgie des nerfs craniens : la découverte du nerf facial ; l'anastomose hypoglosso-faciale. — VII. Technique des laminectomies cervicales. — IX. Technique des laminectomies dorsales. — X. Technique des laminectomies lombaires.

En liaison avec ce cours, des conférences seront faites par des chirurgiens des hôpitaux. Les dates et les sujets de ces conférences seront indiqués ultérieurement.

Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire. (Lundi 5 décembre au samedi 10 décembre 1932 inclus.) — Ce cours sera fait par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin. Il comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — Lundi 5 décembre, 9 heures, M. le Professeur SERGENT : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Docteur BORDET : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur COTTENOT : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 6 decembre, 11 heures, M. le Docteur MIGNOT : Médiastin (tumeurs et kystes). — 15 heures, M. le Docteur TURPIN : Diaphragme. — 17 h. 30, M. le Docteur BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 7 décembre, 11 heures, M. le Professeur SERGENT : Trachée et bronches. — 15 heures, M. le Docteur BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30, M. le Docteur MIGNOT : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 8 décembre, 11 heures, M. le Docteur BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h. 15, M. le Docteur PRUVOST : Pneumothorax et pneumo-séreuse. — 17 h. 30, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès du poumon, gangrène pulmonaire.

Vendredi 9 décembre, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 15 heures, M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux. — 16 h. 15, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 10 décembre, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 9 h. 1/2 (examen des malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur COUVREUX).

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

XIVe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicale. — C'est à Toulouse, qu'aura lieu, en octobre 1933, le XIVe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicale.

Le bureau du XIVe Congrès international de Toulouse est ainsi constitué : présidents, MM. les Professeurs Sabatier et Abelous ; secrétaires généraux, MM. les Professeurs Serr et Moog : secrétaires généraux adjoints, MM. les Docteurs Francon (d'Aix-les-Bains) et Cazal Gamelsy (de Luchon).

Les Voix latines. — Sous les auspices de l'Union médicale latine qui a organisé une série de conférences : Les Voix latines, le Professeur Léon BERNARD, fera le jeudi 17 novembre, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, une conférence sur : Ce que la médecine doit à l'Italie. On trouvera des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris, 16e ; Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, ; Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e ; Casa degli Italiani, 12, rue Sédillot, Paris, 7e.

Prix de la Société des chirurgiens de Paris. — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année quatre prix : 1° Prix de chirurgie générale (prix Dartigues) ; 2° Prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin) ; 3° Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor-Pauchet) ; 4° Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet). Chaque prix est de mille francs.

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au Secrétaire général de la Société, Docteur Charles Buizard, 3, rue de La Trémoille (Paris, 8e), *avant le* 31 *décembre* 1932, au moins en deux exemplaires et de préférence en cinq dactylographiés.

Nécrologie. — Docteur Charles DAMIENS, de Bruay (Pas-de-Calais). — Docteur DARTEYRE, de Saint-Amant-Tallende, sénateur du Puy-de-Dôme, décédé subitement dans sa 62e année. — Docteur Louis DELAGRANGE, de Tourcoing, rue de Gand, 61, mort subitement en présidant une réunion du syndicat. — Docteur André GENDRON, de Nantes, professeur suppléant à l'Ecole de médecine. — Madeleine ARRIGHI, étudiante en médecine (Paris), décédée accidentellement. — Docteur DIND, de Lausanne. — Docteur Emile VAN ERMENGEM, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Professeur GRAHAM LUSK, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de l'Université Cornell à New-York. — Docteur BABINSKI, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 75 ans.

Nous sommes heureux d'apprendre que le Docteur André NICOLAS, *de Ménat (Puy-de-Dôme), dont nous avions annoncé le décès, est toujours en parfaite santé.*

BIBLIOGRAPHIE

Essai d'une philosophie médicale ou considérations philosophiques sur la médecine, par le Dr PINEL-MAISONNEUVE. Préface d'Auguste LUMIÈRE. Un volume, 192 pages, 1932, 12 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-6e.

Une préface du grand maître lyonnais Auguste Lumière explique bien l'idée princeps qui a guidé notre confrère.

Il se dégage de cette étude médicophilosophique dit le génial biologiste une originalité de bon aloi. M. Pinel-Maisonneuve est dégagé de tout préjugé d'Ecole et juge des choses de la profession à la lumière d'une philosophie positive uniquement préoccupée de données expérimentales. En passant, il égratigne bien légèrement nos pontifes et l'on devine que son amitié pour certains lui défend de pousser plus loin ses critiques contre ceux, rares il est vrai, qui croient à l'intangibilité des dogmes. En effet nous savons tous que les sciences sont en perpétuel devenir et tout praticien qui réfléchit sait que la médecine est en constante évolution et que la vérité d'aujourd'hui sera bien souvent l'erreur de demain. En résumé cet « Essai soulève une infinité de problèmes qui sont loin d'être résolus, il est à lire et fait penser »comme dit l'auteur.


BAUME
RHODIA
A BASE DE
RHEUMACYLAL
SUCCÉDANÉ
INODORE DU
SALICYLATE
DE MÉTHYLE
MÉDICAMENT ACTIF.
PROPRE. NE TACHANT PAS
AGRÉABLE. DÉLICATEMENT
PARFUMÉ. SANS DANGER
GOUTTE
RHUMATISMES
LUMBAGO
2 PRÉSENTATIONS
FORME CRÈME
FORME LIQUIDE
BAUME
RHODIA
BAUME
RHODIA
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3e

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur l'évolution et le traitement des phlegmons de la main

Par M. R. PETEL
Interne des Hôpitaux de Toulouse

Introduction

Il n'est guère de lésions plus fréquentes que les infections de la main et des doigts ; elles sont d'observation journalière et tous les praticiens ont l'occasion de s'en occuper. Comme le dit très justement Iselin, on a parfois tendance à ne pas accorder à ces infections toute l'attention qu'elles méritent, et pourtant c'est une grave erreur que les estimer sans gravité et d'un traitement facile. En effet leur danger immédiat, local et général, la gravité des complications et des séquelles fonctionnelles, rendant souvent inutilisables doigts ou mains atteints, nécessitent une thérapeutique singulièrement malaisée. Il faut savoir que le traitement de ces lésions est toujours délicat, nécessite parfois des interventions difficiles qui doivent être conduites avec beaucoup de méthode d'après des données anatomiques et anatomo-pathologiques très précises.

Ce chapitre de thérapeutique a fait de grands progrès depuis quelques années. Des Américains comme Kanavel et Sterling Bunnel, en France Lecène, Picqué, Dubau et surtout Iselin y ont acquis une expérience et une maîtrise incontestées. Ils ont fouillé la symptomatologie, l'anatomie pathologique de ces lésions, imaginé des procédés opératoircs et par là modifié considérablement le pronostic vital et fonctionnel des phlegmons de la main.

L'observation récente de quatre cas de phlegmons de la main nous a amené à préciser certaines notions éparses dans la littérature médicale ; aussi croyons-nous utile de rassembler dans une revue générale les multiples travaux et les procédés opératoires décrits.

Il existe trois variétés de phlegmons de la main par le siège, les propagations et la gravité. L'aponévrose palmaire moyenne est une barrière solide ; au-dessus d'elle se développeront les *phlegmons superficiels* ; sous le plan aponévrotique le tissu celluleux sera le siège de *phlegnons profonds* ; des gaines synoviales naîtra le *phegmon synovial ou phelgmon des gaines* atteignant à la fois le doigt, la main et l'avant-bras.

Mais, il faut le dire dès maintenant, les signes et les traitements de ces formes diffèrent seulement au début, car lorsque le pus a rompu les barrières anatomiques et fusé dans tous les espaces, toute classification est dès lors impossible ; la main est transformée en « éponge à pus » (Iselin). C'est dire la nécessité d'un diagnostic rapide et d'une thérapeutique active.

Mais si l'on veut bien comprendre les particularités cliniques, l'évolution et le traitement des différentes formes, des notions récentes d'anatomie normale de la main et des doigts doivent tout d'abord être envisagées.

Dans un premier chapitre nous exposerons donc l'anatomie des espaces celluleux de la main et des doigts ; l'anatomie des gaines et surtout les communications entre les diverses régions, communications importantes au point de vue de la propagation des infections.

Dans un second chapitre nous étudierons parallèlement la pathologie, l'évolution clinique, et le traitement de ces infections.

I

Notions anatomiques

A) Les espaces celluleux de la main

L'anatomie des doigts et de la main a été depuis longtemps l'objet de nombreuses recherches. Cependant seuls, les muscles, les tendons, les aponévroses, les gaines synoviales ont retenu l'attention ; par contre le tissu celluleux reste plongé dans l'oubli et les classiques ne voient en lui qu'un tissu de remplissage. Toutefois, si au point de vue anatomique il semble avoir un rôle secondaire, au point de vue chirurgical il tient une place prépondérante. Le mode de propagation du pus depuis le doigt et la main jusqu'à l'avant-bras a été longtemps discuté : voie lymphatique, le long des gaines, le long des espaces celluleux. Quelle qu'en soit la fréquence, seule cette dernière est intéressante, car elle se fait suivant des règles anatomiques le long de ces espaces que nous allons décrire.

Iselin conçoit six espaces celluleux :

1° Dans *la loge palmaire médiane* des anatomistes on peut décrire :

a) *Espace palmaire médian superficiel*, prétendineux ;
b) *Espace palmaire médian profond*, rétro-tendineux ;
c) *Espaces commissuraux.*
2° *Dans la loge thénarienne* : l'*espace thénarien.*
3° *Dans la loge hypothénarienne* : l'*espace hypothénarien.*
4° *Dans la loge dorsale* : l'*espace dorsal.*

Nous allons décrire ces espaces en donnant leurs limites et leurs propagations.

1° *Espace palmaire médian superficiel.*

Les limites sont :

En avant : l'aponévrose palmaire, le tissu cellulaire sous-cutané, la peau.

En arrière : la face antérieure du plan tendineux, les lombricaux, les vaisseaux de l'arcade palmaire superficielle et les nerfs.

Bord externe : déterminé par l'union de l'aponévrose palmaire moyenne et de l'aponévrose intermusculaire externe ;

Bord interne : limité par l'union de l'aponévrose hypothénarienne avec l'aponévrose palmaire moyenne ;

Bord supérieur : formé par l'accolement de l'aponévrose palmaire superficielle au ligament annulaire antérieur du carpe.

Bord inférieur : formé par l'adhérence de l'aponévrose au ligament transverse superficiel de Poirier.

Les communications se font avec :

1° L'avant-bras par la gouttière de l'artère cubitale ;
2° Le premier espace commissural ;
3° L'espace profond rétro-tendineux.

2° *Espace palmaire médian profond.*

Il est limité :

En avant : par les tendons fléchisseurs et leurs gaines.

En arrière : par l'aponévrose palmaire profonde en dedans du bord antérieur du troisième métacarpien, par la portion interne horizontale de l'aponévrose intermusculaire externe en dehors du troisième métacarpien.

En dehors : par la partie verticale de la cloison intermusculaire externe.

En dedans : par la cloison intermusculaire interne.

En haut : l'espace s'arrête au niveau du poignet.

En bas : il est limité par des barrières fibreuses tendues entre les articulations métacarpo phalangiennes.

L'espace est aussi divisé dans sa partie inférieure par des cloisons sagittales décrites par Legueu et Juvara.

Dans cet espace débouchent les trois culs-de sac supérieurs des gaines digitales des doigts moyens.

Les communications se font :

a) Par les fusées lombricales avec les doigts ;
b) Avec l'espace thénarien ;

c) Avec l'avant-bras en s'insinuant avec les tendons sous le ligament annulaire antérieur du carpe, en restant toujours en arrière des gaines.

3° *Les espaces commissuraux.*

Au nombre de trois ils sont limités :

En avant : par la peau.

En bas : par le ligament palmaire interdigital de Legueu et Juvara.

En arrière : par l'aponévrose dorsale profonde.

Sur les côtés : par l'adhérence de la peau aux languettes prétendineuses de l'aponévrose moyenne superficielle.

En haut : par l'adhérence de la peau au ligament transverse.

Ces espaces ne communiquent ni avec les espaces commissuraux voisins, ni avec la face dorsale de la main.

4° *L'espace thénarien.*

Il est limité :

En avant : par l'aponévrose thénarienne se terminant sur le troisième métacarpien.

En arrière : par le court adducteur.

En dehors : par le premier métacarpien.

5° *L'espace hypothénarien.*

Cet espace est limité de toutes parts par l'aponévrose hypothénarienne.

6° *L'espace dorsal.*

Il est limité :

En avant : par les tendons extenseurs.

En arrière : par l'aponévrose dorsale superficielle.

En dehors : par l'union de cette aponévrose avec l'aponévrose dorsale profonde.

En dedans : par l'insertion de l'aponévrose dorsale superficielle sur le cinquième métacarpien.

En haut : par l'union de l'aponévrose dorsale avec le ligament annulaire dorsal.

En bas : par la terminaison de la même aponévrose superficielle sur les trousseaux fibreux des doigts.

Tels sont brièvement résumés d'après les travaux de Kanavel et d'Iselin les espaces celluleux. Leur intérêt anatomo-pathologique réside dans les voies de communication.

Du côté dorsal il y a communication directe entre le tissu cellulaire de la face dorsale du doigt et celui de la face dorsale de la main

Du côté palmaire au contraire la barrière fibreuse commissurale marque une séparation très nette limitant en bas l'espace palmaire médian profond.

Le tissu cellulaire se réduit à une mince lame tissée autour du petit muscle lombrical qui perfore la cloison commissurale. Le canal lombrical de Kanavel est donc la seule voie de communication entre les doigts et la main.

B. Les gaines synoviales

Les gaines des deuxième, troisième, quatrième doigts débouchent dans l'espace palmaire médian profond. L'expérimentation a montré que la gaine infectée, sous pression, se rompt à son cul-de-sac supérieur, le liquide emplit l'espace péri-synovial et peut fuser vers les doigts par le canal lombrical.

Les gaines carpiennes ne font que traverser les espaces décrits.

La gaine radiale traverse l'éminence thénar : elle entoure le tendon fléchisseur propre du pouce qui théoriquement serait seul détruit dans l'infection de la gaine.

La gaine cubitale enserre dans la gouttière carpienne les tendons fléchisseurs des trois derniers doigts d'un triple cul-de sac pré, inter, rétro-tendineux. Adhérente à l'os crochu son infection peut déterminer une arthrite du poignet ; elle repose sur les inter-osseux et les lombricaux qui sont toujours paralysés et détruits.

Entre les deux gaines, le médian peut être atteint, expliquant l'intensité de la douleur, et plus tard les troubles de névrite, origine des séquelles si fréquentes dans les phlegmons.

Ces deux gaines remontent jusqu'à l'avant-bras et entrent en relations avec les espaces celluleux de cette région, entre le carré pronateur et les fléchisseurs, plus haut entre les deux plans fléchisseurs et le long des gouttières vasculo-nerveuses.

D'ores et déjà nous voyons que la voie d'accès sur ces fusées ne sera pas médiane mais latérale.

Sur ces notions anatomiques sont basées toutes les incisions nouvellement venues dans la chirurgie de la main.

II

Traitement des phlegmons de la main

Mais avant de décrire ces incisions, nous envisageons les principes généraux du traitement préconisés par Iselin.

I. Principes généraux du traitement

Le traitement doit être *précoce*, car au début seulement les infections des espaces et des gaines sont localisées.

Le diagnostic doit être *certain*, car une incision mal dirigée risquerait d'infecter des espaces sains.

La prophylaxie est toujours certaine.

Il faut immobiliser la main. Les auteurs allemands insistent beaucoup sur ce précepte : l'immobilisation empêcherait le brassage des lymphatiques infectés par les contractions musculaires. Il y joignent d'ailleurs l'élévation de la main qui soulagerait le malade.

L'*opération.* L'intervention doit être conduite avec méthode. Il faut une anesthésie générale pour l'exploration des espaces celluleux. Champ exsangue réalisé par une bande d'Esmarch.

Les *incisions* seront décrites à propos de chaque forme, mais de plus en plus on emploie les incisions latéralisées de Kanavel qui drainent mieux.

Le *drainage* ne sera jamais prolongé. La mèche de gaze tassée qui favorise la rétention du pus est à rejeter. Mieux vaut employer des lamelles de caoutchouc ou des mèches imbibées de vaseline.

Les *pansements.* Tant que l'infection menace il faut employer des pansements humides chauds ; plus tard on cessera ces pansements, car ils œdématient et mortifient les tissus.

L'emploi de bouillon-vaccin en pansements locaux est à recommander.

Appareillage de la main malade. Ce temps orthopédique est capital. Il faut dès, les premiers pansements, immobiliser la main dans sa *position de fonction* (Kanavel).

Si l'ankylose survient, elle se fait en bonne position où le plus petit mouvement conservé est efficace.

Enfin la mobilisation sera aussi précoce que possible.

Traitement général. Si le chirurgien peut beaucoup sur le phlegmon, affection locale, il est au contraire entièrement désarmé contre la toxi-infection générale. C'est dire la nécessité d'un traitement général. Sérothérapie, vaccinothérapie, boissons abondantes, toni-cardiaques pour prévenir la septicémie toujours possible et donner à l'organisme les forces de résistance nécessaires.

II. Les techniques chirurgicales

Les phlegmons superficiels sont d'une thérapeutique aisée, aussi ne les envisageons-nous pas, nous réservant d'étudier le traitement des phlegmons profonds beaucoup plus délicat.

Ce dernier doit répondre à deux indications :

1° Arrêter les progrès de l'infection en donnant issue au pus ;

2° Assurer la qualité fonctionnelle de la guérison.

Nous étudierons successivement l'évolution clinique

et le traitement des phlegmons des espaces celluleux et des phlegmons des gaines synoviales.

A) *Infection des espaces celluleux*

1) Phlegmon de la loge thénarienne.

Clinique. — Encore appelé phlegmon de la loge commissurale du pouce, l'étiologie en est variée : panaris sous-cutané du pouce, ténosynovite.

Le siège du pus est palmaire devant le faisceau interne du court adducteur ; il fuse vers la commissure et l'espace dorsal sous-cutané.

La symptomatologie est simple : signes fonctionnels et généraux d'infection sérieuse.

Cliniquement : grosse tuméfaction localisée à la région thénarienne ne dépassant pas le pli d'opposition du pouce.

La paume de la main est souple et indolore.

Evolution. — Le pus reste longtemps localisé dans la loge thénarienne ; s'il n'est pas évacué, un phlegmon total peut se constituer.

Traitement. — Deux procédés sont à choisir pour l'incision :

a) Classiquement le long de la commissure mais ce procédé laisserait une cicatrice rétractile.

b) Kanavel préconise une incision palmaire en pleine collection avec contre-incision dorsale et drain transfixiant.

2) Phlegmon de la loge hypothénarienne.

Clinique. — Il est rare. Le siège du pus est entre les muscles hypothénariens.

Les signes sont très caractéristiques : douleur très violente car la loge est peu extensible. Gonflement et douleur à la région hypothénarienne.

Traitement. — Sous anesthésie générale, incision directe sur l'éminence et drainage par lame.

3) Espace palmaire médian profond rétro-tendineux.

Clinique. — Le plus souvent consécutif à une ténosynovite digitale rompue à son cul-de-sac supérieur, on peut en décrire deux variétés :

a) Le pus peut être localisé à une des logettes décrites ci-dessus,

b) Ou être étendu à la totalité.

Son existence est manifestée par une paralysie de tous les muscles interosseux qui en contact immédiat avec le pus sont frappés électivement.

L'inspection montre le gonflement et la rougeur de la partie médiane de la main, gonflement plus marqué au niveau des commissures, très marqué au niveau de la face dorsale.

Les doigts sont à peine fléchis, mais leur mobilisation spontanée est faible.

La palpation réveille une douleur vive dans toute la partie de la région moyenne.

Evolution. — Elle est différente suivant qu'il s'agit de l'une ou de l'autre forme.

a) Les formes localisées guérissent rapidement après évacuation de la collection.

b) Les formes généralisées guérissent plus lentement : l'œdème persiste longtemps ainsi que la suppuration, mais, signe capital, l'impotence fonctionnelle de tous les doigts apparaît dès le premier jour. La main est alors caractéristique : la première phalange en extension, les deuxième et troisième en flexion.

La récupération fonctionnelle est rarement totale.

Traitement. — Les méthodes opératoires sont au nombre de deux :

a) Incision simple de la collection par des incisions n'intéressant pas les gaines (Picqué et Kanavel).

b) Amputation du doigt d'où est partie l'infection.

Le choix des méthodes dépend essentiellement de l'état du doigt d'où est partie l'infection.

a) La ténosynovite a été opérée par la néfaste incision médiane, il faut désarticuler et réséquer la tête du métacarpien correspondant ; car cette résection permet un bon drainage des espaces infectés.

b) Le phlegmon n'a pas de cause apparente.

Kanavel préconise le procédé suivant : il consiste à inciser la partie inférieure de l'espace interdigital le long du lombrical et avec une pince fermée passer sous les tendons dans l'espace rétro-tendineux puis en écartant les mors faire écouler le pus. Drainage par une lame de caoutchouc.

4) Phlegmon de l'espace palmaire médian superficiel.

Clinique. — *L'étiologie* en est souvent imprécise. Le siège du pus est sous-aponévrotique, les tendons et leurs gaines, les vaisseaux et les nerfs sont refoulés, mais l'aponévrose est presque toujours altérée.

Les propagations sont caractéristiques :

Vers la peau de la région palmaire déterminant un abcès en bouton de chemise.

Vers la loge thénarienne.

Vers l'espace rétro-tendineux et l'avant-bras.

La douleur est extrêmement violente et accompagnée d'une fièvre élevée.

A l'inspection on note un gonflement médian très bien limité latéralement ; les commissures sont intactes mais la face antérieure du poignet et de l'avant-bras est rouge et œdématiée.

Les mouvements spontanés des doigts et du poignet sont limités,

L'évolution après l'opération faite à temps est bénigne ; si l'incision est tardive l'infection peut fuser vers les gaines carpiennes et l'avant bras.

Traitement. — On incise dans la paume sur la ligne médiane ; on ouvre la collection. Il faut alors exciser les bords de la plaie cutanée et aponévrotique qui tend à se resserrer. S'il y a une fusée du côté du pouce et de l'avant-bras, on fait une contre-incision soit dans la commissure thénarienne, soit à l'avant-bras et l'on passe trois drains entre les trois commissures.

PREMIÈRE OBSERVATION. — A..., 33 ans. *Phlegmon de l'espace palmaire médian superficiel*, blessé le 17 novembre 1931 par piqûre.

Quatre jours après vient à l'Hôtel-Dieu : main en battoir, les commissures sont intactes, énorme gonflement sur la face antérieure du poignet. Léger œdème au niveau de l'espace thénarien.

21 novembre. — Simple incision médiane sous jet de chlorure d'éthyle.

25 novembre. — Il reste du pus car l'ouverture de la plaie s'est refermée et le poignet est très tuméfié.

Nouvelle incision dans le creux de la main. Contre-incision brachiale.

29 novembre. — Cicatrisation à peine réalisée, raideur des doigts.

5) Phlegmon commissural.

Ce phlegmon n'est individualisé ni par les classiques qui le confondent avec le durillon forcé, ni par Kanavel pour lequel il constitue vraisemblablement cette fusée lombricale qui marque l'extériorisation d'une cellulite profonde (Iselin).

Clinique. — Le pus ne fuse jamais vers la loge palmaire profonde. Les fusées se font en arrière vers la face dorsale de la main, et surtout vers les autres espaces commissuraux.

La douleur localisée à une commissure est très vive, mais la fièvre est peu marquée.

L'aspect clinique est net. Les deux doigts correspondant à la commissure sont écartés. La commissure est bombée et cette tuméfaction est symétrique.

La région est douloureuse à la pression localisée.

Les autres commissures sont gonflées.

L'évolution est en général rapide et sans séquelles.

Traitement. — On fait une incision sur la face palmaire, contre-incision du côté dorsal et on passe une lame de caoutchouc.

DEUXIÈME OBSERVATION. — X..., 67 ans. Phlegmon commissural du troisième espace, au deuxième espace commissural et à l'espace dorsal.

8 mars. — Les deuxième, troisième et quatrième doigts sont écartés. Les commissures sont gonflées et rouges surtout du côté palmaire, ainsi qu'à la base du troisième et quatrième doigts.

Incisions des deuxième et troisième commissures. Contre-incision sur la face dorsale.

Mèche simple. Guérison en douze jours.

Résultat parfait au point de vue fonctionnel.

6) Phlegmons dorsaux.

Classiquement il n'y a pas de pus sous le gonflement dorsal d'une main infectée, l'infection est à la paume et c'est une grosse faute que d'inciser sur le dos.

En réalité cette opinion n'est pas absolue et l'on peut voir des infections localisées à la face dorsale sans aucune atteinte des espaces palmaires.

Clinique. Le pus est sous-cutané et fuse dans toute l'étendue de la face dorsale sans dépasser les bords de la main et le poignet.

La douleur est modérée mais la fièvre très élevée.

Le gonflement est considérable avec rougeur et œdème qui s'étend depuis la racine des doigts jusqu'à l'avant-bras.

L'évolution est en général longue mais elle ne laisse en général aucune séquelle.

TROISIÈME OBSERVATION. — G., 28 ans. Manœuvre. Phlegmon dorsal par piqûre septique. Hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice.

19 février 1931. Gonflement énorme depuis la racine des doigts au poignet. Douleur intense exacerbée à la pression.

20 février. Incision au niveau de la collection. Pus abondant. Décollement énorme au fond duquel on aperçoit le tendon extenseur.

Guérison rapide avec élimination partielle du tendon extenseur du médius.

B) Infection des gaines synoviales carpiennes pelviennes

Survenant comme complications d'un panaris du petit doigt ou du pouce dont les synoviales communiquent normalement avec les synoviales carpiennes, ou à un phlegmon de l'espace celluleux qui n'a pas été opéré à temps, ces phlegmons synoviaux sont les plus fréquents et les plus graves des phlegmons des mains.

Nous n'insisterons non pas tant sur l'allure clinique qui est connue que sur les particularités du traitement.

La douleur est spontanée, très violente, lancinante, interdisant rapidement tout sommeil.

L'état général est très touché : fièvre à 40°, insomnie, délire.

Le gonflement d'abord localisé à deux endroits : l'un à l'avant-bras, l'autre à la main séparé par la dépression du ligament annulaire, va rapidement se diffuser. Le tableau est alors caractéristique de la ténosynovite. Trois signes mais surtout deux sont d'une importance capitale :

Le doigt en crochet : ce signe, sur lequel insistent les traités classiques, est très infidèle : on peut en effet étendre le doigt quand le pus a rompu la gaine synoviale.

Douleur provoquée sur toute l'étendue de la gaine.

Douleur marquée à la tentative d'extension.

Si l'intervention n'est pas faite, des complications fonctionnelles et même vitales surviennent :

a) L'infection de l'autre gaine ;

b) La rupture de la gaine infectée et envahissement des espaces celluleux, c'est alors le phlegmon massif que termine souvent l'amputation de la main ;

c) L'arthrite du poignet d'un pronostic déplorable ;

d) La paralysie des interosseux et des lombricaux ;

e) L'altération des artères provoquant de graves hémorragies secondaires ;

f) L'altération des nerfs et surtout la névrite du médian.

Aussi comprend-on les efforts des chirurgiens pour remédier à cette affection de pronostic si redoutable et la diversité des traitements proposés.

Traitement. Ce traitement chirurgical actuel des phlegmons des gaines de la main, quoique perfectionné, est encore loin de donner des résultats parfaits ou même satisfaisants.

Depuis Dolbeau, Gosselin et Chassaignac on pratiquait deux incisions sur le trajet des gaines : l'une palmaire, l'autre antibrachiale séparée par le ligament annulaire antérieur du carpe. Les résultats furent toujours déplorables.

Lecène reprenant la technique de Baudens faisait connaître en 1912 un procédé nouveau. Nous verrons que ce procédé a été à peu près abandonné et remplacé par les incisions latéralisées brisées de Kanavel.

Technique de Lecène. Incision médiane au-dessus du poignet et découverte du médian, puis section du ligament annulaire antérieur devant le nerf. Sur cette incision est branchée en Y, une incision oblique vers le pouce ou vers la gaine cubitale.

Les lésions les plus virulentes siégeant dans le cul-de-sac rétro-tendineux, c'est à ce niveau qu'il faut aller chercher le pus, en soulevant les tendons.

Il est incontestable que la section du ligament annulaire améliora nettement l'évolution immédiate des phlegmons des gaines ; les résultats éloignés furent également considérés comme bien meilleurs, et, en effet, la névrite du médian disparut complètement. Mais la valeur fonctionnelle des mains opérées est le plus souvent défectueuse et cette incision n'évite généralement pas trois inconvénients :

1° La flexion exagérée soit du pouce, soit du petit doigt fixés par une bride cicatricielle longue et rétractile prenant un point d'appui solide sur le ligament annulaire sectionné ;

2° La fréquence des arthrites radio-carpiennes et des fusées purulentes ;

3° L'exposition des tendons, ce qui favorise leur nécrose et surtout les voue à adhérer à la cicatrisation du ligament coupé.

Conduite du traitement par les incisions latérales et discontinues

Aussi de plus en plus a-t-on tendance à employer le procédé de Kanavel qui a pour but d'obvier aux inconvénients cités :

1° Elles sont latéralisées pour drainer la gaine au point déclive, empêcher la hernie du tendon entre les deux lèvres de l'incision ;

2° Elles sont brisées pour éviter la cicatrice rétractile. Intervention sous anesthésie générale et après application d'une bande d'Esmarch.

1° *Pour la gaine cubitale.*

Deux incisions :

a) *L'incision antibrachiale interne.* Incision cutanée de 8 centimètres sur le bord du cubitus. Recherche de l'interstice qui sépare le cubitus du tendon du cubital antérieur. Recherche du carré pronateur. Comme drainage on emploie des mèches vaselinées ou une lame de caoutchouc.

b) *L'incision palmaire.* Sur le bord externe de l'éminence hypothénar.

2° *Pour la gaine radiale*, il faut aussi deux incisions :

a) *Incision antibrachiale* sur le bord radial de l'avant-bras jusqu'au contact du carré pronateur ;


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé
25

b) *Incision palmaire* : Sur le bord interne de l'éminence thénar à un pouce au-dessous du ligament annulaire pour éviter le rameau thénarien du médian.

D'après Leibovici et Iselin, dans la grande majorité des cas les incisions latérales assurent un drainage suffisant quand elles sont faites à temps et suffisamment longues. Mais l'intervention chirurgicale ne constitue que le stade de traitement. Il faut ensuite, d'une part mobiliser précocement les doigts ; d'autre part les maintenir dans une position optima, la position de fonction de Kanavel.

Lorsque des lésions cutanées tendineuses, osseuses sont définitives, greffes ou autoplasties, réparations des tendons, arthroplasties, phalangisations d'un premier métacarpien pour reconstituer un pouce perdu seront effectuées dans ces séquelles. Cette chirurgie réparatrice, encore peu employée, peut avoir devant elle un réel avenir.

La méningite tuberculeuse et la grossesse (1)

Par A.-A. TÉRECHOVA (2)

Les cas de méningite tuberculeuse combinés avec la grossesse sont rares. En 1929, MM. Couvelaire et Lacomme présentèrent quatre cas personnels de méningite tuberculeuse pendant la grossesse et 13 cas de la littérature. En 1931, Gaujoux et Boissier ont présenté un cas personnel et 26 cas réunis dans la littérature. En 1932, Brault avait décrit, de même, un cas.

En général, l'infection des méninges par le bacille de Koch se produit grâce au passage de ce dernier à partir de son foyer primitif par la voie sanguine ou lymphatique. Dans les cas de non cicatrisation d'un foyer primaire, son contenu tôt ou tard risque de se déverser dans le torrent circulatoire sanguin et les bacilles de Koch peuvent se fixer dans n'importe quel endroit de l'organisme, en créant un nouveau foyer métastatique. Dans les cas de généralisation de l'infection tuberculeuse, les méninges peuvent s'infecter par voie sanguine, ce qui est prouvé par la concomitance de la tuberculose miliaire avec celle des méninges.

La *symptomatologie* de la méningite tuberculeuse à la période d'état consiste en céphalées atroces, vomissements, hyperesthésie générale, (à la suite de l'excitation mécanique et toxique des racines sensitives de la moelle et des nerfs craniens), contracture et rigidité des muscles occipitaux, paralysie des racines des oculo-moteurs. La durée de la méningite tuberculeuse est de deux à trois semaines et se termine toujours par la mort. La corrélation de la méningite tuberculeuse avec la tuberculose miliaire peut être mise en évidence par la statistique de Deville : à l'autopsie de 286 cas, on a trouvé, dans 30 % des cas, de la méningite tuberculeuse avec infection tuberculeuse des poumons et de la plèvre et 42 % des autres organes. D'après cette statistique la moitié des cas de méningite tuberculeuse est le résultat d'une tuberculose générale. D'après le matériel d'autopsie de notre Institut pour les treize dernières années (de 1920 à 1932), sur 717 cas, nous avons eu 13 cas de mort par tuberculose miliaire, dont deux sont mortes de la tuberculose miliaire après avortement artificiel et onze après accouchement. Deux autres femmes n'étaient pas gravides, mais le diagnostic fait à l'autopsie était resté cliniquement hypothétique.

(1) *Institut scientifique régional de Moscou pour la protection de la Maternité et de l'Enfance.* Directeur : Docteur F.-J. KRASNOVA Directeur scientifique : Prof. SERDUKOFF.

(2) Exposé, le 25 mai 1932, devant la Conférence scientifique de l'Institut scientifique régional de Moscou pour la Protection de la Maternité et de l'Enfance.

Le *diagnostic* de la méningite tuberculeuse, au cours de la grossesse, d'après les données de la littérature, est assez difficile. D'après Gaujoux et Boissier, sur 26 cas, il y a eu erreur de diagnostic dans 24 cas ; deux fois on a pensé à la grippe, quatre fois à l'éclampsie, deux fois à l'encéphalite léthargique, une fois à une hémiplégie cérébrale et onze fois à la fièvre typhoïde. Quoique le tableau clinique de la méningite tuberculeuse, soit bien connu, les erreurs de diagnostic sus-mentionnées sont bien faciles au cours de la grossesse.

Ainsi, chez Brault, dans un cas de méningite tuberculeuse pendant la grossesse, le symptôme classique qui est le vomissement était absent. Au point de vue pratique, il est nécessaire d'éclairer la question de corrélation de la méningite tuberculeuse avec la grossesse et, aussi la conduite à tenir vis-à-vis de la grossesse.

D'après la littérature, nous savons que la méningite tuberculeuse n'a presque pas d'influence sur la grossesse, car on n'a pas vu de fausses couches pendant les deux à trois semaines de l'effervescence de la maladie. Il est, de même, difficile de certifier l'influence de la grossesse sur la méningite tuberculeuse, car cette dernière en dehors de la grossesse donne le même pronostic absolument fatal ; la grossesse produisant une pléthore de tous les organes et systèmes avec un ralentissement du courant sanguin peut, probablement, activer la méningite basale.

Traitement. — Nous croyons, ayant en vue les 100% de cas de mort au cours de la méningite tuberculeuse, dans les cas de concomitance de cette affection avec la grossesse, qu'il ne faut pas interrompre la grossesse au cours des premières semaines de la gestation, alors que dans les cas de grossesse à terme, la question d'interruption se pose, quand il y a la certitude de sauver la vie de l'enfant. Il est certain que ces enfants sont peu viables et qu'ils sont prédisposés quelquefois à la tuberculose ; mais d'autres peuvent rester indemnes.

Dans les observations de notre Institut de 1924 à 1932, sur 38.728 cas de grossesse, nous avons eu deux cas de méningite tuberculeuse, dont l'un, au cours de la grossesse, l'autre, pendant les suite de couches.

Premier cas : observation n° 1288. Diagnostic : *méningite tuberculeuse et grossesse.* Mme P..., âgée de 27 ans, ouvrière, primipare, est entrée à l'Institut le 16 avril 1932 avec la grossesse de six mois lunaires. Elle se plaint de céphalée, d'oppression, surtout marquée pendant les mouvements ; de douleurs dans le flanc gauche et les reins. Du côté de l'hérédité, nihil. Dans l'enfance elle a eu la rougeole. A 15 ans à la suite d'une chute de cheval, elle a eu un mal de Pott. Première menstruation à l'âge de dix-huit ans, sans douleurs. Vie génitale depuis neuf mois. Pendant cette grossesse, elle se trouve sous le patronage du dispensaire antituberculeux. A partir de la deuxième moitié de la grossesse, elle se sent oppressée, pour cela elle a été hospitalisée pendant deux semaines dans l'Institut (du 6 au 20 mars 1932). Quelques semaines après la sortie de l'Institut elle ressent à nouveau de fortes oppressions, des douleurs dans les reins, la région lombaire et dans le creux de l'estomac.

Status praesens : température 36,0, pulsations 86. Constitution du type asthénique. Poids : 48 kgr. 5, taille 145 cm. Cyphose très marquée dans la région lombaire. La malade est anémique et affaiblie. Dans les poumons : quelques râles secs disséminés. Cœur : bruit systolique au sommet. Tension artérielle Riva-Rocci 120-70. Organes digestifs : le foie déborde à un travers de doigt sur le rebord costal, sans douleur (indolore). La région des reins est indolore. Urines : traces d'albumine ; au microscope quelques leucocytes et globules rouges. Examen obstétrical : hauteur du fond de l'utérus 24 cm. Position du fœtus : oblique, la présentation indéterminée. Bruits du cœur : à droite et au-dessus de l'ombilic. Dimensions du bassin : 24, 28, 29 et 17 1/2.

Examen du sang : hémoglobine : 63 % ; globules rouges : 3.500.000 ; leucocytes 4.400 ; FI 0,9 ; SK. 1 h. 15 m. Formule leucocytaire ; C, 71 % ; polynucléaires, 4 % ; lympho, 19 % ; mono, 5 % ; éos., 1 %. Sucre, 0,9 pour mille. Azote résiduel, 25,0 mg. %. Réserve alcaline 43,9 % ; calcium, 1 pour mille ; R 18,5 mg. %.

Voici quel fut le cours de la maladie :

Du 16 au 29 avril, température subfébrile avec forte céphalée.

23 avril, la malade est très affaiblie, présente des nausées.

25 avril, à 9 heures, le poids du corps est tombé de 48 kgr. 5 44 kgr. 9.

Se plaint de douleurs dans la région occipitale et dans la jambe gauche.

A gauche, le signe de Lassègue est positif. Légère raideur de la nuque.

25 avril, à 21 heures, la malade est agitée, saute du lit, ne répond pas aux questions, se trouve en état demi-comateux.

26 avril, la malade gémit, ne répond pas aux questions ou répond vaguement.

Se plaint de céphalée et de douleurs de poitrine. Raideur de la nuque. Les bruits du cœur du fœtus sont bien marqués. Consultation avec le psychiatre : symptômes méningés, forte céphalée et raideur de la nuque.

27 avril. Consultation avec le thérapeute : forte céphalée, lucidité parfaite, plusieurs vomissements dans la journée ; dénutrition ; contracture de la nuque complète. Parésie du rameau périphérique du nerf facial gauche. Les pupilles sont rétrécies, réagissent mal à la lumière. Les réflexes rotuliens sont diminués. Douleurs à la palpation des terminaisons de tous les nerfs périphériques. Hypotonie des muscles des membres inférieurs. Dans les poumons, respiration rude. Cœur : bruit systolique, les tons cardiaques sont affaiblis.

28 avril. Consultation avec le neuro-pathologiste : paralysie du nerf facial du type périphérique. La réaction des pupilles est faible. Douleurs de la nuque et de l'apophyse mastoïde à l'endroit de l'insertion des muscles occipitaux. Pas d'opisthotonos, mais il y a une certaine contracture des muscles de la nuque. Céphalée sans localisation. La lucidité se maintient encore. Le pouls s'excite pendant les mouvements, arythmie. Quelques émissions involontaires des urines. *Diagnostic : meningitis incipiens (t. b. c. dissemin.)* pronostic fatal.

29 avril. La malade est dans le coma. Pouls, 92. Respiration, 26. Les bruits du cœur du fœtus bien perçus. Ex consilio, avec le Prof. Serdukoff, on décide d'interrompre la grossesse par section césarienne, étant donné l'état désespéré de la malade avec l'espoir de sauver la vie de l'enfant.

Le 29 avril à 16 heures on a fait une section césarienne vaginale sous anesthésie générale à l'éther. Extraction de l'enfant vivant de sexe féminin ; 47 cm. de longueur ; poids, 2 kgr. Pendant la section de l'utérus et l'extraction manuelle du placenta, il n'y a presque pas eu d'hémorragie. La durée de l'opération est de 25 minutes. Trois heures plus tard la malade meurt par affaiblissement progressif du cœur.

A l'autopsie, la dure-mère est hypérémiée, une légère hémorragie sur l'épendyme du côté gauche du ventricule. L'arachnoïde est fortement hypérémiée et parsemée de bourgeons. La pie-mère est opaque au niveau de la base du cerveau, parsemée de petits bourgeons à peine visibles.

Sur la pie-mère du tiers supérieur de la moelle, il y a des nodosités tuberculeuses. On a trouvé des bourgeons tuberculeux sur l'endocarde, sur la plèvre, dans la capsule de Glisson, dans le parenchyme de la rate, et dans la région corticale des reins. A l'examen de l'abdomen, il y avait 100 c.c. de sérosité foncée de couleur cerise.

Dans le petit bassin, la matrice déborde le pubis de quatre travers de doigt. Sa face antérieure mesure 19 cm. et d'une trompe à l'autre, 10 cm. ; la hauteur est de 16 cm., la circonférence du fond de l'utérus est de 30 cm. Sur le segment inférieur de la matrice, à sa face antérieure, on trouve la cicatrice opératoire de 6 cm., en bon état. Le péritoine viscéral et pariétal est en bon état.

Le diagnostic anatomo-pathologique : tuberculose miliaire généralisée, méningite tuberculeuse, tuberculose miliaire des poumons, du foie, de la rate, des reins. Dégénérescence parenchymateuse du muscle cardiaque ; néphrose. L'examen histologique des viscères montre, dans l'encéphale, des bourgeons sur le système arachnoïde ; dans les poumons, des tubercules miliaires avec des cellules géantes ramollies et des cellules épithéliales dans la périphérie ; dans la rate, une hyperplasie de la pulpe avec des trabécules scléreux et des bourgeons miliaires ; dans le cœur, un gonflement opaque des fibres du muscle cardiaque ; dans les reins, des tubercules miliaires dans la partie corticale et un gonflement de l'épithélium des tubuli comtorti ; dans le foie, un gonflement léger des cellules hépatiques et des bourgeons tuberculeux.

L'enfant a vécu trois jours. A l'autopsie, dans ses viscères, il n'y avait pas de tuberculose. Son développement correspondait à 8 mois 1/2. Pneumonie hémorragique bilatérale. Stase veineuse générale. Ictère.

Deuxième cas : Méningite tuberculeuse pendant les suites de couches. — Malade de 27 ans, cinquième grossesse : est entrée à la clinique d'accouchement de l'Institut le 2 mars 1930, en travail avec une grossesse datant de huit mois, avec la poche des eaux formée. Température 37,5. Le cours du travail est assez régulier.

La malade a eu dans l'enfance la rougeole, la grippe et une inflammation des ganglions lymphatiques.

Puberté à 13 ans ; durée des règles six jours, toutes les quatre semaines, sans douleurs. En sept ans de vie génitale, elle a eu cinq grossesses, dont deux accouchements normaux à terme, une grossesse avant terme au huitième mois et une autre, avortement artificiel.

La grossesse actuelle sans aucune complication.

Le 9 mars, tout d'un coup, elle sent qu'elle perd les eaux. Le 11 mars elle ressent les douleurs d'enfantement et de la céphalée.

Etat actuel : Température 37,5. Pouls 86. La malade est de constitution normale, bien bâtie. La peau et les conjonctives sont pâles. Le tissu cellulaire sous-cutané est bien développé.

Sur le cou, à droite, on trouve un paquet des ganglions lymphatiques, augmentés de volume. Dans les poumons, à la partie supérieure du poumon gauche, on perçoit des râles secs disséminés. Les organes circulatoires et digestifs sont en état normal.

Examen obstétrical. — Hauteur de la matrice : 26 cm. Position du fœtus : verticale, présentation céphalique, encore ballotante. Les bruits du cœur sont perçus à gauche, au dessous de l'ombilic. Dimensions du bassin : 24, 28, 31, 19.

Le 12 mars, accouchement prématuré d'un enfant vivant de huit mois, de 1 kgr. 820, 41 cm. de longueur ; développement incomplet.

Pendant les suites de couches, du 13 au 19 mars, la température varie de 38°7 à 39°.

Diagnostic : adnexitis, parametritis et soupçon de tuberculose miliaire.

Le 20 mars, douleurs dans la région des vertèbres cervicales (C^2 à C^5), à gauche, à l'endroit de l'insertion des muscles occipitaux et de l'apophyse mastoïde et des rameaux des nerfs trijumeau et facial. Tous les nerfs craniens au point de vue fonctionnels sont normaux. Les reflexes ; normaux. Les ganglions lymphatiques du cou, dans toute la longueur du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit sont hypertrophiés en masse. Diagnostic : méningite à son début.

Le 24 mars, prostration complète, mort.

A l'autopsie : La pie-mère sur les hémisphères cérébraux est légèrement œdématiée, à la base du cerveau plus fortement et parsemée de bourgeons miliaires.

Les ganglions lymphatiques profonds et rétro-péritonéaux, de la grosseur d'une noix à celle d'une noisette, présentent de la dégénérescence fibreuse et caséeuse. La rate, le foie et la région corticale des reins sont parsemés de bourgeons miliaires. Sur l'ovaire gauche, il y a quelques petits bourgeons caséeux.

Diagnostic anatomo-pathologique : tuberculose miliaire et méningite tuberculeuse basilaire.

Ainsi donc, notre premier cas présente une méningite tuberculeuse avec combinaison de tuberculose miliaire pendant une grossesse à 8 mois 1/2. Le diagnostic était exact. En présence d'un cas désespéré pour la mère, ayant quelques chances pour la survie de l'enfant, nous avons décidé la section césarienne. Il est indispensable de remarquer, qu'en pratique, on rencontre assez rarement la méningite basale tuberculeuse pendant la grossesse ; dans la littérature, il y a très peu d'indications sur la conduite à tenir dans ces circonstances défavorables.

En se basant sur les cas déjà publiés et sur notre matériel, nous résumons ainsi :

1. la méningite tuberculeuse, combinée avec la grossesse, se rencontre rarement et par les données de notre institut, 2 cas sur 38.728 de grossesse ;

2. la méningite tuberculeuse au cours de la grossesse est l'accord final d'une tuberculeuse miliaire ;

3. la méningite tuberculeuse au cours de la grossesse prend une allure rapide avec l'acuité du processus morbide ;

4. dans les cas de diagnostic exact de la méningite tuberculeuse dans la première moitié de la grossesse, l'interruption de cette dernière est inutile, car dans 100 % des cas, la mort est inévitable, tandis que le choc opératoire précipite l'issue fatale ;

5. dans les cas de diagnostic de la méningite tuberculeuse au cours de la deuxième moitié de la grossesse, il est plus rationnel de tenir une conduite expectative, pour avoir un enfant vivant, près du terme, par une section césarienne.

BIBLIGRAPHIE

1. M. P. Brault. — Méningitis tuberculeuse et grossesse. *Bullet. de la Soc. d'Obstér. et de gynécol. de Paris*, n° 3, 1932.
2. Bonnaire et Mercier. — Méningites tuberc. et grossesse, *Zentbl.*, 1898, n° 23.
3. Beckman und A. Kirch. — Tuberculose und Schwangerschaft. *Zentbl.*, n° 32, 1929.
4. Walther Hannes. — Tuberculose und Schwangerschaft. *Zentbl.* n° 37, 1929.
5. C. Decio. — Ueber zwei Falle von Milliartuberculose mit tuberculoser meningitis in Anschluss an Entbindung. *Zentbl.* n° 26, 1912.
6. Couvelaire et Lacomme. — Méningite tuberculeuse. *Gynéc. et Obst.*, n° 19, 1929.
7. Couvelaire et Lacomme. — Tuberculose congénitale, *Gynécologie et Obst.*, n° 3, 1928.
8. Paruch T. — Miliary tuberculosis in puerperal state, *Polska gaz. lek.*, 1931, n° 10.
9. Litten. — Tuberculose Meningitis in Anschluss an primare Genital, *F. d. Med.*, 1904.
10. Halban Seitz. — Tuberculose und Schwangenschaft, in *Biologie d. W.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Babinski

Babinski vient de mourir après une longue maladie dont il observait en philosophe et en connaisseur les progrès incessants.

Sa mort — je voudrais qu'on ne vît par là une banalité — est une perte pour la neurologie mondiale dont il était un des représentants les plus marquants, les moins discutés et les plus glorieux, pour les malades aussi dont il fut pendant un demi-siècle un des consultants les plus recherchés et les plus écoutés.

Observateur sagace, minutieux, persévérant, il s'était ingénié à dépister les signes les plus sûrs pour différencier le fonctionnel de l'organique : son attention s'était portée de bonne heure sur l'étude systématique et comme échelonnée des réflexes.

Le monde entier connaît le signe si simple et si spécifique qui porte son nom, mais les neurologistes et les médecins lui doivent beaucoup plus : des études sur le syndrome cérébelleux si patientes et méthodiques ; sur le syndrome adiposogénital dont il partage avec Frohlich l'indiscutable paternité ; sur la dissociation du tabès et de l'aortite qu'il publia avec Vaquez ; sur les arthropathies syphilitiques qui furent l'objet de la thèse de Barré ; sur l'hystérie surtout dont il entreprit le démembrement et à laquelle il donna la dénomination si expressive de pithiatisme.

Il avait été chef de clinique de Charcot et fut de cette belle équipe que représente un tableau connu, où l'on retrouve Pierre Marie, Feré, Ballet, Raymond, les deux Guinon, Souques et d'autres. Médecin des hôpitaux de bonne heure, il échoua à l'agrégation, victime d'une de ces combinaisons comme il en est tant dans les concours.

Et il ne se représenta pas. La Faculté de Paris y perdit plus que lui-même et sa notoriété à lui n'en fut pas diminuée.

D'ailleurs, par un vote unanime, l'Académie de médecine l'avait admis dans son sein dès 1914.

Les *Bulletins* de la Société des Hôpitaux, de la Société de Neurologie dont il fut un des fondateurs, contiennent la plupart de ses communications ou de ses notes précises et soignées où chaque mot et chaque ligne, chaque argument, sont pesés presque scrupuleusement, tout son esprit prudent redoutait les objections et les critiques.

Son enseignement à la Pitié, qui se faisait à la policlinique plus qu'à l'amphithéâtre, fut un des plus suivis de Paris, et lorsque sonna l'heure fatale de la retraite, son grand ami Vaquez lui permit de continuer dans son propre service une consultation de neurologie qui était l'honneur de l'hôpital.

Il parlait avec une certaine lenteur ; son débit, un peu haché parfois, était simple, sans apprêt ni recherche inutile. Il n'en était que mieux écouté.

Il aimait peu écrire et ne laisse aucun traité didactique, aucune œuvre d'ensemble, mais ses idées sont répandues partout, dans tous les ouvrages classiques et de nombreux élèves ont gardé la forte empreinte de ses méthodes et de son enseignement.

Pendant la guerre, dégagé de toute obligation, il s'offrit un des premiers pour servir et fut accepté par le gouvernement militaire de Paris. Je le vois toujours à Buffon, où Letulle lui avait confié en août 1914 un service aux côtés de Landouzy, de Legry et de moi-même, dans une de ces grandes salles d'étude transformées en salle d'hôpital, le marteau percuteur à la main, assisté de notre confrère Vulpian, de mon pauvre ami Heitz, étudiant les blessures du système nerveux, localisant leur siège, précisant les lésions et leur étendue, et indiquant les interventions nécessaires.

Toute sa personne donnait une impression de force, de pondération, de sécurité qui imposait aux blessés comme elle imposait, chez lui, à sa nombreuse clientèle de grands malades ou de psychopathes.

S'il formulait toujours son diagnostic, comme un arrêt, il ne manquait jamais, sous son apparence froide et impassible, d'y ajouter un mot d'encouragement, de confiance et d'espoir.

Depuis deux ans il avait faibli, sa grande taille s'était voûtée, son visage s'était aminci et sa démarche était devenue traînante. Un peu triste, mais toujours aimable et courtois, il serrait avec une satisfaction réelle dans cette Pitié où il avait vécu trente ans, les mains nombreuses qui se tendaient vers lui, mains de malades, d'amis, d'élèves, de collègues, affectueuses et déjà presque pitoyables.

On ne le vit plus au théâtre où il venait le soir, vers la fin du spectacle, se reposer de ses dures journées de consultations, ni dans les Sociétés où l'on sollicitait constamment son avis.

La mort de son frère qu'il aimait tendrement et qu'il ne quitta pour ainsi dire jamais lui avait porté un coup fatal. Il lui survécut peu dans cet appartement trop vaste et désormais silencieux que leur collaboration avait su rendre si accueillant et si cordial.

Je n'ai pas eu l'honneur d'être l'interne de Babinski, mais la guerre a permis que je fusse pendant les tout premiers mois son assistant à Buffon et à Boucicaut. J'ai appris de lui les notions essentielles d'une neurologie que j'ignorais. Je lui dois d'avoir pu faire ultérieurement, avec un peu plus de compétence, mon métier de consultant à l'armée. A l'estime et à l'admiration que j'avais pour lui, il m'est doux de pouvoir ajouter comme un élève, un réel sentiment de reconnaissance et d'affection.

Maurice Loeper,

VARIÉTÉS

La Médecine et les Médecins dans l'Œuvre de Walter Scott

(Suite) [1]

par le Dr **Constant HILLEMAND**

C'est à peu près tout ce que l'on trouve à glaner sur la Médecine et les Médecins, dans l'œuvre de W. Scott, en dehors de la *Jolie fille de Perth*. S'il n'avait pas écrit cette dernière Nouvelle, on pourrait lui reprocher d'avoir, au cours de sa tentative de reconstitution de la vie sociale en Occident, depuis le onzième siècle, passé à côté de la Médecine et des Médecins, en méconnaissant l'importance de leur rôle.

Heureusement pour sa réputation, pour notre plaisir et notre instruction, il a publié, en 1828, le chef-d'œuvre qui porte ce nom, et qui est particulièrement intéressant en raison de l'intérêt qu'offrent les époques de transition intermédiaires entre le déclin d'une vieille civilisation et l'aurore d'une nouvelle. Nous sommes à la fin du XIVe siècle, et la situation de l'Ecosse comme celle de tous les autres éléments de l'Occident, se trouve caractérisée par la lutte intestine spontanée entre l'Eglise et la Féodalité, et l'entrée en lice des forces modernes issues de l'essor de l'industrie, de la science, de l'art. A cette évolution préside une Royauté plus ou moins consciente du rôle que lui tracent les événements.

Or, dans cette œuvre, nous voyons surgir, comme l'un des personnages principaux, un médecin Ecossais qui a étudié à Paris, puis chez les Maures de l'Espagne et d'Arabie, et qui a rapporté de ses études et de ses fréquentations une émancipation presque complète, rare au XIVe siècle, mais bien dans la note de la profession et du frottement des deux civilisations monothéiques. A lui incombe l'honneur d'incarner la Médecine et, selon la remarque de Pierre Laffitte, de représenter la science qui, après avoir brillé d'un éclat incomparable sur le sol de la Grèce, avait été réduite, par l'invasion des barbares et le triomphe du catholicisme, à l'état de veilleuse, jalousement tenue sous le boisseau par une Eglise s'appuyant sur le pouvoir temporel.

Nous voyons notre confrère, dans l'exercice de ses fonctions, panser un chevalier blessé ; traiter par la saignée et guérir un enfant atteint vraisemblablement de laryngite striduleuse ; préserver, avec la complicité du bourreau, un spadassin, des conséquences, ordinairement mortelles, de la pendaison, à l'aide d'un ingénieux système de courroies rattachées à un carcan rigide embrassant le cou sans le comprimer ; échangeant avec les uns et les autres des propos qui révèlent en même temps qu'une incrédulité totale à l'égard de la théologie, une amoralité conditionnée par la carence temporaire des études positives ou scientifiques, relatives aux phénomènes sociologiques, psychologiques, moraux, amoralité prête à se transformer en immoralité et s'y transformant effectivement, avec l'aide de circonstances favorables, sous l'impulsion, sans contre-poids, de l'ambition, de l'orgueil, d'un goût immodéré pour la vengeance, de la cupidité, etc.... Il ne se défend pas d'entrer dans une conspiration, ourdie par l'écuyer du prince héritier pour supprimer celui-ci, favoriser l'ascension au pouvoir du frère du roi, le duc d'Albany, et rapporter aux conjurés honneurs et profits. Le duc de Rothsay est attiré au Château de Falkland, isolé, sous prétexte de maladie contagieuse, jeté dans un cachot, privé de toute nourriture, et finalement étouffé par ses bourreaux. Malheureusement pour eux, leurs criminelles machinations sont découvertes par deux jeunes filles et dénoncées au comte de Douglas qui, à la tête d'un corps de cavalerie, surprend les coupables, et, après une parodie de jugement, les condamne à être pendus.

Pendant que son complice, le fier baron de Ramorny dissimule avec peine son angoisse et réclame le secours de la religion qui ne l'a pas empêché de devenir criminel, le médecin, beau joueur jusqu'au bout, s'abtient de toute récrimination, de tout regret, repousse dédaigneusement le prêtre qui se présente pour le confesser, et après avoir manifesté son souci d'une vie subjective en chargeant l'une des jeunes filles qui ont donné l'alarme, et qu'il institue son héritière, de raconter à ses concitoyens, comment il a su mourir, échappe à la potence en avalant un poison toxique de sa composition qui le tue instantanément.

Nous le voyons apparaître pour la première fois, au chapitre IV du roman, dans une réunion des bourgeois de Perth, convoqués par leur bailli pour donner leur avis sur les suites à donner à une tentative de violation du domicile de l'un d'eux des plus estimés, le gantier Simon Glover, père de la plus jolie fille de Perth, commise à la première heure du jour de la Saint-Valentin, par une bande de rôdeurs appartenant, selon toute apparence, au monde de la Cour et dont le chef semble avoir voulu : — soit simplement se présenter aux yeux de la belle Catherine Glover, pour devenir conformément à l'usage, son Valentin, c'est-à-dire son cavalier, durant l'année ; — soit user de violence pour la posséder.

L'entreprise a échoué grâce à l'arrivée inopinée d'un armurier de la ville, réputé pour sa force, sa vaillance, son adresse, Henri Smith, qui, amoureux de Catherine et aspirant avec l'assentiment de son père, à devenir son Valentin, avait, dès l'aube dirigé ses pas vers la demeure de l'objet de son amour. La voyant entourée et comme gardée par des individus suspects, pendant qu'un quidam montait les échelons d'une échelle dressée contre la fenêtre de la chambre habitée par la jeune fille, il n'avait pas hésité à foncer sur les agresseurs, en poussant, d'une voix de stentor, le cri de guerre des bourgeois. D'un coup de sa dague il avait tranché le poignet de l'un des dirigeants de l'expédition qui s'opposait à son passage, puis, se précipitant vers l'échelle, l'avait renversée d'un coup de pied en saisissant au collet l'escaladeur, sans le reconnaître à cause de l'obscurité, et d'une poigne vigoureuse, l'avait maintenu contre les efforts désespérés de ses amis pour le délivrer jusqu'à l'arrivée tumultueuse des voisins qui, finalement, avaient mis les agresseurs en fuite sans pouvoir les empêcher de transporter le blessé, amputé de sa main, jusqu'à un, couvent voisin de dominicains dont la porte s'était ouverte devant eux, et refermée devant les poursuivants.

Pendant ce temps, le galant resté entre les mains de l'armurier, entendant la voix de Simon Glover, descendu au bruit, avait demandé instamment à lui parler en particulier, et s'étant fait reconnaître de lui, comme l'héritier de la couronne, avait pu, avec son aide, s'échapper par les derrières de la maison, au grand désappointement de Henri Smith, et sans que son identité eût été démasquée par aucun autre citoyen de la ville.

Mais en présence de la gravité de l'incident, tous les notables avaient été convoqués par leur bailli pour délibérer sur la conduite à tenir.

Le père de Kate Glover, seul au courant de la qualité du personnage renversé de l'échelle par Henri Smith, avait été prié de communiquer ce qu'il savait sur l'agression et s'était tenu sur une prudente réserve dans sa narration, partagé entre la crainte de laisser suspecter la vertu de sa fille, et celle d'engager la ville dans un conflit redoutable avec le fils du roi. Il avait essayé d'apaiser la colère des citadins et aurait probablement réussi dans sa tentative, sans l'intervention du fougueux armurier qui avait proposé de confier le soin d'obtenir justice, au Prévôt de la ville, sir Patrich Charteris, châtelain des environs, qui, à l'exemple de maints représentants de la petite noblesse, avait lié partie avec les bourgeois de Perth pour se soutenir mutuellement dans la défense de leurs intérêts.

C'était à ce moment qu'était intervenu le médecin de la ville, nommé Henbane Dwining, représenté par l'auteur, incons-

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 44 du 29 octobre 1932.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène et diététique du diabétique, par Henry SCHWAB. 1 vol. in-8° de 128 pages, 12 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans la thérapeutique du diabète, la diététique joue le rôle le plus important. Aussi dans les nombreux traités magistraux consacrés à l'étude de cette maladie de la nutrition trouve-t-on une documentation considérable.

H. SCHWAB, à qui l'on doit les premières études en France sur l'action de l'insuline au cours du traitement du diabète sucré (en collaboration avec le Professeur Léon BLUM, de Strasbourg) a tenté de condenser dans cette courte monographie l'indispensable en diététique pour les malades atteints de diabète. Il s'est placé au point de vue strictement pratique.

Le premier chapitre indique les différents régimes (cures hydrocarbonées, cures de graisses, etc.), et contient une classification très pratique des aliments exempts ou non d'hydrates de carbone.

Dans les deuxième et troisième chapitres, SCHWAB expose les notions qu'il a tirées de sa vaste expérience personnelle du traitement du diabète par l'insuline. De nombreuses tables indiquent le pourcentage des divers aliments en hydrates de carbone, en graisses et en protéines. L'auteur donne à la suite toute une série de menus et de recettes qui sont la conclusion logique de la partie diététique de son exposé.

A côté de ces données alimentaires, l'auteur s'attache à assigner au diabétique la vie qu'il doit mener. Il y a là des notions particulièrement précieuses sur l'activité sportive, l'organisation professionnelle, sur l'hygiène du diabétique en voyage et sur la direction des cures hydrominérales.

Nous croyons que ce petit livre, très précis quant à ses données, sera non seulement le *vade-mecum* du diabétique, mais sera également précieux pour le praticien qui y trouvera le renseignement recherché, dans le minimum de temps.

notion de dégénérescence dans ses rapports avec la criminalité, les applications de la loi de 1838, dans les cas d'irresponsabilité ; enfin, les caractères généraux de la délinquance de l'enfant et de l'adulte, le diagnostic de la simulation, complètent les notions qui permettent d'apprécier les conditions générales de la responsabilité pénale.

Dans la troisième partie l'auteur expose les caractères généraux des principales formes de crimes et de délits qui sont particulièrement l'expression d'affections mentales (vols dans les grands magasins, fugues, crimes passionnels, perversions sexuelles, etc.).

L'étude psychiatrique à proprement parler fait l'objet de la quatrième partie qui est consacrée aux réactions médico-légales dans les divers état psychopathiques (obsessions, épilepsie, hystérie, paranoïa, manie, mélancolie, alcoolisme, toxicomanies). L'auteur ne craint pas de reconnaître que cet exposé ne peut conduire à des règles précises, concernant les décisions à proposer à la justice. Il estime qu'il s'agit le plus souvent de cas d'espèces dont l'appréciation est laissée au bon sens et à la compétence du médecin expérimenté.

Le lecteur trouvera néanmoins dans ces pages des indications suffisamment précises à la fois sur la nature des troubles psychopathiques et sur la capacité de contrôle des individus amenés par leurs actes devant la justice. Il ne sera pas inutile de faire remarquer qu'on trouvera dans cet ouvrage quelques développements concernant les notions de psychiatrie à caractère pratique, qui peuvent intéresser les personnes qui, à un titre quelconque, interviennent dans l'administration de la justice.

Formulaire. *Consultations médicales et chirurgicales*, par MM. G. LEMOINE, E. GÉRARD, LEULIER, H. VIGNES, AUGUSTE, avec la collaboration de MM. Ed. ANTOINE, BISSON, BOULANGER-PILET, F. BOURGEOIS, Ch. DAVID, A. ESCALIER, L. GIRARD, A. LAVENANT, B. J. LOGRE, R. MIÉGEVILLE, A. MONBRUN, J. PESCHER, R. RABUT, P. ROUFFIAC, F. ROUSSEAU, P. ARNOLD, P.-E. CASSAN, J. GUEN, L. SANDZER. Onzième édition (1932) entièrement remaniée. Un volume, relié peau souple, de 1.170 pages: 50 francs, franco de port. Société de publications scientifiques et médicales, 161, rue Saint-Jacques, Paris (5e).

En réalité, ce n'est pas une nouvelle édition de ce Formulaire *paru pour la première fois en* 1905, mais bien *un livre complètement nouveau*; tant il a été modifié aussi bien dans le fond que dans la forme. Il est nouveau par l'idée qui a présidé à sa conception ; il l'est aussi par la façon dont celle-ci a été exécutée.

La réflexothérapie sympathique, par le Docteur SCHOENGRUN. Éditions Robert Lajeunesse, 14, rue Brunel, Paris (17e).

Le Docteur SCHOENGRUN, après avoir rappelé les bases scientifiques de la réflexothérapie, indique quelles sont les affections justiciables de cette méthode.

ciemment épris de l'antithèse, comme un individu de la plus chétive apparence, et du maintien le plus humble, en regard de la corpulence des féodaux et de l'attitude dominatrice des ecclésiastiques de l'époque. Ayant flairé la participation, dans l'équipée, de son client sir John Ramorny, l'écuyer du prince, il avait jugé devoir s'employer, de son côté, à étouffer l'affaire. Se méprenant sur les motifs de l'attitude du gantier, peu confiant dans la vertu des femmes et dans la solidarité des nobles, fussent-ils de petite noblesse, avec les bourgeois, il s'était aventuré à prendre la parole en réponse à la harangue de l'un des plus excités parmi les assistants :

« Chut ! voisin, chut ! songez à ce que vous dites et à ce que vous faites, murmura une mince et maigre figure d'homme dont la personne microscopique semblait encore plus petite et plus insaisissable par les efforts qu'il faisait pour prendre un air d'humilité extrême, et pour paraître plus insignifiant encore que la nature ne l'avait fait. — Pardonnez-moi, dit ce personnage, je ne suis qu'un pauvre apothicaire ; néanmoins j'ai été élevé à Paris et j'ai fait mes humanités ainsi que mon *Cursus medendi*, aussi bien que ceux qui s'intitulent Docteurs-médecins. Il me semble que je puis panser cette blessure et la guérir avec des émollients : voici notre ami Simon Glover, qui est, comme vous le savez tous, un homme respectable. Croyez-vous qu'il ne serait pas le plus empressé de nous tous à punir une insulte, puisque l'honneur de sa famille y serait intéressé ? Et puisqu'il hésite à mettre en cause ces hommes querelleurs, considérez qu'il doit avoir quelque bonne raison, qu'il se soucie peu d'énoncer pour laisser dormir cette affaire. Ce n'est pas à moi de mettre le doigt sur l'ulcère ; mais hélas ! nous savons tous que les jeunes filles sont ce que j'appelle des essences volatiles. Supposez maintenant qu'une honnête fillette, je veux dire en toute innocence, laisse sa croisée ouverte le matin de la Saint-Valentin afin qu'un galant cavalier puisse, en toute honnêteté s'entend, devenir son Valentin pour l'année, et supposez le galant découvert, peut-elle faire autrement que de crier, comme si la visite était inattendue ? Eh ! eh ! broyez tout cela dans un mortier, et puis regardez ; le résultat sera-t-il qu'il faille mettre le trouble dans la ville ?

« L'apothicaire avait énoncé son avis de la manière la plus insinuante ; mais il sembla se rapetisser encore quand il vit le sang monter aux joues de Simon Glover et rougir, jusqu'aux tempes, la figure du terrible armurier. Ce dernier s'avança et lança un regard sombre à l'apothicaire épouvanté, puis il s'écria soudain : — Ah ! c'est toi, squelette ambulant ! toi pot de faïence asthmatique ! toi empoisonneur de profession ! Si je pensais que le misérable souffle qui te reste pût ternir, la dixième partie d'une minute, la bonne réputation de Catherine Glover, je te pilerais, charlatan, dans ton propre mortier, et je broierais ta maudite charogne avec de la fleur de soufre pour en faire un onguent bon à frotter les chiens galeux » ! (Traduction Henri Barré.)

Là-dessus, le gantier, le bailli et d'autres citoyens s'étaient interposés pour ramener le calme. Celui-ci obtenu, la délibération avait repris, et Dwining, rassuré par l'attitude des assistants, n'avait pas hésité à revenir à la charge, lorsque avait été mise aux voix la proposition d'en appeler à sir Patrick Charteris.

« Le prévost étant un noble lui-même avait repris l'apothicaire un peu remis de sa terreur par l'intervention du bailli.... Dieu sait que mon intention n'est pas de dépriser un honorable gentilhomme, dont les ancêtres ont occupé durant tant d'années la place qu'il occupe aujourd'hui. — Qu'il occupe par le choix libre des citoyens de Perth, interrompit Henri avec sa forte voix, — Oui, sûrement, dit le méticuleux orateur tout déconcerté,... par le choix des citoyens, et pourquoi non ? Je vous prie, ami Smith, de ne pas m'interrompre. Je parle à notre digne et vieux bailli Craigdallie, suivant mes propres moyens. Je disais ceci : advienne que pourra, ce sir Patrick Charteris est encore un noble, et les faucons n'arrachent pas les yeux aux faucons. Il peut bien nous soutenir dans une querelle avec les Highlands, et jouer le rôle de prévôt et de chef contre eux ; mais, quoiqu'il consente à intervenir contre le tartan et le drap de Frise des montagnards, croire que, portant lui-même un habit de soie, il veuille prendre notre parti contre un manteau brodé et un pourpoint galonné d'or, c'est une autre question. Ecoutez l'avis d'un ignorant : nous avons sauvé notre Jolie Fille, dont je n'ai jamais voulu dire de mal, puisque vraiment je n'en sais pas sur son compte ; mais ils ont perdu la main d'un homme grâce à Henry Smith. — Et à moi, ajouta le petit bonnetier. — Et à Olivier Proudfute, à ce qu'il nous assure, continua l'apothicaire, qui ne contestait les prétentions de personne, pourvu qu'il ne fût pas forcé lui-même de suivre le sentier périlleux de la gloire. Je dis, voisins, que puisqu'ils ont laissé une main en gage, ils ne reviendront plus dans Curfew-Street. A mon simple avis, nous ferions donc mieux de remercier notre vigoureux concitoyen, et, l'honneur revenant à la ville, le mal aux coupables, de tenir l'affaire secrète et de n'en plus parler. »

Quoique, dans le cas présent, et comme devait le démontrer la suite des événements, Dwining se trompât sur le compte de la « Jolie Fille de Perth » et du Prévost de la ville, et qu'il se méprit sur les motifs de la retenue du gantier, il se révèle déjà observateur sagace de la nature humaine, quoique trop porté à méconnaître ses côtés nobles et son potentiel d'altruisme. Et s'il est vrai que nous soyons volontiers disposés à juger les autres d'après nous, les termes de l'intervention de notre apothicaire nous permettent déjà de conclure que la générosité et la noblesse des sentiments, la bravoure physique (généralement liée à la vigueur musculaire), ne sont pas son fort.

Malgré l'impression réelle produite sur les assistants par les conseils pacifiques de Dwining, la réunion, à la suite d'une nouvelle intervention de l'armurier, décide d'aller trouver sir Patrick Charteris ; et, à son corps défendant, le médecin est requis comme « représentant de la cause de la paix et de la tranquillité » de faire partie de la Délégation choisie à cet effet.

Il ne joue d'ailleurs aucun rôle dans le colloque entre le Prévost, le Bailli, l'armurier, S. Glover, un bonnetier de la ville qui a ramassé la main coupée et a pris soin de l'apporter dans sa gibecière comme pièce à conviction ; et il ne tente pas de s'opposer à la décision prise de clouer, au pilori de la ville, la main coupée, avec un écriteau infamant pour l'amputé, dans l'espoir de la voir réclamer par son propriétaire ou quelqu'un de ses amis, et de découvrir ainsi les coupables.

Nous retrouvons notre médecin au chapitre VI, dans une ruelle détournée où il croise Henri Smith, accompagné d'une chanteuse française dont l'inconséquent Rothsay l'a chargé d'assurer la sûreté contre le ressentiment de Douglas, son beau-père, qui veut la faire fouetter par ses hommes d'armes, parce que, en sa présence, elle a reçu sur la bouche, à son corps défendant, un baiser du prince.

Il réapparaît, au chapitre IX, dans la chambre de l'écuyer de Rothsay, sir John Ramorny, auquel appartenait la main tranchée par le coutelas de Henri Smith, ramassée dans la bagarre par le bonnetier Olivier Proudfute, et clouée au pilori de la ville sur l'ordre du prévôt. Les propos qu'il échange avec le mutilé en disent trop long sur leur mentalité et leur moralité respectives pour être passés sous silence. Au blessé qui se lamente sur la perte irréparable de sa main, le médecin objecte en guise de consolation, que « si le coup eut aussi bien attrapé la tête comme on y visait, il l'eut détachée des épaules au lieu d'amputer un membre moins considérable.

« Je voudrais que cela fût, Dwining », répliqua le blessé.... « Je voudrais que le coup fût arrivé à sa destination. Je n'aurais pas alors vu une intrigue, ourdie avec tant d'art, traversée par la force brute d'un manant ivre. Je n'aurais pas vu des chevaux que je ne puis plus monter..., des lices où je ne puis plus courir..., des splendeurs que je ne puis plus avoir l'espérance de partager..., des batailles où je ne saurais combattre. Je ne serais pas, avec la passion d'un homme pour la puissance et les combats, destiné à prendre place parmi les femmes et méprisé par elles aussi comme un méprisable perclus, incapable de mériter leurs faveurs. — Je suppose que tout cela soit vrai, répondit Dwining en continuant de disposer un appareil. Je vous prierai pourtant, sire chevalier, de remarquer que vos yeux, lesquels auraient été perdus avec votre tête, peuvent encore vous offrir une aussi riche perspective de plaisir, que l'ambition, que la victoire dans la lice ou sur le champ de bataille, et que l'amour, même des femmes. — Mon esprit n'est pas assez pénétrant pour découvrir le sens de tes paroles, docteur, répliqua Ramorny ; quel est ce précieux spectacle à moi réservé après un tel naufrage ? — Le spectacle le plus cher au cœur de l'homme, répondit Dwining, et puis, du ton d'un amant qui prononce le nom de sa maîtresse et qui exprime son amour par le seul accent de la voix, il ajouta ce mot : « *La vengeance* ! »

« Le patient s'était mis sur son séant pour écouter plus attentivement la solution de l'énigme du docteur ; il se laissa retomber aussitôt ; et après un court moment de silence, il reprit en ces termes : — Dans quel collège chrétien avez-vous appris cette moralité, bon maître Dwining ? — Dans aucun collège chrétien, sire chevalier ; car bien que tacitement admise dans tous, pas un ne la professe ouvertement. Mais j'ai étudié parmi les sages de Grenade où le Maure, au cœur fier, élève son poignard lorsqu'il dégoutte encore du sang d'un ennemi et proclame cette doctrine que pratique le timide chrétien, bien qu'en

poltron véritable, il n'ose l'appeler par son vrai nom. — Tu as donc, vilain, plus d'élévation d'âme que je ne croyais, dit Ramorny. — C'est tout naturel répondit Dwining ; les eaux les plus tranquilles sont aussi les plus profondes, et *l'ennemi le plus à craindre est celui qui ne menace jamais avant de frapper*. Vous autres chevaliers et hommes d'armes, vous allez droit au but, l'épée à la main. Nous, pauvres clercs, nous avançons au petit pas, sans bruit, par une route détournée, mais nous n'arrivons pas moins sûrement à nos fins. — Et moi, dit le chevalier, moi qui courais à la vengeance avec un pied armé et retentissant, il me faut, à présent, chausser une pantoufle semblable à la tienne ? Ah !... *Celui qui manque de force doit recourir à l'adresse*. — Dis-moi sincèrement, docteur, pourquoi tu m'as donné cette leçon infernale. Dis-moi pourquoi tu voudrais m'entraîner plus loin ou plus vite dans ma vengeance, que je ne le désirais peut-être. Je suis un vieux routier dans les voies du monde, l'ami ; et je sais que des gens comme toi ne lâchent pas des paroles en vain, et ne recherchent pas la dangereuse confiance d'hommes tels que moi, sans l'espoir de faire réussir quelque projet pour leur compte. En quoi t'intéresse-t-il que, dans cette occurrence, je prenne la route pacifique ou la route sanglante ? — Pour parler sans détour, sire chevalier, quoique ce ne soit pas mon habitude, mon chemin pour arriver à la vengeance est le même que le vôtre. — Le même que le mien, pauvre homme, répéta Ramorny du ton d'une surprise dédaigneuse : je pensais aller trop haut pour que tu puisses élever tes idées jusque-là. Tu vises à la même vengeance que Ramorny ? — Oui, vraiment, car ce paysan d'armurier, qui vous a donné le coup fatal, m'a souvent fait à moi tort et injure. Il m'a dédaigné pour le conseil, méprisé pour l'action. Sa brutale et téméraire hardiesse est un reproche vivant de la subtilité dont m'a doué la nature. Je le crains et je le hais. — Et tu espères trouver en moi un actif coadjuteur ? dit Ramorny avec le même ton hautain ; mais apprends que cet artisan appartient à une classe trop basse pour m'être un objet de haine ou de crainte. Nous ne haïssons pas le reptile qui nous a piqué, quoique nous puissions l'arracher de notre blessure et l'écraser. Je connais le drôle depuis longtemps pour un vigoureux ferrailleur, et comme un prétendant aux faveurs d'une dédaigneuse créature dont la beauté nous avait aiguillonné dans notre sage et heureuse entreprise... Démons qui gouvernez le monde ici-bas ! par quelle malice avez-vous décidé que la main qui a croisé une lance avec la lance d'un prince serait coupée, comme une baguette de saule, par un rustre, et pendant le tumulte d'une querelle nocturne !.... Oui, docteur, jusque-là, nous faisons route ensemble, et je te prie de croire que j'écraserai ce misérable artisan. Mais ne pense pas me refuser ton concours, quand j'aurai accompli cette partie de ma vengeance, qui sera la plus facile et la moins longue. — Pas tout à fait si facile, dit l'apothicaire ; car si Votre Honneur veut m'en croire, il n'est ni aisé ni sûr d'avoir affaire à Henri. Il est le plus vigoureux, le plus hardi, le plus habile sur les armes de tous les hommes de Perth et des alentours. — Ne crains rien ; il aura un digne adversaire, eût-il la force de Samson. Mais entends-moi bien ! n'espère pas m'échapper à moins de devenir agent passif dans les événements qui suivront. Comprends bien ce que je vais te dire. Je n'ai pas étudié dans un collège de Maures, et n'ai pas un si vif appétit de vengeance que toi, mais pourtant j'en veux avoir ma part. Ecoute-moi, docteur, pendant que je suis en train d'ouvrir mon âme, mais garde-toi de me trahir ! car, si puissant que soit ton démon, le mien est plus puissant encore : Ecoute, le maître que j'ai servi dans ses vices et ses vertus, avec trop de zèle peut-être pour ma propre renommée, mais avec une fidélité inébranlable ; cet homme dont les folies insignes ont amené pour moi cette perte irréparable, cet homme va bientôt, à la prière d'un père tombé en enfance, me sacrifier, me retirer sa faveur, m'abandonner à la merci de l'hypocrite parent avec qui il espère conclure, à mes dépens, une réconciliation précaire. S'il persiste dans son ingrate résolution, tes Maures si féroces, quand leur teint serait noir comme l'enfer, rougiront de voir leur vengeance surpassée ! Néanmoins, je veux lui donner encore une chance pour conserver l'honneur et la vie, avant de déchaîner sur lui une fureur que rien ne saura modérer.... Ici doivent s'arrêter mes confidences... serre-moi la main en signe de pacte conclu... Ah ! serre-moi la main, ai-je dit ? Où est la main qui devrait être la garantie et l'assurance de la parole de Ramorny ! Elle est clouée au pilori public, ou jetée aux chiens sans maître, qui se battent maintenant à qui l'aura.... Comment donc, sire médecin, tu pâlis ! toi qui dis à la mort : recule ou avance, peux-tu trembler en y songeant, ou quand tu l'entends nommer ?... Je ne t'ai point parlé de récompense : quand on aime la vengeance pour elle même, on ne demande rien de plus... Pourtant si de vastes domaines et des sommes d'or peuvent augmenter ton zèle dans une juste cause, crois-moi, tu en auras à foison.... — Ces riches récompenses satisferont certains de mes humbles désirs, dit Dwining ; le pauvre, dans ce monde intrigant, est jeté comme un nain dans la foule et foulé aux pieds ; le riche et le puissant se lèvent comme des géants au-dessus de la presse, et sont à leur aise tandis que tout est tumulte autour d'eux. — Alors, tu t'élèveras au-dessus de la foule, docteur, aussi haut que l'or pourra te hisser. Cette bourse est pesante, elle ne contient pourtant que les arrhes de ta récompense. — Et ce Smith ! mon noble bienfaiteur... dit le chirurgien en mettant en poche la gratification, ce Henri du Wind.... La nouvelle de son châtiment n'apaiserait-elle pas la douleur de votre blessure mieux que le baume de la Mecque dont je l'ai arrosée ?.... Ceci est au-dessous des pensées de Ramorny ; et je n'ai pas plus de ressentiment contre lui que de mauvaise humeur contre l'arme insensible dont il m'a frappé ; mais il est juste de satisfaire la haine que tu ressens pour lui. Où le rencontre-t-on d'ordinaire ? — J'y ai déjà réfléchi ; l'attaquer en plein jour dans sa propre maison serait trop dangereux. Il y a cinq garçons qui travaillent avec lui à la forge, tous fort attachés à leur maître, et dont quatre sont de vigoureux gaillards. De nuit, la chose n'est guère plus faisable, car ses portes sont solidement fermées par des planches de chêne et des barres de fer ; et avant que l'on pût forcer la serrure, tout le voisinage serait accouru à son secours, surtout aujourd'hui que la ville est encore en émoi de l'événement de la veille de la Saint-Valentin. — Oh ! oui, cela est vrai, docteur, dit Ramorny, quoique l'imposture te soit naturelle même avec moi... Tu as reconnu ma main et mon anneau, dis-tu, quand on trouva ma main gisant dans la rue, comme le rebut dégoûtant d'une boucherie ?... Pourquoi, l'ayant reconnue, est-tu allé avec ces têtes folles de bourgeois consulter ce Patrick Charteris, pourquoi ensuite l'as-tu amené à Perth avec ces imbéciles pour déshonorer une main sans vie qu'il n'aurait pas été digne de toucher en temps de paix, et de combattre en temps de guerre. — Mon noble patron, dès que j'ai pu reconnaître que c'était vous qu'on avait mutilé, j'ai pressé les bourgeois de tout le pouvoir de mon éloquence, d'abandonner la poursuite de cette affaire ; mais Smith le rodomont et deux ou trois autres têtes chaudes ont crié vengeance. Votre Seigneurie doit savoir que ce pourfendeur s'institue le protecteur de la Jolie Fille de Perth ; il tenait donc à honneur de venger la querelle de son père ; mais je lui ai fait manquer le but où il visait, et c'est quelque chose quand on a soif de vengeance. — Que veux-tu dire ? — Votre Seigneurie doit savoir que ce Smith ne mène pas une conduite irréprochable, que c'est un libertin, ce qu'ils appellent un joyeux compère. Je l'ai moi-même rencontré le jour de la Saint-Valentin, un peu après la bataille des bourgeois contre les gens de Douglas. Oui, je l'ai rencontré, se faufilant par les ruelles, les passages, avec une chanteuse ambulante, tenant d'un bras le paquet et la viole, de l'autre la demoiselle elle-même. Qu'en pense Votre Seigneurie ? N'est-ce pas un hardi personnage de disputer à un prince l'amour de la plus Jolie Fille de Perth, de couper la main d'un chevalier et baron, et de se faire le chambellan d'une chanteuse vagabonde, tout cela dans l'espace de vingt-quatre heures ? — Ma foi, je lui en veux moins, puisqu'il a tant de l'humeur d'un gentilhomme, tout manant qu'il est ; je souhaiterais qu'il eût été rigoriste plutôt que licencieux, et j'aurais un meilleur cœur à t'aider dans la vengeance... et quelle vengeance ! Vengeance sur un misérable fabricant de mors et de chanfreins.... et pourtant elle doit être accomplie tout entière ; tu l'as déjà commencée, j'en suis sûr, par tes manœuvres. — Un peu ; j'ai eu soin seulement que deux ou trois des plus notables commères de Curfew-Street, qui n'aiment pas à entendre appeler Catherine, la Jolie Fille de Perth, apprissent cette histoire de son fidèle Valentin. Elles ont tellement donné dans le panneau, que pour ne pas laisser de doute sur cette aventure, elles auraient juré l'avoir vue de leurs yeux. L'amant vint chez le père une heure après et Votre Seigneurie peut imaginer quel accueil lui a fait le gantier en colère ; car la demoiselle n'a pas daigné le voir. Ainsi Votre Honneur voit que j'ai pris un avant-goût de ma vengeance. Mais j'espère m'en rassasier, grâce à Votre Seigneurie, avec qui j'ai formé une ligue fraternelle et... — Fraternelle ! dit le chevalier avec mépris, mais soit : les prêtres prétendent que nous sommes tous de la même boue. Je ne saurais expliquer... il me semble qu'il y a pourtant quelque différence. Néanmoins, la noble argile tiendra parole à l'argile commune, et tu auras satisfaction. Appelle mon page.

Un jeune homme qui se trouvait dans l'antichambre fut appelé par le médecin. — Eviot, dit le chevalier, Bonthron est-il là ? N'est-il pas ivre ? — Il est aussi calme que l'a pu faire le sommeil après de si copieuses libations, répondit le page. — Alors, fais-le venir ici, et ferme la porte.

Un pas pesant retentit alors, et un homme entra, dont la taille peu haute semblait compensée par la largeur des épaules et la vigueur des bras. — Voici quelqu'un qui te taillera de la besogne, Bonthron... Notre médecin te montrera l'individu. Prends tous les avantages de temps, de lieu, de circonstances, pour assurer le résultat ; et songe à faire de ton mieux, car l'individu est le hardi Smith du Wind. — La corvée sera dure, grogna le sicaire ; car si je manque mon coup, je puis me regarder comme un homme mort... — Suis les instructions de cet homme prudent, dit le blessé en montrant l'apothicaire... — Sors, jusqu'à ce que le médecin t'avertisse, et prépare tes armes.

Bonthron s'inclina et disparut. — Votre Seigneurie osera-t-elle charger une seule main d'une telle commission ? demanda l'apothicaire... — Un homme tel que Bonthron, qui sait choisir le temps et le lieu, vaut une vingtaine de débauchés en désordre... Appelle Eviot.


Révulsif Boudin
Liquide à base d'essence de crucifères sans cantharide ni croton
RÉVULSION INSTANTANÉE.
ACTION IMMÉDIATE.
S'APPLIQUE AU PINCEAU.
NE TACHE PAS.
N'ABIME PAS LA PEAU.
RAPIDE
PROPRE
ENERGIQUE
LABORATOIRES BOUDIN
9, AVENUE JEAN-JAURÈS
JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)

Tu vas d'abord exercer ton art de guérir ; et puis, tu iras à l'autre besogne, aidé par un homme qui rivalise avec toi pour le talent d'envoyer une mort soudaine et inattendue.

Le page Eviot entra de nouveau et, sur un signe de son maître, il aida l'apothicaire à lever l'appareil du bras blessé de sir John Ramorny. Dwining considéra le moignon non sans une espèce de satisfaction d'artiste, augmentée sans doute par le malin plaisir que son mauvais naturel trouvait dans la peine et la détresse de ses semblables. Les yeux du chevalier tombèrent justement sur ce hideux objet, et la douleur physique ou la souffrance morale lui arracha un gémissement qu'il aurait voulu retenir. — Vous gémissez, sire chevalier, dit le médecin de son ton de voix doux et insinuant, mais ayant sur les lèvres un sourire de joie mêlé de mépris, que sa dissimulation habituelle avait peine à cacher ; vous gémissez... mais consolez-vous : sous peu de jours vous pourrez vous lever et sortir, si vous suivez à la lettre les ordonnances du docteur. — Mais ma main... la perte de ma main.... — Cela peut rester secret quelque temps ; je suis parvenu à faire croire à deux ou trois imbéciles bavards que la main trouvée était celle de votre laquais Black Quentin ; et Votre Seigneurie sait que cet homme est parti pour le comté de Fife, dans un moment tout à fait propre à faire adopter ce conte généralement. — Je sais bien que cette histoire peut déguiser quelque temps la vérité ; mais à quoi servira ce bref délai ? — On peut cacher la chose jusqu'à ce que Votre Seigneurie trouve une occasion de s'éloigner pour un temps de la Cour ; et puis, lorsque de nouveaux événements auront obscurci le souvenir de l'esclandre, on pourra dire que c'est une blessure provenant d'un éclat de bombe, ou de la détente soudaine d'une arbalète. Dwining, votre esclave, inventera une défaite convenable et jurera que vous dites vrai. — Cette pensée me rend fou, s'écria Ramorny avec un nouveau gémissement ; pourtant, je ne vois pas d'autre remède. — Il n'y en a point d'autre. Cependant on vous croit retenu au logis par quelques meurtrissures, et surtout par le chagrin que vous cause le prince, en consentant à vous chasser de sa maison ; ce qui, à cette heure, est connu de tout le monde. — Vilain ! tu me railles !.... — En définitive Votre Seigneurie l'a échappé belle, et si ce n'était la perte d'une main, malheur sans remède, vous auriez plutôt à vous féliciter qu'à vous plaindre ; « car cet Henri Smith connaît son affaire ; son sabre frappe aussi sûrement là où il vise que son marteau en tombant sur l'enclume. Si un spadassin ordinaire eut appliqué ce coup fatal, il eut broyé l'os et haché les muscles, de sorte qu'aucun art mortel n'eût pu réparer le dégât ; mais l'entaille de Henri Smith est aussi nette que si j'avais fait l'amputation avec mon scalpel ; et certes nul chirurgien-barbier de France ou d'Angleterre n'eût exécuté plus habilement l'opération que ce rustre avec un coup si bien appliqué. — Je comprends combien je lui en suis obligé, dit Ramorny étouffant de rage et affectant cependant un air de calme ; et si Bonthron ne le paie point comme il faut, dis que John Ramorny ne sait pas s'acquitter d'une obligation. — Voilà une parole digne de vous, noble chevalier ; et permettez-moi d'ajouter que l'adresse de l'opérateur eût été vaine, que l'hémorragie aurait épuisé vos veines, sans les bandages, le cautère et les astringents appliqués d'abord par les bons moines, et sans les faibles services de votre humble vassal Henbane Dwining. — Paix ! s'écria le patient ; avec ta voix de mauvais augure, et ton nom de plus mauvaise augure encore !.... Il me semblait, à entendre tout ce détail, que mes nerfs se tiraient et se contractaient, comme s'ils eussent remué encore les doigts qui pouvaient saisir un poignard. — Avec le bon plaisir de Votre Seigneurie, c'est un phénomène bien connu dans notre profession. *Il y a eu, parmi les anciens sages, des hommes qui ont cru qu'il restait encore une sympathie entre les nerfs coupés et ceux du membre amputé, et que les doigts retranchés du poignet pouvaient encore remuer et frissonner, comme recevant l'impulsion par sympathie avec les sources du système vital. Si nous pouvions détacher la main de la croix, ou la reprendre à Douglas le Noir, je me ferais un plaisir d'observer cette merveilleuse opération des forces occultes.* Mais j'en ai peur ; on pourrait aussi sûrement aller arracher la proie aux serres d'un aigle affamé. — Et tu oses lancer tes plaisanteries malignes sur un lion blessé, sur John Ramorny ! s'écria le chevalier entrant dans une épouvantable colère. Scélérat ! fais ton devoir, et sache que, si ma main ne peut plus saisir un poignard, j'en puis faire dégaîner cent. — La vue d'un seul poignard dans la main d'un homme en colère suffirait pour épuiser les forces vitales de votre chirurgien, répartit Dwining. Mais qui donc, ajouta-t-il, d'un ton à la fois insinuant et moqueur, qui donc ensuite calmerait la douleur poignante que souffre à présent mon digne patron ?

« Alors, comme s'il n'eût osé plaisanter plus longtemps avec son dangereux malade, l'apothicaire se mit sérieusement à panser la blessure, et l'arrosa d'un baume odoriférant, dont le parfum se répandit dans tout l'appartement, tandis qu'il communiquait à la plaie une agréable fraîcheur, au lieu d'une chaleur brûlante. Le changement fut si doux pour le patient dévoré par la fièvre, qu'après avoir une minute auparavant gémi de souffrance, il ne put alors réprimer un soupir de satisfaction, en se laissant tomber sur son lit, pour jouir du repos occasionné par le pansement. — Votre Seigneurie connaît maintenant qui est son ami continua Dwining ; si, cédant à un accès de colère, vous eussiez dit : « Tuez cet indigne charlatan », où auriez-vous trouvé, entre les quatre mers de la Grande-Bretagne, un homme capable de vous procurer un tel soulagement ? — Oublie mes menaces, bon médecin, dit Ramorny et tâche de ne plus me fâcher. Un homme tel que moi ne peut souffrir qu'on le plaisante sur ses maux. Garde tes quolibets pour les misérables de l'hôpital.

Dwining n'osa plus rien dire ; il tira de sa poche une petite fiole, et versa quelques gouttes du contenu dans une petite coupe de vin mélangé d'eau. — Cette potion, dit-il, est préparée de façon à procurer un sommeil que rien ne peut troubler. — Combien de temps durera-t-il ? — La durée de l'opération est incertaine,... peut-être jusqu'au matin. — Peut-être toujours.... Sire médecin, goûtez sur le champ ce breuvage, autrement il ne mouillera point mes lèvres.

L'apothicaire obéit avec un sourire dédaigneux : — Je boirais le tout très volontiers ; mais le jus de cette gomme indienne endort l'homme bien portant tout comme le malade ; et l'exercice de mon art exige que je reste éveillé. — Je vous demande pardon, sire médecin, dit Ramorny les yeux baissés, comme honteux d'avoir manifesté un tel soupçon. — Il n'y a point de pardon à donner quand il n'y a point d'offense reçue, répondit le médecin : un insecte doit remercier le géant qui ne l'écrase pas. Néanmoins, noble chevalier, insectes et médecins ont leurs moyens de nuire. Que m'en eût-il coûté pour manipuler ce baume de telle sorte qu'il eût fait gangréner votre bras jusqu'à l'épaule et changé en virus le sang pur qui coule dans vos veines ? Qui m'aurait empêché d'employer des moyens encore plus subtils et d'arroser votre appartement d'essences au milieu desquelles la lumière de la vie scintille de plus en plus faible, jusqu'à ce qu'elle s'éteigne comme une torche à travers les vapeurs fétides d'un cachot souterrain ? Vous connaissez bien mal mon pouvoir, si vous ignorez que ces modes de destruction et de plus actifs encore, sont aux ordres de mon art. Mais un médecin ne tue pas le patient à la générosité duquel il doit ses moyens d'existence ; et un homme qui ne respire que dans l'espoir de la vengeance détruira moins encore l'allié dévoué qui doit l'aider à l'obtenir.... Maintenant adieu, sire chevalier ; et si vous ne pensez voir en moi un homme à conscience nette, avouez du moins que je possède et raison et jugement.

« Sur ces mots le médecin sortit ; sa démarche, ordinairement humble et gauche, avait quelque chose de plus hardi et de plus noble, comme s'il eut été enorgueilli de la victoire qu'il avait remportée sur son impétueux malade..... »

Comme on le voit, Dwining, dans les pages qui précèdent, laisse voir successivement : son amour de la vengeance, qu'il exerce sur Ramorny, à son insu ; sa réserve vis-à-vis des explications métaphysiques invoquées par l'amputé pour rendre compte de la prétendue sympathie entre les nerfs de sa main coupée et ceux de son bras auquel elle appartenait ; sa couardise déjà attestée par son attitude apeurée devant Smith ; son habileté professionnelle ; son empressement à s'aplatir devant les puissants de la terre, malgré la conscience qu'il a de sa supériorité mentale ; son recours à des hableries dignes de Paracelse, lorsqu'elles peuvent consolider son crédit.

(A suivre.)

Psychanalyse et exercice de la médecine. — Une très grosse question professionnelle est posée par les prétentions de ceux qu'on appelle les « analystes laïcs », qui, se recommandant de Freud lui-même, s'arrogent le droit de traiter des malades sans être pourvus du diplôme de docteur.

Les analystes laïcs prétendent qu'ils n'ont pas à s'inquiéter des lois sur l'exercice de la médecine, étant donné qu'ils n'emploient ni médicaments ni instruments, que la psychanalyse n'est pas une science médicale proprement dite, mais que ses applications s'étendent à l'éducation, à l'orientation professionnelle, à l'histoire, à la critique d'art, etc., et que les médecins ne sauraient mettre l'embargo sur tous ces domaines.

Le corps médical doit s'élever énergiquement contre cette atteinte souhaitée à son droit d'exercer.

(GENIL-PERRIN. *La psychanalyse en médecine légale. XVII[e] Congrès de Médecine légale de langue française.* mai 1932.)

Facteur héréditaire dans la leucémie. — LAUBRY et MARCHAL, en étudiant la leucémie des radiologistes, arrivent à la conclusion que les rayons X jouent un rôle prédisposant, mais que d'autres causes interviennent pour conditionner la leucémie infection, intoxication, émotions, prédisposition familiale.

(Ch. LAUBRY et G. MARCHAL. Sur un cas de leucémie chez un radiologiste. *Le sang*, 1932, n° 7, p. 780.)

REVUE GÉNÉRALE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1931-1932

(2e semestre 1931 et 1r semestre 1932)

(*suite*) [1]

par le Dr **Paul BOYER**
Médecin-assistant de Saint-Lazare et de la Maternité

MÉDICAMENTS CARDIO-VASCULAIRES

Digitaliques

Digitale

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. biol.*, 1932, CIX, 279) montre qu'alors que la dose de digitaline cristallisée de Nativelle est la même par voie veineuse et par voie œsophagienne, la dose mortelle de digoxine (glucoside de *Digitalis lanata*) est plus faible par voie veineuse que par voie œsophagienne (0,3 milligr. par kgr. par voie œsophagienne et 0,2 milligr. par kgr. par voie veineuse).

Bascourret (*La Médecine*, 1932, XIII, 221) étudie les indications et les résultats de la thérapeutique de la digitale à doses continues, cette thérapeutique à l'aide de 5 à 6 gouttes par jour avec une interruption de 24 heures tous les cinq-six jours présente de nombreux avantages chez certains cardiaques, et donne principalement à ceux-ci la possibilité d'un certain degré d'activité sociale non interrompue.

Mattéi et Grégory (*Soc. de Méd. de Marseille*, 13 avril 1932) rapportent l'observation d'une malade de 65 ans ayant ingéré accidentellement 170 gouttes de digitaline en quatre jours sans troubles graves.

Cymarine

Vaquez, Mouquin et Balapceanu (*Presse Méd.*, 1932, n° 40, 789) placent la cymarine entre la digitale et l'ouabaïne. Son action diurétique est surtout marquée dans les gros œdèmes. Elle agit aussi rapidement que l'ouabaïne et plus rapidement que la digitaline, mais les résultats sont éphémères, cessent en 24 heures ou 48 heures après la cessation du traitement. On peut avec avantage s'adresser à elle dans les insuffisances du cœur droit avec gros œdèmes et oligurie, surtout dans les cas où la digitale a perdu son activité thérapeutique. On a intérêt d'ailleurs, l'effet ayant été obtenu, à revenir à la digitale ou à la théobromine pour prolonger l'action de la cymarine. La cymarine est spécialement indiquée dans ces mêmes insuffisances quand le pouls a conservé sa régularité.

Dans l'insuffisance gauche, c'est à l'ouabaïne qu'il faut s'adresser quand les accidents ont une marche aiguë ; quand l'évolution affecte une tendance à la chronicité, la cymarine est peut être préférable, étant donné qu'on peut en continuer l'emploi pendant longtemps (sept à huit jours) et sans craindre d'intoxication à la dose de 1/2 milligr. par jour. Le recours simultané à la théobromine est très recommandable, la cymarine semble en exalter l'efficacité.

Adonis vernalis

Gaujoux, Kryjanowsky et Brahic (*Soc. Méd. de Marseillle*, 8 et 27 juin 1932) observent avec l'adonis une augmentation nette de la diurèse chez les cardio rénaux, une augmentation marquée des chlorures urinaires et une amélioration très notable de la constante d'Ambard.

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 44 du 29 octobre 1932.

Convallatoxine

Aubertin, Robert Lévy et Webster (*Paris Méd.*, 1932, XXII, 405) étudient l'action de la convallatoxine par voie veineuse dans l'insuffisance cardiaque, l'activité de ce glucoside est vingt fois supérieure à celle de la convallamarine. Les auteurs ont employé au début des ampoules dosées à 0 milligr. 143 soit 1/7e de milligr. et plus tard des doses supérieures, 1/4 de milligr. Les essais ont porté sur 30 malades atteints d'insuffisance cardiaque accentuée en séries de cinq à dix injections quotidiennes intraveineuses tantôt d'une, tantôt de deux ampoules à la fois, 250 injections ont été ainsi pratiquées sans incidents. En général à partir de la cinquième injection on constate des signes d'amélioration franche, augmentation de la diurèse, la durée des effets, évidemment variable suivant le type de la cardiopathie, paraît comparable à celle que l'on obtient avec la digitale et l'ouabaïne ; elle est particulièrement nette dans les cas d'insuffisance à type asystolie classique ; dans les défaillances myocardiques aiguës ou rapides, l'ouabaïne paraît avoir une action plus rapide. D'une façon générale la convallatoxine s'est montrée moins active que la digitaline ou que l'ouabaïne, au point de vue de son action elle se rapproche plus de la digitaline que de l'ouabaïne.

Coronilline

Maurin et Sermet (*Soc. Méd. Chir. et Pharm. de Toulouse*, déc. 1931) étudient la toxicité de la coronilline, glucoside retiré des coronilles, sur les grains de képhir, le cobaye et le poisson.

Laurier rose

Tanret (*Acad. Sc.*, 7 mars 1932) établit que la néricine des feuilles de laurier rose doit être classée parmi les glucosides cardiaques et est remarquable par son action sur le rythme du cœur et la diurèse.

Spartéine

Mercier et Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 1119) montrent qu'après injection d'une dose forte de spartéine chez le chien, l'action cardio-inhibitrice de l'acétylcholine est très fortement diminuée alors que l'action hypotensive de cette substance persiste.

Mercier et Raymond-Hamet (*Acad. Méd.*, 23 mars 1932) rappellent que si les cliniciens sont d'accord pour admettre l'efficacité de la spartéine, certains pharmacologistes la nient d'après des expériences, en particulier, de Duvillier, Combemale et Bulteau qui ont affirmé que si la spartéine était parfois hypotensive, c'était par l'intermédiaire d'un affaiblissement du cœur, la chute de pression artérielle n'étant pas due à une vaso-dilatation, puisque le volume du rein diminue. Les auteurs ont au contraire constaté que, sauf aux faibles concentrations, la spartéine a une action vaso-dilatatrice incontestable, mais les injections consécutives d'une même dose ont une action vaso-dilatatrice de plus en plus faible ; l'argument invoqué par Duvillier et ses collaborateurs contre la valeur de la spartéine en thérapeutique se trouve donc infirmé.

Mercier et Krijanowsky (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 92) constatent que, chez le chien chloralosé, le valérianate de spartéine, à doses fortes, exerce sur les convulsions caféiniques une action spasmolytique à la fois préventive et curative, aussi bien lorsqu'on l'introduit dans le canal rachidien que lorsqu'on l'injecte dans la circulation générale. Ces effets spasmolytiques sont le résultat de l'action paralysante, à la fois locale et générale, du valérianate de spartéine sur les fonctions motrices de la moelle.

Mercier et ses collaborateurs, Kryjanowsky, Balansard, Brahic et Sigat (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 90, et 1932, CX, 45 et *Soc. Méd. de Marseille*, 9 déc. 1931) mettent en évidence le pouvoir diurétique du camphosulfonate de spartéine tant chez l'animal que chez l'homme.

Hazard (*Acad. Sc.*, 4 janv. 1932) montre que la spartéine amplifie et prolonge l'action hypertensive de l'adrénaline en inhibant le vague cardiaque jusque dans ses terminai-

sons et en sensibilisant à l'action de l'adrénaline les terminaisons du sympathique cardiaque et vasculaire.

Le valérianate de spartéine est également pour les frères Mercier (*Bull. méd.*, 1931, XLV, 848) le médicament de choix des algies cardiaques et vasculaires (angor, pseudo-angor, palpitations douloureuses).

Gaujoux (*Bull. méd.*, 1931, XLV, 839) précise les indications et insiste sur les bons résultats donnés par le camphosulfonate de spartéine en thérapeutique cardiaque.

Remlinger et Bailly (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 674) montrent que la spartéine inoculée après le virus rabique n'exerce aucune action phylactique.

Camphre

Mlle Lévy et Beaune (*Bull. Sc. Pharm.*, 1932, XXXIX, 217) mettent en évidence une action antagoniste des sels de soude et de bases organiques des acides camphosulfoniques et camphocarboniques vis-à-vis de l'intoxication cardiaque provoquée par le KCl chez le cobaye et le chien, on observe une diminution de l'intensité des phénomènes cardiaques et un retard considérable de la fibrillation ventriculaire potassique.

Busquet et Jaurou (*Soc. Thér.*, 14 oct. 1931) insistent sur l'action modératrice du camphre sur les mouvements de l'intestin isolé du lapin. Chez l'homme en cas de diarrhée, à la dose de 0 gr. 25 par jour, le camphre calme en 24 à 48 heures les douleurs intestinales et supprime la fréquence des selles ; il faut utiliser une solution aqueuse sous forme d'eau camphrée (le camphre est soluble à 1/1000e environ) en ajoutant du sirop de menthe pour masquer le goût désagréable. Le camphosulfonate, par contre, n'exerce pas d'effet modérateur sur l'intestin expérimentalement et cliniquement.

Busquet et Vischniac (*Progrès méd.*, 1932, n° 11, 471), étudiant l'influence des conditions circulatoires sur la réaction locale de certains médicaments, montrent en particulier que si les injections sous-cutanées de camphosulfonate de soude et d'adrénaline seules ne sont pas escarrifiantes chez le lapin ; leur association détermine une escarre, car l'adrénaline constricteur local ralentit la vitesse d'absorption du camphosulfonate. Au contraire le sulfate de berbérine qui injecté seul est un irritant et détermine chez l'animal une escarre, ne détermine en général pas d'escarre quand il est associé à la novocaïne vaso-dilatatrice qui accélère sa vitesse de résorption.

Scille

Francfort (*Soc. Méd. de Nancy*, 25 nov. 1931) constate que le scillarène améliore généralement la constante d'Ambard, en faisant baisser l'urée sanguine et en augmentant l'élimination azotée par l'urine. Son emploi doit être rejeté chez les malades dont les reins sont stabilisés et fonctionnent depuis longtemps au maximum de la concentration uréique.

Caféine

Mme Lapicque et Vahl (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 1136) montrent que l'action de la caféine sur la chronaxie motrice n'apparaît nettement que quand la moelle est libérée de l'action du thalamus. Dans ce cas la caféine agit à la façon du thalamus pour maintenir la chronaxie de subordination qui disparaît sur l'animal non caféiné. A ce point de vue, un animal caféiné, dont le cerveau, les lobes optiques et le bulbe sont enlevés, mais dont la moelle est intacte, est tout à fait comparable à l'animal possédant tous ces centres supérieurs à l'état d'activité. Chez l'animal caféiné, par contre, pas de changements appréciables dans la chronaxie sensitive qui reste en général la même chez la grenouille thalamique et chez l'animal intact.

Vahl (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 277) a observé une diminution considérable par la caféine du temps de sommation du réflexe médullaire chez la grenouille spinale et thalamique.

Catuabine

Raymond-Hamet et Mercier (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 1077) constatent que chez le cobaye l'extrait de Catuaba et la catuabine déterminent tout d'abord des secousses convulsives des pattes, puis une paralysie et une anesthésie complète avec rétablissement le lendemain le plus souvent. Chez le chien, par voie veineuse, la catuabine ralentit le rythme respiratoire jusqu'à l'apnée et abaisse la pression carotidienne.

Hydrastinine

Mercier et Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 891) étudient l'action respiratoire de l'hydrastinine.

Quinidine

Dumas et Austett (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 19 avril 1932) et Padilla et Cossio (*Arch. Mal. Cœur*, 1931, XXIV, 401) préconisent les injections intraveineuses de quinidine dans certains cas d'arythmie cardiaque.

Calcium

Villard (*Paris méd.* 1932, XXII, 523) insiste sur l'action tonicardiaque du chlorure de calcium qui renforce l'action des tonicardiaques habituels.

Analgésiques cardiaques

Marchal (*Progrès méd.*, 1932, n° 14, 601) passe en revue les principaux médicaments utiles dans la thérapeutique du cœur douloureux, des palpitations et des extrasystoles.

Cholalate de soude, hypotenseur

Carrière et Gérard (*Gaz. Hôp.*, 1932, CV, 831) pratiquent chez les hypertendus avec de bons résultats sans avoir jamais eu le moindre incident des injections de 5 à 10 cgr. d'abord quotidiennes, puis trihebdomadaires, de cholalate de soude

Rhodanate de potassium

Benichou (*Paris méd.*, 1931, XXI, 35) et Clapier (*Paris méd.* 1932, XXII, 463) ont obtenu de bons effets par l'ingestion de rhodanate de potassium dans le traitement de l'hypertension et de l'artériosclérose.

Benichou (*J. des Prat.*, 1931, XLIV, 630) recommande également le rhodanate de K dans le rhumatisme chronique.

Iode

Lian, Blondel et Racine (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 6 nov. 1931) ont obtenu de bons résultats dans l'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle par les injections intraveineuses iodées intensives et par les injections sous-cutanées d'acide carbonique.

Citrate de soude

Rosenthal (*Soc. Thér.*, 18 nov. 1931 et *Soc. Méd. de Paris*, 26 déc. 1931) réhabilite le citrate de soude intraveineux dans les transfusions sanguines.

Hirudine

Dimitriu et Somnea (*Presse méd.* 1931, n° 74, 1359) préconisent l'hirudine dans les phlébites et les septicémies.

Carotène

Binet et Strumza (*Presse méd.*, 1932, n° 3, 41) montrent que chez les chiens anémiés l'administration de carotène par voie digestive facilite singulièrement la rénovation sanguine.

Chlorophylle

Edelmann (*Bull. méd.*, 1931, XLV, 651), préconise la chlorophylle dans les anémies, les troubles de la croissance et les hypotensions essentielles, par suite de son action hématopoïétique, cardiotonique et vasoconstrictrice.

Phénylhydrazine

Fiessinger et Lacour (*Soc. fr. d'Hémat.*, 2 déc. 1931 et 3 février 1932) insistent sur les dangers de la phénylhydra-

zine, poison du sang et poison hépato et néphrotoxique ; pour Vaquez (*Soc. fr. d'Hématol.*, 3 févr. 1932) et Vaquez et Mouquin (*Ibid.*, 2 mars 1932), si les doses maniables de la phénylhydrazine sont peu étendues, ce n'est pas une raison pour cela pour la proscrire, il faut dans son emploi observer des règles précises et suivre le traitement le microscope en main.

Benzol

P.-Emile Weil (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 5 février 1932) rapporte un cas de leucémie benzolique.

Nitrate d'ammonium

Pasteur-Vallery-Radot et Gilbrin (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 6 mai 1932) insiste sur les bons effets que peuvent produire parfois les doses élevées (8 à 12 gr. par jour) de nitrate d'ammonium dans les œdèmes cardiaques rebelles aux autres thérapeutiques. (*A suivre*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 octobre 1932

Endocardite ulcéreuse et thrombosante cause réelle de gangrène cutanée isolée et récidivante. — ***MM. Maurice Renaud*** et ***Bordes*** rappellent qu'ils ont montré le 6 mai dernier à la Société une malade qui présentait sur les jambes et les cuisses d'immenses placards de gangrène tout noirs et secs et dont l'état général était pourtant si satisfaisant que la lésion paraissait être toute locale.

Après avoir discuté le problème à la vérité difficile de l'étiologie de tels accidents, les auteurs avaient conclu qu'ils devaient être secondaires à une endocardite ulcéreuse et thrombosante. Leur opinion toutefois avait été loin d'être partagée.

Or, quelques mois plus tard et quand tout semblait entrer dans l'ordre réapparurent de nouvelles plaques de sphacèle, accompagnées cette fois par un état infectieux dont la sévérité fit, dès qu'il apparu, porter un sombre pronostic et la malade succomba au mois d'août par toxi-infection.

L'autopsie montra des lésions infectieuses disséminées, notamment une méningite diffuse séro-purulente, des lésions inflammatoires étendues du poumon avec gangrène et enfin sur la mitrale ainsi qu'il avait été prévu des lésions importantes d'endocardite avec ulcération et thrombose.

Les auteurs mettent en relief l'importance d'une telle observation où apparaît à l'évidence le caractère insidieux de ces endocardites qui ne guérissent que rarement d'une façon complète, qui ont si souvent uue physionomie bien plus estompée que ne fait croire leur appellation d'endocardite maligne où l'absence de signes cardiaques est la règle et qui sont pourtant si fréquentes qu'on ne pense jamais assez souvent à elles.

Etude des bilans calciques au cours de diverses affections. — ***M. Langeron*** (Lille).

Radiographie vingt ans après pneumothorax artificiel pour tuberculose chez une malade guérie. — ***M. H. Dufour*** montre la radiographie des poumons d'une tuberculeuse guérie à la suite d'un pneumothorax artificiel remontant à vingt ans. Il s'agissait d'une lobite du sommet gauche, fondante, avec 39° de température. Cette malade reçut dix-neuf insufflations en dix mois de temps : très rapidement l'état pulmonaire s'améliora. Il y eut une association tuberculeuse exceptionnelle sous forme d'un abcès tuberculeux du sein gauche qui suppura par intervalles pendant neuf années.

En 1924, apparition d'un nouvel abcès de même nature au niveau du sein droit : sa guérison fut obtenue en trois mois.

Le mari de la malade est mort de tuberculose en 1920.

Le fils bien portant, âgé de 30 ans est cependant porteur d'adénite cervicale dont un ganglion a suppuré.

La malade âgée actuellement de 54 ans. est cliniquement guérie et en si bon état qu'elle paraît actuellement n'avoir que 40 ans.

La radiographie faite récemment montre une attraction du cœur et du médiastin dans l'hémithorax gauche, atrophié, et une légère scoliose dorsale à convexité droite. Dans une zone triangulaire à base externe, le sommet du poumon gauche est obscurci avec des tractus et des parties sombres, et d'autres claires et arrondies : l'image radiographique n'est pas lavée.

L'auteur pense qu'il ne faut pas attacher une importance absolue dans le critérium de guérison du lavage des radiographies.

La suppression des autres signes cliniques et des bacilles conserve toute sa valeur.

Poids du sang. Tension artérielle. — ***M. H. Dufour*** rappelle que la viscosité du sang a fait l'objet de travaux importants (Martinet) mais la viscosité du sang et son poids (ou si l'on préfère sa densité) sont deux qualités physiques très différentes ; de deux liquides à volume égal l'un peut être plus lourd, l'autre plus visqueux. Le poids du sang n'a pas suffisamment retenu l'attention des médecins et cependant la pesée du sang dénommée densité par comparaison avec celle de l'eau distillée à 4° permet d'éclairer bien des problèmes relatifs à la tension artérielle.

Maladie rhumatismale et maladies infectieuses. — ***M. H. Grenet*** discute la nature des manifestations articulaires qui surviennent au cours ou dans la convalescence des diverses maladies infectieuses, et principalement de la scarlatine. Ne s'agit-il pas dans certains cas d'un rhumatisme vrai et non pas d'un pseudo-rhumatisme ?

Trousseau distinguait déjà des formes différentes dans le rhumatisme scarlatin. Plus récemment, Gallavardin a soutenu que le rhumatisme scarlatin n'est pas un pseudo-rhumatisme infectieux, mais du rhumatisme articulaire aigu.

Quatre observations permettent de poser de nouveau la question : 1° *scarlatine*, 24 jours après défervescence, angine rouge, suivie au bout de huit jours de rhumatisme, puis d'endocardite mitrale ; 2° *scarlatine* chez un ancien rhumatisant ; une semaine après la défervescence, fièvre, puis angine et endopéricardite ; 3° *scarlatine*, persistance d'une température élevée le dixième jour ; arthrite des deux poignets, endocardite mitrale, bradycardie ; 4° *fièvre typhoïde* ; rechute, puis nouvelle période de fièvre irrégulière ; pâleur extrême, tachy-arythmie, souffle systolique mitral, frottement péricardique, bruit de galop, quelques arthralgies ; action immédiate du salicylate de soude.

Dans ces observations, s'il n'y avait la notion d'une scarlatine ou d'une fièvre typhoïde, on n'hésiterait pas à parler du rhumatisme vrai. Gallavardin invoque en faveur de la nature rhumatismale de cas semblables la fréquence extrême de l'endocardite au cours du rhumatisme scarlatin, la possibilité de rechutes rhumatismales à la suite d'une première atteinte de rhumatisme scarlatin, l'apparition possible d'une chorée dans la convalescence, le développement du rhumatisme scarlatin chez un ancien rhumatisant. Tous ces arguments sont valables et il faut ajouter, avec lui, l'action du salicylate de soude, dont on a voulu nier la spécificité : il n'y a pourtant que dans la maladie rhumatismale que ce médicament exerce, outre son pouvoir analgésique et antithermique habituel une action d'arrêt sur l'évolution de tous les phénomènes morbides.

Il faut d'ailleurs reconnaître que, à côté du rhumatisme vrai, le pseudo-rhumatisme est fréquent au cours des maladies infectieuses ; mais il comporte des caractères différents.

Comment interpréter ces faits ? On s'en tient à des hypothèses dans lesquelles on peut faire intervenir les phénomènes d'allergie ou le virus de sortie.

MM. Milian, Cathala sans nier l'existence du rhumatisme vrai au cours de la scarlatine ne croient pas que les manifestations articulaires de la maladie de Bouillaud soient rattachables au rhumatisme.

MM. Hallé et ***Comby*** rappellent en faveur de cette opinion l'absence d'efficacite du salicylate de soude dans les pseudo-rhumatismes.

M. Laubry se demande si l'on n'a pas soupçonné certaines maladies de donner des lésions valvulaires tout simplement parce que le rhumatisme peut s'associer à elles (gonococcie, rougeole).

Martelage de la paroi du ventre et plessimétrie. — ***M. Hayem***,

Présentation de pièces d'une endocardite maligne torpide exteriorisée longtemps par de seules gangrènes cutanées. — ***MM. Maurice Renaud*** et ***Bordes***.

A propos du procès-verbal. — ***M. Sézary*** insiste sur les erreurs que peut faire commettre un traitement antisyphilitique d'épreuve en cas de tumeur cérébrale. Il peut entraîner une amélioration toute symptomatique et momentanée.

Michelle VALENTIN-ZAGDOUN.

TRIBUNE LIBRE

Lieu de Genève

APPEL A S. S. PIE XI en faveur du « Lieu de Genève »

. . . .

Aussi bien ne pussè-je me prévaloir d'une hérédité catholique qui se perd dans la nuit des âges, je ne m'adresserais pas moins au successeur de Pierre.

Car si je ne puis me recommander auprès de Toi de la soumission à des croyances que je n'ai pas ou, du moins, que je n'ai plus, la raison m'indique que quiconque est de bonne volonté, n'apporte dans son dessein d'autre désir que d'être bienfaisant, doit trouver ton audience, fût-il agnostique, infidèle, hérétique, fût-il d'une Foi autre que celle de l'Eglise Catholique Romaine.

Car qui plus que le Souverain Pontife de cette Eglise est capable d'enseigner et d'imposer à la multitude des Chrétiens répandus dans tous les pays civilisés et dans nombre d'autres, le respect de principes qui sont dans l'essence même du Christianisme ? Quelle voix plus forte, plus impérieuse que celle du Pape, successeur de Papes qui, à de certaines époques ont sauvé la civilisation, quelle voix plus écoutée, quelle âme plus vénérée pourraient, peuvent arracher des renoncements à la haine ?

Ce sont ces renoncements à la haine qu'en qualité de *plaignant* et en qualité de *suppliant*, je te demande à Toi, Pierre, premier serviteur du Christ d'ordonner aux fidèles et d'obtenir des autres hommes.

En qualité de plaignant car ces renoncements à la haine, jamais, au cours des cinquante et un mois et demi que dura la dernière guerre, je n'ai constaté qu'ils fussent l'objet d'une obligation ou même d'une simple recommandation.

Que le prêtre soit animé de la même ardeur patriotique que ses compatriotes, ce n'est que chose naturelle. Et il est inévitable encore qu'il partage leurs erreurs, leurs préjugés à l'encontre de l'ennemi, voire leur haine de l'*organisme* ennemi lequel ne manque pas, ne manquera jamais d'être cru ou dit par eux responsable de la guerre.

Mais le cœur du prêtre comme celui du juste doit s'exonérer de la haine contre les individus, contre des hommes qui simples artisans au service de l'organisme ennemi, de l'entité ennemie, ne sont que des serviteurs dont la conduite témoigne souvent des plus belles qualités : la bravoure, la fidélité, le dévouement poussé jusqu'au sacrifice de l'existence.

Le départ entre ce que réclament du soldat contre l'ennemi, entre ce qu'avec justesse ou par erreur sincère ordonnent au soldat contre l'ennemi ceux qui ont la charge de l'intérêt national, le départ entre la nécessité de tuer et le devoir de refréner la cruauté, surtout lorsque cette cruauté n'est que sadisme dépourvu quant au dessein militaire de la moindre utilité, ce départ non seulement je ne l'ai pas entendu une seule fois révéler aux simples, mais pas une seule fois je ne l'ai entendu préciser et imposer aux chefs.

Qu'au cours des conseils de la direction de conscience ou dans le secret du confessionnal, des prêtres aient enjoint aux ouailles de conserver la propreté morale de ne point ravaler en eux l'homme au-dessous de la bête — puisqu'en général celle-ci ne tue que pour satisfaire ses besoins — je le voudrais croire, je le veux croire.

Mais combien plus efficace, combien plus efficacement protectrice eût été la haute parole qui transmise aux foules de combattants du haut des chaires eût rappelé à tous, aux incroyants auxquels elle serait indirectement parvenue et à

tous les fidèles des règles dont l'observance eût préservé du supplice quantité de victimes, eût sauvé du remords et de l'exécration d'eux-mêmes ceux qui furent leurs bourreaux.

Contraint de tuer, incessamment menacé par la mort, soumis à de dures privations, écrasé de fatigue, le guerrier est guetté par la cruauté comme la souris par le chat.

L'excuse principale du guerrier, c'est que nul ne l'a prémuni, que nul ne lui a appris que l'accès de cruauté surgit et terrasse comme la foudre, qu'il vient subitement, s'empare d'un seul coup du vainqueur au contact des vaincus, qu'étouffant en lui tout sentiment humain, il s'exaspère à la vue du sang, au spectacle de la douleur, s'enrage jusqu'à la folie de la rancune procurée par la résistance des obstacles péniblement surmontés.

Cette cruauté qui est en l'homme, qui du moins est en beaucoup d'hommes *et que la plupart ne savent pas en eux* nul n'a prévenu le soldat qu'elle pourrait l'embraser subitement, nul ne l'a averti comme on avertit des dangers de l'alcool l'enfant ignorant la force de l'alcool, nul n'a contre la cruauté donné à l'homme l'enseignement *qui l'éclairant sur sa propre nature* l'eût éventuellement sauvé de lui-même en installant en lui des forces de résistance contre un mal dégradant qui n'attend que l'occasion pour le charger d'infamie.

Eclairer, prémunir voilà qui déjà lors des conquêtes coloniales ou dans le décours des années passées au milieu d'humanités exotiques eût gardé, garderait des Européens de se ravaler au-dessous des sauvages qu'ils maîtrisent (1).

Eclairer, prémunir voilà qui lors des batailles et encore plus après les batailles eût retenu, retiendrait des Chrétiens de traiter des Chrétiens comme on ne doit pas traiter des bêtes féroces.

Volontairement ignorant des causes de la guerre, ne penchant ni pour les uns ni pour les autres, demeurant exclusivement dans le plan moral, l'enseignement nécessaire donné *dès* le temps de paix, *incessamment* répété dans les deux camps durant la guerre eût empêché, empêcherait quantité d'horreurs, eût empêché de s'allumer quantité de haines dont on ne peut malheureusement pas dire qu'elles sont injustifiées.

Si, contre ma conviction, un tel enseignement fut donné de 1914 à 1919, du moins est-il indéniable que sa transmission du haut des chaires subit d'incroyables éclipses puisque je ne l'ai jamais entendu (1) cet enseignement de la bouche des prêtres catholiques romains — non plus d'ailleurs que de celle de ministres des autres cultes.

C'est à cause du manque de cet enseignement ou, s'il fut donné, de l'étendue inconcevable des lacunes dans sa transmission du haut des chaires que je me présente *en plaignant* devant Toi.

Pour qu'à l'avenir ceux qui ont charge d'âmes se préoccupent *dès* la paix et *incessamment* au cours des guerres d'élever et de consolider des barrières contre ces hontes qui s'appellent *le maltraitement des vaincus, la mutilation et l'extermination des femmes, des enfants des vieillards, des innocents, des non-combattants, le viol...*

Et je m'adresse aussi à Toi *en suppliant*, convaincu, que c'est pendant les périodes de paix qu'il peut être fait au mieux, qu'il peut être fait le plus utilement pour restrein-

(1) Préserverait du même coup, des conséquences lointaines mais inévitables de ces forfaits, des mères-patries qui, insoucieuses du contrôle, des sanctions et de la justice nécessaires, ne se gardent même pas parfois de vouer à l'admiration des masses ignorantes des assassins et des tortionnaires que nous sommes exposés à rencontrer respectés, vénérés, adulés dans la Société la plus exigeante.

(1) Il n'est pas indifférent de consigner que j'ai passé toute la durée de la guerre dans les lignes, que je n'ai jamais cessé d'avoir — dans le temporel — des prêtres sous mes ordres (parfois plus de vingt-cinq dans le même temps) et que dans une division constamment ballottée d'un bout à l'autre du front de France, il eût été impossible d'ignorer d'importantes directives morales données dans quelqu'un des très nombreux commandements auxquels nous lièrent voisinage, nécessités de service ou subordination.

dre dans toute la limite du possible ce que toute guerre (*nationale* ou *civile*) toute conquête (*coloniale* ou *autre*) comporte inévitablement de barbarie.

Qu'au moins puisque rien ne permet d'assurer que les hommes renonceront à combattre leurs ennemis extérieurs ou à se combattre eux-mêmes à l'intérieur d'un même pays, qu'au moins puisque au contraire, pour différentes raisons et parce que la population de bien des régions ne cessant de s'accroître le danger menace de plus en plus, qu'au moins puisque l'Histoire, l'observation ne permettent pas de certifier abolie à jamais l'ère des conflits armés, qu'au moins s'exerce *l'autorité morale* pour restreindre la sauvagerie, pour nous ramener à tout le moins aux temps où les faibles, les innocents étaient épargnés.

Ceci n'intéresse guère les hommes d'Etat.

Eux, les hommes d'Etat, ne voient pas au delà de la brève durée du pouvoir fragile qui leur est dévolu, n'ont d'autre souci que de prolonger autant qu'ils le peuvent cette durée.

Quelques-uns par débilité intellectuelle, la plupart par désir exaspéré de conserver la popularité dont ils vivent ne songent, *contre l'intérêt du Peuple, qu'à flatter le Peuple,* le berçant de l'espoir d'une paix éternelle, espoir qu'ils savent mensonger, contredit par les faits de tout le passé et, semble-t-il, contraire aux lois qui dérivent pour la créature de l'harmonie de l'univers.

La légèreté de certains d'entre eux ne s'embarrasse pas d'expérience et de méditation. Et c'est à l'étourderie de quelques-uns de ceux-ci que l'on doit l'exécrable formule: *la guerre ne peut pas être humanisée*, propos abominable qui, séparé de contexte et pris à la lettre par les masses auxquelles il fut jeté sera, avant d'en être l'excuse, l'encouragement aux plus abjectes atrocités.

Non seulement l'action de tous ces gens n'apporte pas de soulagement à la condition humaine, mais dans la pratique leur verbiage se solde par un accroissement continu et formidable de la puissance des procédés destructifs, tant offensifs que défensifs, sans qu'aucun d'eux se soucie le moins du monde d'obtenir de conventions bilatérales ou internationales *un développement parallèle des mesures de sauvegarde des non-combattants.*

C'est une de ces mesures de sauvegarde que, dans l'attitude du suppliant, je crois de mon devoir de présenter non seulement à Ton cœur, mais à Ton esprit de justice et à Ta prévoyance.

Agréé déjà par plus d'un millier d'honnêtes gens de nationalités diverses et de toutes conditions sociales, le projet est d'une simplicité telle que quelques lignes suffisent pour l'exposer :

> Etendre aux mères avec leurs nourrissons, aux femmes gravides, aux enfants en bas-âge, aux vieillards impotents, aux infirmes... bref à tous ceux que la pratique médicale aussi bien que l'usage assimilent aux malades, les immunités conférées par la Croix-Rouge aux blessés.
>
> Etendre aux formations, ainsi qu'aux *lieux de Genève* c'est-à-dire aux endroits, lieux, villes ou zones (1) ayant, par l'effet d'accords, entre belligérants, recueilli sur leur demande les personnes, appartenant aux catégories précitées de non-combattants, les immunités conférées par la Croix-Rouge aux formations sanitaires.

Qu'ajouter à une proposition qui se défend par elle-même au regard de tout esprit lucide et sain ?

Ceci :

Ne dût-il plus y avoir qu'une seule guerre (nationale ou

(1) Placés durant les guerres (nationales ou civiles) sous le contrôle de Commissaires neutres agréés par les deux partis.

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes.

civile) *en quelque région du monde civilisé, si* le lieu de Genève *existe des mères et des enfants seront sauvés qui ne le seront pas si* le lieu de Genève *n'existe pas.*

Ceci encore :

Retarder l'essor du lieu de Genève *c'est éventuellement condamner à mort des mères et des enfants.*

Ceci enfin qui des profondeurs de l'obscurité m'a décidé à faire appel non seulement à la plus lumineuse, à la plus éclatante mais encore à la plus pure, à la plus haute des autorités morales :

Le Lieu de Genève *sera — et sera tôt — si, le recommandant aux fidèles, le Saint-Père décide qu'il doit être.*

Il est superflu, presque déplacé — tant la chose est naturelle — de terminer cette supplique en témoignant au successeur de Pierre, la profondeur infinie de mon respect.

Rassay, 28 août 1932.

Général G. SAINT-PAUL (G. ESPÉ DE METZ),
Médecin général,
Commandeur de la Légion d'Honneur.
Croix de guerre,
Trois blessures au feu en relevant des blessés.

(*Reproduction et traduction autorisées sous réserve d'indiquer l'origine* : Progrès Médical *nº* 45, *du* 5 *novembre* 1932.)

Echos et Glanures

Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Un médecin cicérone de Chateaubriand. — M. F. Bouchardy, dans la *Revue d'histoire littéraire de la France* (avril-juin 1932) signale un texte peu connu sur Chateaubriand, celui où le chevalier de Carro, docteur en médecine, raconte sa rencontre à Carlsbad avec l'auteur des *Mémoires d'outre-tombe.*

Ce Jean de Carro était né à Genève le 8 août 1770, et il avait fait ses études médicales à Edimburg, où il fut reçu docteur en 1793. Deux ans après, il alla se fixer à Vienne et l'année suivante, 1796, il était reçu membre de la faculté de médecine de cette capitale. Il y pratiqua la médecine pendant trente ans ; puis, en 1826, il se retira à Prague, d'où il allait passer la saison des eaux à Carlsbad.

Ce fut un médecin célèbre de son temps dont le nom doit rester pour l'enthousiasme avec lequel il accepta la découverte de Jenner dont il se fit un utile propagateur. On lui en doit l'introduction en Turquie et jusque dans l'Extrême-Orient à la suite de l'envoi qu'il avait fait, à Constantinople, en 1800, et plus tard à Bagdad, de virus vaccin parfaitement conservé, grâce aux minutieuses précautions qu'il avait prises. C'est ce vaccin envoyé à Bagdad, qui, par transmissions successives, arriva dans l'Inde et dans l'île de Ceylan où, au mois de mars 1803, on comptait plus de dix mille sujets vaccinés.

Au cours de ses séjours à Carlsbad, pendant treize années, Carro publia un *Almanach de Carlsbad* où il notait les événements intéressant la station, les séjours faits par des hôtes de marque. A la fin de sa vie (il mourut en 1857) il publia un volume de *Mémoires* où l'on trouve quelques pages sur Mme de Stael et ce passage sur Chateaubriand que reproduit M. F. Bouchardy :

La plus intéressante rencontre que m'ait offert (*sic*) Carlsbad, dans le courant des vingt-neuf années que j'y ai passées, fut incontestablement celle de M. le vicomte de Chateaubriand, venu ici, au mois de mai 1833, pour avoir une entrevue avec S. A. R. Madame la duchesse d'Angoulême ; ayant eu l'honneur d'être son *cicerone* auprès de chacune de nos ondines, ce fut en présence du *furieux et débonnaire Sprudel*, que je lui expliquai l'origine thermale du nom *Bourbons.* J'appris donc au chaleureux ami de ces princes proscrits que les anciens Gaulois avaient une déesse des Thermes, nommée *Vorvonne* ; qu'on avait trouvé à *Bourbonne*-les-Bains une inscription votive, dans laquelle le romain C. Jatinius rendait grâce à la déesse *Vorvonne* de la guérison de sa fille Cocilie par l'usage des eaux ; que des statuettes et des urnes avaient été trouvées dans l'endroit, qui confirment sans réhplique que *Vorvonne* était la déesse des thermes de la Gaule : *Boubonne*-les-Bains s'écrivait

jadis *Borbonne*, *Vervonne* ou *Vorvonne*, qui veut dire en langue celtique *chaude-fontaine*, de *vero*, chaud, et *von*, fontaine. Telle est l'origine des trois villes de France, *Bourbonne*-les-Bains, *Bourbon*-l'Archambault, *Bourbo*.-Lancy ; par conséquent celle du nom de la maison royale de *Bourbon*.

A ma grande surprise cette éthymologie, quoique exactement racontée dans le *Précis sur les eaux minérales* les plus usitées, pa: Alibert, médecin de Louis XVIII et de Charles X, était aussi inconnue au savant Chateaubriand qu'à Madame la duchesse d'Angoulême.

En passant le petit pont voisin du Sprudel, nous vîmes (ce qui est aboli depuis 1849) des bouchers qui épilaient des cochons au *Sprudel* et des servantes qui y échaudaient et y plumaient de la volaille. Ayant demandé à M. de Chateaubriand s'il savait quelle ville de France tirait son nom de cet usage, il m'avoua n'en pas savoir davantage que de l'origine du nom des *Bourbons*. Je lui racontai donc, encore d'après Alibert, que la ville thermale de *Plombières* en Lorraine fut nommée *Plumaria* (ex *plumâ*), et qu'avec le temps on fit de *Plumières*, *Plomières* et *Plombières*, sans que le *plomb* y eut la moindre part. M. de Châteaubriand rit de bon cœur de sa propre ignorance.

Les statistiques du docteur Béhague « père des postes de secours sur route ». — *De M. Philippe Roland dans le* Journal des Débats :

Une immense carte de France, où de petites flèches de métal numérotées situent les 1.780 postes de secours sur route du Docteur Béhague, président du comité directeur français des secours sur route et président de la commission internationale permanente des secours sur route. C'est devant cette toile de fond que le « père des postes de secours » parlait dernièrement aux gouverneurs de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge.

Conformément aux instructions qui leur sont données, les chefs des postes de secours doivent envoyer sur chaque accident où ils ont à intervenir un rapport détaillant les circonstances de l'accident. Ces rapports, centralisés au bureau de l'Union nationale des associations de tourisme, ont ainsi permis au Docteur Béhague d'établir certaines statistiques.

A quelles époques de l'année se produit-il le plus grand nombre d'accidents d'automobile ? En juillet et en octobre : le mouvement des vacances et de la rentrée. Quels sont les jours de la semaine les plus funestes ? Le samedi et le dimanche, mais aussi, à peu de chose près, le lundi et le vendredi, jours de marché dans beaucoup de villes. Donc, les « conducteurs du dimanche » ne sont pas les seuls coupables : les « usagers » tuent et se tuent tout aussi bien. Enfin, à quelles heures de la journée se déroulent avec le plus d'intensité les drames de la route ? Le Docteur Béhague repond à 11 heures, à 15 heures, à 18 heures, « Les trois coups de faux de la Mort », dit-il. A 11 heures, parce qu'une vieille loi de roulage fait qu'à cette heure les charretiers sont en train de déjeuner ; à 15 heures parce que les chauffeurs ont trop bien déjeuné ; à 18 heures parce que les ouvriers et les employés sont pressés d'aller dîner. Voilà des rapports inattendus entre la mort et la vie sociale. Enfin, sur 100 accidents, 47,4 sont imputables aux piétons, 36,8 aux conducteurs d'autos, 5,3 aux accidents mécaniques, 10,5 à des causes inconnues, généralement d'ordre psychique.

Quant aux principales causes d'accidents, le Docteur Béhague en voit quatre : 1° l'éclairage arrière insuffisant ; 2° la descente individuelle par le côté de la circulation (à contre-voie) ; 3° la largeur des cars et des camions automobiles ; 4° les bris de glaces. Si les pouvoirs publics ne sont pas encore convaincus sur la seconde cause, les sanctions les plus sévères seront désormais prises pour la troisième et M. Gourdeau, sous-secrétaire d'Etat au tourisme est à la veille d'imposer aux automobilistes une signalisation arrière lumineuse analogue à celle des chemins de fer par deux ou trois feux rouges. Les glaces, enfin, produisent 70 % des blessures, parce que 70 % des voitures ne portent pas encore de vitres incassables.

Pour diminuer encore les accidents, il faudrait imposer aux conducteurs un examen psychique, tel celui que, sur la pression de l'U. N. A. T., sont désormais contraints de passer les conducteurs de poids lourds. Malheureusement l'U. N. A. T. délivre par an 550.000 permis pour lesquels quelque 180.000 candidats sont refusés (pourcentage systématique des refus : 33 %.) Il est impossible d'examiner psychiquement un aussi grand nombre de candidats. D'ailleurs, la sagesse finirait-elle par toucher les conducteurs ? Car, d'après une dernière statistique du docteur Béhague, celle dont il est le plus fier, le nombre des accidents a diminué cette année de un dixième.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 46 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 12 NOVEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 3 novembre M. MAIGRE. Le paludisme autochtone dans le marais de Beauvoir-sur-Mer (Vendée).

4 novembre. — M. PEREVERSEFF. Contribution à l'étude du son comme traitement de la constipation. — M. DAUBOIS. Emploi de l'insuline huileuse chez les diabétiques.

3 novembre (Thèses vétérinaires). — M. DORVAL. Gangrène de la vulve post-partum. — M. BUTTIN. Elevage pratique des chiots.

4 novembre. — M. SALOMON. Race bovine vosgienne.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Ambre, Fromaget, Grasset, Picard, Cheval, Godefroy, Viallier-Reynard, Bonifaci, Muller, Bailly-Salins, Grand-Clément, Vincent, Druard, Notter, Michelland, Guillemin, Coester, Gillot, Coudert, Dumond, Magnin, Gerest, Castel, Naouri, Curveillé, Masquin, Geay, Bruno, Mlle Roth, MM. Riondet, Bourdillon, Blanchard, Marion, Galvaing, Baffié, Carrier, Bernigaud, Michaud, Guimet, Mlle Raton, MM. Peissel, Bégule, Loupi, Plaisance, Martin-Barbaz, Baridon, Gasca, Mlle Michon, MM. Vial, Béraud, Carlot, Eyraud, Daniel, Massardier, Philippe, Lyathand, Marchand, Mlle Lépanoff, MM. Ballivet, Giraud, Courbe-Michollet, Mlle Lafond, MM. Chambaud, Micaud, Masson, Rochegude, Feugier, Despierres.

Externes provisoires : MM. Thory, Lacoste, Gariel, Gousse, Perrin, Jarsaillon, Veyrier, Zoveine, Fabre, Leclercq, Wang, Garnung, Brochier, Duverne, Lemaître.

Facultés de médecine de Lille. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. le Docteur Coulouma.

Hôpital Saint-Louis. (Service de M. le Docteur MILIAN.) — *Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau.* — Ce cours sera fait du 9 janvier au 28 février 1933, par M. le Docteur MILIAN avec la collaboration de MM. GASTOU, LAFOURCADE, L. PÉRIN, E. RIVALIER.

Les cours auront lieu le lundi 9 janvier 1933, et les jours suivants, à 2 heures, à l'hôpital Saint-Louis. Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

PROGRAMME DES COURS (31 leçons). — 1re leçon : Biopsie. Indications. Instrumentation. Technique : Fixation, coupes et colorations (M. MILIAN). — 2e leçon : Structure normale de la peau. Epiderme, derme, hypoderme. Vaisseaux et nerfs de la peau (M. MILIAN). — 3e leçon : Annexes de la peau. Histologie normale des glandes, des ongles, des poils (M. RIVALIER). — 4e leçon : Etude des lésions fondamentales. Macules érythémateuses, purpuriques, achromiques, pigmentaires. Taches érythémato-squameuses. Parakératose. Hyperkératose (M. PÉRIN). — 5e leçon : Spongiose. Vésicules. Œdème intracellulaire. Altération ballonisante. Etude histologique des affections vésiculeuses. Eczéma, herpès, zona, varicelle (M. MILIAN). — 6e leçon : Pustules. Bulles (M. MILIAN). — 7e leçon : Papules. Papules épidermiques, dermiques, dermo-épidermiques (M. PÉRIN). — 8e leçon : Tubercules. Nodules. Nodosités. Gommes. Ulcérations. Croûtes. Cicatrices. Scléroses et atrophies cutanées. Dégénérescences. Hypertrophies. Lichénifications. (M. PÉRIN). — 9e leçon : Lésions inflammatoires aiguës ; Erysipèle (M. MILIAN). — 10e leçon, 11e leçon et 12e leçon : La syphilis. Chancre. Plaques muqueuses. Gommes. La leucoplasie (M. MILIAN). — 13e leçon et 14e leçon : La tuberculose cutanée. Les tuberculides (M. MILIAN). — 15e leçon : Le chancre mou (M. MILIAN). — 16e leçon : Eczéma. Pityriasis rosé de Gibert (M. LAFOURCADE). — 17e leçon : Le psoriasis (M. LAFOURCADE). — 18e leçon : Le lichen plan (M. PÉRIN). — 19e leçon : Généralités sur les champignons pathogènes. Leur classification. Méthodes d'examen direct avec et sans coloration (M. RIVALIER). — 20e leçon : Culture des champignons pathogènes. Technique d'examen microscopique des cultures (M. RIVALIER). — 21e leçon : Les teignes. Favus. Trichophytie. Microsporie (M. RIVALIER). — 22e leçon : Les épidermophyties. Erythrasma. Pityriasis versicolor. Blastomycoses (M. RIVALIER). — 23e leçon : Sporotrichose. Actinomycose. Mycétomes. (M. GASTOU). — 24e leçon : Pelade et alopécies en aires (M. RIVALIER). — 25e leçon et 26e leçon : Tumeurs de la peau. Définition et classification. Tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire. Myxomes. Fibromes. Lipomes. Myomes. Angiomes. Lymphangiomes. Botryomycomes. Sarcomes. Tumeurs lymphatiques. Mycosis fongoïde. Lymphadénomes (M. MILIAN). — 27e leçon : Tumeurs épithéliales bénignes. Papillomes. Adénomes. Kystes. Nœvi (M. PÉRIN). — 28e leçon. Tumeurs épithéliales malignes. Maladie

de Paget. Maladie de Bowen (M. PÉRIN). — 29e leçon : Les épithéliomas. Epithélioma spino-cellulaire. Epithélioma baso-cellulaire . Nœvo-cancers (M. PÉRIN). — 30e leçon : Le sang dans les dermatoses (M. RIVALIER). —31e leçon : La lèpre (M. MILIAN)

Le droit à verser est de 500 francs. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire le plus tôt possible.

S'inscrire au laboratoire de la salle Henri-IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 heures à 11 heures (sauf le mercredi). Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur PÉRIN.

École centrale de puériculture. — L'Ecole centrale de puériculture, dont le siège est 26, boulevard de Vaugirard, a pour but d'apprendre aux jeunes filles l'art d'élever les enfants.

Prière de s'inscrire les mardis de 3 heures à 5 heures.

Etablissement thermal d'Enghien. — Pour répondre à un grand nombre de demandes, la clôture de la saison a été retardée et tous les services de l'Etablissement thermal continueront à fonctionner jusqu'à la fin de l'année.

Hôpital Saint-Antoine. — *Programme des leçons* faites par M. le Professeur BEZANÇON, à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, à 10 h. 30 (mois de novembre et décembre 1932) :

Vendredi 18 novembre : Polyarthrite symétrique progressive. — Vendredi 25 novembre : Rhumatisme et tuberculose. — Vendredi 2 décembre : Arthrite protéinique. — Vendredi 9 décembre : Psoriasis et rhumatisme. — Vendredi 16 décembre : La médication salicylée. — Vendredi 23 décembre : Thérapeutique du rhumatisme chronique.

Chez les médecins aliénistes. — A l'occasion du 25e anniversaire de la fondation de leur Association amicale, les médecins des Asiles d'aliénés de France offriront une soirée le mercredi 30 novembre, à 21 heures, dans la salle des fêtes de la Maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor.

Le programme comprendra : 1° Une conférence de M. le Professeur Jean LÉPINE, doyen de la Faculté de médecine de Lyon : *La psychiatrie en Amérique du Sud, souvenirs de voyage.* — 2° La première représentation de « *Mentaux divers* », revue médico-psychologique en un acte. — 3° A minuit, souper et bal.

Tous les membres du Corps médical et leurs familles sont cordialement invités à cette soirée, à laquelle M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, a bien voulu accorder son haut patronage et qu'il honorera de sa présence.

Des cartes d'invitation sont envoyées sur demande adressée à M. le Docteur DEMAY, Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ou à M. le Docteur LAUZIER, Asile de Fitz-James, Clermont (Oise).

École de psychologie (49, rue Saint-André-des-Arts.) — La séance de *réouverture des cours*, aura lieu le jeudi 17 novembre, à 17 heures, 184, boulevard Saint-Germain.

La leçon magistrale sera faite par le Docteur L. CHAUVOIS : Considérations psychologiques sur le mécanisme du corps humain (avec projections et film.)

ORDRE DU JOUR : Docteur Pierre VACHET : L'Ecole de psychologie, son histoire, son but ; Docteur CHAUVOIS : La mécanique du corps humain ; Docteur BÉRILLON : Allocution.

Concours pour la nomination à neuf places (au maximum) d'assistants d'électro radiologie des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mardi 29 novembre 1932, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des commissions), 3, avenue Victoria. Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres. MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir et qui rempliront les conditions réglementaires seront admis à

se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du lundi 7 au mardi 15 novembre 1932 inclusivement.

Nécrologie. — Professeur Anatole CHAUFFARD, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à son domicile, 11, rue de Bellechasse. Il était né à Avignon en 1855. Nommé, en 1883, médecin des hôpitaux, il devint en 1886, professeur agrégé à la Faculté. — Docteur Paul LEFAYE, de Courbevoie, 213, boulevard Saint-Denis. — Docteur Ch. MIRALLIÉ, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes. — Docteur Léon BALTEAUX, de Bruxelles. — Docteur Oscar VELGHE, président de l'Office international d'hygiène publique, vice-président du Comité d'hygène de la Société des Nations. — Docteur Guillermo MARQUEZ, de Bogota (Colombie), professeur de clinique des maladies de l'enfance à la Faculté de médecine de Bogota. — Docteur Henri MOUFLIER, de Villers-Cotterets, Conseiller général de l'Aisne. — Docteur Pierre KAHN, de Neuilly-sur-Seine, 38, rue Parmentier, ancien chef de clinique à la Faculté.

BIBLIOGRAPHIE

Les abcès du poumon, par M. Léon KINDBERG et Robert MONOD, avec la collaboration de A. SOULAS. Un volume de 322 pages, avec 119 figures, 55 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce nouveau livre de M. Léon Kindberg et Robert Monod constitue un véritable traité des suppurations pulmonaires : mieux encore, il représente l'expérience personnelle des auteurs qui, en dix ans, ont pu suivre et étudier plus de 150 observations.

Pneumolyse intrapleurale. *L'opération de Jacobaeus et la thoracocaustie d'après Maurer dans le pneumothorax artificiel*, par Louis SAYÉ. Préface du Professeur Léon BERNARD. Un volume de 242 pages avec 119 figures (Bibliothèque de phtisiologie), 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans ce livre, le Prof. Sayé fait une étude d'ensemble de la question avec la description anatomique des adhérences, des diverses techniques employées pour sectionner ou détacher les adhérences, de ses images thoracoscopiques ou radiographiques, des résultats obtenus avec les interventions diverses, complications, etc.

Il établit une nouvelle classification des adhérences, précise les possibilités du diagnostic, base de l'indication opératoire et résume son expérience personnelle avec la technique de Maurer, le détachement intrapleural qui a permis d'élargir dles indications avec un minimum de complications. Des séries de radiographies et de dessins obtenus dans les différentes phases de l'intervention permettent de suivre les différentes phases et modalités de la nouvelle technique.

Le Traitement actuel de la paralysie générale. *Ce qu'il nous apprend*, par le Docteur Pierre MOLLARET. Un volume in-8 de 68 pages : 8 francs (Collection « *Les Thérapeutiques nouvelles* ». Librarie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris, VIe.

Cette leçon se limite volontairement à une partie seulement du problème, qui comprend le traitement médical, de beaucoup d'ailleurs le plus important depuis qu'il vise à être curateur. Un tel exposé s'appuie d'abord sur un bref rappel de la conception classique de la paralysie générale. Il comporte ensuite une étude analytique de chacune des thérapeutiques nouvelles, exposées avec des détails pratiques suffisants pour en permettre l'application facile au médecin praticien.

L'église Notre-Dame de Mantes, par André RHEIN. Un vol. in-8° (20 × 13), 36 gravures et un plan. Broché : 7 fr. 50. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris VIe.

Il peut sembler surprenant que cette église, dont tout le monde connaît l'importance et la beauté, n'ait encore fait jusqu'à ce jour l'objet d'aucune étude spéciale. Cette lacune est aujourd'hui comblée, non content de décrire cet édifice dans tous ces détails de façon à permettre d'en faire une visite instructive et complète, M. Rhein s'est appliqué à marquer la place de première importance qu'il occupe dans l'histoire de l'Architecture Gothique. Contemporaine de Notre-Dame de Paris, Notre-Dame de Mantes offre, en effet, le spécimen le meilleur et le plus complet du style propre à l'Ile-de-France sous le règne de Philippe-Auguste.

La sculpture n'y est pas moins remarquable et l'examen de ses divers portails laisse comprendre toute l'évolution de cet art depuis le troisième quart du XIIe siècle jusqu'au début du XIVe.

Les touristes et les archéologues trouveront également dans ce volume le moyen de satisfaire leur goût et de voir le monument avec agrément et profit. De nombreuses illustrations, en grande partie inédites, y ajoutent beaucoup de charme et un court appendice permet de ne rien négliger des autres curiosités que renferme la ville.

Chevreul, par George BOUCHARD, 15 francs. (Edit. de la Madeleine, 11, rue Tronchet, Paris).

Chevreul, on le sait, a vécu cent trois ans, célèbre à la fois comme centenaire et comme savant. M. Bouchard nous rappelle brièvement son souvenir et sa vie, en quelques chapitres de claire vulgarisation. Il insiste cependant sur les travaux de Chevreul au Muséum et sur les véri-

tables titres scientifiques de celui que l'on considère avec raison comme un des fondateurs de la chimie moderne.

Ainsi parla M. Lancelot (le bon usage du français), par Abel HERMANT. Un volume, Prix : 15 francs. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris.

Livre surtout consacré à l'étude des nouvelles expressions que nous proposent les jargons contemporains.

Les réflexions de Lancelot, pleines d'esprit, se lisent avec agrément.

L'Amour derrière les barbelés, par H.-O. HENEL, traduction originale de l'allemand par R. BÉTEMPS. Un volume in-16 sur vélin supérieur, 12 francs. Editions Montaigne, 13, quai de Conti, Paris, VIe.

Ce sont dix-sept histoires d'amour, et de quel amour ! Adultères de part et d'autre, viol des femmes et des fillettes, syphilis, meurtre, alcoolisme, proxénétisme, tout cela tourbillonne dans cette œuvre dramatique et haletante. C'est l'inévitable corruption de toutes les guerres. Un tel livre ne peut que servir puissamment la cause de la paix.

Collection des universités de France, sous le patronage de l'Association Guillaume BUDÉ.

I. ARISTOTE (Poétique). Texte établi et traduit par J. HARDY, préfet de l'Athénée royal de Charleroi. 10 francs ; exemplaire numéroté, 33 francs.

La *Poétique* est le cours professé par l'éducateur d'Alexandre sur la poésie. Dans cet ouvrage fameux qui exerça une si grande influence sur la formation du grand siècle classique français, Aristote traite de la poésie et en particulier de la tragédie, où il voit surtout l'action, non pas tant en critique littéraire qu'en profond philosophe.

II. CICÉRON (Discours, tome IX, sur la loi agraire — pour C. Rabirius). Texte établi et traduit par A. BOULANGER, professeur à la Faculté des Lettres de Strasbourg, 20 francs ; exemplaire numéroté, 41 francs.

Ce volume aborde la série des « Discours consulaires ». Dans ces harangues politiques, d'un ton particulièrement vivant et même vibrant, Cicéron s'efforce de faire justice des calomnies dirigées contre lui.

Œuvre capitale tant au point de vue historique qu'au point de vue littéraire.

L'épilepsie et la constitution épileptoïde chez l'enfant, par le Docteur Gilbert ROBIN. Collection des Actualités de médecine pratique. Un volume in-16 de 150 pages. Doin, éditeur, Paris, 1932.

Le Docteur Robin est incontestablement un de ceux qui, à hl'eure actuelle, connaît le mieux les maladies psychiques de l'enfance.

Et se basant sur l'observation clinique, il démontre dans cet excellent ouvrage la relation qui existe entre l'épilepsie et les troubles du caractère si fréquents chez les écoliers. On sait depuis longtemps que la majorité des épileptiques présentent des défauts caractériels. Quand ceux-ci sont






NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

marqués de l'inconscience propre à l'épilepsie, on les appelle équivalents. Mais il existe tout un ensemble de troubles de l'humeur et de la conduite qui doivent attirer l'attention sur la possibilité de l'épilepsie même en l'absence de crises comitiales typiques : ces troubles sont : l'instabilité, la turbulence, les colères impulsives, les violences, l'obnubilation intellectuelle, la cruauté, l'incontinence nocturne d'urines, le somnambulisme.

Le Dr R., même en l'absence de crises épileptiques typiques ou frustes, actuelles ou passées n'hésite pas à poser l'étiquette d'épileptoïde sur des cas où il affirme la présence d'une constitution spéciale, et il fait observer que le traitement normal de l'épilepsie guérit ou atténue ces manifestations.

On ne saurait trop féliciter l'auteur d'attirer l'attention sur cette cause possible de certains troubles du caractère trop souvent considérés comme incurables. Bien entendu la plus grande partie de ce volume traite de la constitution épileptoïde dont sont données les caractéristiques : bradypsychie, obnubilation mentale forme atténuée de l'absence, colère spéciale, viscosité et morosité mentales, etc.

En somme, le Docteur Robin reprend les théories de Lombroso et celles de Sonite de Sonilis sur l'épileptoïdie. Mais il y ajoute des précisions puisqu'il démontre chez ceux affectés de tares impulsives etc. la présence de phénomènes d'obnubilation, de pauses de l'intelligence qui ne sont que des formes frustes de la maladie épileptique. Toutefois, je me demande pourquoi appeler épileptoïdes (ce qui signifie étymologiquement « qui ressemble à l'épilepsie ») des phénomènes nettement épileptiques ? Le terme épileptoïde resterait alors pour désigner les faits où l'on suppose un substratum épileptique sans pouvoir l'affirmer cliniquement.

Quoi qu'il en soit, cet ouvrage doit être connu des médecins scolaires, des pédiatres et aussi des pédagogues qui punissent trop aisément leurs élèves de certaines attitudes sans se douter qu'il y a derrière elles un état épileptique léger mais réel.

G. PAUL-BONCOUR.

L'évolution psychiatrique. Seconde série, n° 4, 1932. Editions N. Maloine.

Une des grandes qualités de cette publication périodique est d'envisager les problèmes qui sont à l'ordre du jour et de leur donner une solution pleine de libéralisme en priant les auteurs compétents de traiter la question. Actuellement, on discute beaucoup au sujet des constitutions morbides et comme on l'a constaté au Congrès des Aliénistes tenu récemment à Limoges, il existe des médecins qui nient totalement l'existence de constitutions que d'autres admettent avec ardeur. On voit aussi des aliénistes ou psychologues limiter le nombre des constitutions alors que chaque jour on en propose de nouvelles (C. épileptoïde : C., schizoïde, etc.). Dans ce volume, toutes les opinions sont représentées et s'opposent parfois, ce qui est, je le fais remarquer une fois de plus une qualité primordiale qui fait honneur à l'éclectisme intelligent du Directeur de cette revue.

Suivent quelques indications sur les différents articles.

Le Docteur R. ALLENDY esquisse un parallèle entre le tempérament physique et la constitution psychique, et les divise en quatre grands type superposables. Tandis que celui-là se caractérise par son métabolisme (anabolisme et catabolisme) celle-ci prend ses aspects différents en fonction de son affectivité profonde et de son activité (captatifs et oblatifs, introvertis et extravertis).

H. CODET critique moins la notion de constitution héréditaire que l'abus de langage et de pensée auquel, presque obligatoirement, elle conduit. Il s'efforce de lui substituer les conceptions plus souples, plus dynamiques, de mentalité et de tempérament psychique. Aussi utiles en clinique et en sémiotique, elles présenteraient l'avantage de moins préjuger une étiologie, souvent indémontrable.

Avec une vive ardeur, dans un article largement documenté, EY s'élève contre la notion de constitution, donnée immuable. Il passe en revue particulièrement les opinions de Delmas et Boll, Laignel-Lavastine, Kretschmer, et s'ingénie, à l'aide d'une dialectique serrée, à leur opposer l'action créatrice incessante du milieu ; cette attitude d'observation lui paraît ainsi beaucoup plus féconde et à l'épreuve des faits.

Le Docteur LOWENSTEIN, avec le résultat d'une large expérience, expose la conception de la psychanalyse et la notion de constitution. Pour lui-même comme pour Freud, la psychanalyse cherche le sens caché des troubles pour les rapporter à l'ensemble de la personnalité. Si elle permet, bien souvent, d'expliquer la cause de perturbations psychiques par les circonstances vécues, elle reconnaît néanmoins, au-dessous, l'existence de possibilités innées, encore impossibles à déterminer.

Avec raison, Mme Minkowska montre ce qu'est le terrain substratum de l'épilepsie, ce qui explique par conséquent la constitution épileptique niée par certains, ou affirmée sans bases sérieuses.

Mme MINKOWSKA s'attaque à la conception exclusivement neurologique de l'épilepsie de type essentiel. Ses recherches généalogiques et ses travaux l'amènent à considérer la crise convulsive comme un symptôme contingent et lui font accorder le rôle primordial à un état psycho-organique héréditaire, caractérisé du point de vue mental par la viscosité, la tendance à l'agglutination.

Le Docteur E. MINKOWSKI, avec une prudence de bon aloi, limite la constitution à ce qui est inné et transmissible, c'est-à-dire héréditaire, et distingue trois types, en fonction du contact affectif entre l'individu et le milieu. En outre, il montre l'attitude pragmatique du psychiatre, qui doit discerner et sentir ce qu'il y a d'individuel et de nuancé dans chaque cas particulier.

S'appuyant sur des faits cliniques, G. ROBIN montre l'intrication habituelle chez l'enfant des symptômes organiques et psychiques, qui, chez l'adulte, se séparent mieux en neurasthénie et psychasthénie. Ces petits sujets, fatigables, impressionnables, souvent vagotoniques, présentent une « prédisposition » fréquemment héréditaire qui doit être combattue par les moyens médicaux et la psychothérapie.

En terminant, déclarons que ce fascicule présente un intérêt qui n'est pas inférieur à ceux déjà parus.

G. PAUL-BONCOUR.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ponction du Douglas et colpotomie exploratrice dans le diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine

Par MM. **CHIFOLIAU** et **P. MOYSE**

Les accidents hémorragiques de la grossesse extra-utérine qui, le plus souvent, résument à eux seuls l'histoire clinique de l'affection, sont dans de nombreux cas très typiques. Qu'il s'agisse du tableau dramatique de l'inondation péritonéale classique ou de l'évolution plus ou moins rapide d'une hématocèle qui tend à s'enkyster derrière l'utérus, le simple examen clinique, aidé des anamnestiques, ne laisse souvent place à aucun doute

Il est cependant un aspect fréquent de la grossesse tubaire, sur lequel nous voudrions insister, parce qu'il prête à erreur, et que cette erreur peut entraîner à des erreurs de thérapeutique, La grossesse ectopique simule fréquemment une salpingite aiguë, s'accompagnant de périsalpingite, d'un abcès du Douglas. Cela est bien connu, et ce n'est pas tant cette classique erreur de diagnostic que nous voulons rappeler. Nous voudrions plutôt attirer de nouveau l'attention sur un moyen simple, pratique, sans danger, permettant d'éviter cette erreur : la *Ponction exploratrice du Douglas.*

Certes, celle-ci n'est pas nouvelle, et la plupart des traités classiques de gynécologie la conseillent. Toutefois, il nous a semblé qu'elle ne tenait pas en général, dans la pratique courante, la place qu'elle mérite indéniablement par sa simplicité, son innocuité et par la valeur des renseignements qu'elle fournit.

La forme « pseudo-salpingienne » de la grossesse extra-utérine, comme certains l'ont appelée, est absolument banale et d'observation courante. Elle est intéressante par la double erreur qu'elle peut déclencher : l'erreur de diagnostic commandant une erreur de thérapeutique, l'abstention opératoire.

En pratique, le cas le plus habituel est le suivant : Une jeune femme se plaint depuis quelques jours de douleurs pelviennes, parfois intenses, et que l'on mettra facilement sur le compte d'une nouvelle poussée annexielle, si l'on a la notion de crises antérieures de salpingite.

Au toucher, il existe une collection du Douglas, repoussant le col en avant, un peu douloureuse à la pression. Est-ce une salpingite avec péri salpingite ? Est-ce une grossesse extra-utérine ? Le problème est souvent délicat, et plus que ne semblent l'indiquer les distinctions classiques entre les deux affections.

Dans la grossesse ectopique, il peut n'y avoir aucun retard de règles, la femme pouvant être irrégulièrement réglée. Dans le passé de la patiente, on peut retrouver des crises antérieures de salpingite plus ou moins légère. L'aspect de la courbe thermique ne peut non plus fournir de signe différentiel précis : dans la grossesse tubaire, la température peut atteindre 39° ; elle peut ne pas dépasser 38° en cas de salpingite. Localement, les signes fournis par le toucher et l'examen au spéculum sont souvent presque identiques, et il ne faut pas compter, en pratique, avec la classique coloration bleuâtre du vagin des hématocèles.

Peut-être, dans certains cas, les réactions biologiques (Ascheim et Zondek) pourraient-elles éclairer le diagnostic. Mais, dans le cas envisagé, il importe non seulement d'être fixé, mais de l'être au plus vite. Dans chaque cas, l'erreur serait déplorable.

Dans l'hématocèle, il faut toujours craindre une reprise brutale de l'hémorragie. De plus, le sang est aspiré par la trompe saine, de multiples adhérences se créent autour du foyer hémorragique, grosses adhérences intestinales, épaississement du péritoine pelvien, adhérences épiploïques, le tout rendant l'opération d'autant plus difficile que l'on a tardé à opérer la grossesse tubaire. Au contraire, en cas de salpingite avec abcès du Douglas, la laparatomie faite à chaud entraînera trop souvent l'hystérectomie subtotale avec ablation bilatérale des annexes et drainage large, à la Mikulicz, ou l'hystérectomie totale, avec drainage vaginal. Dans ce cas (et également dans le cas d'une hématocèle infectée) ne vaudrait-il pas mieux pratiquer une simple colpotomie de drainage, qui permettra de pallier aux accidents immédiats, et permettra de tenter ultérieurement la conservation, à froid, sans avoir la main forcée, et avec un maximum de chances ?

Le seul moyen de diagnostic certain est, à notre avis, la ponction du Douglas. Si la ponction ramène du sang, sans odeur, la laparotomie s'impose, et de toute urgence. Si l'aiguille ramène du sang infecté ou du pus franc, on fera une simpe colpotomie d'urgence, et ultérieurement, une laparatomie de contrôle, l'ablation des organes malades aboutissant alors à une intervention en général, plus conservatrice.

Dans un deuxième cas, l'attention n'est même pas attirée vers les annexes. Une femme présente assez brusquement des signes d'hémorragie interne importante, sans retard de règles, et le toucher ne montre qu'un simple abaissement du col. Assez souvent, le diagnostic posé a été celui d'appendicite. La ponction du Douglas ramenant du sang, confirmera le diagnostic de grossesse ectopique, auquel, seuls, les signes d'hémorragie interne permettaient de penser.

Dans un troisième cas enfin, assez voisin, la conduite à tenir sera un peu différente. Si l'on trouve une masse annexielle latéralisée, et que ni les signes fonctionnels ni les signes physiques ne permettent ce diagnostic entre un hématosalpinx plus ou moins fissuré et un pyosalpinx la simple ponction du douglas ne donnera guère de renseignements. De plus elle risque d'être dangereuse : on pourrait piquer une anse intestinale prolabée dans le Douglas.

Dans ce cas, il vaut mieux faire une colpotomie étroite puis sous le contrôle du doigt, ponctionner ou ouvrir à la pince la masse latérale.

***

La *technique* de la méthode est extrêmement simple. voici comment nous procédons habituellement :

La malade est amenée à la salle d'opérations et endormie pendant que le chirurgien et son aide se préparent, comme pour une laparatomie. Nous insistons sur ce point, qui a son importance Il est inutile de faire la ponction à la hâte, dans une salle quelconque.

Il est plus simple et plus logique d'être prêt à intervenir immédiatement, par voie haute. L'anesthésie générale est indispensable. Il semble qu'il vaille mieux, si l'on soupçonne une grossesse extra-utérine, s'abstenir d'une rachi-anesthésie, dangereuse parce qu'hypotensive, chez une femme qui a saigné, et dont la tension à toutes chances d'être basse.

Auparavant, la malade a été prévenue sommairement de ce que l'on va faire, et de l'éventualité possible d'une intervention abdominale immédiate.

La femme endormie, mise en position gynécologique, l'antisepsie vaginale étant faite avec soin, on place deux valves vaginales que l'on confie à l'aide. L'état du col (gros et ramolli ou au contraire rouge, exulcéré, suintant, d'aspect métritique) donne déjà quelques renseignements. On fixe ce col par une solide pince de Museux, qui l'attire

en avant et en bas. On ponctionne le cul-de-sac vaginal postérieur, au ras du col, sur la ligne médiane, avec une aiguille assez grosse, et on aspire avec une seringue de verre.

Souvent, la simple ponction fournit un résultat probant : On retire facilement soit un sang plus ou moins noir, non fétide — soit du pus franc.

Dans le premier cas, changeant de gants et d'instruments, on fait une laparotomie, et on enlève la trompe rompue.

Dans le second cas, on pratique une colpotomie, suivant le procédé habituel, on évacue la collection et on draine si besoin est. Une hématocèle infectée (sang noir, fétide) devra être également colpotomisée. C'est une éventualité peu fréquente.

Ajoutons que dans certains cas, alors que l'aspiration à la seringue n'avait rien donné, l'aiguille retirée avec précaution porte à son extrêmité une gouttelette de sang noir que la pression du piston permet d'étaler sur une compresse. Bien souvent c'est le signe d'une hématocèle du Douglas. Il y a là du sang que la seringue n'a pu aspirer.

Enfin, signalons une cause possible d'erreur : la ponction ramène un liquide clair, citrin. Il faut se méfier de ce cas, tenir compte des signes fonctionnels, de l'anamnèse, ne pas hésiter à compléter la ponction par une colpotomie, et à intervenir au moindre doute. Il peut exister au-dessus de la poche séreuse, une collection sanguine. L'un de nous en a observé un cas très net.

D'ailleurs, toutes les fois que la ponction reste sans résultat, on sera autorisé à pratiquer une colpotomie prudente, aussi petite que possible.

Seule, parfois, une petite ouverture aux ciseaux permet de reconnaître si la collection est hématique ou purulente. C'est également ce que nous faisons si la tumeur en cause n'est pas franchement médiane. Il faut alors être particulièrement prudent, ouvrir le cul-de-sac vaginal aux ciseaux, puis ponctionner ou ouvrir à la pince la collection latérale sous le contrôle du doigt, au besoin en essayant d'abaisser la poche par un palper abdominal très peu appuyé. S'il vient du pus, on agrandit l'ouverture à la pince et on évacue l'abcès. S'il vient du sang, on se garde d'agrandir.

Restent les cas dans lesquels le doute subsiste, dans lesquels la ponction ni la colpotomie ne ramènent rien. Ces cas nous ont semblé exceptionnels.

Nous n'avons jamais observé le moindre incident à la suite de cette manœuvre si simple. L'un de nous l'emploie depuis de longues années, et n'a jamais observé, en particulier, d infection de l'hématocèle, qu'on aurait évidemment tendance à attribuer à l'ouverture vaginale.

Nous avons souvent vérifié que l'on a de la peine à retrouver, par l'abdomen ouvert, l'orifice de la colpotomie, et l'on peut fermer l'incision abdominale sans drainage.

Dans les jours qui suivent l'opération, il n'y a pas de suintement sanguin par le vagin. La petite plaie vaginale semble s'être refermée très rapidement. De fait, dans un cas, on n'en trouvait aucune trace, au toucher et au spéculum, moins de deux semaines après l'intervention.

En somme, la ponction du Douglas, et dans des cas plus rares, la colpotomie exploratrice, permettent, d'une façon simple et inoffensive de reconnaître l'existence d'une hématocèle, et d'écarter le diagnostic de salpingite. Elle nous semble donc mériter d'être plus fréquemment employée qu'elle ne l'est peut-être à l'heure actuelle.

« Je connais nombre de chirurgiens qui traitent par le radium le cancer du col utérin chez les obèses, et qui traitent par l'opération de Wertheim les femmes maigres ou d'embonpoint modeste. »

(Victor PAUCHET. *In Préface.* La fin du martyre de l'obèse. (Dr A. HEMMERDINGER). Edit. J. Oliven).

La cachexie cancéreuse

Par le Dr **Henri NEBENZAHL**

Les malades atteints de tumeur maligne ne meurent pas toujours de la même façon. Ces différences sont en grande partie liées : 1° au type *histologique de la tumeur* ; 2° *à son évolution*. Un cancer à évolution rapide envahit fréquemment les organes et entraîne la mort avant la déchéance de l'organisme ; 3° *à son siège*. Un petit cancer au début (ou même méconnu) peut entraîner la mort : *a*) par une localisation spéciale, extension dans le voisinage, perforation dans le péritoine ou les organes voisins, compression des vaisseaux et des nerfs ; *b*) par une infection secondaire. Certains cancers par contre, même assez avancés (du sein chez les femmes âgées) restent longtemps silencieux. Ordinairement un cancer laissé à lui-même (ce qui est de plus en plus rare aujourd hui) détermine l'ensemble symptomatique connu depuis longtemps sous le nom de cachexie cancéreuse. Elle n'apparaît qu'à une période très avancée de la maladie et on sait qu'un traitement bien conduit réussit souvent à la retarder ou à l'atténuer. On observe d'abord un état d'asthénie et de faiblesse générale commun à tous les états toxiques, mais avec cette particularité que les malades gardent souvent un appétit normal (sauf dans les cas d'une néoplasie du tube digestif). Néanmoins ils maigrissent à vue d'œil malgré la quantité parfois considérable d'aliments qu'ils continuent d'absorber (troubles de l'assimilation). A ces symptômes s'ajoute le teint particulier des cancéreux : faciès jaune paille qui ne peut être expliqué ni par des troubles hépatiques (ictère), ni par l'anémie, encore que cette dernière coexiste presque toujours chez les cancéreux. On a voulu comparer cette anémie, aux divers types d'anémies pernicieuses, mais les grands symptômes de l'anémie pernicieuse et sa formule sanguine particulière ne s'y retrouvent pas. L'anémie des cancéreux présente une formule globulaire identique à celle des anémies secondaires par hémorragie ; elle n'a donc rien de spécial quoi qu'on en ait dit.

Le fait depuis longtemps connu que cet ensemble symptomatologique est des plus variables et même inconstant, est favorable à l'hypothèse qui voit dans le cancer l'expression d'une maladie générale ; d'autre part au fur et à mesure que la thérapeutique chirurgicale et celle des rayons X sont appliquées à des périodes précoces, on voit se restreindre aux seuls cas de récidive ou de cancers inopérables l'apparition de la cachexie. Dans les cancers chirurgicaux tels que ceux du sein et de l'utérus on voit la mort survenir par des causes diverses (métastases viscérales, compression nerveuse) et les malades mourir assez rapidement sans avoir présenté de signes de cachexie.

Parallèlement les progrès de l'expérimentation et de nos connaissances sur la pathogénie, en même temps qu'ils éclairaient le mécanisme de la genèse des premiers stades du cancer, allaient nous permettre d'analyser, et en quelque sorte de dissocier les divers éléments de ce tableau clinique.

C'est pourquoi on commence à pouvoir distinguer les caractères secondaires ou accessoires résultant occasionnellement du cancer et ceux qui, au contraire, seraient vraiment liés à la néoplasie en pleine évolution, soit à titre purement local, soit comme imprégnation générale de l'organisme ; cette étude anatomo-clinique se poursuit actuellement et elle est loin d'être terminée.

Caractères généraux

1° La cachexie n'apparaît qu'à un stade ultime et très avancé de la maladie, et ce n'est presque jamais elle qui impose le diagnostic de cancer puisque à son apparition nous sommes depuis longtemps prévenus.

2° Le cancer lui-même apparaît presque toujours chez des individus jusqu'alors en bonne santé générale (arthritisme fréquent) ,

3° Des maladies infectieuses graves ou des états fonctionnels tels que le jeûne prolongé, ralentissent parfois ou arrêtent le développement du cancer même avec cachexie.

4° L'ensemble des symptômes ne pourrait que difficilement être confondu avec la cachexie tuberculeuse par exemple. On observe chez les tuberculeux pulmonaires avérés, un amaigrissement rapide avec parallélisme assez net entre l'extension des lésions pulmonaires et les progrès de l'amaigrissement. Un arrêt, même passager de la maladie, détermine une reprise de poids, l'asthénie est ici la suite de l'intoxication générale par les toxines bacillaires, l'anémie très précoce, est due à une hémolyse intense, la valeur globulaire est celle d'une anémie secondaire mais avec les caractères d'une destruction globulaire ; l'hypotension et la déminéralisation complètent ce tableau clinique. Ces symptômes ne peuvent être améliorés si on n'arrive pas à ralentir l'évolution des lésions pulmonaires. Si nous envisageons la cachexie cancéreuse, nous voyons qu'elle diffère à la fois par ses symptômes principaux et par sa pathogénie. Ici deux grands symptômes dominent le tableau : l'amaigrissement et l'asthénie, l'*anémie* elle-même n'est ni typique ni constante, la formule sanguine ne montre des modifications nettes qu'en cas d'hémorragies ; dans toutes les autres formes de cancer elle reste normale, l'amaigrissement est plus lent, progressif, sans rémission, l'intervention chirurgicale ne l'arrête pas toujours même si le sujet conserve un appétit normal qui est parfois même exagéré comme dans la polyphagie diabétique. On sait du reste que cliniquement et expérimentalement le métabolisme des hydrates de carbone est voisin de celui des diabétiques.

Origine de la cachexie cancéreuse

1° Le fait qu'il convient de noter est son inconstance. Nombre de cancers entraînant la mort brusquement en raison de leur topographie spéciale.

2° Dans un second ordre de faits l'origine de la cachexie est évidente. Elle est liée :

A) au *siège de la tumeur*. C'est le cas par exemple des tumeurs du tube digestif : dysphagie et sténose dans les cancers œsophagiens, sténose dans les cancers gastriques (particulièrement ceux du pylore) et dans ceux de l'intestin ; troubles graves dans l'assimilation dans les cancers du foie, du pancréas, tableau d'urémie dans certains cancers avancés du rein.

B) Au siège des *nodules métastatiques* expliquant la perforation ou compression des organes importants (vaisseaux, nerfs, canaux excréteurs, etc.).

Dans ces diverses variétés la clinique permet généralement de préciser l'origine des accidents et de choisir la thérapeutique appropriée, agissant, sinon sur la tumeur elle-même, du moins sur la cachexie qui se ralentit, régresse ou même disparaît temporairement (par exemple dans les tumeurs du tube digestif, anus contre nature gastro-entérostomie, etc.). Cette amélioration passagère est uniquement due à la disparition de la gêne locale provoquée par la tumeur ;

3° Dans un troisième groupe on peut réunir des cas dans lesquels la cachexie c'est imputable ni à un facteur strictement local ni aux métastases, mais résulte plutôt de caractères d'ordre général dont l'interprétation peut soulever d'ailleurs des difficultés variables suivant le cas particulier :

a) Par exemple, la cachexie des cancers utérins a été souvent rapportée à l'anémie due aux hémorragies répétées, de même celle des cancers gastriques avec mælena.

b) L'infection secondaire d'ordre local ou général peut introduire des éléments d'aggravation indépendants de la néoplasie elle-même.

4° Le quatrième groupe comprend les cas qui sont à la fois les plus difficiles à interpréter, mais les plus intéressants par les problèmes qu'ils soulèvent. On n'y retrouve aucun des facteurs précédents. Il s'agit de tumeurs fermées de volume parfois restreint à évolution variable, à métastases absentes ou purement régionales (ganglions) : on peut retenir comme facteurs pathogènes : 1) la *cytolyse du tissu cancéreux* mettant en liberté des corps toxiques de nature variable. Ici se pose la question discutée de l'existence normale d'une toxine dans le tissu néoplasique. Elle a été soutenue à l'aide d'arguments variables par divers auteurs, en France Mme Girard-Mangin et Roger, en Allemagne Caspari et Novell. Mais aucun de ces travaux ne résiste à une critique approfondie et dans son traité récent Fischer-Wasels en conteste formellement les conclusions. Du reste d'autres expérimentateurs n'ont pu mettre en évidence l'existence de cette toxine et par conséquent la spécificité de la cachexie chez les cancéreux (Coca et Gilman, Blumenthal, Sederhelm et Lampe). Cramer et Pringl étudiant l'effet des extraits de tumeurs malignes sur le métabolisme azoté n'ont obtenu que des résultats négatifs ; il en est de même pour Roffo. Ce dernier tenant compte avec raison de la toxicité souvent oubliée des organes normaux, conclut même que les injections des organes normaux et homologues sont plus toxiques que les extraits de tumeurs.

L'impossibilité d'isoler une toxine spécifique normale a conduit à envisager l'action « toxogène » des produits de la dégénérescence cellulaire. Caspari a développé l'hypothèse de l'action toxique des *nécro-hormones*, mais le parallélisme strict entre l'extension de la nécrose et le degré de la cachexie n'a jamais été établi. En résumé, il semble que l'on puisse écarter l'hypothèse d'une intoxication générale analogue à celle d'une toxine microbienne. Si l'on remarque en effet que les toxines diphtériques ou tétaniques produisent leurs effets à des doses très faibles et que le nombre des cellules cancéreuses pouvant sécréter une toxine éventuelle est considérable, le caractère tardif ou inconstant des accidents deviendrait difficile à comprendre.

2° *Action des ferments,*

On sait que des ferments multiples (dédoublant, hydratant, déshydratant, oxydant, désoxydant, coagulant, etc.) interviennent dans la biologie cellulaire mais certaines de ces diastases intra-cellulaires ont une importance spéciale dans le tissu cancéreux ; par exemple la *diastase potéolytiques* ne se limite pas toujours aux protéines de même type cellulaire, mais attaque également les autres espèces de tissus (hétérolyse), par opposition à l'autolyse.

Blumenthal et Neuberg ont voulu rattacher la cachexie cancéreuse à l'action de ces ferments hétérolytiques élaborés dans les cellules cancéreuses au cours de leur désintégration. Il n'y aurait selon eux, de cachexie, que pour les cancers profondément nécrosés.

Toutefois ce processus conduit seulement à une intoxication banale de l'organisme par des protéines toxiques sans spécificité tel qu'on peut l'observer dans les dégénérescences banales des divers tissus normaux. C'est ce qui explique d'ailleurs la difficulté sinon l'impossibilité d'un séro-diagnostic basé sur la présence des toxines ou des ferments spécifiques ; la plupart des réactions proposées ont une base incertaine ou inexacte.

3° *Modifications diverses du chimisme humoral.*

On sait que selon Reding et Slosse l'augmentation des hydrates de carbone dans le sérum serait due à une diminution du pouvoir oxydant chez les cancéreux. Selon Warburg, la cellule cancéreuse serait une cellule normale asphyxiée, elle possède un chimisme particulier, elle ne tire pas de l'oxydation des hydrates de carbone mais du clivage du sucre, l'énergie prolifératrice. Ce désordre de la glycolyse est la suite d'un trouble de la glyco-régulation.

La richesse du sérum en lipoïdes par rapport aux taux du cholestérol incontestablement diminué, témoigne de sa malignité cancéreuse.

◆◆◆

Slosse et Reding insistent sur la baisse marquée des ions calcium avec une augmentation d'autre part des ions potassium, signe constant et assez précoce chez les cancéreux. D'autres modifications dont l'explication et l'importance restent encore à discuter, sont à signaler, par exemple celle du pH qui serait nettement élevé. D'autre part Vlès, Reiss, Velinger et de Coulon insistent sur la différence du pH cellulaire et celui du milieu ambiant (sérum) ; elle faciliterait la prolifération cellulaire.

Mais cet ensemble de modifications d'ailleurs discutées, se rapporte plutôt à l'état pré-cancéreux lui-même qu'à la cachexie des stades avancés, il ne permet donc pas de caractériser celle-ci, il garde néanmoins une certaine importance comme contribuant à la déchéance de l'organisme.

4° *Dysfonctionnement des glandes endocrines.*

Nous arrivons maintenant à la dernière hypothèse envisagée pour l'explication de la cachexie cancéreuse, c'est celle des troubles et des insuffisances endocriniennes. envisagée de façon générale par Pal qui distingue deux types de cachexie cancéreuse, une à la suite d'anémie par hémorragies, l'autre d'origine toxique due aux troubles endocriniens. Elle a été surtout développée à propos de l'action favorable exercée dans certains cas par des extraits du cortex surrénal. Teilhaber aurait également obtenu de bons résultats après greffes de fragments de glandes endocrines diverses. Des anémies cancéreuses ont été améliorées par l'histamine et la choline. Il souligne l'augmentation du nombre des globules rouges après administration de ces substances.

Nous ne voulons pas discuter ici le rôle général des facteurs endocriniens dans l'évolution des tumeurs malignes. Le problème se pose d'ailleurs de façon tout à fait différente suivant que l'on envisage la genèse des états précancéreux ou l'évolution des tumeurs déjà constituées. Dans les deux cas il reste lié à des questions importantes et complexes : facteurs humoraux de phénomènes de croissance, synergie endocrinienne, action cytolytique des extraits d'organes fœtaux, etc. (série d'études de l'Ecole italienne de *Fichera*, voir historique dans le travail récent d'un de ses collaborateur M. Ferro, Tumori 1932).

Travaux également importants de Maisin et Picard (*Bull. Ass. du Cancer* 1932, et *Le Cancer*, 1931). Tout récemment un pathologique anglais Susman aurait obtenu avec l'hypophyse des résultats intéressants, mais dans les dernières années c'est surtout le cortex surrénal qui a fait l'objet de tentatives de thérapeutiques multiples qu'il convient de ramener ici à leur juste valeur.

Des auteurs américains, Coffey et Humber, ont isolé récemment dans le cortex surrénal une hormone qui régulariserait la croissance des tissus et exercerait une action nécrosante sur les éléments néoplasiques sans léser les tissus normaux. Toutefois ces conclusions ont été reconnues inexactes par presque tous les auteurs qui ont repris cette question (Swingle, Itami, Mc Donald, Bischoff, Maxwell et Woglom).

Du reste un pathologiste américain Howard A. Ball vient précisément de rapporter les constatations faites à l'autopsie de nombreux malades (89 sur 116 examinés) qui avaient reçu des doses assez élevées de cet extrait surrénalien. Il a rapproché les résultats de ceux de l'examen de 27 autres sujets atteints de tumeurs malignes diverses et non traités par cet extrait. Il n'a constaté aucune différence et il insiste même sur le fait que 25 sur ces 89 sujets traités, offraient des métastases surrénales. Ce pourcentage plutôt considérable, suffit à montrer l'impuissance de cette thérapeutique, puisque dans l'organe producteur de l'hormone qui nécroserait le tissu cancéreux, la vitalité des cellules néoplasiques n'est nullement diminuée.

Un auteur allemand Karnicki vient de soutenir à nouveau l'importance des glandes endocrines dans la croissance de la tumeur et les applications thérapeutiques qu'on peut en tirer, il considère même que la résistance aux tumeurs se rattache à un fonctionnement normal de ces glandes endocrines. Toutefois ces considérations théoriques ne sont accompagnées d'aucun résultat thérapeutique probant.

Il est curieux de noter que dans cette thérapeutique endocrinienne de la cachexie cancéreuse qui, jusqu'ici en somme, n'aboutit qu'à des échecs, la plupart des auteurs n'ont pas tenu compte des données sans doute théoriques, mais intéressantes fournies par l'acanthosis nigrigans. On sait que cette curieuse lésion cutanée, dystrophie papillaire avec hyperpigmentation et hyperkératose développée ordinairement chez des cancéreux au stade avancé et accompagnant souvent la cachexie, peut apparaître chez des sujets jeunes simplement à la suite de troubles endocrino-sympathiques. On peut se reporter pour cette question à l'étude complète de J. Michy (Monographie n° 11 du laboratoire Peyron, Lefrançois, éd., 1932).

Michy souligne avec raison que ces facteurs endocriniens en particulier surrénal et sympathique, se retrouvent dans certains cas d'acanthosis nigricans post-cancéreux. Par conséquent malgré les résultats décevants obtenus jusqu'ici par l'opothérapie il semble y avoir certainement dans cette voie de nouveaux efforts à tenter.

(Travail du laboratoire du Professeur Peyron),
Institut Pasteur, Paris

BIBLIOGRAPHIE

Généralités.

Blumenthal. — *Zeitschr. f. Krebsf.*, 16, 58 (1917).

Cornil. — Dictionnaire Dechambre, Art. Cancer.

Medvedeva N. — K vaprossu et patogenese rabovii kakhexii. (Contribution à l'étude de la pathogénie de la cachexie). *Journ. experim. biol. i mediz.*, Moscou (1927), 4, n° 14, p. 790.

Quenu. — Cancers à évolution extrêmement rapide. *Soc. Chir. Paris* (1919). XLV, p. 1578.

Rondoni P. — La specificata della cellula de cancre. *Scientia* Bologne, 51, n° 3, p. 216.

Warburg, Posener et Negelein.— *Bioch. Zeitschr.* (1924), 152, 309.

Chimie.

Blumenthal et Neuberg. — *Zeitschr. f. Krebsf.*, XVI, 58, (1917).

Calo A. — Beitrag zur wachstumserregenden und wachstumsfoerdernden Wirkung von Nekrohormonen aus Kulturen normaler und neoplastischer Gewebe. *Zeitschr. f. Krebsf.* (1932), 35, 4, p. 411.

Coca et Gilman. — Philippine. *J. of Sciences*, 4, n° 6 (1909).

Cramer et Pringle. — *Proc. Roy. Soc.*, 82 (1910).

Fischer-Wasels. — *Physiol.*, t. 14, p. 1380.

Girard Mangin N. — De la toxicité des extraits cancéreux. *C. R. Soc. Biol.* (1909), 1071.

Girard et Roger. — Recherches expérimentales sur les poisons cancéreux. *Presse Méd.* (1906), p. 709.

Mangin-Girard. — Nouvelles recherches exper. sur les poisons cancéreux. *Presse Méd.* (1907), p. 241.

Kleinmann H. et Werr F. — Untersuchungen ueber tierische Gewebsproteasen III, LV, V, Ueber proteolytische Fermente in menschlichen boesartigen Geschwülsten. *Bioch. Zeitsch.* 241, 108, 140, 181 (1931).

Kleinmann H. — Uber eiweiss-abbauende Fermente in normalen Geweben und bösartigen Geschwülsten. *Klin. Woch.* 10, p. 1503 (1931).

Nakashima Y. — Ueber ein von Casparis Nebenhormontheorie abgeleitetes Gesetz. *Zeitschr. f. Krebsf.*, 35, p. 365 (1932).

Roffo A. H. R. Lopez. — Experimentelle Studie der Wirkung von Extrakten normaler und neoplastischer Gewebe. *Biol. Inst. Med. exp. Can.*, Buenos-Ayres, 7, p. 2 (1925).

Seyderhelm et Lampe. — Untersuchungen über die Frage eines spezifischen Krebsgiftes. *Deutsche med. Woch.*, Berlin (1924), Vol. 50, p. 1050.

Slosse et Reding. — *Bull. Acad. de Méd.*, 1924 et 1927. Ass. franç. pour l'étude du cancer, Paris, 1929, p. 146.

Vlès et de Coulon. — *Strasbourg Med.*, T. 3 (1927), *C. R. Acad. des Sc.*, Paris 1924, t. 170.

Surrénales.

Arloing Fernand, Jasseraud et Charrachon. — Modifications évolutives de l'épithélioma expérimental de la souris blanche par greffe de surrénales provenant de lapins préparés avec ce même épithélioma. *C.R.S.B.*, 100 p. 1035 (1929).

AULER et RUBENOW. — Weitere Untersuchungen über die Beziehung zwischen Nebennieren und Geschwulstwachstum. *Zeitschr. Krebsf.*, 33, p. 292 (1930).
AULER. — Nebennieren und Geschwulstwachstun. *Zeitschr. Krebsf.*, vol. 22, p. 210 (1925).
BISHOFF et MAXWELL. — *Journ. Pharm. et exp. therap.*, 40, 97 (1930).
BISHOFF, MAXWELL et ULLMANN. — Hormone in cancer. *Sc.*, 74, 16 (1931).
COFFEY et HUMBER. — Extract of adrenal. cortex substance. *Calif. and west med.*, 33, 640 (1930).
GRUHZIT. — Gland extract in experimental carcinoma and sarcoma of albino rats. *Ann. of int. med.* (1931), 4, p. 1589.
HOWARD A. BALL. — Autopsy observations on 116 cases of malignant disease in 39 of which expérimental injections of suprarenal cortex extract (Coffey-Humber). *The Amer. Journ. of Cancer.* (July 1931). Vol. XV, p. 1352.
ISHIHARA. — Treatment of cancer based upon a new theory of internal secretion. *Jap. Med. World* (1930), 10, p. 27.
ITAMI AND MCDONALD. — *Sciences*, 72, 460 (1930).
J. MICHY. — *Thèse Paris* (1932).
PAL J. — Uber die Krebskachexie und ihre Bekaempfung. *Wiener Klin. Woch.* (1929), 42, n° 11, p. 321.
SOKOLOFF AND A. TAYLOR. — Studies on the adrenal cortex liquefaction of malignant tumours. *Arch. für exp. Zellf.* (1931), II p. 114.
SUGIURA K. — The influence of extracts of suprarenal cortex on the growth of carcinoma, sarcoma n melanoma in animals. *Amer. Journ. Cancer*, 15, 129 (1931).
SUGIURA. — *Amer. Journ. of Cancer*, 15, 707 (1931).
SWINGLE et PFIFFER. — *Sciences*, 71, 321, 489 (1930).
KARNICKI W. — Ueber den Einfluss der endokrinen Drüsen auf das Entstehen und Verhalten der experimentellen Krebserkrankungen. *Zeitschr. f. Krebsf.*, 35, 5, p. 523 (1932).
WOGLOM H. — The suprarenal and tumour growth. *Amer. Journ. of Cancer*, avril 1931, 15, p. 704.

Hypophyse.

SUSMAN. — The role of the pituitary in the etiology of cancer. *Brit. med. Journ.*, 1931.

La détermination des acides biliaires dans le suc duodénal

Par **K. GLAESSNER**

Dans le n° 42 (15 octobre 1932) j'ai publié la méthode de détermination des acides biliaires dans le suc duodénal basant sur le principe de la coagulation des sels biliaires dans un milieu alcoolique par éther.

Cette méthode a l'inconvénient que l'alcool absolu, même l'alcool à 100 %, peut dissoudre certaines traces de chlorate de soude et cet événement pourrait troubler le résultat vu que le chlorate de soude est coagnlable par l'éther. Pour éviter cet accident j'ai essayé de laver le précipité par eau hydrochlorique, mais le résultat n'est pas assez satisfaisant.

Par de nouvelles expériences je suis arrivé à une méthode plus exacte et plus facile à employer : le suc duodénal (30 c.c.) est coagulé par la triple quantité d'alcool (90 c.c.) pour éliminer les traces de mucus et d'albumine, on filtre et on évapore jusqu'à la quantité de 10 c.c.. Cette quantité est trois fois agitée par éther (chaque fois 20-30 c.c.) et l'éther mis de côté. Puis le liquide est additionné par 5 c.c. d'acide hydrochlorique trois fois normal.

Il résulte un précipité, qui est mis sur un filtre et lavé par de l'eau distillée jusqu'à liberté du chlore.

Puis le résidu est dissout dans l'alcool absolu (30 c.c.). Il résulte un liquide clair contenant les acides biliaires. On prépare des dilutions différentes de ce liquide dans des séries géométriques 1-2-4-8-16 32-64-128-256-512 et on superpose ces dilutions (2 c.c.) prudemment sur 2 c.c. d'acide hydrochlorique trois fois normal. Il résulte un anneau très net et visible. La dilution dans laquelle on peut produire encore cet anneau est la limite de la série.

La comparaison avec une solution de 5 % de glycocholate de soude ou avec une solution d'acide cholalique de 5 % donne la valeur exacte. Cette méthode a beaucoup d'avantages et est selon mes recherches bien exacte, je suis d'avis qu'on pourrait l'administrer aussi avec certaines modifications pour la détermination des acides biliaires dans le sang.

CHRONIQUE

Traitement conservateur des infections gynécologiques d'après Dordelein

Il n'est plus besoin, aujourd'hui d'insister sur les méfaits du radicalisme en gynécologie et sur l'importance des traitements conservateurs. Le Professeur Gustav DÖDERLEIN vient de publier, dans cet ordre d'idée, un très intéressant manuel pratique (1).

Généralités

a) **La pathogénie et propagation des inflammations génitales** est exposée en premier lieu par DÖDERLEIN.

1° Les organes génitaux féminins sont de par leur position, mais surtout de par leur destination comme organes de la reproduction exposés à un grand nombre d'infections microbiennes et de lésions mécaniques. Pour ces raisons, leur inflammation se fait facilement et arrive fréquemment. La voie d'infection la plus fréquente est la voie exogène ou ascendante ; elle est très favorisée par les rapports sexuels le cycle menstruel, l'accouchement et les suites de couches.

2° D'autre part, la partie supérieure de l'appareil génital peut présenter les phénomènes d'inflammation à la suite d'inflammation d'un organe de la cavité abdominale (par exemple : iléon, cæcum, appendice, anse sigmoïde). Ce sont des inflammations par contiguité et il s'agit, en général, de salpingo-ovarites.

3° Enfin, comme tous les organes, l'appareil génital est aussi exposé à des infections par voie hématogène et lymphatique ; il s'agit de métastases à la suite d'autres infections telles que panaris, furoncles, abcès, pneumonies, otite, parotidites, angines ou maladies infectieuses. Les infections par voie sanguine ou lymphatique arrivent surtout quand les organes génitaux sont à l'état puerpéral ou menstruel, époques auxquelles l'appareil génital est particulièrement sensible vis-à-vis des infections.

L'appareil génital est pourvu de moyens de défense naturels qui sont : le liquide de la sécrétion vaginale à réaction acide auquel ne peuvent résister que des germes très virulents ou acido-résistants, la bonne fermeture de l'orifice vaginal, assurée par les grandes et les petites lèvres et par le périnée ; *le col utérin* rétréci à ses deux orifices est obstrué par un bouchon muqueux. Le but de ces moyens de défense naturelle est d'empêcher les germes de pénétrer dans l'utérus.

La thérapeutique conservatrice des infections de l'appareil génital aura comme but essentiel : 1° de renforcer les moyens de défense naturelle de l'appareil génital, 2° d'empêcher la propagation des infections.

Il y a, donc, en somme, deux voies de propagation pré-

(1) *Die Konservative Behandlung entzündlicher Genitalerkrankungen der Frau.* Georg Thienne, éd. Leipzig, 1932.

pondérantes, qu'il convient de distinguer : 1° la voie canaliculaire, 2° la voie lymphatique. Dans le premier groupe, nous avons, d'abord, des vulvites, puis des endométrites du col et du corps, des salpingites, des salpingo-ovarites ou annexites et, enfin, les pelvi-péritonites. Dans le deuxième groupe il s'agit d'inflammation du tissu conjonctif paragénital et on aura des paracolpites, paramétrites, paracystites et pararectites ; ces inflammations sont toujours extrapéritonéales, de longue durée, mais de bon pronostic. Les para-métrites peuvent se compliquer et donner des périmétrites où il y a atteinte du péritoine utérin, et celles-ci peuvent se compliquer de pelvi-péritonites avec abcès de Douglas.

Il y a un certain intérêt de diviser les inflammations en : descendantes et ascendantes, pour que l'on puisse s'attaquer non seulement au mal, mais aussi à sa cause et ses origines.

b) **Diagnostic des inflammations génitales**. — On se sert de trois procédés : 1° prélèvement des sécrétions dans les parties génitales inférieures ; 2° examen des organes génitaux au spéculum et par le palper bi-manuel ; 3° examen hématologique : Wassermann, formule leucocytaire.

1° Le plus souvent, c'est le gonocoque qui est la cause du mal et il s'agit de le retrouver dans les sécrétions vaginales et urétrales. On les recherchera surtout aux endroits suivants : urètre, orifice des canaux de Bartholin, canal cervical et ampoule rectale.

Le gonocoque est, souvent, difficile à dépister, surtout s'il siège profondément. On ne le trouvera que rarement dans la cavité vaginale de la femme qui a des rapports sexuels fréquents ou qui a déjà eu des enfants ; car la muqueuse est plus résistante au gonocoque qui va se cacher dans les endroits sus-nommés. C'est seulement chez l'enfant, la femme récemment déflorée, la femme enceinte et la vieille femme, que la muqueuse vaginale est susceptible de loger des gonocoques à sa superficie. Chez les autres, on aura cependant pas mal de chances de trouver des gonocoques dans le vagin immédiatement après les règles, grâce à la transsudation augmentée à cette époque, en sorte que la menstruation doit être tenue pour la meilleure provocation d'une gonorrhée latente.

En somme, il est de grande importance d'établir l'identité du germe : car le traitement en dépend en ce qui concerne son intensité et le pronostic de sa durée. Il faut examiner le malade avec beaucoup de soin, ne jamais négliger d'examiner minutieusement les excrétions urétrales et rectales, examiner le vagin au spéculum, palper le pli de l'aine. En cas d'inflammation aiguë, le palper bimanuel est très douloureux et non sans danger ; on se contentera, ans ces cas, d'un e palpation douce et superficielle.

2° Les inflammations de l'appareil génital aiguës présentent les signes suivants : rougeur, gonflement et hypersécrétion des muqueuses, tuméfaction, ramollissement et douleur active et passive des organes génitaux, fièvre et pouls accéléré. Deux diagnostics différentiels sont à faire : 1° appendicite, 2° grossesse extra-utérine.

En cas d'inflammation chronique de l'utérus et des annexes, le diagnostic différentiel est plus difficile et se fait avec les fibromes de l'utérus, tumeurs de l'ovaire, des trompes et des ligaments.

3° Ici l'examen du sang a une importance considérable. Il faut le faire toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une inflammation génitale et ses buts sont : l'appréciation de l'activité du processus ; faciliter le diagnostic différentiel, se décider entre le traitement chirurgical et le traitement conservateur.

Deux méthodes d'examen du sang sont en usage pour diagnostiquer un foyer inflammatoire dans l'organisme : la sédimentation des globules rouges et la formule leucocytaire.

La méthode de la sédimentation des globules rouges (Linzenmeier) est simple et peut se faire n'importe où. On verse dans un tube de verre gradué 0°8 cm. de sang veineux, plus 0°2 cm. de citrate de soude et on marque le temps que les érythrocites ont mis pour baisser d'un degré. Normalement il faut attendre quatre à six heures ; mais, en cas d'inflammation aiguë, cet abaissement est fortement accéléré et parfois ne dure que dix à quinze minutes. Au-dessous d'une heure, il y a inflammation aiguë ; entre une et deux heures, il y a en général un état subaigu, avec transition vers la chronicité. On peut, ainsi, très bien suivre l'évolution d'une inflammation aiguë. Malheureusement, cette épreuve n'est pas toujours spécifique pour des inflammations aiguës ; elle se rencontre aussi dans la grossesse normale et en cas de tumeurs, c'est-à-dire dans des cas où la décomposition de l'albumine est augmentée.

Il faut, donc, qu'on ait encore d'autres signes cliniques d'inflammation aiguë pour qu'on puisse l'affirmer.

Le tableau leucocytaire paraît supérieur comme moyen de diagnostic d'une inflammation aiguë : un chiffre leucocyaire de huit à dix mille et même plus, mais surtout l'apparition en nombre exagéré de formes leucocytaires jeunes, sont tellement rares en cas d'affections non inflammatoires, que l'on doit attribuer une grosse importance pour le diagnostic, à ces modifications sanguines. Mais, en tout cas, il convient de remarquer que les modifications dans le sang ont une importance pour le diagnostic particulier des affections gynécologiques, seulement sous condition qu'il n'y ait pas d'autres foyers inflammatoires dans les corps ; sinon, elles peuvent plutôt causer des erreurs au lieu de confirmer le diagnostic.

En somme : l'examen bactériologique des sécrétions, l'inspection des muquenses visibles, la palpation bi-manuelle soigneuse donnent les bases du diagnostic, lequel sera confirmé par l'examen du sang.

c) **Généralités sur le traitement conservateur et délimitation vis-à-vis de l'intervention opératoire**. — Toutes les fois qu'il s'agit d'une inflammation aiguë des voies génitales, le traitement conservateur est de rigueur, enseigne Döderlein : traitement local de la cause, éviter la pro pagation du germe, repos au lit.

Si le siège de l'inflammation est au-dessous du col utérin, un traitement précoce et actif est indiqué. On fera des injections vaginales à faibles pressions, en évitant de forcer l'orifice interne ; des badigeonnages prudents (c'est-à-dire pas trop profonds) du col utérin pour combattre le mal et pour empêcher son ascension. Mais si l'infection a dépassé l'orifice interne et a gagné le corps utérin, les annexes ou même plus loin, tout traitement local est formellement contre-indiqué tant qu'il y a des signes indiquant une activité du processus inflammatoire : fièvre, douleurs, examen du sang. Ici, il faut laisser agir les moyens de défense naturels, généraux et locaux qui agissent d'autant mieux que le repos du corps a été plus complet. Comme traitement, on se contentera dans ces cas d'un traitement symptomatique : calmer la douleur, exciter la circulation sanguine pour drainer les infiltrations et œdèmes. L'intervention opératoire est indiquée en cas de collections purulentes enkystées pour éviter leur rupture dans le péritoine avec péritonite mortelle consécutive. On intervient en cas de pyosalpinx, abcès du paramètre, abcès du Douglas, pyométrie. Les suppurations gonococciques doivent être traitées médicalement et, ici, l'intervention est contre-indiquée.

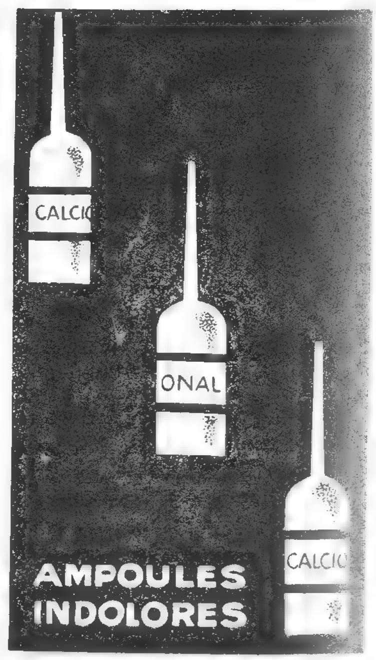
Tout à fait contre-indiqué est le curetage en cas d'endométrite aiguë, celle-ci a le droit uniquement au traitement conservatif. Au contraire dans l'endométrite chronique, le curetage est toujours indiqué et sera suivi d'un léger iodage de la cavité utérine.

Les opérations plastiques en cas de déchirures du périnée ou du col sont toujours indiquées ; ici, également, il ne faut pas intervenir sur un tissu en état d'inflammation, mais il faut attendre la guérison.

En ce qui concerne les affections génitales chroniques, la question de l'opération dépend de l'avis du médecin spécialiste et des conditions de vie de la malade. En cas de tumeurs annexielles d'origine inflammatoire, il faut pousser l'intervention aussi loin que possible ; on ne la choisit qu'en dernier lieu, quand tous les moyens de traitement conservatif


Révulsif Boudin
Liquide à base d'essence de crucifères sans cantharide ni croton
RÉVULSION INSTANTANÉE.
ACTION IMMÉDIATE.
S'APPLIQUE AU PINCEAU.
NE TACHE PAS.
N'ABIME PAS LA PEAU.
RAPIDE
PROPRE
ÉNERGIQUE
LABORATOIRES BOUDIN
9, AVENUE JEAN-JAURÈS
JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)
RÉVULSIF BOUDIN


CALCIONAL
CALCIONAL
CALCIONAL
COMPRIMÉS
SANS GOÛT


CALCIO
ONAL
CALCIO
AMPOULES
INDOLORES

sont épuisés. Pour pouvoir espérer une guérison complète, il faut que tout le foyer inflammatoire soit extirpé ; ensuite il y a toujours le grand danger de la péritonite post-opératoire. En somme, plus on attend, plus on aura de chances d'éviter des complications post-opératoires.

Enfin il convient, encore, de prendre en considération l'âge de la malade : ainsi chez des personnes jeunes, il faut toujours préférer le traitement conservatoire à l'intervention mutilatrice et compromettante pour les fonctions génitales.

***

Traitement particulier des infections non spécifiques

a) **Les inflammations de la vulve** sont rarement primitives, mais le plus souvent secondaires à d'autres foyers d'infection et il faut toujours commencer par examiner les sécrétions des voies génitales supérieures, de l'urètre et du rectum.

La vulve préalablement macérée, vient en contact avec des germes apportés par l'urètre à la suite de cystites, pyélites, fistules vésicules ou de germes d'origine intestinale ou rectale ; même les pertes blanches causant souvent des vulvites. Donc, il convient, dans tous ces cas, d'associer au traitement local de la vulvite, un traitement de foyer initial ; enfin, il faut toujours rechercher le sucre chez ces malades, car les muqueuses des diabétiques sont peu résistantes et facilement macérées.

Traitement local. — Couper les poils pubiens aux ciseaux ; deux ou trois fois par jour, bains de siège auquel on ajoute une poignée de fleurs de camomille dans un petit sac ; lavages quotidiens avec un savon non irritant. Si la malade ne peut pas prendre ces bains, on fera des pansements humides pour nettoyer le foyer inflammatoire et diminuer la tension douloureuse. Faire sécher la vulve au bout de quelques heures de pansement, ou après le bain et appliquer une même couche de poudre, surtout la nuit. Les pommades ne sont pas indiquées, car elles bouchent les pores, salissent et sont, parfois même, irritantes. On en applique aux vieilles femmes à peau dure et pleine de crevasses.

En cas de prurit très fort, on peut appliquer des pâtes anesthésiques, on ordonne même du bromural, du chloral et la morphine.

L'application des rayons X très faibles est toujours recommandable et donne de très bons résultats.

Les médicaments suivants donnent des bons résultats : lavages de permanganate au 1/5.000, de sublimé au 1/10.000, d'ocycyanure au 1/10.000 ; badigeonnages avec la solution de phénol à 3 ou 4 %, avec une solution de menthol dans l'huile d'olive à 5 %, avec du nitrate d'argent à 2 ou 5, ou 10 %. Le nitrate d'argent est le plus efficace, mais douloureux au début.

En cas de furonculose de la vulve : teinture d'iode, rayons X, vaccin antistaphylococcique polyvalent.

En cas de muguet (que l'on voit chez des femmes jeunes ou des femmes enceintes), on emploie : solution d'acide borique à 2 % ; sublimé glycériné à 1 % ; solution de nitrate d'argent tous les deux ou trois jours.

L'herpès de la vulve sera traité comme une vulvite ordinaire.

Les inflammations chroniques de la vulve aboutissent souvent à la formation de condylomes ; le prurit vulvaire est fréquent en cas d'inflammation chronique et on le traite par : application de rayons sur les endroits prurigineux, ou sur la région lombaire inférieure, puis application de topiques (alcool, nitrate d'argent, phénol, menthol avec huile d'olive) ; un traitement général (régime alimentaire, traitement psychothérapeutique) est nécessaire dans les cas tenaces.

Les condylomes sont, très souvent, d'origine gonococcique ou syphilitique : donc, traitement spécifique auquel on peut associer l'application de rayons ou le grattage suivi de cautérisations des plaies au thermocautère.

La leucoplasie et le kraurosis vulvaire s'accompagnant, l'un par une hypertrophie, l'autre d'une atrophie de la peau, paraissent être dus à des troubles de l'alimentation de la peau ; on les rencontre surtout chez les femmes âgées et ils ont dans 10 à 15 % des cas un état pré-cancéreux ; dans ces cas, les rayons ne sont pas utiles.

En cas d'ulcération de la vulve, il faut en déterminer la nature : *chancre mou* : bains de siège avec camomille, poudre d'iodoforme, de chlorure d'éthyle ; *chancre induré* : traitement antisyphilitique ; *ulcère aigu de la vulve* : tendance à la guérison spontanée (Lipschutz) ; *ulcère chronique de la vulve* ou esthiomène rare, se voit chez les prostituées surtout ; évolution très grave vers la formation de fistules vésicales et rectales (ulcus rodens ou lupus perforant), il donne parfois de l'éléphantiasis vulvaire ; traitement difficile et sans résultat efficace ; *tuberculose vulvaire* : rayons X, traitement du foyer primitif ; *bartholinite* : extirpation de la glande.

b) **Inflammation du vagin.** — Grâce à la sécrétion physiologique de l'épithélium vaginal et des germes (bacillus vaginalis) qui habitent physiologiquement le vagin, celui-ci est bien protégé contre les inflammations ; pour avoir une *vaginite*, il faut que ce système de défense soit compromis.

Causes exogènes : pessaires, corps étrangers de toute sorte, injections vaginales mal faites (canules imparfaites, liquides caustiques.)

Il y a, dans tous ces cas, blessure de la muqueuse, ce qui facilite l'entrée des germes pathogènes.

Causes endogènes : ici il s'agit de troubles trophiques de la paroi vaginale qui favorisent la naissance d'une vaginite. Les troubles trophiques empêchent la croissance de l'épithélium, ainsi que la formation du glycogène et de l'acide lactique et créent de ce fait un terrain favorable à la transformation de germes inoffensifs ou peu virulents en véritables germes pathogènes. Il faut citer l'insuffisance ovarienne, les anémies, le diabète, les maladies infectieuses aiguës et chroniques.

Enfin, mais dans des cas beaucoup plus rares, un écoulement purulent des parties génitales supérieures (col, utérus, annexes) peut causer une vaginite. Germes en cause : streptocoque, staphylocoque, colibacille ; les gonocoques ne causent que très rarement des vaginites.

Symptômes : muqueuse rougie et œdématiée, sensation de chaleur et de pesanteur, brûlure en urinant, mais surtout pertes blanches.

Il faut distinguer ces pertes blanches inflammatoires, des pertes blanches des asthéniques, des tuberculeuses, des anémiques, des femmes à troubles psychiques ou hormonaux.

En cas d'ulcère du vagin, rechercher la syphilis ou la tuberculose.

Le *traitement* des inflammations non spécifiques du vagin dépend du stade dans laquelle se trouve l'affection.

En cas de vaginite aiguë empêchant les injections, on recommande des bains de siège, deux et trois fois par jour et le repos au lit ; pour calmer la douleur, on prescrit des suppositoires d'opium et de belladone. Faire, aussitôt que possible, le traitement par injections vaginales qui ont pour but unique de désinfecter la cavité vaginale ; on préférera les ampoules de Pincus ou de Hasse aux simples canules ; ces ampoules assurent une meilleure irrigation parce qu'elles distendent le vagin et, en même temps, parce qu'elles empêchent la sortie très rapide du liquide ; on évitera les grandes pressions, pour ne pas pousser des germes dans l'utérus.

Pour éliminer des sécrétions muqueuses, on recommande des injections d'eau tiède (30 à 35°) additionné de 20 grammes de bicarbonate de soude par litre. En cas de sécrétions fétides et purulentes, le permanganate à 1 pour 5.000 donne de bons résultats. En général, on commence par des injections avec antiseptiques :

Lysol à 5 pour 1.000 ; lysoforme à 10 à 20 pour 1.000 : quilinosol à 2 pour 1.000 ; oxycyanure à 0,5 pour 1.000 ; acide borique à 30 pour 1.000 ; sublimé à 0,5 pour 1.000.

Le sublimé est à rejeter chez les femmes enceintes, à

◆◆◆◆

cause du grand pouvoir de résorption de leur muqueuse vaginale pendant la grossesse.

On constate une amélioration au bout d'une à deux semaines et alors on remplace ces injections d'antiseptiques par des injections avec des astringents : nitrate d'argent à 2 pour 1.000 ; sulfate de zinc à 20 pour 1.000 ; tannin à 10 ou 30 pour 1.000 ; acide lactique à 0,5 pour 1.000 ; acétate de zinc à 20 pour 1.000.

La prescription est la suivante : première semaine, deux injections par jour ; deuxième semaine, une injection par jour ; troisième semaine, tous les deux jours ; quatrième semaine, deux fois dans la semaine. On arrête au bout de quatre à cinq semaines.

Le traitement iodé d'un vagin infecté est contre-indiqué. Les femmes font, souvent, de l'hyperthyroïdisme et, à la suite de la résorption d'iode venant du vagin, on peut avoir de sérieux accidents de Basedow.

En dehors des injections vaginales, on fait des tamponnements avec des antiseptiques ou des astringents. Le procédé a l'avantage d'atteindre les plis muqueux du vagin où les germes séjournent de préférence, et des malades habiles peuvent l'appliquer elles-mêmes.

Les pommades (pommade à l'ichtyol, à l'acide borique) sont recommandables dans les vaginites des femmes qui ont une paroi vaginale peu souple et crevassée.

On emploie aussi des ovules.

En cas de forte hypersécrétion ou pour alterner le traitement, on emploie des poudres. Les poudres ont pour but d'assécher un vagin trop macéré par les injections et les pommades et, en plus, on leur donne par addition de dermatol, xéroforme, nitrate d'argent, tannin, une action désinfectante ou astringente ; par tous ces procédés, on soustrait aux germes le bon terrain dû à l'inflammation. Pour fortifier les forces biologiques du vagin et pour éviter des récidives, on recommande des injections avec de l'acide lactique à 0,5 %. Enfin ne jamais négliger la réfection plastique d'un périnée déchiré ou d'une vulve qui ferme mal.

c) **Inflammation de l'orifice externe du col utérin**. — A cause de la fragilité de son revêtement épithélial et du grand nombre de replis et cryptes de sa muqueuse, le col est la partie de l'étage génital inférieur qui s'infecte le plus facilement. Tous les germes et, surtout, le gonocoque trouvent, dans la muqueuse du col, les meilleures conditions de vie, car, en effet, celui-ci a comme seul moyen de protection son bouchon muqueux.

Toute inflammation aiguë du col se caractérise par une muqueuse rouge et gonflée et des pertes muco-purulentes ; en cas d'inflammation subaiguë ou chronique, on aura, comme signe, uniquement, une hypersécrétion muqueuse, c'est-à-dire, pertes blanches en grande abondance. Avant de commencer un traitement du col utérin, il faut avoir tranché nettement si l'inflammation est de nature gonococcique ou non, car le traitement est différent dans les deux cas.

La grande indication dans les inflammations aiguës du col est de *ne faire aucun traitement local* ; car on risque trop de pousser les germes au delà de l'orifice interne ou de les presser dans la profondeur de la paroi du col, d'où paramétrite possible. Repos au lit complet et suppositoires opium-belladone, pendant huit à dix jours ; on ne commence le traitement médical que dans la phase subaiguë ou chronique. Avant d'appliquer des médicaments astringents, il faut éliminer le mucus pour réaliser un contact direct des médicaments avec la muqueuse utérine.

On applique, ensuite, à l'aide de sondes de coton : nitrate d'argent à 10 % ou chlorure de zinc à 20 % ; ne pas négliger de protéger le vagin contre le contact avec ces concentrations trop fortes pour lui, en mettant un tampon dans le cul-de-sac postérieur. On fait ces attouchements une à deux fois par semaine ; dans l'intervalle, les malades font des injections vaginales simples avec des solutions désinfectantes. Le résultat thérapeutique de ce procédé, n'est pas dû au pouvoir bactéricide de la drogue que l'on applique, mais à la mobilisation des leucocytes et des lymphocytes dans toute l'épaisseur du col.

Le traitement des érosions de l'orifice externe est analogue : attouchements une fois par semaine et injections vaginales de lait dilué dans l'intervalle des attouchements. Toute érosion de l'orifice externe ou du col qui, dans quelques semaines de traitement n'est pas guérie, est suspecte d'être de nature carcinomateuse.

Toute déchirure du col doit être réparée aussitôt que possible ; en cas d'inflammation aiguë du col, attendre la cessation du processus inflammatoire avant d'intervenir.

d) **Inflammation de l'utérus**. — On distingue : 1° les endométrites, simples inflammations de la muqueuse utérine ; 2° les myométrites où la paroi musculaire de l'utérus est intéressée 3° et les endyométrites.

Les principaux symptômes sont : leucorrhée, hémorragies, augmentation et ramollissement de l'utérus.

Toute thérapeutique est formellement contre-indiquée, toutes les fois qu'il s'agit d'une infection aiguë de l'utérus, car la propagation par voie intra-canaliculaire ou par voie lymphogène à travers le corps utérin peut transformer cette affection de bon pronostic en une péri ou paramétrite ou même causer de graves infections dans le bassin et des péritonites mortelles.

Le simple examen gynécologique peut être nuisible et doit être pratiqué avec beaucoup de prudence, jamais sous anesthésie. Tout accrochage ou dilatation du col, exploration de la cavité utérine ou le curettage, tout à fait contre-indiqué, peuvent être dangereux dans une métrite aiguë.

Repos au lit complet, suppositoires opium-belladone (les opiacés ont l'inconvénient de causer parfois de la constipation) pour calmer les douleurs.

Les poches de glace sont encore beaucoup employées parce qu'elles diminuent la tension et le gonflement de l'utérus, grâce à l'action anémiante du froid ; mais leur effet est purement symptomatique, sans favoriser la guérison de l'inflammation. Beaucoup plus juste au point de vue thérapeutique est l'application de la chaleur, sous forme de coussins chauds ou compresses chaudes ; ce procédé augmente les douleurs, mais accélère considérablement la guérison, grâce à l'hyperémie causée par la chaleur. DÖDERLEIN utilise uniquement la chaleur.

On peut faire des injections d'extrait hypophysaire postérieur ou de l'extrait fluide d'ergot de seigle pour activer le muscle utérin (lutte contre son atteinte par les germes, expulsion des produits de sécrétion) ; ces injections sont à proscrire dans les métrites aiguës, parce que les contractions utérines peuvent pousser les sécrétions septiques vers les trompes et parce qu'elles empêchent l'hyperémie thérapeutique ; enfin on peut avoir comme suite des nécroses partielles de l'utérus. La muqueuse malade est éliminée à l'occasion des règles et la couche basale régénère une nouvelle muqueuse saine ; le repos doit être surtout observé au moment des règles.

En cas d'endométrite subaiguë, on pourra faire un traitement local intra-utérin, mais uniquement si l'introduction des substances médicamenteuses peut se faire sans aucune dilatation du col. Ce traitement est donc seulement applicable chez les femmes qui ont accouché et dont le col est resté plus ou moins ouvert.

Le curettage ayant pour but de gratter une muqueuse chroniquement inflammée et qui ne cesse pas de saigner, se fera quand il n'y aura plus le moindre signe d'une inflammation aiguë ; un écoulement de pus, au cours de la dilatation préalable du col, contre-indique le curettage.

e) **Inflammations des annexes, du péritoine et du paramètre**. — Toutes ces affections ont une thérapeutique commune, de longue durée, qui demande beaucoup de patience. En plus, les guérisons complètes sont rares, parce qu'il y a toujours des séquelles (stérilité, grossesse extra-utérine, adhérences et leurs suites). En général, toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une annexite, d'une pelvipéritonite ou d'une paramétrite, il faut empêcher la propagation du processus : repos au lit complet et observation clinique si possible.

Signes : fièvre, pouls accéléré, douleurs dans l'abdomen, signes de réaction péritonéale (vomissements, tension de la paroi abdominale, empâtement du Douglas, parfois).

Diagnostic : trois éléments principaux : examen bactériologique des sécrétions, palpation bimanuelle, examen du sang.

1° Il est de première importance de distinguer s'il s'agit d'une ascension du gonocoque ou d'un autre germe septique. Dans le premier cas, le pronostic vital est favorable, grâce à la forte réaction fibrineuse caractéristique des inflammations gonococciques ; de plus l'intervention chirurgicale est ici contre-indiquée. Au contraire, les infections septiques causent des collections purulentes, capables d'infecter tout le péritoine ; ici l'intervention chirurgicale s'impose le plus souvent.

2° Le palper bimanuel renseigne sur la localisation, il doit être pratiqué avec beaucoup de douceur.

3° Pour juger l'activité du processus, il est de grande utilité de prendre régulièrement la température, d'établir le temps de sédimentation des érythrocytes et de contrôler l'image leucocytaire.

Traitement : Il dépend essentiellement de la phase dans laquelle se trouve l'affection.

Dans *la phase aiguë*, trois notions principales sont à retenir, repos, chaleur, calmants.

Le repos au lit strict, pendant plusieurs semaines, est le meilleur médicament. On permettra à la malade de se lever, dès qu'elle sera sans fièvre depuis une semaine, que toute douleur à la pression aura disparue, que le temps de sédimentation des globules rouges et l'image leucocytaire seront normaux. On veillera sur le bon fonctionnement de l'appareil digestif et urinaire et on interdira toute cohabitation avec le conjoint.

La chaleur du dehors a un but hyperémiant et favorise la guérison ; la glace, au contraire, provoque une anémie, diminue la douleur, mais retarde la guérison.

Pour calmer les douleurs, on prescrit : pyramidon ou migrainine qui suffisent souvent ; sinon deux ou trois fois par jour des suppositoires opium-belladone ou mieux encore des suppositoires de dilandid qui ne constipent pas.

Le traitement moderne des inflammations aiguës des annexes et du paramètre est l'application des rayons, c'est le seul traitement actif qui peut et doit être appliqué dès la période fébrile. Les effets des rayons sont étonnants : diminution rapide des phénomènes douloureux et localisation du processus inflammatoire. Les effets anatomopathologiques du traitement par rayons sont de deux sortes :

1° résorption des infiltrations avec disparition des signes cliniques ;

2° formation d'une collection purulente (pyosalpinx, abcès du Douglas, abcès du paramètre) ; cette seconde éventualité est plus rare et demande l'intervention chirurgicale, sauf si la collection est d'origine gonococcique.

A la phase aiguë, fait suite la *phase chronique*, dans laquelle une guérison sans séquelles est rare : adhérences multiples qui fixent et déforment les organes, névralgies du bassin, anomalies des règles. Les suites sont le plus souvent dues à l'interruption précoce du traitement ; le traitement dans la phase aiguë doit être prolongé, même après disparition des signes cliniques, et en aura d'autant plus de chances de guérison définitive, que ce second traitement sera plus sérieux et plus intensif.

La protéinothérapie est indiquée dans les cas où la grande fièvre a disparue, mais où il y a persistance d'une température subfébrile pendant des semaines. Elle a l'inconvénient qu'elle peut réactiver les foyers déjà éteints.

Le meilleur traitement physique pour les inflammations chroniques dans le bassin est la diathermie. On peut la commencer sans crainte dès que la température est restée normale pendant une semaine environ. Une poussée fébrile impose l'interruption du traitement ; au contraire, des douleurs dans la zone traitée, sans fièvre concomitante, indiquent un afflux de sang dans les organes enflammés et demandent la continuation du traitement.

Dernièrement, on a recommandé l'application d'ondes courtes électriques de 15 mètres de longueur d'onde ; ce procédé paraît donner des résultats, même meilleurs que la diathermie. On fait, aussi, des irradiations, avec des ultra-rayons solaires (lumière bleue ou lumière rouge) dont le principe est le même que pour les rayons X.

Le traitement par tampons, autrefois en vogue, pour les inflammations chroniques de l'appareil génital, est actuellement très réduit. En effet, en dehors de certains inconvénients, comme mauvaise odeur ou propriétés salissantes de la plupart de ces médicaments, leur action est très limitée, même dans le cas de médicaments très résorbables, comme l'ichtyol ; on peut tout de même les employer dans les para-vaginites, les para-métrites postérieures, les paramétrites du col.

On peut encore faire des traitements par les vaccins (antistaphylocoque, streptocoque, colibacille), mais seulement au stade chronique. En outre cette méthode n'est pas sans danger ; on la combine, comme la protéinothérapie, avec des méthodes physiques.

Enfin des cures balnéaires dans des stations thermales, sont toujours recommandables pour finir le traitement (bains d'acide carbonique, bains de boue, bains ferrugineux).

Conclusions : tous ces procédés de traitement conservateur des annexites et paramétrites mènent dans presque la totalité des cas, au succès, pourvu que le traitement ait été assez long et assez intensif.

On ne se décidera à l'intervention chirurgicale que lorsque tous ces moyens ont été épuisés.

Néanmoins, même après un bon succès primaire, il est difficile de parler de guérison, parce que la possibilité *de récidives*, même si des années se sont écoulées, ne permet pas de considérer ces résultats, comme une guérison définitive.

***

Traitement particulier des infections spécifiques

a) **Gonorrhée**. — La plupart des inflammations de l'appareil génital de la femme étant de nature gonococcique, ce diagnostic est de grande importance, car le traitement a un certain nombre d'indications.

Le gonocoque est un parasite des muqueuses et il se loge de préférence dans les plis, replis et petites glandes de la région génitale.

La destruction complète de tous les gonocoques étant la condition primordiale de la guérison, il est difficile d'obtenir cette guérison ; on comprend le pessimisme d'un grand nombre d'auteurs en ce qui concerne la guérison définitive de la gonorrhée. Néanmoins avec un traitement local énergique combiné à la vaccinothérapie, on obtient 50 à 70 % de guérisons définitives.

Les localisations les plus fréquentes de la gonorrhée aiguë sont : l'urètre, le col utérin, l'ampoule rectale. L'infection de la cavité vaginale est rare. L'ascension des gonocoques au delà de l'orifice interne assombrit considérablement le pronostic ; elle signifie l'infection des deux trompes, des ovaires et du bassin. Cette ascension est favorisée par la menstruation, la gravidité, les fausses couches, les suites de couches, le surmenage physique (excès de sport), les rapports sexuels, les manipulations médicales.

Traitement : en cas de *gonorrhée aiguë* et récente, il faut s'abstenir de toute thérapeutique locale, car le danger d'une blessure des muqueuses suivie de pénétration des gonocoques dans la profondeur, est trop grand ; en plus la propagation des germes vers l'utérus et la gonococcémie, peuvent résulter de tripotages dangereux, dans la période aiguë.

Quatorze jours de repos au lit complet, diurétiques, mictions fréquentes sont les meilleurs moyens de défense contre l'ascension. Il est recommandable d'aciduler des urines trop alcalines et de les désinfecter par certains antiseptiques. Les injections vaginales sont défendues à cette période.

La vulvite aiguë peut être traitée par des compresses antiphlogistiques (camomille, sous-acétate de pH) ; lavages avec du nitrate d'argent à 5 % ; contre les ténesmes de la vessie et du rectum, on prescrit des suppositoires codéine-belladone.

Toujours expliquer au malade, ce qui détermine le médecin à cette réserve thérapeutique.

Au bout de trois semaines environ, après disparition des signes d'inflammation aiguë, commence le traitement actif ; il a pour but de détruire *tous* les gonocoques ; sinon il reste inefficace. Les meilleurs médicaments antigonococciques sont les sels d'argent, sous forme de solution aqueuse, de pommades, de crayons ou de suppositoires : 5 % pour urèthre et vulve, 10 à 20 % pour le col utérin.

Les injections vaginales seront employées seulement dans les gonorrhées chroniques avec des désinfectants non spécifiques ou avec du nitrate d'argent à 1 p. cent ou de l'ichthargan à 1 p. mille. Ne jamais employer des dérivés de l'acide lactique parce qu'ils favorisent le développement des gonocoques.

Pour l'urètre et le col, on emploie des crayons à base d'argent.

1° Pour *la gonorrhée de l'urèthre*, il faut introduire ces crayons deux et trois fois par jour. On peut combiner ce traitement à des injections intra-uréthrales de nitrate d'argent à 5 %, isural, trypaflavine ou protargol à 20 %. Il faut cautériser toute érosion dans l'urèthre.

2° Pour *la gonorrhée de la vulve*, on emploie le nitrate d'argent à 5 %, la glycérine ichtyolée à 50 %, la targésine, le choléval, etc. ; faire des attouchements consciencieux, à l'aide de petites baguettes fines, entourées de coton ; injection de nitrate d'argent à 3 % dans les glandes de Bartholin ; en cas d'abcès, inciser ; plus tard, extirper la glande.

3° Pour *la gonorrhée du vagin*, rare, on emploie les mêmes dérivés d'argent sous forme *d'ovules*. Traiter en même temps le col qui est toujours atteint dans ces cas. Les tampons rendent de bons services, nitrate d'argent 1 p. cent, ichthargan 1 pour mille, albuminates d'argent (protargol, argonine, albargine, etc.).

Pour éviter des lésions érosives de la paroi vaginale, il faut fréquemment inspecter le vagin au spéculum, supprimer les tampons au bout d'une semaine et continuer par de simples injections vaginales ou ovules. Se méfier, chez les femmes enceintes, de contractions utérines provoquées par les tampons.

4° L*a gonorrhée du col* doit être traitée d'une façon énergique, mais prudente. Respecter l'orifice interne, s'abstenir de dilatations ou sondages ; éviter les contractions utérines qui ont une action aspirative sur le col. Enlever le mucus à l'aide de solutions bicarbonatées ou à l'aide de cloches aspirantes, puis introduction des crayons quotidiens. En cas de réactions inflammatoire, espacer l'introduction des crayons et faire un traitement du col par des médicaments antiphlogistiques banaux : solution iodée, ichtyol, formaline 20 à 30 %, chlorure de zinc 10 %. Donc : détruire les gonocoques, sans léser la muqueuse.

Très recommandable est d'alterner le traitement par des médicaments avec un traitement par la chaleur ; à l'aide de sondes diathermiques spéciales, on produit dans le col une température de 45° bien supportée par le col, mais intolérable pour les gonocoques.

5° La *gonorrhée du rectum* se traite par des pommades, des suppositoires ou des lavements au nitrate d'argent (1/2.000) ou solutions de collargol ou protargol 2 °/₀. Pommades le soir à l'aide d'une seringue à pommades : vaseline protargolée 10 à 20 %, baume du Pérou nitraté ou pommade à l'ichtyol. Suppositoires : choléval, targésine, protargol ou un autre sel d'argent.

On ne pourra parler de guérison que lorsque, après une observation sévère de six mois, on ne trouve plus de gonocoque. Là où le traitement local échoue, on obtient souvent de bons résultats par la vaccinothérapie ; certains auteurs (Bucura, Gauss) préfèrent même la vaccinothérapie toute seule, dans les gonorrhées chroniques ; Döderlein estime le traitement local comme traitement essentiel et la vaccinothérapie lui paraît indiquée seulement pour renforcer le traitement local. De toute façon, on ne doit la commencer que deux ou trois mois après la disparition de tout signe d'inflammation aiguë dans le col. On injecte des gonocoques très frais et vivants sous la peau ; deux ou trois injections espacées de quatorze jours l'une de l'autre. La vaccinothérapie est surtout indiquée dans les septicémies gonococciques, les arthrites gonococciques, le gonocoque siégeant profondément (nids sous-épithéliaux).

6° En cas de *gonorrhée de l'utérus* (corps) démontrée, on fait des badigeonnages de la cavité utérine, à l'aide de minces baguettes cotonnées : vasogène iodé 6 à 10 %, huile de jothion 12 à 20 %, vasogène ichtyolé, trypaflavine dans l'huile d'olive ou teinture d'iode à 0,5 ou 1 %. Des médicaments à forte action érosive (nitrate d'argent, chlorure de zinc, formaline) sont contre-indiqués, parce qu'ils peuvent provoquer des contractions utérines capables de chasser les germes vers les annexes. On combat les contractions par des suppositoires opium-belladone.

7° La *gonorrhée dans les annexes*, est toujours accompagnée d'une réaction péritonéale (*pelvi-péritonite*), est facile à diagnostiquer : douleurs violentes dans l'abdomen, fièvre, pouls accéléré, défense abdominale, vomissements, pas de faciès péritonéal, ni langue sèche. Les gonocoques dans les sécrétions et le début post-menstruel confirment le diagnostic. Le traitement des annexites et pelvi-péritonites gonococciques aiguës est conservatif et purement symptomatique : repos au lit et interdiction de cohabitation pendant six semaines, rayons X faibles pour calmer les douleurs. On fait le traitement après disparition de tout signe d'inflammation aiguë ; il est le même que pour les annexites non spécifiques. Un procédé est à souligner : c'est la vaccinothérapie qui, ici, a une grosse importance ; en plus, elle est ici certainement plus efficace qu'une protéinothérapie non spécifique.

Enfin la *vulvo-vaginite gonorrhéique de l'enfant*, bénigne, car le danger d'une ascension est minime, par suite d'absence de règles. Elle est due au manque d'hygiène et on fait des lavages et injections deux et trois fois par jour : nitrate d'argent 1 à 3 %, permanganate, protargol, etc.

b) **La tuberculose génitale** est une affection dont le diagnostic se fait le plus souvent à l'opération ou au laboratoire. Elle a une allure descendante, c'est-à-dire commence par les annexes et descend vers l'utérus, le col, le vagin et la vulve. C'est un diagnostic de présomption basé sur : tumeur annexielle dure et indolente, nodule dans le Douglas (nodule d'Hégar) par le toucher rectal, ascite.

Le traitement est de deux sortes : rayons et chirurgie.

L'application des rayons X constitue le traitement essentiel : plusieurs séances toutes les deux semaines, sur toute la cavité pelvienne et abdominale ; la castration par rayons est parfois indiquée ; par exemple, femmes à ménorrhagies fortes et répétées. Même les parties génitales extérieures sont favorablement influencées par les rayons. L'endométrite tuberculeuse demande un traitement par le radium. Il faut chercher le foyer tuberculeux primitif et le combattre.

Quant au régime de Gerson, dans la tuberculose génitale, on ne dispose pas encore d'un assez grand nombre d'observations.

Le *traitement chirurgical* est indiqué dans toutes les tumeurs annexielles avec ascite ; ses résultats ne sont pas toujours satisfaisants. Néanmoins, par des procédés conservatifs, auxquels appartient (en dehors du traitement par rayons) l'opération conservatrice, les chances de guérison paraissent assez favorables.

Schlisser.


DRÉVILL
IODAMÉLIS
Iodo-Iodure de Potassium et Hamamélidine
Spécifique
CARDIO-VASCULAIRE
TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques. Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques. Variqueux
DOSES :
De 20 à 40 gouttes
aux 2 principaux
repas. 3 semaines
par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS – BOULOGNE-sur-SEINE près PARIS


LA BASE BIOLOGIQUE
DE LA RÉSISTANCE AUX
TUBERCULOSES
Biocholine
CHLORHYDRATE DE CHOLINE R. & C. POUR INJECTIONS SOUS CUTANÉES
D'après les travaux du Professeur J. CARLES et du Docteur F. LEURET. (Communication à l'Académie de Médecine - 18 Février 1930.)
Une injection tous les 2 jours. Produit chimiquement pur; Aucune toxicité; Injections indolores.
SEULE PRÉPARATION SOUS LE CONTROLE PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES AUTEURS.
LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (7e)
FRÉGATE . PARIS

NÉCROLOGIE

A. Chauffard

Le Professeur Chauffard vient de s'éteindre subitement. Il n'avait aucune infirmité, un peu de fatigue seulement. On ne le croyait pas malade. Il avait conservé jusqu'à ses derniers jours la précision de l'esprit, le charme de la parole, la franchise de l'accueil, la courtoisie de la discussion et aussi cette foi raisonnée, apparente sans affectation qui lui fut une force et un soutien dans sa vie si remplie.

Aucune carrière peut-être ne s'est déroulée dans une telle harmonie, prestigieuse dès son début, depuis l'internat, l'agrégation et les hôpitaux conquis dès les premiers concours, jusqu'au professorat qui fut à peine retardé et à l'Académie où il entra à 47 ans.

Ses collègues n'ont pas oubli éle brio avec lequel il soutint sa thèse d'agrégation sur les crises dans les maladies ; la belle ordonnance de ses leçons inaugurales ; la maîtrise avec laquelle il présida le IVe Congrès de médecine de langue française; l'éloquence qu'il apporta comme Président de l'Académie au centenaire de Laënnec.

La limite d'âge l'atteignit dans la plénitude de ses forces et la dernière fois qu'il vint à l'Ecole, alerte et heureux, ce fut pour donner l'accolade à Fiessinger qui venait d'être promu professeur de pathologie expérimentale.

Il avait un grand nom : il le fit plus grand et le porta plus loin. C'est que tous ses travaux imposaient l'attention. Jamais il ne se contenta d'esquisser un tableau clinique, si poussée et artistique que fut l'esquisse : toujours il était attiré par les causes ou la pathogénie d'un symptôme ou d'une maladie.

Il tenait de famille le goût de la pathologie générale, mais il la voulait moins métaphysique et plus précise. Il en conservait l'orientation et les lignes générales, mais il l'étayait sur des bases plus solides, sur des arguments plus savants. Il garda l'humorisme mais il lui donna un substratum chimique et le modernisa.

Tout, dans ses remarquables études ou articles sur le foie et le rein, sur le sang, la goutte, la lithiase porte la marque de cette tendance.

Il sut dans sa classification des cirrhoses, associer ingénieusement les causes, l'évolution et les lésions.

Il étudia sous toutes ses formes la lithiase biliaire, créa de toutes pièces l'ictère hémolytique et fit de la cholestérinémie un des plus beaux monuments de notre médecine, si solide et si définitif qu'au dernier Congrès de Vichy toutes les nations latines et même les autres donnèrent à sa conception une unanime consécration.

Il n'assista pas à ce triomphe, mais ses élèves sentirent qu'il en rejaillissait quelque gloire pour la médecine française.

Ce fut un cerveau lumineux, qui savait dissiper les ténèbres de la route. Il suffisait qu'il se penchât sur un problème pour qu'on pût en escompter la solution prochaine. Clinicien il était sans égal dans ses leçons à l'hôpital ; pathologiste, il avait des conceptions neuves, parfois hardies, toujours élégantes et du plus bel esprit français.

Sa langue était sobre et solide, émaillée d'expressions fortes mais toujours pleines de distinction et de mesure et son geste était net comme ses convictions.

Les épreuves qu'il a proposées sont simples et parlantes; les pathogénies qu'il établit sont transparentes, car il ne redoutait rien tant que la brume d'une mauvaise chimie, ou l'imprécision des classifications prématurées.

C'est ainsi qu'à mes yeux de néophyte, il apparut à Broussais dès 1896 quand j'eus l'honneur d'être son élève. Il entraînait déjà à sa suite, dans les couloirs poussiéreux et les salles chancelantes d'un hôpital provisoire, toute une cohorte de jeunes, de Massary, Ravaut, Hubert, Dailly, Arduoin et d'autres.

Il m'a initié à la médecine et je lui dois de l'avoir dès ma première année trouvée belle et captivante.

D'ailleurs une grande partie de notre génération a quelque peu vécu, qu'on me passe l'expression, sous le signe de Chauffard et le nombre de ses élèves n'est il pas considérable ?

Ceux qui l'approchèrent de près savent aussi quel causeur exquis, disert, érudit il pouvait être, quel amateur raffiné et expert, au milieu de ses sépias et de ses sanguines, de sa belle collection de meubles et de livres qui faisaient de son intérieur un des plus délicats et des plus parfaits que l'on put voir. Et l'on aimait sa franchise parfois rude, la solidité de son amitié, la netteté de ses conseils et cette belle et constante conscience professionnelle et professorale qu'il apportait dans l'exercice de sa clientèle et dans son enseignement.

Destin hors série, comme on a dit de quelques privilégiés, mais que justifient ou plutôt qu'expliquent les étonnantes qualités de l'homme et du savant.

Il faut bien que ces destins s'achèvent comme les autres, suivant la loi inéluctable qui courbe notre humanité.

L'heure aurait pu sonner plus tard. Mais celui-là est heureux que a accompli son œuvre et qui part en beauté.

Et Chauffard laisse l'exemple d'une grande et belle vie et comme un titre de noblesse.

Je tiens à exprimer à mes amis le Professeur Guillain et le Docteur Garcin, qui prolongent cette lignée dont il faisait partie, mes regrets très personnels et mon affectueuse sympathie et à leur offrir aussi l'hommage d'un journal où leur père et grand-père a presque débuté il y a déja plus de cinquante-cinq ans.

Maurice Loeper.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Tube digestif

L'obstruction cholédocienne sans ictère est plus fréquente qu'on ne le croit ; en voici deux exemples :

1° Un homme de 48 ans avait présenté autrefois des coliques saturnines. Bientôt survinrent des crises différentes sous forme de douleurs sous-costales droites intermittentes avec un frisson léger annonçant une fièvre peu intense ; elles étaient suivies d'un léger subictère des conjonctives. Dans l'intervalle des crises on ne constatait rien ; pas de douleur à la palpation. Le diagnostic de cholécystite paraissait bien établi. La radio fut négative.

Une crise douloureuse plus forte, avec subictère et température à 39°, fit confirmer le diagnostic de cholécystite. Un seul point à signaler c'est le silence absolu de cette cholécystite dans l'intervalle des crises. Devant l'échec du traitement médical, le malade réclame une intervention qui est décidée et qui met en évidence un calcul gros comme une noisette obstruant la partie sus-duodénale du cholédoque.

2° Une femme de 45 ans, hépatique ancienne, présente des crises douloureuses intermittentes presque quotidiennes. Elle souffre et elle vomit. Pas de sensibilité au point vésiculaire, pas de douleurs dans la zone pancréatico-cholédocienne. Signes de souffrance des points sympathiques de l'abdomen. En examinant cette malade on a l'impression qu'elle souffre partout et, n'était la notion des coliques hépatiques anciennes, on penserait à de la névropathie.

Une crise plus forte que les autres, s'accompagna d'un subictère de 24 heures. Une intervention, rapidement décidée, permit la découverte. dans la région sus-duodénale du cholédoque, d'un calcul de cholestérine pure du volume d'une grosse noisette.

(J. Girard. L'obstruction cholédocienne sans ictère. *Gazette Médicale de Picardie*, juin 1932.)

Pédiatrie

La fièvre de lait sec s'observe chez les jeunes enfants nourris de lait sec, mais pas chez tous naturellement.

Les nombreuses hypothèses, émises pour l'expliquer, sont plus que discutables. Il semble que cette fièvre alimentaire soit purement et simplement le fait d'un déséquilibre entre les matières solides et l'eau du régime.

La solutiou de lait de vache, régénéré en partant du lait sec, contient environ quatre fois plus de protéines et de sel que le lait de femme et deux fois plus de protéines et de sel que le lait de vache.

Deux séries d'expériences ont permis de dégager les conclusions suivantes : La fièvre de lait sec peut être provoquée, exacerbée ou modérée à volonté par l'administration aux nourrissons de poudre de lait plus ou moins concentrée. Ni la caséine, ni le sel du lait sec ne sont isolément pyrétogènes dans ce régime, mais leur association en quantités égales à celles du régime hyperthermisant provoque infailliblement la fièvre.

La qualité protéinique ou saline des composants du lait sec n'intervient pas dans la genèse de la fièvre ; tout se réduit en définitive à une question de quantité, c'est-à-dire de concentration de ces deux substances dans l'eau de dilution.

On s'étonnera peut-être que la fièvre de lait sec soit aussi rare ; sans doute la méconnaît-on facilement, mais il y aurait des raisons plus importantes, dépendant soit de la constitution de l'enfant (thermolabilité, hydrolabilité), soit de la température ambiante, soit de l'état hygrométrique de l'air.

(L. Caussade et P. Mélik-Pachaiew. Recherches cliniques et expérimentales sur la fièvre de lait sec. *Revue Médicale de l'Est*, 1er juillet 1932.)

Cancer

Le cancer du pharynx peut se présenter sous des formes cachées bien différentes.

Les cancers *introuvables* ne sont pas fatalement *muets* ; ils peuvent au contraire donner lieu à des symptômes subjectifs ou fonctionnels très nets : otalgie, bourdonnements, surdité, dysphagie ; ils n'en laissent pas moins désarmé le praticien en présence de tels cas à leur période initiale.

Les cancers *camouflés* sont des tumeurs qui, du fait des symptômes objectifs qu'elles entraînent, ont fixé l'attention du malade ; on constate la présence d'une lésion suspecte ; si la lésion est camouflée, on est entraîné dans un dédale d'hypothèses. Ouvert, le cancer pent prendre l'un des aspects suivants : chancre syphilitique, gomme ulcérée, ulcération tuberculeuse, lupus, angine de Vincent, agmydalite ulcéreuse de Moure, chancre mixte de Vialle, Lecocq et Ronchèse, diphtérie. Fermé, il donne lieu à un diagnostic différentiel délicat avec la tuberculose, l'hypertrophie amygdalienne banale, la gomme syphilitique non ulcérée. Il n'est pas inutile de rappeler que syphilis et cancer d'une part, et que tuberculose et cancer d'autre part ne s'excluent pas et qu'il existe en clinique des associations décevantes.

Les cancers *latents*, rigoureusement latents, sont assez rares ; ils se manifestent à distance, plus particulièrement par une adénopathie cervicale.

La présence, recherchée ou découverte fortuitement d'une anomalie suspecte du carrefour aéro-digestif, doit entraîner une biopsie.

(J. et L. Ducuing. Les formes cachées des cancers du pharynx. *Gazette Médicale du Sud-Est*, 1er juillet 1932.)

Les cancers du côlon et du rectum doivent être extirpés puisque les résultats éloignés sont souvent satisfaisants, du moins chez les gens ayant dépassé la cinquantaine.

H. Fruchaud a obtenu six guérisons opératoires chez sept malades, qui présentaient les cas suivants :

1° Cancer du haut rectum, enlevé par voie abdomino-périnéale, avec ablation d'une vésicule séminale adhérente.

2° Cancer recto-sigmoïdien adhérant à la vessie, enlevé par opération abdominale pure, avec un segment de la face supérieure de la vessie.

3° Un autre cancer recto-sigmoïdien opéré par la même voie dans un deuxième temps, le premier temps ayant été un anus iliaque nécessité par une occlusion aiguë.

4° et 5° Deux cancers du côlon sigmoïde, opérés en plusieurs temps par extériorisation et fermeture ultérieure de l'anus.

6° Un cancer du côlon transverse (dans sa partie gauche) adhérent à la grande courbure de l'estomac et enlevé avec cette grande courbure.

(Compte rendu de la séance du 1er juin 1932 de la Société de médecine d'Angers. *Archives Médicales d'Angers*, juillet 1932.)

Une curieuse observation de tumeur osseuse atypique est rapportée par Boutin.

Un légionnaire entre à l'hôpital le 20 décembre 1929 pour une « douleur rhumatismale persistante de la jambe droite », qui présente la topographie et les signes objectifs d'une sciatique. L'étiquette rhumatisme est remplacée par l'étiquette paludisme à la suite d'un accès.

Le 20 janvier 1930 une radiographie du genou révèle un aspect *vermoulu* de la partie inférieure de la diaphyse du fémur. On prononce les mots de tumeur et même de sarcome.

Le 14 février une nouvelle radiographie montre une aggravation du processus de destruction. On diagnostique un ostéosarcome.

Le 25 février une biopsie donne des résultats bien différents ; Lafforêt, de Rabat, est en faveur de la spécificité.

Le traitement spécifique ne donne rien. Le 28 mars la radiographie montre la destruction presque totale du fémur, qui présente l'aspect d'un paquet de coton.

Le 1er avril on pratique l'amputation sous-trochantérienne de la cuisse. L'aspect macroscopique est tellement typique que le chirurgien reprend le diagnostic de sarcome ; l'examen d'un fragment de la pièce confirme cependant les conclusions du laboratoire de Rabat.

(Boutin. Tumeur osseuse atypique. Désaccord entre la clinique et l'aspect radiologique et l'anatomie pathologique. *Maroc Médical*, 15 juin 1932.)

Les fractures du trapèze sont rares ; c'est une raison suffisante, s'il en était besoin, pour signaler l'observation de Poulain et Francq.

Un garçon boucher de 35 ans charge une moitié de cheval, s'y prend mal et, la main portée en abduction forcée, essaie de rattraper son fardeau avec le pouce, qui est porté également en abduction forcée.

Déformation du doigt, en demi-adduction, avec perte des mouvements spontanés d'abduction et forte diminution de l'adduction et de l'opposition.

Sur la radiographie on constate une fracture ayant détaché la tubérosité externe du trapèze, qui a entraîné avec elle le métacarpien, auquel elle reste fixée par les ligaments.

Immobilisation de quinze jours dans un appareil plâtré du pouce en abduction forcée, position dans laquelle la déformation se réduit spontanément.

Guérison sans incapacité permanente, avec une légère saillie osseuse au niveau de la tabatière anatomique.

(Jean Poulain et Clovis Francq. Un cas de fracture du trapèze. *Gazette Médicale de Picardie*, juin 1932.)

Oto-rhino-laryngologie

Les névralgies fronto-occipitales sont pénibles pour le malade et décourageantes pour le médecin ; l'application de liquide de Bonain *en arrière* de la queue du cornet moyen, au voisinage du ganglion sphéno-palatin, donne des résultats favorables dans tous les cas où la douleur provient d'une cause locale. Le résultat est très rapide ; en quelques minutes la douleur disparaît, remplacée par une sensation d'engourdissement ; cette anesthésie peut être définitive ; le plus souvent, après quelques heures de calme, la douleur revient, mais atténuée ; dans les bons cas chaque badigeonnage amène une amélioration plus grande et finalement, en trois ou quatre séances, le résultat est acquis.

Ce sont surtout les névralgies occipitales, caractérisées par des douleurs souvent fort vives au niveau de la nuque, qui sont utilement traitées par ce procédé. Les névralgies frontales, qui les accompagnent, sont aussi heureusement modifiées. Par contre les névralgies faciales vraies paraissent plus rebelles et relèvent plutôt de l'injection d'alcool ou de la section de la racine sensitive.

(Dutheillet et Lamothe. Traitement des névralgies fronto-occipitales par applications de liquide de Bonain au voisinage du ganglion sphéno-palatin. *Gazette Médicale Limousine*, juin 1932.)

Les septicémies amygdaliennes n'occupent pas la place qu'elles méritent réellement ; leur description repose cependant sur des documents anatomo-cliniques solides.

Les germes les plus divers ont été rencontrés ; le plus souvent il s'agit du streptocoque.

Comme dans toutes les septicémies, le foyer est parfois au niveau de la porte d'entrée, il est plus fréquemment au niveau d'une lésion secondaire et plus ou moins distant ; on distingue quatre groupes de formes cliniques suivant le mode de dissémination de l'infection.


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS 9, Rue Castex, _ PARIS (IVe)



Roger Dacosta. Edit.

1° Les septicémies à foyer amygdalien sont caractérisées par des signes d'infection manifeste au niveau de l'amygdale et par l'absence de signes veineux ou lymphatiques.

Il existe des formes graves qui aboutissent rapidement à la mort avec une fièvre élevée, un état typhique, une diarrhée fétide.

Il existe des formes curables, à évolution plus lente, où peuvent se rencontrer tous les symptômes septicémiques.

On peut ranger parmi les septicémies amygdaliennes bien des fièvres passagères ou prolongées de l'enfance. L'examen général est négatif, la fièvre est le seul symptôme immédiatement apparent ; presque toujours il s'agit de septicémie d'origine rhino-pharyngée, adénoïdienne, il est vrai, plus souvent qu'amygdalienne.

2° Les septicémies à foyer phlébitique sont fréquentes ; il faut remarquer cependant que, malgré l'importance des connexions veineuses de l'amygdale, l'angine se complique beaucoup moins souvent de thrombo-phlébite que l'otite.

Comme toujours le diagnostic de l'infection veineuse se fait par la présence d'accès fébriles avec frissons. Les signes locaux sont plus tardifs et varient avec la localisation phlébitique.

3° Les septicémies à foyer lymphatique sont définies par les symptômes locaux qui révèlent le foyer lymphatique. Les ganglions de la chaîne jugulaire sont tuméfiés et douloureux. L'infection a souvent tendance à diffuser dans les espaces cellulaires péri-pharyngés, se manifestant à la fois du côté du cou et du côté du pharynx.

4° Le type des septicémies à foyer éloigné est l'endocardite infectieuse ; mais tout autre organe que l'endocarde peut être le siège de ce foyer éloigné.

Le traitement médical est ici aussi divers et décevant que dans les autres septicémies.

Le traitement est chirurgical lorsque l'exérèse complète du foyer septique est possible.

L'amygdalectomie immédiate est le traitement des septicémies à foyer amygdalien ; les septicémies phlébitiques comportent la résection des veines thrombosées ; dans les septicémies lymphatiques l'incision se limite souvent à l'incision d'un abcès cervical ; enfin, dans les septicémies à foyer éloigné, le traitement chirurgical sera ou non possible suivant le siège du foyer.

(R. Mayoux. Les septicémies amygdaliennes et leur traitement chirurgical. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1932.)

La syphilis nerveuse vestibulaire se manifeste par des vertiges que l'on rapporte à toute autre étiologie.

Ces vertiges sont légers, insidieux, mais s'accompagnent cependant de rotation des objets et parfois de tendance à la chute.

Les formes vestibulaires pures se manifestent aussi par du nystagmus à ressort, avec une secousse lente et une secousse rapide.

La ponction lombaire révèle une légère lymphocytose, un Wassermann légèrement positif et quelquefois un peu d'hyperalbuminose.

Comme dans toutes les lésions nerveuses, le cyanure et le bismuth agissent favorablement.

(H. Proby. Quelques formes de syphilis nerveuse auriculaire. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1932.)

Il est légitime d'individualiser un type clinique de mastoïdite évoluant sur un terrain syphilitique et de dégager quelques notions nouvelles.

Il faut mettre en lumière la brutalité et la gravité d'emblée de ces atteintes mastoïdiennes, leur apparition au milieu d'un contexte clinique alarmant, au milieu de signes généraux sérieux avec atteinte précoce du nerf facial.

Au point de vue anatomique l'aspect macroscopique est important à retenir ; il s'agit habituellement d'ostéite très diffusante sans tendance à la limitation.

Le traitement spécifique, institué systématiquement et conduit énergiquement, a une heureuse influence sur l'évolution de la maladie.

(P. Mounier-Kuhn et P. Euvrard. Les mastoïdites en terrain syphilitique. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1932.)

Pathologie exotique

La misère physique est grande en Afrique équatoriale. — Les noirs sont victimes de nombreuses affections : maladie du sommeil, lèpre, tuberculose, syphilis, pian, kala-azar, paludisme.

Le médecin missionnaire A. Gremeau fait un tableau précis et coloré de tous ces fléaux ; il montre les résultats obtenus par les procédés modernes d'exploration et de traitement.

Cette étude, écrite d'un style souple, passionnante comme un chapitre de roman d'aventures, précise comme une expérience scientifique, constitue un magnifique reportage pour tous ceux qui ignorent l'Afrique et une résurrection des années qu'y passèrent les vieux broussards. Chacun la lira avec plaisir, avec profit.

(A. Gremeau. La misère physique des noirs en A. E. F. *Bourgogne Médicale*, juin 1932.)

Thérapeutique

L'allergine a donné un succès à J. Kesseler, de Chaumont, dans un cas de tuberculose rénale opéré, ayant donné lieu dans les suites post-opératoires à des complications graves : suppuration abondante de la plaie opératoire contenant du staphylocoque doré, température à grandes oscillations (38° le matin, 40° le soir), affaiblissement de l'état général.

Un auto-vaccin échoue ; l'infection étant vraisemblablement de nature bacillaire, on emploie la biocholine et l'orosmiol, sans succès.

On pratique alors, tous les trois jours, des injections sous-cutanées d'allergine à doses progressives (1/4 c.c., 1/2 c.c., 3/4 c.c., 1 c.c., 1 1/2 c.c.).

La température baisse (37°-37°5 le matin, 38°-38°5 le soir), la suppuration diminue.

On a combiné, dans les dernières semaines, les injections d'allergine et de vaccin antistaphylococcique.

Le traitement à l'allergine se poursuit à doses réduites et à intervalles éloignés.

(J. Kesseler. Traitement et amélioration par l'allergine d'un cas de tuberculose rénale, opéré, ayant donné lieu dans les suites post-opératoires à des complications graves, ayant mis en danger les jours de la malade. *Revue Médicale de l'Est*, 15 juillet 1932.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 octobre 1932

Désinsertion des ménisques. — *M. Basset* conseille la double incision latérale dans les cas où l'on hésite sur le ménisque lésé.

Péritonite encapsulante. — *M. Madier* réserve aux cas typiques le terme de péritonite encapsulante.

Hémolymphangiome caverneux du bras. — Observation de *MM. Laurent* et *Quérangal* rapportée par *M. Madier*. — La tumeur siégeait sous un nævus pigmentaire et l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un hémolymphangiome.

Arthrite purulente amicrobienne du genou. — *M. Madier* rapporte ce travail de *M. Carajannopoulos*. Cet auteur a ponctionné deux arthrites du genou, macroscopiquement puriformes, microscopiquement amicrobiennes et qu'il guérit par ponction et lavages intra-articulaires.

M. L. Bazy insiste sur la difficulté de déceler les microbes dans certains cas.

Modification à l'appareil d'Ombrédanne. — *M. Gosset* rapporte un travail de *M. Bernardberg* (de Toulouse). L'utilisation de l'anhydride carbonique au cours des anesthésies, en particulier rachidiennes, a donné à l'auteur de bons résultats.

Ostéopériostite tuberculeuse du tibia. — *M. Sorrel* relate une observation de *M. Huard* (Marine) qui dut amputer une tuberculose hypertrophiante du tibia. Il le fit par le procédé de Marcellin Duval sous anesthésie loco-régionale.

Ponction des abcès du mal de Pott. — *M. Sorrel* rapporte deux observations de *M. Delchef*. Dans la première le-

résultat n'est pas donné. Le deuxième cas fut ponctionné, mais cette intervention n'amena aucun résultat.

Deux cas rares d'occlusion intestinale aiguë. — ***M. Boppe. M. Barbilian*** (de Jassy).

Ulcère calleux de l'estomac. — ***M. Basset. M. Asteriadès*** (de Salonique). — Il s'agit d'un homme de 29 ans qui fut pris d'hématémèses graves. L'auteur intervient, fait une gastropylorectomie large et le malade guérit. L'ulcère avait les dimensions d'une «soucoupe».

Contusion d'une hernie inguinale. — ***M. Cadenat*** rapporte une observation de ***M. Huet.*** L'apparition de symptômes péritonéaux fit opérer et on trouva une perforation du grêle. Guérison.

Tumeur paranéphrétique. — ***M. Moulonguet*** relate une observation de ***M. Durosel*** (d'Angoulême). L'opéré (depuis 1925) est toujours en bonne santé, sans traces de récidives. L'examen histologique montra des caractères de malignité indiscutable.

Traitement du cancer du col de l'utérus. — ***M. J.-L. Faure*** clôture la discussion. Il montre que les cas bien mobiles doivent être traités par l'opération de Wertheim, et non par la curiethérapie. Les résultats de celle-ci sont inférieurs ; de plus il y a des formes radio-résistantes, la mortalité n'est pas absolument nulle et les résultats éloignés paraissent bien moins bons à longue échéance.

Lobe hépatique anormal avec hémorragies interstitielles traumatiques. — ***M. Schwartz*** présente cette malade qu'il a opérée à la suite d'une longue phase de douleurs. Il enleva le lobe anormal. Guérison absolue.

M. L. Bazy a eu l'occasion d'opérer un malade dans des conditions analogues.

Voussure de la paroi thoracique gauche. — ***M. Sorrel*** se demande s'il ne s'agit pas d'un angiome de la face profonde de la paroi thoracique.

M. Braine rappelle les taches calcifiées visibles à la radiographie et la douleur à la périphérie, signes d'angiome sur lesquels insistait Lecène.

M. Proust croit que la curiethérapie est indiquée.

M. Lenormant fait toutes réserves sur le diagnostic.

Greffe d'ovaire dans une grande lèvre. — ***M. Rouhier*** présente une malade qui a des règles normales.

Varices. — ***M. Alglave*** présente deux malades qu'il a traités et guéris par saphénectomie bilatérale.

Séance du 19 octobre 1932

Hernie inguinale irréductible. — ***M. de la Marnière.*** Observation rapportée par ***M. Roux-Berger***. A l'intervention, y avait une perforation du grêle. Suture. Guérison.

Occlusion post-appendiculaire. — ***M. Barret*** (d'Angoulême). ***M. Martin***, rapporteur. — Il s'agit d'un jeune homme atteint d'occlusion dix-sept jours après l'opération. L'auteur fit une iléo-transversostomie. Le malade guérit.

Fibro-lipome de la boule de Bichat. — ***M. Moulonguet*** rapporte une observation de ***MM. Hodacki*** et ***Marie*** où l'on fit le diagnostic de tumeur mixte de la parotide.

Greffe dans le mal de Pott. — ***M. Sorrel*** relate un travail de ***M. Delchef.*** M. Delchef estime que le remaniement osseux de la greffe ne se fait pas identiquement chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez l'adulte, le greffon reste solide ; chez l'enfant au contraire, il devient très fragile et ses fractures sont fréquentes. Aussi estime-t-il nécessaire d'immobiliser très longtemps les enfants greffés.

M. Duval ne croit pas que le greffon reste solide chez l'adulte.

M. Louis Bazy est du même avis.

M. Bréchot dit que toujours l'opacité du greffon diminue, puis augmente.

M. Bloch croit qu'il est difficile de dire d'après l'opacité du greffon si un greffon vit ou meurt.

M. Lance chez un malade ayant une pseudarthrose de jambe ancienne mit un greffon total. Il y eut un sphacèle cutané et, peu à peu, on vit le greffon se réhabiter et pendant tout ce temps, il resta solide.

Désinsertion de la corne postérieure du ménisque externe du genou. — ***M. Mouchet*** rapporte une observation de ***MM. Redon*** et ***Vuillème.*** A la suite de plusieurs blocages, les auteurs ont trouvé cette lésion et ont extirpé le ménisque externe. Guérison complète.

M. Braine sur 60 cas, a vu trois ou quatre lésions du ménisque externe et généralement, dans ces cas, la lésion siégeait à l'extrémité postérieure du ménisque. Dans les cas difficiles, où le côté du ménisque atteint n'est pas très net, il ne croit pas qu'une grande arthrotomie permette de trancher la question. Il vaut mieux faire deux incisions latérales exploratrices.

M. Alglave préconise la voie d'accès transrotulienne.

Hernie périnéale de la vessie. — ***M. Proust*** rapporte une observation de ***M. Oberlin.*** Il s'agit d'une hernie s'extériorisant dans la partie postérieure de la grande lèvre gauche. Le sac herniaire passait à travers le releveur. Deux ans après l'opération, la hernie avait réapparu.

Péritonite encapsulante. — ***M. L. Bazy*** rapporte deux travaux de ***MM. R. Bernard*** et ***Delalande*** et ***M. Pinsan*** (de Béziers). M. Bazy insiste sur l'intégrité du péritoine pariétal qui est signalée dans les observations et dont la constatation est nécessaire pour pouvoir parler de péritonite encapsulante.

Il croit que la membrane encapsulante est formée par le grand épiploon.

M. Soupault est d'avis que la maladie n'est que le stade terminal de l'évolution de certaines péritonites chroniques.

M. Lenormant répète que les lésions anatomiques de la péritonite encapsulante sont tout à fait particulières.

Tumeur paranéphrétique. — ***M. Quénu*** en a vu un cas. Il a fait d'abord le diagnostic de kyste du mésentère. Quatre ans après une première extirpation, le malade revient avec une récidive. A l'intervention, on enlève une première récidive lombaire, puis une autre de situation pelvienne. Un an après, il existe une nouvelle humeur lombaire. Après abaissement de l'angle splénique, on arrive à extirper une nouvelle récidive, toujours sans avoir à enlever le rein correspondant. Les examens histologiques ont montré qu'il s'agissait d'un fibrolipome ; une fois on a trouvé quelques aspects sarcomateux.

M. Michon a rapporté ailleurs une observation analogue, sans aucune récidive.

Présentation de malades. — ***M. Basset*** présente un malade qui, six ans après un traitement sclérosant, a vu des varices réapparaître.

M. Alglave croit que les résultats des injections sclérosantes sont très variables.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 octobre 1932

Hémorragie rénale bilatérale sans néphrite au cours du traitement par l'insuline chez un diabétique jeune. — ***MM. Rœch*** et ***Martin*** signalent cette complication qui demeure généralement sans conséquence fâcheuse et ne doit pas faire interrompre le traitement.

M. M. Labbé pense qu'il s'agit d'une coïncidence.

Para-myotome congénitale. Troubles dans les échanges de calciums sanguins. Traitement par la parathyroïde Richter. — ***MM. Urechia, Mlle Retezeanne*** et ***M. Dragomir*** (Cluj).

Remarques sur la sérothérapie anticharbonneuse. — Pour ***MM. Dumitresco*** et ***Jonnesco*** (Bucarest) elle doit être massive et prolongée car il faut se défier des complications septicémiques dues à la persistance de certains foyers.

Un cas de maladie de Chauffard-Still. — ***MM. Etienne, Drouet Louyot*** et ***Richon*** (Nancy).

Epilepsie cardiaque chez un sujet atteint de cardiopathie valvulaire. — ***M. Urechia*** (Cluj).

Pneumococcie pulmonaire aiguë curable. Image radiologique simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse. — ***MM. Caïn, Durey*** et ***Mlle Bernard*** signalent chez un jeune homme, les caractères atypiques des signes respiratoires brusquement apparus et l'atteinte de l'état général font craindre une tuberculose aiguë, diagnostic que semble confir-

mer l'image radiologique. Mais il existe une forte leucocytose et les crachats purulents contiennent des pneumocoques à l'état de pureté, à l'exclusion de bacilles de Koch. L'évolution clinique et radiologique confirma les données du laboratoire et permit d'éliminer la tuberculose.

Gliome du lobe frontal. Importance diagnostique du syndrome épilepsie et céphalée. Evolution brusquée, mort rapide, imprévue. — ***MM. E. de Massary*** et ***Boquien*** rapportent l'observation d'une femme de 29 ans, entrée à l'hôpital Beaujon, en octobre 1929, pour crises d'épilepsie et céphalée. Les crises étaient généralisées sans signal-symptôme. La céphalée était intense, continue avec paroxysmes. Sur cette association épilepsie et céphalée on pensa à une tumeur cérébrale, suivant la doctrine que l'un des auteurs observe depuis 1897 d'après un cas semblable. La recherche de tous les autres symptômes de tumeur cérébrale : ponction lombaire, fond d'œil, etc. fut au début négative. Un traitement d'épreuve par le cyanure d'Hg fut institué. Fait connu d'ailleurs, il améliora passagèrement la situation. En décembre les crises épileptiques deviennent plus fréquentes ; cette fois, stase papillaire, hypertension rachidienne à 45 cm. en position couchée, état de mal, mort. Cette aggravation brusque était imprévue, elle survint au moment où une intervention se décidait. A l'autopsie gliome astrocytaire, gros comme une mandarine dans le lobe frontal droit.

Les auteurs insistent sur :

1° L'importance diagnostique du syndrome épilepsie et céphalée ;
2° L'apparition tardive des signes papillaires ;
3° L'apparition tardive de l'hypertension rachidienne ;
4° La brusque apparition des accidents graves, que l'on ne pouvait prévoir, pendant que l'on discutait une intervention ; ainsi qu'on l'a dit, la chirurgie des tumeurs cérébrales est donc une chirurgie d'urgence.

Septicémie à pneumocoques sans localisations pulmonaires. — ***MM. Chabanier*** et ***Porin.***

Asthme essentiel chez une tuberculeuse atteinte de cardiopathie. — ***M. G. Caussade.*** — Voici une observation qui apporte des éléments de discussion sur l'asthme dit « tuberculeux ». Il s'agit d'un asthme héréditaire qui a évolué classiquement, plus ou moins intense et fréquent, à l'état pur, tout au moins cliniquement, depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence ; il fut insensible à toute influence climatique et anaphylactique. A 22 ans, atténuation puis cessation momentanée. Un rétrécissement mitral est découvert au cours d'une grossesse, sans qu'on puisse affirmer que, ni antérieurement ni ultérieurement, les crises d'asthme aient subi aucune modification de ce fait. A la suite de cette grossesse, reprise des accès très intenses et fréquents ; et, à propos de poussées pulmonaires congestives fébriles, dans des crachats purement d'aspect vermicelle et éosinophiles, sont découverts, par l'inoculation au cobaye, des bacilles de Koch acido-résistants.

Un an après, la tuberculose (poussée évolutive) devient évidente et les crachats où les bacilles de Koch faisaient antérieurement défaut, deviennent très abondants, purulents et bacillifères ; en même temps toute crise d'asthme cesse. Cet état persiste pendant plus d'un an. L'auteur, d'après cette observation, et en s'appuyant sur les travaux de Laubry, n'admet pas l'asthme cardiaque, mais l'asthme chez un cardiaque. Quant à l'asthme tuberculeux, en tenant compte surtout des observations de E. Sergent et de A. Bernard, et de la sienne propre, il est possible d'admettre qu'asthme et tuberculose sont peut-être initialement coopérants, la tuberculose modifiant ou trouvant le système neuro-végétatif et les humeurs déjà troublés.

Dans son observation propre, et dans celles des auteurs précédents, la tuberculose, devenant évolutive, les crises d'asthme s'atténuent ou même disparaissent, quitte, dans un cas, à reparaître sur un substratum scléreux. La thérapeutique de l'asthme tuberculeux, doit être étudiée spécialement quand l'asthme semble être seul en cause.

Association de maladie de Parkinson et de maladie de Basedow. — ***MM. Alajouanine, Boudin*** et ***Navie*** pensent que l'on peut observer par suite de lésions nerveuses de l'encéphalite toute une chaîne d'états pathologiques allant des troubles neuro-végétatifs aux syndromes parabasedowiens et même à la maladie de Basedow proprement dite.

M. Beaudouin émet l'hypothèse d'une lésion encéphalitique du corps thyroïde.

M. Marcel Labbé distingue les associations de Parkinson et de maladie de Basedow qui sont rares et celles de Parkinson et de déséquilibre neuro-végétatif plus fréquentes. Dans ces derniers cas on peut observer une légère augmentation du métabolisme de base, peut-être dû au tremblement ou à la régidité musculaire.

Michelle Valentin Zagdoun.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 octobre 1932

A propos de la lombalisation de la première vertèbre sacrée. — ***M. R. Bonneau*** présente une observation de lombalisation de la première vertèbre sacrée avec énurésie. Rien ne prouve qu'il y ait rapport de cause à effet entre l'anomalie vertébrale et l'incontinence. La méthode de Cahier donne de bons résultats thérapeutiques.

Le traitement des prostatiques. — ***M. Nora*** fait un rapport sur un travail de ***M. Julio Lopez Lomba*** (de Montevideo). L'auteur insiste sur les traitements médicaux dans l'hypertrophie prostatique, et en particulier sur les bienfaits de la diathermie, dont il décrit sa technique personnelle. Il donne six observations à l'appui de son opinion.

Méga-rectum avec malformation des ligaments utéro-sacrés. — ***M. R. Bonneau*** communique une observation de mega-rectum. La dilatation, du volume d'une grosse orange, portait uniquement sur la partie haute du rectum ; elle se continuait en haut et en bas avec un intestin de calibre normal. La tumeur prenait un aspect bilobé parce qu'elle se coudait sur un ligament utéro-sacré gauche anormalement hypertrophié. L'opération a consisté à reduire et à allonger le méga-rectum par deux forts surjets de soie sur les côtés et suivant l'axe de l'intestin. De plus, dans sa partie pelvienne, le rectum ainsi réduit a été fixé au péritoine pariétal présacré.

L'arthrodèse sacro-iliaque. — ***M. Raphaël Massart*** montre qu'il existe en dehors de la sacro-coxalgie, des altérations du joint sacro-iliaque occasionnant des douleurs, des troubles de la marche, des déséquilibres du rachis. Avec des observations à l'appui, il montre que l'arthrodese extra-articulaire permet une correction des troubles statiques et la suppression des phenomènes douloureux. L'opération, dont il décrit la technique telle qu'il l'exécute, constitue une intervention simple, rapide et efficace.

Radiographies de lésions osseuses chez un diabétique. — ***M. Aubourg*** présente des radiographies du pied et de la jambe d'un glycosurique opéré d'un mal perforant plantaire. Il existe trois sortes de lésions : fonte osseuse à l'avant-pied, ostéite hypertrophiante à l'arrière-pied ; répartition inégale du calcaire au niveau du tibia. Le malade ne souffre ni de sa jambe ni de son pied ; ces lésions sont stationnaires depuis dix mois.

Deux cas de cancer recto-sigmoïde. — ***M. Victor-Pauchet*** et ***G. Luquet*** présentent deux cas de cancer recto sigmoïde dans lesquels, bien que la tumeur fut bas située, une résection segmentaire avec fixation des deux bouts à la paroi, en vue d'un rétablissement ultérieur de la continuité du tube digesif, a pu être pratiquée. Dans un des deux cas, il s'agissait d'une femme chez laquelle la présence d'un volumineux fibrome utérin a encore compliqué l'intervention, en nécessitant d'abord une hystérectomie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 octobre 1932

Opération de Steinach n° 2 ou ligature épididymo-testiculaire. — ***M. Georges Luys*** étudie cette opération dont les effets sont bien supérieurs à la simple ligature du canal déférent. Pratiquée comme premier temps du forage de la prostate, cette opération donne des résultats remarquables. L'auteur étudie le mode d'action de cette intervention en montrant sa légitimité, mais il indique aussi les limites de son action. Si elle agit sur l'élément congestif de la prostate, elle est tout à fait impuissante contre les grosses masses fibreuses de l'adénome prostatique. C'est contre celles-ci que le forage de la prostate a une action souverainement efficace. De l'exposition que l'auteur fait des différents stades évolutifs de l'hy-

pertrophie de la prostate, il conclut à la corrélation intime qui existe entre l'annulation de la pression dans les canaux déférents et éjaculateurs et la diminution de la congestion de la prostate.

Présentation d'instrument. Pince-cautère, écraseuse. lieuse de Georges Pascalis. — *M. Pascalis* présente un instrument qui permet d'un seul geste d'écraser, de lier et de sectionner au fer rouge, en vase clos, l'appendice. Il est stérilisable aux plus hautes températures et, réunissant les avantages de l'écrasement et de la thermocautérisation, apporte avec un gain de temps, une sécurité absolue. La ligature est assurée par une agrafe en métal résorbable à verrouillage.

Calculose de la plante du pied. — *M. Pascalis* présente un cas qu'il croit unique de calculose de la plante du pied. Il a enlevé à son malade 40 calculs à facettes, articulés et contenus dans une poche cutanée. Réaultat excellent.

Invagination chronique par tumeur pédiculée du cæcum. Résection. — *MM. Victor-Pauchet, Pierre Le Gac* et *Hirchberg Alexandre*. — L'invagination intestinale peut être tolérée longtemps, il faut y penser en présence d'un malade présentant des signes de néoplasme intestinal avec diarrhée sanglante. Que faire ? Intervenir toujours. Réséquer. Ce cas est un argument en faveur de la laparotomie exploratrice dont on devrait généraliser l'emploi.

Fractures de la clavicule. — *M. Dupuy de Frenelle* fait une communication sur le traitement de ces fractures par l'opération qui utilise pour fixer les fragments cassés soit une triple bague, soit un clou planté dans la longueur de l'os, soit une plaque vissée suivant les différents cas rencontrés.

Présentation d'instrument. — *M. Bécart* présente *l'aiguille phlébotome du Docteur Sévérin Icard*, dont l'emploi simplifie la technique de la saignée. Elle consiste en une aiguille demi-courte, tranchante en dedans, mousse en dehors et sur les bords très acérée, cette aiguille ne commence à devenir tranchante qu'à partir d'une certaine distance de la pointe, de telle sorte qu'elle pique les tissus et les immobilise avant de les sectionner.

Un traitement opothérapique de l'aérophagie. — *M. Bécart* rappelle qu'à la base de l'aérophagie, il y a deux facteurs : 1° Spasmes divers ; 2° Tics d'avalement. Pour lutter contre les spasmes divers, il préconise l'emploi de l'extrait parathyroïdien, à la dose de 2 à 4 mmg. dont le rôle dans le métabolisme du calcium est capital. Il faudra profiter de l'amélioration obtenue, pour soigner les causes qui prédisposent aux déglutitions fréquentes (rhinite, pharyngite chronique, etc.) et rééduquer le patient en lui apprenant à mastiquer et à boire sans avaler d'air.

P. Prost.

LES CONSULTATIONS DU « *PROGRÈS MÉDICAL* »

Le traitement médical de la cataracte sénile

Par Albert FAVORY

Les méthodes récentes d'extraction du cristallin dans sa capsule, qu'elles comportent l'emploi de pinces spéciales ou de l'érisiphaque, constituent un incontestable progrès dans l'opération de la cataracte sénile. Cependant bien que les résultats obtenus par ces méthodes soient supérieurs à ceux que donnent la capsulotomie, elles comportent encore un certain pourcentage de risques.

Ces considérations nous expliquent pourquoi l'on s'est toujours efforcé de découvrir un traitement médical de la cataracte.

Les méthodes de traitement local sont connues depuis longtemps, bien qu'elles aient été perfectionnées récemment. Quant aux traitements généraux, ils reposent sur certaines conceptions pathogéniques.

Le traitement local a pour but soit de modifier les échanges osmotiques dans la lentille, soit d'y faire pénétrer des substances suceptibles d'arrêter le processus morbide.

L'osmose a pu être modifiée au moyen d'injections sous-conjonctivales.

Le cyanure de mercure à dose très faible 1/10.000, a été employé avec succès selon certains auteurs.

Le médicament que l'on cherche à introduire dans les milieux oculaires est l'iode. A tort ou à raison, il a été considéré comme agissant favorablement.

On peut employer l'iode sous forme de collyres (iodure de sodum à 1 %) ou de pommade associé au calcium. Récemment on a tenté de faire pénétrer l'iode à l'état d'ions électrolytiques. Cette méthode d'ionisation locale, a été surtout préconisée par Cantonnet.

Le traitement général repose sur une série de conceptions pathogéniques. L'étude du métabolisme du potassium et du calcium dans la cataracte ayant fréquemment montré la carence de ces métaux, on a proposé le traitement par des sels de ces métaux.

Dans un autre ordre d'idées, des auteurs modernes (Veroef et Lemoine), font de la cataracte un trouble d'ordre anaphylactique. Aussi ont-ils tenté de préparer des antigènes à l'aide des protéines contenues dans le cristallin et de les injecter aux malades, atteints de cataracte. Les expériences positives chez les animaux n'ont pas été aussi concluantes chez l'homme.

Enfin certains auteurs semblent admettre que dans un grand nombre de cas de cataracte, on constate des troubles des glandes à sécrétion interne. En particulier les troubles de la sécrétion parathyroïdienne sont-ils souvent observés. Aussi la médication parathyroïdienne, pourrait-elle être tentée.

Il existe là non point une nouvelle thérapeutique, la question n'étant pas au point, mais une orientation vers de nouvelles recherches.

La cataracte pour d'autres auteurs, serait d'origine microbienne, aussi peut-on entrevoir la possibilité de traitements au moyen de vaccins ou de sérums.

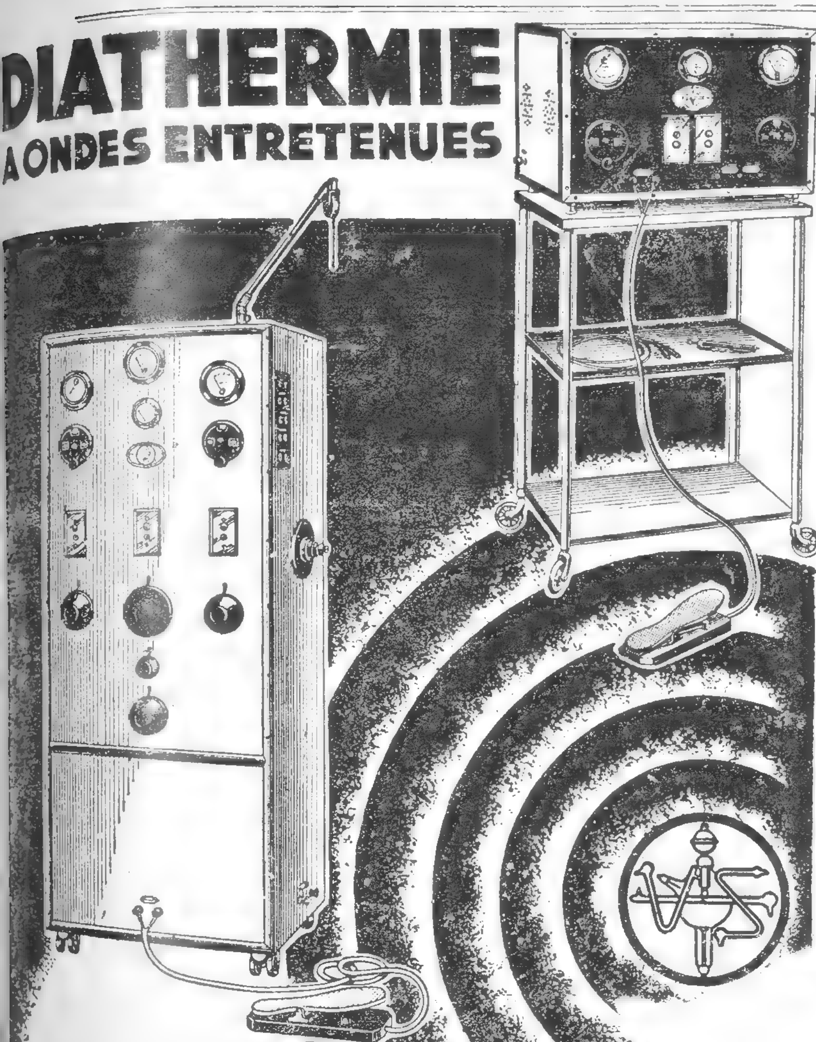
Malgré tout l'intérêt qui s'attache à ces différentes recherches, il faut avouer que l'efficacité du traitement médical de la cataracte est minime sinon nulle.

On doit donc considérer dans l'état actuel des choses, que l'intervention est encore la méthode de choix.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

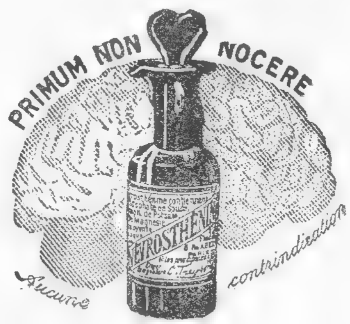
Le tryptophane et le chlorhydrate d'histidine dans les grandes déficiences organiques, par le Dr Bénech (de Nancy). *Prat. Méd. Franç. Paris*, 1932, 25 juin, p. 483-486.

L'hémostra, à la dose quotidienne de 5 centicubes par jour, possède une action indéniable sur l'augmentation des globules rouges et rend les plus grands services dans le traitement des anémies graves, néoplasiques, hémorragiques, leucémiques, biermériennes, etc. L'auteur l'a employé systématiquement, à la dose quotidienne d'une ampoule de 2,5 cc. dans les anémies secondaires, les asthénies, les amaigrissements rapides, les convalescences, les prétuberculoses et même les tuberculoses torpides, bref dans toutes les déficiences organiques. Il a obtenu les résultats les plus nets et les plus rapides, sans aucun inconvénient. Cette contribution clinique à l'étude de l'hémostra est très intéressante, car elle confirme les communications de Fontès et Thivolle, à l'Institut, à l'Académie de médecine, à la Biologie, etc. Ces deux chercheurs ont signalé l'action très nette que présentent le tryptophane et l'histidine sur l'hématopoïèse et sur l'état général et les publications de nombreux cliniciens (Etienne, Langeron, Olmer, Rieux, Neyron, Dominici, Drouet, Paget, Sénellart, et surtout P. Sassard) ont démontré la valeur indéniable de leur théorie.








PRIMUM NON NOCERE
NÉVROSTHÉNINE
Aucune contrindication

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le projet de relégation de la Faculté de médecine de Paris à Issy-les-Moulineaux. — Du Dr *Noir*, dans le CONCOURS MÉDICAL, 23 octobre 1932 :

Un de nos lecteurs nous a adressé la coupure suivante empruntée au numéro du dimanche 2 octobre 1932 de la Revue satirique : *Cyrano*, intitulée : *Les doléances de M. de Monzie.*

« Un problème absorbe le grand maître de l'Université : le déplacement de la Faculté de médecine de Paris.

Reconstruire n'est rien, lorsqu'on a le terrain. Et le terrain on l'a aujourd'hui — mais à Issy-les-Moulineaux.

La Faculté de médecine à Issy.... c'est de la folie ! dit le ministre.

Deux autres emplacements, en plein Paris avaient été envisagés.

D'abord la Halle aux vins — mais on se heurte à l'opposition irréductible des usagers.

Puis, l'emplacement de l'asile Sainte-Anne.

— Quand je l'ai réclamé, dit le ministre, la préfecture de la Seine m'a opposé un argument inattendu mais irréfutable ; il faut que les familles puissent aller voir leurs fous. Il paraît qu'elles ne pourraient pas aller les voir en banlieue.... Ah ! conclut M. de Monzie avec découragement, quel est le journal qui osera entreprendre une campagne contre le transfert de la Faculté de médecine au diable vauvert ! » »

Nous ne savons si l'auteur de l'article a reproduit fidèlement la pensée de M. le ministre de l'Education nationale, pensée qui est bien la nôtre. Nous nous permettrons de faire remarquer que la Halle aux vins, qui a déjà émigré en grande partie à Bercy, pourrait avantageusement être transportée hors de Paris.

Si, en outre, la réponse faite au ministre par la Préfecture de la Seine alléguant que, si l'on transportait à l'Asile Sainte-Anne dans la banlieue, les familles ne pourraient pas facilement aller voir leurs fous est exacte, nous ne la trouvons pas du tout irréfutable. La plupart des aliénés parisiens ne sont pas internés à Sainte-Anne : ils le sont à Villejuif, à Ville-Evrard, à la Maison-Blanche, à Vaucluse, c'est-à-dire dans la banlieue, même dans des régions assez éloignées, ce qui n'empêche pas leurs familles d'aller leur rendre visite.

Il y a en plein Paris et parfaitement situé, un emplacement auquel on n'a pas songé, c'est l'Observatoire.

Les fumées et les poussières qui rendent opaque l'astmosphère parisienne, les trépidations du sol font que l'Observatoire de Paris ne peut plus guère permettre de faire des observations astronomiques dans de bonnes conditions. Pourquoi ne pas élever, dans les jardins de l'Observatoire, la nouvelle Faculté de médecine ? On objectera que la superficie de ces jardins est très loin d'égaler les terrains libres d'Issy-les-Moulineaux. Mais ne peut-on pas, pour une Ecole de médecine, gagner en hauteur ce qui ne peut être occupé en superficie ?

Des laboratoires peuvent être parfaitement installés au sixième ou au huitième étage.

A l'Observatoire, comme à l'Asile Sainte-Anne, l'Ecole de médecine serait placée entre le quartier des Ecoles et la Cité Universitaire, en un point où les communications seraient faciles. Là, on pourrait installer des Instituts d'anatomie, d'histologie, de chimie biologique, de bactériologie, d'hygiène, etc., etc., et on laisserait dans les bâtiments actuels les bureaux, la Bibliothèque, les Musées, les salles d'examens, que l'on pourrait aménager confortablement avec de nouveaux amphithéâtres dans les locaux de l'actuelle Ecole pratique.

Mais à Paris, on se heurte chaque fois que l'on veut faire quelque chose au mauvais vouloir de certains et à la coalition des intérêts privés devant lesquels doit toujours capituler l'intérêt public.

N'est-ce pas un véritable scandale et un défi porté à l'hygiène urbaine que le maintien des Halles centrales au centre de Paris ? Et cependant non seulement on les y maintient, mais on va démolir tout un quartier pour les agrandir. *Cui prodest* ? En tout cas, pas à l'intérêt de la Ville de Paris.

Pétrarque contre les médecins. — *Journal des Débats* (18 octobre 1932). — La peste parut à Avignon en 1348. Elle commença en janvier, dura sept mois et se manifesta sous deux aspects : pendant les premières semaines, elle fut accompagnée d'une fièvre continue et d'un crachement de sang ; tous ceux qui étaient frappés moururent dans les trois jours. Au cours de la seconde période, outre la fièvre, la maladie fut marquée par des douleurs aux aisselles et à l'aine, et elle fut mortelle au bout de cinq jours.

Pétrarque, alors vexé de l'insuccès de deux missions faites auprès du pape Clément VI pour solliciter son retour à Rome, exerça sa verve contre l'entourage du pontife.

Le 13 mars 1352, il lui écrivit en ces termes : « Saint-Père, la nouvelle de votre fièvre m'a fait frissonner. Ce qui me fait le plus trembler, c'est de voir toujours votre lit entouré de médecins qui ne sont jamais d'accord ; parce qu'il serait honteux à celui qui parle le second de penser comme le premier et de ne faire que répéter ce qu'il a dit. Vous seriez sur pied depuis longtemps si vous n'aviez pas autour de vous, cette troupe de médecins que je regarde comme la peste des gens riches..... Regardez-les comme une troupe d'ennemis ! Rappelez-vous cette épitaphe de l'empereur Adrien : *Turba medicorum perii.* »

Quelques jours après, dans une de ses épitres *sine titulo*, le poète de Laure alla jusqu'à qualifier le médecin du pape de « vieil édenté, né dans les montagnes ».

Le médecin ainsi désigné était Guy de Chaulhac, originaire d'un petit village de Gévaudan sur les confins de l'Auvergne, qui avait fait ses études à Toulouse, à Montpellier, à Bologne et les avait complétées à Paris et à Lyon, avant de se fixer à Avignon. Il jouissait d'une réputation de praticien émérite et c'est pour cela qu'il avait été admis à la cour de Clément VI où l'ancien moine de la Chaise-Dieu lui prodiguait les témoignages de son estime et de sa confiance.

Guy de Chaulhac riposta aux injures de son détracteur avec une argumentation assez solide pour réduire à néant les propos du satirique italien.

Pétrarque réagit en vain par de violentes catilinaires. Son adversaire fut nommé chapelain-lecteur et chambellan. La Faculté avait vaincu.

Conseils d'un centenaire. — « Outre un bon estomac et l'appui problématique des endocrines, le vieillard pour être toujours amène et souriant, doit surtout jouir d'une conscience épurée et avoir l'âme en paix.

Qu'il sache aussi, par surcroît, se préserver de deux défauts auxquels son grand âge semble le prédisposer, je veux dire : le *recit vaniteux* de ses succès passés et son *attache excessive* aux biens matériels, par crainte de manquer un jour du nécessaire. Le premier de ces défauts, *la gloriole*, éloigne du vieillard la sympathique admiration qu'inspire une longue et fructueuse existence ; et le second, par les petitesses qui le caractérisent, est l'objet d'une désapprobation universelle. » (A. Guéniot : Pour vivre cent ans, Paris, 1931.)

L'usure de la machine humaine. — M. Marcel Prévost, méditant, dans la *Revue de France*, « sous le règne de l'heure hivernale », et parmi le décor amical de la campagne déjà touchée par l'automne, se demande pourquoi la science moderne, toujours empressée « de proposer à l'homme des procédés nouveaux pour s'user plus vite », néglige « ceux qui préfèrent la durée de la vie à son intensité ». Les savants ne s'occuperont-ils pas de ce problème ?

Assurément, l'on est en train d'étudier les mystérieux organismes qui travaillent sans cesse à nous détruire ; on les étudie et on cherche le moyen de les combattre, non pas à l'aventure, mais suivant un procédé méthodique dont le succès est considéré comme infaillible : le procédé même de Pasteur. Seulement, avant que la question soit résolue, que de temps est encore nécessaire ! Un siècle apparaît assurément trop court. Aucun des êtres aujourd'hui vivants ne verra cet aboutissement. L'on continuera, jeune encore, à mourir *de maladie*, profitant des découvertes successives des médecins. Heureuse, la génération qui jouira de la possession d'un tel secret ! L'homme ne craindra plus la mort. Bien mieux, il la souhaitera au bout de son effort, comme on souhaite le sommeil à la fin de la journée.

Acte de mariage d'un médecin au XVIIIe siècle. — *En dépouillant les registres de catholicité de la ville d'Aurillac, nous avons relevé l'acte de mariage d'un de nos confrères à la fin de l'Ancien régime, dont la lecture, pensons-nous, présente quelque intérêt.*

« Le vingt-trois septembre mil sept cent quatre-vingt-huit, après la publication d'un ban faite en cette église, vue la dispense des deux autres accordée par Monseigneur Note abbé

en date du jour d'hier, signé : Cambefort, prieur de Maintenon et vicaire général, Nous, vicaire général susdit, avons reçu le mutuel consentement et donné la bénédiction nuptiale, de l'agrément de Me Etienne Lolier, curé d'Aurillac, à Me Antoine-Philippe Laborie, docteur en médecine et chirurgie du *Ludovicée* de Montpellier, correspondant de la Société royale de Médecine de Paris, fils légitime de défunt Me Pierre Laborie, aussi docteur en medecine de la faculté de Montpellier, conseiller médecin ordinaire du roy, intendant des eaux minérales et étuves de Cransac, et de dame Anne Cinqarbres de Cabrol, habitans de la présente ville d'une part, et à demoiselle Marie-Judith Esquirou, fille légitime de Me Jean-Baptiste Esquirou, seigneur de Parieu, Puechmège, Breisse, Puezac, Sournac et autres lieux, conseiller du roy au siège présidial de cette ville, et de dame Marie-Marguerite-Françoise Faucher de Breisse, aussi habitante de cette ville d'autre part. Témoins : le père de la demoiselle future épouse ; Me Adrien-Maurice Guittard, conseiller du roy et son avocat audit siège ; Jacques Vernhes de Boussac, avocat en parlement ; Jean-Baptiste de Sales, écuyer, lesquels ont signés avec nous ainsi que les conjoints.

Marie-Judith Esquirou de Parieu. — Laborie. — Esquirou de Parieu. — Guitard. — de Sales. — Vernhes de Bossac. — Ladurei tye, chanoine. — *Esquirou de Duyé*, diacre. — *de Leigony*, conseiller. — *Cambefort*, vi.. général. »

Docteur DE RIBIER.

Le Jargon médical. — *Le Docteur Crinon écrit dans l'* INFORMATEUR MÉDICAL (23 octobre 1932) :

.....Les discours et les leçons des princes de l'art deviennent des rébus, des casse-tête et, pour les rendre plus obscurs, c'est-à-dire d'aspect plus profond et plus savant, on est revenu à un jargon près duquel celui de M. Fagon lui-même apparaîtrait comme un modèle de limpidité oratoire.

Il faut parler ce langage pour être dans le goût du jour. Et tous les néophytes et tous les catéchumènes qui songent aux grades élevés de notre profession se font gloire et devoir d'imiter leurs maîtres dans leur charabia stupide et fat.

Au demeurant, si nous rions des médecins du XVIIe siècle, il faut convenir qu'ils connaissaient au moins la langue qu'ils parlaient, tandis que leurs imitateurs d'à présent ignorent tout de la syntaxe. On ne peut croire, en écoutant certaines communications dans nos sociétés savantes, que la langue française ait mérité d'être choisie comme la langue officielle des traités à cause de son inimitable clarté. Cette langue française, qui devait être, entre les mains de nos maîtres, un merveilleux outil didactique pour exposer aisément leurs idées, est, à ce point maltraitée que les incorrections, dont sont émaillés les exposés de certains, ajoutent à l'obscurité de leur conception.

J'ai tendance à voir, dans cette manie d'un verbiage complaisamment débité et volontairement touffu, un résultat de la formation de nos augures d'aujourd'hui. A peine sont-ils entrés, en effet, dans le milieu médical, que les élèves y sont soumis au gavage de la «question». De l'internat à la leçon d'agrégation ou du bureau central, c'est toujours et toujours la « question ».

Et il faut mettre le plus de choses possible dans ces questions. Il faut même, dans un langage petit nègre, y faire entrer tout ce qu'on peut y rassembler pour avoir l'air plus instruit que les autres candidats, pour décrocher la timbale. De ce gavage prolongé, de cette gymnastique ridicule une habitude demeure qui est celle que nous regrettons de constater chez un trop grand nombre parmi les officiels de notre profession.

Ce n'est pas seulement pour l'enseignement que cette formation intellectuelle est nuisible, mais encore pour l'application des traitements, but essentiel des études médicales. Les esprits farcis d'un enseignement obscur se trouvent handicapés pour juger sainement des cas cliniques qui s'offrent à leur investigation. Leur vaste érudition ne supplée pas au défaut de logique qu'on regrette chez eux et il n'est pas rare de constater qu'au lit « d'un malade de clientèle », le bon praticien, qui ne cherche pas midi à quatorze heures, fait preuve d'un jugement plus juste et plus précis que les grands maîtres dont les consultations solennelles éteignent les lanternes au lieu de les éclairer.

Fisc. — *M. G. de la Fouchardière écrit dans l'*ŒUVRE (1er novembre 1932) :

...J'ai lu l'autre jour, dans un journal, une suggestion assez ingénieuse.

L'auteur de l'article proposait ceci :

Que chaque contribuable, en faisant sa déclaration annuelle, défalque du chiffre de ses revenus les honoraires payés à son médecin et à son avocat (en mentionnant, bien entendu, le nom et l'adresse des bénéficiaires). Ces chiffres seraient portés au dossier fiscal de l'intéressé, et ainsi le contrôle s'établirait automatiquement...

BIBLIOGRAPHIE

L'évolution psychiatrique (seconde série, n° 4). Un volume : 16 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Fidèle à son attitude libérale et vivante, l'*Evolution psychiatrique* donne dans ce fascicule des articles, de tendances très diverses, se rapportant tous au problème actuellement à l'ordre du jour, des constitutions psychiques, normales ou pathologiques.

Hygiène des goutteux et des rhumatisants, par R.-J. WEISSENBACH et F. FRANÇON. Collection « Hygiène et diététique » publiée sous la direction de E. SCHULMANN, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 118 pages. 12 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Si prolixes en matière de thérapeutique, les traités et monographies consacrés à la goutte, à la maladie de Bouillaud et aux arthrites chroniques sont singulièrement discrets en ce qui concerne la prophylaxie, l'hygiène et la diététique, surtout en ce qui concerne les affections dites rhumatismales. Elles offrent cependant une importance pratique considérable qui n'échappe ni aux malades, ni à leur famille.

WEISSENBACH et FRANÇON se sont efforcés de combler cette lacune en exposant les notions qu'ils ont tirées de l'enseignement traditionnel et surtout de leur vaste expérience personnelle. Pour la goutte, pour le rhumatisme articulaire aigu, pour les rhumatismes chroniques, ils ont groupé les données relatives à l'hygiène individuelle (climat, habitation, vêtement, exercice physique, hygiène du tube digestif, régime, etc.), à l'hygiène familiale et à l'hygiène sociale. Ils ont particulièrement développé ce chapitre à propos des rhumatismes chroniques en soulignant la nécessité d'un veritable armement antirhumatismal et en indiquant les voies et moyens de réalisation à partir des organisations déjà existantes.

Dans une quatrième partie, les auteurs montrent les ressources précieuses qu'offrent les cures hydrominérales à condition qu'elles soient prescrites à temps et suivies dans de bonnes conditions.

Ecrit dans un style simple et clair, divisé en chapitres courts et bien ordonnés, ce livre s'adresse surtout aux malades ; mais les conseils qu'il renferme, pourront souvent être médités par les médecins eux-mêmes.

Nous souhaitons à ce livre le même succès qui a accueilli son aîné, *Causes et traitement des rhumatismes chroniques*, dont il est, d'ailleurs, le complément.

Hygiène du constipé, par Victor PAUCHET et H. GAEHLINGER. 1 vol. in-8° de 82 pages, 12 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce petit livre, essentiellement pratique, envisage l'hygiène de la constipation chronique, à l'exclusion des constipations passagères et des constipations par obstacle mécanique.

Loin de considérer la constipation comme provoquée toujours par la déficience de la musculature intestinale, les auteurs insistent sur ce fait que la progression des matières est due à la collaboration de l'intestin, du foie, des muscles respiratoires, des muscles abdominaux, du rectum et de l'anus, mais aussi du stimulus vital apporté par les glandes endocrines. De plus, pour qu'il y ait évacuation, il faut qu'il y ait introduction d'aliments ; la qualité comme la quantité de ces derniers joueront donc un rôle dans la constitution et le volume du bol fécal. Dès lors, si l'évacuation ne se fait pas ou se fait mal il ne faut pas toujours rendre responsable le seul intestin d'un état de choses dont il n'est bien souvent que la victime.

Il ne faut donc jamais, par une thérapeutique agressive ou brutale, risquer de léser cet intestin qui n'est encombré que par la défaillance de ses collaborateurs.

L'abus des laxatifs irritants est malheureusement trop fréquent et oblige à considérer deux cas différents au point de vue traitement : 1° la constipation simple, dans laquelle la muqueuse intacte protège l'organisme contre les résorptions toxiques ; 2° la constipation infectée, irritée, dans laquelle l'intervention microbienne et les lésions de la muqueuse provoquent des spasmes lésionnels des incoordinations des mouvements péristaltiques, de l'intoxication générale, qui modifient l'allure clinique, mais aussi la thérapeutique.

Dans l'une comme dans l'autre, les auteurs étudient les mille petits détails du traitement, les petits soins, les précautions à observer, envisagent successivement la psychothérapie, l'hygiène générale et spéciale, l'alimentation, les traitements mécaniques, physiques et électriques, les médications.

Ils terminent cet intéressant ouvrage par quelques pages consacrées aux résultats éloignés des interventions chirurgicales et à la thérapeutique thermale.

Ce *vade-mecum* du constipé, écrit de façon très claire, rendra les plus grands services au médecin praticien dans la rédaction de ses ordonnances et parfois aussi, dans des cas déterminés, aux malades.

Hygiène de l'urinaire par A. LAVENANT. 1 vol. in-8° de 122 pages, 12 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Conçu et écrit dans un but essentiellement pratique, ce livre indique tout ce qu'on est en droit d'attendre de l'hygiène chez les urinaires, en dehors de la thérapeutique proprement dite.

Dans une série de chapitres intentionnellement brefs, mais clairs et simples, le lecteur trouvera successivement tout ce qui concerne la vie physique de l'urinaire, ce qu'il doit, ce qu'il peut faire, ce qu'il doit éviter, ce qu'il peut obtenir des régimes, de l'exercice, de l'hydrothérapie, de la crénothérapie, de l'héliothérapie, etc.

La dernière partie de l'ouvrage envisageant l'hygiène particulière à chaque affection est présentée sous forme d'ordonnances faciles à consulter et à appliquer.

Cet ouvrage rendra de réels services non seulement aux spécialistes pressés mais aussi à tous les praticiens ainsi qu'aux malades eux-mêmes auxquels il servira de guide, en précisant des détails de régime, les conditions d'existence exigées par les maladies, pour le retour à la bonne santé.

L'interférométrie en clinique, par A. DURUPT. Collection des Actualités de médecine pratique, 1 vol. in-16 de 204 pages avec figures et graphiques dans le texte et une planche en couleurs hors texte, 23 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Cette nouvelle méthode de diagnostic consiste à mettre en évidence les ferments de défense contenus dans le sang des malades, en utilisant un appareil d'optique de grande précision : l'interféromètre.

Sans qu'on puisse absolument identifier les ferments de défense aux anticorps, il est probable que les uns et les autres, concourant à la défense de l'organisme, se forment simultanément.

L'étude des réactions humorales sous les diverses formes du « sérodiagnostic » rend des services considérables dans la différenciation des infections. L'examen interférométrique du sang peut rendre les mêmes services dans la différenciation des tumeurs ou lésions viscérales, mais l'intérêt de cette étude du sérum ne se borne pas au diagnostic tumoral, elle est également précieuse dans l'étude du fonctionnement endocrinien.

Les glandes endocrines déterminent, en effet, la formation des ferments de défense, et la mesure de ceux-ci dans le sang montre laquelle dans tout le système, est troublée dans son fonctionnement. Cette étude a permis des discriminations que la clinique était incapable de faire.

L'auteur, dans son livre, commence par exposer le principe de la méthode. Il la justifie scientifiquement, en donnant les réponses à toutes les objections qu'on a élevées contre elle. Il décrit ensuite les appareils de mesure et tout le matériel nécessaire, avant d'exposer dans ses détails la technique elle-même.

Enfin, il consacre la moitié du volume aux diverses applications cliniques dans tous les domaines, en s'appuyant sur les centaines de travaux étrangers qui ont été publiés sur ce sujet.

Tous ceux qui s'intéressent aux diagnostics biologiques ne peuvent plus ignorer les nouvelles possibilités de recherches que fournit l'interférométrie.

L'auteur a eu le mérite de réunir en un seul volume, non seulement un manuel de technique, mais un guide dans l'interprétation clinique des résultats.

Monographies de pédiatrie et de puériculture (publiées par les soins du Docteur GAUTHIER-VILLARS) : *Le rachitisme et la tétanie*, par le Docteur Edmond LESNÉ et le Docteur Lucien DE GENNES. Un volume in-8° (20 × 15) de 174 pages, avec 32 planches, 30 francs. Gauthier-Villars et Cie, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

Il est peu de maladies qui aient autant que le rachitisme et la tétanie bénéficié du patient effort de recherches de ces dix dernières années.

La découverte du rachitisme provoqué chez l'animal, l'étude des modifications de la phosphatémie, la mise en évidence du rôle de la lumière et des corps irradiés, ont fait de la première de ces affections une maladie presque expérimentale dont nous entrevoyons la pathogénie et dont nous tenons la guérison.

La tétanie d'autre part, a vu, grâce aux notions apportées par l'électrologie, s'élargir considérablement son cadre clinique. Son étude a permis de préciser le rôle des parathyroïdes, du métabolisme calcique et de la notion d'alcalose.

La connaissance de ces faits, dépassant de loin le cadre de la clinique courante, ne se contente pas de soulever les plus intéressantes questions de pathologie générale, mais elle apporte avec elle la cause finale vers quoi doit tendre tout effort médical : une prophylaxie efficace et un traitement simple et sûr.

C'est pourquoi nous avons tenté en ces quelques courtes pages, de mettre au point ces grands problèmes qui intéressent le savant comme le praticien.

Nous avons volontairement passé plus rapidement sur les descriptions cliniques pour exposer aussi complètement que possible les notions pathogéniques qui dominent ces deux maladies et orientent leur traitement.

Le Gérant : A. ROUZAUD

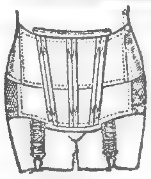
CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET Cie. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PÉRIODIQUES MÉDICAUX

CHLORY-CHOLINE

MÉDICATION NOUVELLE
DANS LA
TUBERCULOSE

Ampoules de 2 cc. dosées à 0gr 01 de Chlorhydrate de Choline purifié
(dilution optima)

LABORATOIRE J. BOILLOT & Cie – 22, Rue Morère – PARIS

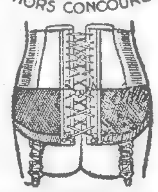


LA " *LUCIOLE* "

Ceinture anti-ptosique brevetée
Réduit les ptoses les plus rebelles

RECOMMANDÉE PAR LE CORPS MÉDICAL

NEUF GRANDS PRIX HORS CONCOURS



GASTROPTOSE

ENTÉROPTOSE

REIN MOBILE

L. ABRAMIN
9 rue Cadet. PARIS (IX)
TÉL : PROVENCE 81-94

PHARMACIE VIGIER & HUERRE, Docteur ès sciences, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

Savon doux ou pur, **S.** Surgras au Beurre de Cacao. — **Savon** Panama, **S.** Panama au goudron, **S.** Naphtol, **S.** Naphtol soufré, **S.** Goudron et Naphtol. — **S.** Sublimé, **S.** Boriqué, **S.** Créoline, **S.** Résorcine, **S.** Salicylé. — **Savon** à l'Ichthyol **S.** Panama et Ichthyol. **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Boraté, **S.** Goudron boriqué, **S.** Mercuriel à 33 % de mercure, etc.

Traitement des Dermatoses et des Alopécies

CEDROCADINOL VIGIER

Succédané de l'huile de Cade
Ethers de Phénols de l'Huile de Cade.
Huiles essentielles de Cadier et de Cèdre.

Traitement des Séborrhées dépilantes du cuir chevelu par le

CHLOROSULFOL VIGIER

à 3 % de soufre précipité
(Tétrachlorure de Carbone. Sulfure de Carbone désodorisé).

Glycérolés, Pommades, Collodions, Solutés : Chloroformiques, Acétoniques, Ethérés à base de Cédrocadinol

---

Votre honorable clientèle attendra plus calmement..

dans les fauteuils en cuir paliné, grand confort, formes nouvelles, depuis..... 195 frs.



200 modèles en atelier

CONSTANT, FABRICANT-SPÉCIALISTE

42, Rue Chanzy, PARIS Roq. 10-04

Demandez le catalogue aujourd'hui même -:- Conditions spéciales à MM. les Docteurs

---

Le TÉPÉROS

Préventif et Curatif des différentes formes de la Tuberculose

Le **TÉPÉROS** est la Tuberculine par voie buccale qui a été expérimentée par MM. A. et R. Sartory, J. Meyer et H. Neukirch.

Voir n° 18 du *Progrès Médical*, 30-4-32

Documentation sur demande

Laboratoires FISCH et Cie — MULHOUSE (Haut-Rhin)


CONSTIPATION HABITUELLE
CASCARINE LEPRINCE
laxatif parfait réalisant le véritable traitement des
CAUSES de la CONSTIPATION
AFFECTIONS du FOIE
ATONIE du TUBE DIGESTIF
Eumictine
Santalol, Salol, Héxamé-thylène-Tétramine.
Antigonococcique
Diurétique
Analgésique
Antiseptique
Blennorragie...
Cystites
Néphrites
Pyélites
Pyélo-Néphrites
Pyuries
PHOSPHOTHÉRAPIE RATIONNELLE
par le RHOMNOL
Pilules et Saccharure à base d'Acide Nucléinique
Ampoules à base de Nucléinate de Soude
et le
NEO-RHOMNOL
A BASE :
de Nucléinate de Strychnine et Cacodylate de Soude } AMPOULES
ou de Nucléinate de Strychnine et Méthylarsinate de Soude } COMPRIMÉS
NEURASTHENIE-INFECTIONS
CONVALESCENCES
TRAITEMENT RATIONNEL ET SCIENTIFIQUE DU
DIABÈTE
par les
Pilules du Dr Sejournet
Complexe à base de Santonine
ANTIDIABÉTIQUES-RECONSTITUANTES
Ne nécessitant qu'un régime facile à établir
Une pilule à chaque repas.
Spécifique de l'Hypertension
GUIPSINE
en pilules aux principes utiles du GUI
RÉGULATEUR du TRAVAIL du CŒUR
non vaso constricteur
Diurétique, Antialbuminurique, Antihémorragique
MÉDICATION ÉLECTIVE DE TOUS LES ÉTATS SPASMODIQUES
Régulatrice du Système Nerveux Sympathique
FREINOSPASMYL
2 à 4 Comprimés par jour
Le Médicament des Inquiets
LABORATOIRES DU DOCTEUR MAURICE LEPRINCE
62, Rue de la Tour - PARIS (16e)

FONDÉ EN 1873. — N° 47 LE NUMÉRO : 50 Centimes 19 NOVEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 – R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Clinique médicale de l'Hôpital Cochin. — M. le Professeur ACHARD reprendra ses cours le 19 novembre et les continuera tous les samedis suivants à 10 h. 1/2. Les autres jours de la semaine, des leçons seront faites à 11 heures par ses élèves et anciens élèves.

PROGRAMME DES LEÇONS du 19 au 26 novembre. — Samedi 19 novembre, à 10 h. 1/2, M. le Professeur ACHARD : A propos de la pneumonie. — Lundi 21, à 11 heures, Docteur THIERS : Paralysies du plexus brachial. — Mardi 22, à 11 heures, Docteur MOUSSOIR : Pneumothorax. — Mercredi 23, à 11 heures, Docteur MARCHAL : Angine de poitrine. — Jeudi 24, à 11 heures, Docteur HAMBURGER : Gangrène pulmonaire. — Vendredi 25, à 11 heures, Docteur BARIÉTY : Ulcère de la petite courbure. — Samedi 26, à 10 h. 1/2, M. le Professeur ACHARD : Spirochétose ictéro-hémorragique.

Agrégation. — Les *concours du second degré de l'agrégation* des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris le 8 mai 1933.

Ces concours sont limités aux sections désignées et auront lieu aux dates fixées ci-après :

8 mai 1933 : médecine générale.
10 mai 1933 : chirurgie générale.
15 mai 1933 : obstétrique, oto-rhino-laryngologie, hygiène.
17 mai 1933 : physiologie, physique médicale, pharmacologie et matière médicale.
22 mai 1933 : anatomie, chimie médicale, médecine légale, bactériologie.
24 mai 1933 : histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, anatomie pathologique, pathologie expérimentale.
29 mai 1933 : pharmacie, histoire naturelle pharmaceutique.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les académies du 7 janvier au 6 mars 1933 inclus.

Les emplois d'agrégé des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie mis au concours pour les sections ci-dessus désignées se répartissent de la manière suivante :

Anatomie : Aix-Marseille, 1 ; histologie, Paris, 1 ; Lille, 1 ; Nancy, 1 ; Toulouse, 1 ; bactériologie : Montpellier, 1 ; histoire naturelle médicale et parasitologie : Paris, 1 ; physiologie : Aix-Marseille, 1 ; Lyon, 1 ; Nancy, 1 ; chimie médicale : Lyon, 1 ; Nancy, 1 ; physique médicale : Aix-Marseille, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lyon, 1 ; pharmacologie et matière médicale : Paris, 1 ; pathologie expérimentale : Paris, 1 ; médecine générale : Paris, 4 ; Aix-Marseille, 2 ; Bordeaux, 2 ; Lille, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 2 ; Toulouse, 1 ; Alger, 2 ; anatomie pathologique : Aix-Marseille, 1 ; Nancy, 1 ; Alger, 1 ; hygiène : Lyon, 1 ; Nancy, 1 ; médecine légale (par transformation de l'emploi d'agrégé de dermatologie et syphiligraphie) : Lille, 1 ; chirurgie générale : Paris, 3 ; Aix-Marseille, 2 ; Lille, 2 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 3 ; Nancy, 2 ; Strasbourg, 1 ; Toulouse, 1 ; oto-rhino-laryngologie : Bordeaux, 1 ; Lyon, 1 ; obstétrique : Paris, 2 ; Lille, 1 ; Lyon, 1 ; histoire naturelle pharmaceutique : Aix-Marseille, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lyon, 1 ; Alger, 1 ; pharmacie : Aix-Marseille, 1.

Hôpital et dispensaire français de Londres. — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le premier février 1932.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux (ou trois) médecins-résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements écrire au Docteur Robert Pierret, 95, avenue Kléber, Paris.

Association des membres du Corps enseignant des Facultés de médecine. — Dans son assemblée générale, qui a eu lieu à la Faculté de médecine de Paris, l'Association des membres du corps enseignant des Facultés de médecine a étudié les questions suivantes : assurances sociales et enseignement clinique ; réforme des études médicales ; agrégés sans enseignement ; professeurs patentés ; traitement des chefs de clinique.

L'assemblée a estimé qu' « il est préjudiciable à l'intérêt général que les agrégés parvenus au terme de leurs fonctions perdent tout contact avec la Faculté au moment où ils ont acquis une pratique et une expérience réelles de l'enseignement ». Elle a donc émis le vœu que ces professeurs continuent à faire œuvre d'enseignement — participent, notamment, aux examens théoriques et pratiques, — et soient autorisés à continuer leurs versements pour la retraite sur la base de leur traitement d'ancien agrégé.

L'Association a affirmé, une fois de plus, que « l'enseignement de la médecine, fondement nécessaire de la formation professionnelle du praticien, ne peut être réalisé si le recrutement des malades dans les hôpitaux publics cesse d'être convenablement assuré ». Elle a donc émis le vœu que fût modifiée sur ce point la loi sur les assurances sociales.

L'assemblée a constitué ainsi qu'il suit le bureau pour l'année 1933 :

Président honoraire : Professeur Guyot, de Bordeaux ; président : Professeur Baudouin, de Paris ; vice-présidents : Professeurs Jacques, de Nancy ; P. Delmas, de Montpellier ; secrétaire général : Professeur Fabre, de Bordeaux ; trésorier : Professeur Patel, de Lyon.

Association internationale des médecins contre la guerre. — Il vient d'être créée une Association internationale de médecins contre la guerre.

Le but de cette Association qui n'est inféodée à aucun parti politique est de grouper tous les médecins qui s'inquiètent de la situation mondiale actuelle.

Leur ation doit être de *prophylaxie sociale* destinée à prévenir ce fléau abominable, générateur de tous les autres : *la guerre*.

Ont adhéré parmi les médecins des divers pays : le Professeur S. Freud, le Professeur Biedl, le Professeur Maranon, etc...

Les médecins français sont cordialement priés d'envoyer leur adhésion au Docteur Jean Dalsace, 31, rue Saint-Guillaume, Paris (VIIe), secrétaire de la Section française qui groupe déjà les Professeur Langevin, Docteur Georges Duhamel, Docteur Weismann-Netter, Docteur Roux-Berger, Docteur Rouquès, Docteur Laugier, Docteur Sicard de Plauzoles, etc...

Le Jubilé médical du Docteur Branly. — L'Union médicale latine, représentant les trente nations latines d'Europe et

d'Amérique, a tenu à honneur de fêter le 8 novembre, le Jubilé médical de celui à qui l'on doit la découverte du principe de la télégraphie sans fil, et qui est aussi médecin, ce que beaucoup ignorent. Il y a, en effet, cinquante ans que le Docteur Branly a été reçu docteur par la Faculté de Paris, en 1882, avec la thèse suivante : « *Le dosage de l'hémoglobine dans le sang par les procédés optiques* ».

La cérémonie a été grande dans sa noble simplicité. Après avoir offert une corbeille de fleurs aux couleurs nombreuses de la Latinité, le Docteur Dartigues a présenté au Docteur Branly un numéro de la *Revue de l'Union médicale latine*, entièrement consacré à la vie et à l'œuvre de cet illustre savant, au nom des 100.000 médecins du monde latin, des vingt-cinq mille médecins français, des cinq mille médecins, membres de l'Union médicale latine. Ce numéro contient les adresses des Docteurs Bellencontre, Dartigues, Molinéry, Dausset. Aussi ne fut-il pas prononcé de discours ; comme le dit le Docteur Dartigues au Docteur Branly : « Tout ce qui pouvait être dit par nous est dans cette *Revue* et le reste est inexprimable ! » Après que le doyen de la Faculté de médecine et le président-fondateur de l'Union médicale latine lui eurent donné l'accolade, tous les membres présents serrèrent la main du savant.

Dans cette *Revue* se trouve rappelé le texte de la première dépêche par T. S. F. envoyée dans le monde par Marconi, en 1899, des côtes d'Angleterre aux côtes de France, de Douvres à Wimereux, ainsi conçu : «*Marconi envoie à M. Branly ses respectueux compliments à travers la Manche, ce beau résultat étant dû en partie aux remarquables travaux de M. Branly* ». Il est à remarquer, comme l'a écrit le Docteur Dartigues, que : « Ce sont deux pays de la Latinité, représentés par le Français Branly qui fit les premières expériences, l'autre par l'Italien Marconi qui réalisa l'application pratique, qui ont donné au monde cette splendide découverte qui sert à l'humanité tout entière. Le Docteur Dausset dans un très bel article contenu dans cette même *Revue* s'est attaché à montrer les conséquences au point de vue thérapeutique médicale de la découverte de la T. S. F. Il est hors de doute que si Branly avait consacré à la médecine les forces de son puissant cerveau, il eut sans doute résolu plusieurs des problèmes des plus importants de la science et de l'art de guérir.

Croisière médicale française de Pâques 1933. — Partira à Pâques 1933 la Troisième croisière médicale française sur le paquebot de luxe de 20.000 tonnes *De Grasse* de la Compagnie générale transatlantique.

Le départ se fera de Marseille le 9 avril pour Bonifacio avec escales en Sicile à Guardini, Taormina et Syracuse. Le *De Grasse* touchera ensuite Corfou, puis remontera la côte albanaise en touchant Buthrote, Durrazo et Cattaro d'où une excursion permettra la visite de Cettigne, ancienne capitale du Monténégro.

Après une courte escale à Raguse, le *De Grasse*, mouillera deux jours à Venise puis à Spalatto, Port d'Empedocle (Agrigente), et terminera son voyage par Tunis d'où il sera organisé une excursion à Carthage.

Le 24 avril le *De Grasse* sera de retour à Marseille.

Le Comité des Croisières médicales françaises est heureux d'offrir des places à des prix extraordinairement bas à partir de 1.800 francs en classe touriste pour un voyage de seize jours et en 1re classe de 2.500 francs en cabines à deux personnes et de 2.900 francs en cabines à une place. Il a pu obtenir en outre sur le billet personnel des médecins, une réduction de 5 % et met à la disposition des élèves des hôpitaux un certain nombre de bourses ramenant le prix des places à 800 francs.

Pour le trajet Paris-Marseille, un train spécial de nuit permettra aux passagers de voyager dans les meilleures conditions avec une réduction de 50 %.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité des Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, à Paris. Téléphone : Odéon 20-65.

Nécrologie. — Docteur Paul BERGERON, de Paris, 52, boulevard Saint-Germain, ophtalmologiste. — Docteur H. CALLIAS, de Château-Regnault-Bogny (Ardennes), décédé à l'âge de 78 ans. — Docteur Jean DURAND, médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales en retraite, décédé à Marseille dans sa 74e année. — Docteur Charles DE LA NIÈCE, de Paris, 56, rue du Rocher, ancien interne des hôpitaux de Paris, mort subitement dans la rue. — Docteur Noël MASSON, de Tullins (Isère), ancien conseiller général, décédé à l'âge de 79 ans. — Docteur Maurice TACQUET, d'Abbeville, 21, place Clemenceau. — Docteur Georges TISSOT, de Paris, 34, boulevard Clichy (XVIIIe).

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres choisies de George Sand. NOTICE BIOGRAPHIQUE ET LITTÉRAIRE, par Maurice ROYA. Un vol. in-16, broché, 12 francs, relié mouton souple, 28 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

L'auteur de cette anthologie dit avec raison que George Sand a droit à une place d'honneur entre Balzac et Victor Hugo. Balzac lui reconnaissait le don du style. Elle était en effet un écrivain né. Plus de cent volumes, écrits en trente années, sont sortis de sa plume. Labeur écrasant dont on s'étonne d'autant plus que l'on sait que George Sand a eu une existence remplie de heurts, de luttes, de préoccupations d'ordre familial ou personnel. Est-il possible d'établir une classification dans cette œuvre née de l'inspiration ? Peut-être, et M. Maurice Roya, dans une notice biographique et littéraire fort intéressante, nous montre les trois influences prépondérantes auxquelles a obéi George Sand. Tout d'abord la passion. Sous l'influence de Rousseau la jeune romancière réagit contre la société dont les lois la font souffrir (*Indiana, Valentine, Lélia*, etc). Puis, pour satisfaire à un besoin de justice, de liberté, d'amour, elle écrit les romans sociaux (*Le compagnon du Tour de France, Le Meunier d'Angibault*, etc.).

Déçue par les hommes plutôt que par les idées, elle se réfugie à Nohant et de sa communion avec la nature naissent *La Mare au Diable, La Petite Fadette, François le Champi.*

Et cependant combien d'autres volumes sont dignes d'être lus. Citons notamment ce curieux *Homme de Neige*, que la librairie Delagrave a réédité dans la Bibliothèque Juventa en compagnie des trois romans champêtres que nous venons de citer. Plus de cent volumes à lire, serait-ce possible ? De là l'utilité incontestable du livre que vient de nous donner Maurice Roya.

MOLIÈRE. — **Tartuffe.** Nouvelle édition avec une méthode suivie de lecture expliquée, avec un commentaire classé, simplifié et modernisé (44 illustrations) par Mme Dussane. Un vol. Prix : 12 francs. Didier, éditeur, 6, rue de la Sorbonne. Paris.

L'intelligence et la culture de Mme Dussane font de son introduction

à *Tartuffe* un chef-d'œuvre d'histoire littéraire. Il y a là un travail dont les lycéens ne seront pas les seuls à pouvoir faire leur profit. Cette édition de *Tartuffe* a sa place dans toute bibliothèque d'honnête homme.

Infection intestinale et colibacilloses urinaires, par H. Gaehlinger. Préface de M. le Professeur Carnot. Un volume in-8° de 152 pages, 18 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Tandis que les livres sur la colibacillose urinaire ont habituellement été écrits par des urologues, cet ouvrage est l'œuvre d'un entérologue. Il accorde donc une place importante à l'aspect intestinal du problème des manifestations urinaires d'origine digestive.

L'étude de la lésion intestinale, colitique ou ano-rectale, celle des circonstances qui permettent l'exaltation de virulence du colibacille normalement contenu dans les voies digestives, les aspects cliniques de la colite constituent les premiers chapitres de ce travail.

Ensuite sont étudiés les modes de passage des microbes digestifs dans la circulation et les modifications du terrain urinaire qui permettent leur multiplication.

Au point de vue diagnostic, l'auteur montre l'intérêt de l'examen coprologique associé à l'examen clinique, insiste sur la fréquence des colites acides de fermentation. Il envisage l'importance des stases urinaires, les modifications du milieu urinaire dans le sens de l'acidité ou de l'alcalinité, l'action nocive des irritations locales provoquées par les cristaux oxaliques.

La thérapeutique doit toujours être bilatérale, s'adressant à la lésion intestinale ainsi qu'à l'aboutissant urinaire. Les médications, le régime qui sont opposés aux lésions intestinales constituent des causes importantes de modification du milieu urinaire et l'auteur montre combien un traitement apparemment logique au point de vue intestinal peut être nocif au point de vue urinaire et réciproquement. Les médications, vaccins, bactériophages, antiseptiques acidifiants ou alcalinisants, ne doivent pas être donnés au hasard, mais réservés à des cas bien déterminés.

Enfin dans une deuxième partie, plus courte, l'auteur étudie le problème des néphrites digestives et en montre l'intérêt diagnostique et thérapeutique.

Comme le fait remarquer, dans sa préface, M. le Professeur Carnot, cet ouvrage ne fait pas double emploi avec ceux qui ont été écrits sur les colibacilloses urinaires. Rédigé par un entérologue, il rend à l'intestin la première place dans le traitement des affections urinaires d'origine intestinale.

La maladie et l'homme, par George Draper. Un volume in-8° de 306 pages avec 57 fig. dans le texte. 35 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le monde ancien se tourne de plus en plus vers le nouveau monde. L'Europe paraît prendre le mot d'ordre aux Etats-Unis. Les sciences et la médecine elle-même, semblent obéir à l'orientation nord-américaine. Il était donc intéressant de faire le point.

Les directeurs de la *Collection franco-britannique*, MM. F.-G. Grooskshank (de Londres) et R. Cruchet (de Bordeaux), en s'adressant à George Draper, ne pouvaient choisir un meilleur auteur pour faire connaître les idées de l'Ecole américaine moderne.

George Draper représente la nouvelle Ecole, dite de la Clinique élargie, dont les tendances se rapprochent de la clinique française. Elle cherche à s'en différencier cependant par l'importance plus grande qu'elle veut donner, dans le traitement des maladies, à la génétique, c'est-à-dire à l'hérédité, à la morphologie, à l'influence du sexe, au facteur psychologique.

Ce sont ces idées originales qui sont défendues avec talent dans ce volume par l'éminent professeur de Colombia. A l'heure, où tous les problèmes tendent à s'internationaliser, il est très utile de connaître les conceptions cliniques des auteurs qui visent à prendre la tête du mouvement médical universel.

A ce titre, les médecins de langue française seront heureux d'être mis au courant, grâce à la précise traduction du Docteur Chamaillard, des directives actuelles de la médecine nord-américaine.

Expertises judiciaires en matière générale, par MM. Tchernoff et Jean Schonfeld. Un volume de 328 pages. Librairie du Recueil Sirey, Paris, 1932.

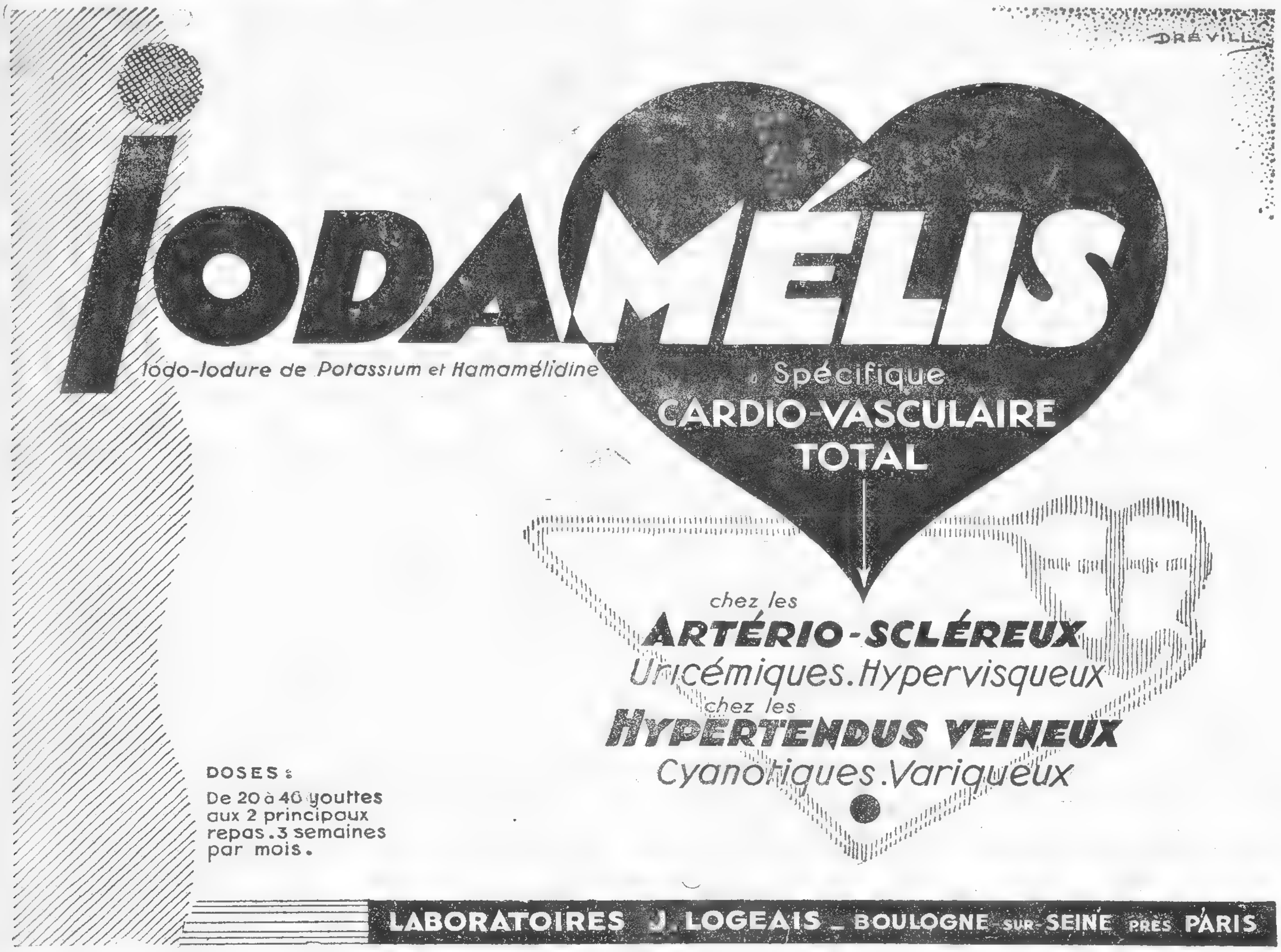
Cet ouvrage remarquable par sa clarté et sa documentation traite de l'expertise judiciaire en matière comptable et financière et de l'expertise médico-légale et des fraudes. Me bornant à la partie médico-légale, je ne puis que conseiller à mes confrères de lire, de méditer ces pages pleines de sagesse et de s'en inspirer dans leur rôle d'expert. L'étendue des considérations que présentent les auteurs est démontrée par l'énoncé des principaux chapitres qui sont : l'expertise médico-légale et l'expertise des fraudes du point de vue historique, définition de la médecine légale et de l'expertise médico-légale, recrutement et caractère des médecins experts, la commission des médecins experts, les conditions de l'accomplissement de l'expertise médico-légale, l'expertise en droit comparé, l'expertise des fraudes, les prélèvements, phase judiciaire de l'expertise des fraudes, leurs conditions d'accomplissement.

Dans les conclusions fort intéressantes, il est bon de relever la suivante dont la sagesse s'impose : une expertise doit être organisée. Bien que l'expertise ne soit qu'un avis dont les magistrats compétents doivent s'inspirer, il n'en est pas moins vrai qu'elle doit être systématiquement conçue. Aussi les experts doivent être choisis avec un soin scrupuleux : une fonctionnarisation partielle serait désirable et surtout, il serait juste d'admettre un débat contradictoire. Ces qualités n'existent pas toujours et il est indispensable que la législation les prescrive. G. Paul-Boncour.

Les troubles du tonus chez les enfants arriérés, par le Docteur Paul Jouve. Thèse de Toulouse, 1932, chez Cléder, imprimeur à Toulouse.

Avec un sens clinique impeccable, le Docteur Jouve a étudié les troubles moteurs d'un certain nombre d'anormaux et mis en valeur des nations extrêmement utiles à la médecine infantile, à la physiologie générale et à la neurologie. Pour que son étude soit plus complète et plus clinique, l'auteur esquisse d'abord un tableau de l'évolution neurologique de l'enfant, indique en quoi consiste l'arriération intellectuelle et expose rapidement la physiologie du tonus musculaire. Ensuite, dans une seconde partie, il étudie les réflexes de posture chez l'enfant normal, puis chez l'arriéré. Chez le premier, se voient des réactions psycho-motrices caractérisées par la conservation ou le retour de certaines attitudes communiquées passivement et chez lui, ces réactions sont en relation étroite avec l'état d'attention et disparaissent lorsque celle-ci est sollicitée par ailleurs ; on peut donc attribuer ces manifestations à un manque de développement du pouvoir inhibiteur de l'écorce sur les centres toniques sous-jacents.

Ces réactions se retrouvent d'une façon constante chez les arriérés et la pathogénie est identique. Le Docteur Jouve conclut enfin que la paratonie et la catalepsibilité sont des troubles psycho-moteurs imputables à une insuffisance qualitative de l'aire corticale psycho-motrice. D'excellents graphiques viennent soutenir les conclusions de ce travail soigné et digne d'un parfait clinicien. G. Paul-Boncour.


IODAMÉLIS
Iodo-Iodure de Potassium et Hamamélidine
Spécifique
CARDIO-VASCULAIRE
TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques. Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques. Variqueux
DOSES :
De 20 à 40 gouttes
aux 2 principaux
repas. 3 semaines
par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS _ BOULOGNE SUR SEINE PRÈS PARIS

TRAVAUX ORIGINAUX

Lésions occultes de la colonne vertébrale

Par J. LAFONT (Clermont-Ferrand)

Les lésions occultes de la colonne vertébrale sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense généralement ; elles se manifestent, tout d'abord et parfois assez longtemps, par des douleurs dans le dos que l'on qualifie de lumbago ou par des névralgies dites sciatiques ; le diagnostié est et reste erroné jusqu'à ce qu'un examen systématique, appuyé sur des radiographies, l'aggravation évolutive ou, tout simplement, le hasard permettent de le rectifier. Il y a là une période de flottement qui est d'autant plus préjudiciable qu'elle retarde la mise en œuvre précoce d'un traitement, qui, par la force des choses, est fréquemment d'ordre chirurgical ; et il ne s'agit pas de quelques mesures pour rien ; le temps perdu se compte par mois et au mieux par semaines.

La phase d'attente du diagnostic est mieux connue du malade que du médecin ; ce dernier n'en a qu'une idée des plus vagues ; aussi n'est-il pas indifférent de connaître les impressions d'un médecin qui est en même temps le malade.

Quel beau livre de clinique on ferait avec les seules auto-observations de médecins ! Nous l'avons toujours pensé ; mais jamais nous n'en avons été plus convaincus qu'en lisant celle du Docteur Zanen, que nous donne le *Scalpel*.

Elle est riche en enseignements ; elle nous apprend à faire un diagnostic. C'est déjà beaucoup ; elle est mieux encore ; elle met en lumière la sérénité d'un esprit clair et méthodique, dont le fonctionnement reste précis en dépit du dédoublement forcé en observateur et en patient.

Elle est un exemple de courage et de ténacité au cours d'un long calvaire, un modèle d'égalité d'humeur et d'acceptation de la souffrance.

Tout finit heureusement et nous félicitons de grand cœur le Docteur Zanen d'une guérison si justement acquise.

Voici cette remarquable observation, qui n'a été publiée que comme un hommage de reconnaissance pour ceux qui intervinrent ; elle mérite une diffusion d'autant plus étendue qu'elle est plus *vécue* et plus simplement racontée.

Auto-observation d'une forme douloureuse de spina-bifida-occulta de la 1re sacrée

par le Docteur ZANEN

Nous pensons que cette auto-observation mérite de vous être présentée, tout d'abord parce que les troubles sensitifs furent particulièrement violents, ensuite parce que le résultat opératoire actuel est excellent.

Avant tout, je tiens à remercier ici publiquement mes honorés confrères, dont le dévouement à me soulager fut sans limites.

Je dois une mention toute spéciale au Professeur Danis dont l'intervention me sauva la vie, non pas que l'affection fût mortelle, mais parce qu'elle était intolérable et allait m'obliger à recourir aux opiacés.

Histoire de la maladie

Aucun antécédent ni héréditaire, ni personnel, qui mérite d'être signalé.

Au début du mois de mai 1929, lors d'un entraînement au lancer du poids de 7 kgr. 5, au moment de la détente consécutive à la flexion latérale du corps, je ressens une douleur brusque mais modérée, dans la région lombaire ; cette douleur permet toutefois de continuer l'entraînement.

Pourtant dès ce moment, je constate que la flexion du corps en avant, exercice que je pratiquais avec la plus grande facilité, au point de pouvoir toucher le sol avec la paume des mains, les jambes restant en extension, provoque une douleur se propageant le long du nerf sciatique droit. Les jours suivants cette douleur persiste, sans la moindre atténuation, mais permet tous les exercices physiques et même la participation à des championnats.

Toutefois, au début du mois de juin, la position assise prolongée plus de deux heures m'est pénible et j'éprouve une tendance légère à me mettre en scoliose.

En juillet, je passe mes derniers examens de médecine, un amaigrissement de 2 kgr. se fait sentir, amaigrissement que j'attribue aux fatigues de l'examen.

La douleur, modérée, ne me quitte plus. Croyant à ce moment-là à une névralgie sciatique banale, due au froissement du nerf, et sur les conseils du Professeur Gunzburg, j'entreprends un traitement, par les bains de lumière : le résultat est nul. Un voyage en mer, le climat des pays chauds ne changent rien.

A mon retour en Belgique (1er novembre 1929) j'essaye un traitement par les U. V. qui n'apporte aucun soulagement.

Au début du mois de décembre, j'ai recours tous les deux jours et pendant un mois, au traitement électrothérapique ; il s'ensuit une sédation légère, qui ne persiste pas et dès le début du mois de janvier, je suis obligé, pour exécuter un travail exigeant quelque effort, de recourir aux analgésiques. Songeant à ce moment à une affection possible de la colonne, je fais faire la radiographie de la sacro-lombaire. Elle montre un spina-bifida-occulta de la première sacrée. Tous les médecins, consultés à ce moment, rejettent avec ensemble l'hypothèse d'une névralgie ayant pour cause une affection de la colonne.

Les symptômes sont à ce moment (fin janvier) les suivants :

Douleurs irradiées, tout le long du trajet du nerf sciatique et principalement au niveau des régions correspondant à L5, S1, S 2. Scoliose antalgique.

Le rachis est souple ; les mouvements de latéralité et de torsion n'augmentent qu'à peine la douleur ; ce qui l'augmente plus, c'est l'extension de la colonne sur le sacrum. L'éternuement provoque des douleurs intolérables. Signe de Lasègue positif : la flexion de la jambe étendue ne dépasse pas 25°.

Les points de Valleix sont légèrement positifs, surtout le point fessier et le point correspondant au trajet du nerf le long de la malléole externe.

Pli fessier affaissé à droite.

Légère atrophie musculaire du mollet et de la cuisse. Tonus musculaire diminué à droite. Sensibilité tactile normale. Peut-être la température était-elle un peu plus basse à droite.

Les réflexes sont normaux, sauf le réflexe achilléen, qui est légèrement atténué à droite.

La percussion de la région lombaire depuis L3 jusque S1, est légèrement douloureuse ; cette douleur est maximum dans les espaces intervétébraux L5, S1 et spécialement à droite du ligament interépineux. Signe sur lequel nous attirons l'attention et qui nous paraît précieux.

On ne songe qu'à une sciatique rhumatismale banale et on me propose un séjour long à Aix-les-Bains. Je n'accepte pas, persuadé que c'eût été perdre mon temps.

J'entreprends un traitement par l'aspirine. L'atophan ne donne aucun résultat.

Au début de février 1930 est institué un traitement par la naiodine en injections intramusculaires, on injecte jusqu'à 30 c.c. en une fois. Des épistaxis se produisent, le traitement est arrêté, sans avoir amené le plus petit soulagement.

Les douleurs deviennent intolérables et provoquent deux fois une syncope. La position assise est plus douloureuse que la position debout. Je suis obligé de rester couché toute la journée et pour exécuter le moindre travail je prends en une fois 4 comprimés au moins d'aspirine. Je prends une moyenne de 4 à 5 grammes d'aspirine par jour et ce depuis février jusqu'au moment de l'intervention, ce qui constitue un total de plus de 300 grammes.

Le traitement, par injection épidurale de sérum scurocaïné, m'ayant été vanté par quelques médecins, le Docteur Richir pratique très habilement une injection de sérum additionné de

scurocaïne, 180 c.c. au total. L'injection très douloureuse amène, lorsque les derniers centimètres cubes sont poussés, une anesthésie des membres inférieurs qui dure dix minutes. Immédiatement après, les douleurs réapparaissent avec une exacerbation notable.

Les douleurs ne me quittent plus, je passe mes journées couché sur le sol, tantôt sur le dos, un traversin plaqué dans la région lombaire, tantôt sur le ventre en lordose.

Les nuits sont plus pénibles encore. Seuls les hypnotiques et les analgésiques me permettent de prendre quelques instants de repos.

Au début d'avril, le Docteur Murdoch, avec un dévouement dont je lui serai toujours reconnaissant, m'applique une série de radiations.

Le résultat est malgré tout décevant. Pas le moindre soulagement. Sur les très sages conseils du Professeur Danis, des stéréo-radiographies sont prises. On voit le spina-bifida de la première sacrée et rien que ce spina. On rejette encore une fois, avec moins d'unanimité, le diagnostic de névralgie sciatique, par spina-bifida-occulta.

Le Docteur Richir, sur le conseil du Docteur Danis, me fait un lipiodol épidural, suivant la technique de Sicard et Léri.

Le liquide opaque introduit par l'hiatus sacro-coccygien est visible, mais la traînée est nette à gauche, tandis qu'à droite, on ne voit que quelques traces.

Toutefois la radio ne convainc pas et le diagnostic n'est pas posé.

J'avais à ce moment parcouru le livre de Oudard-Hesnard et Coureaud et les articles de Nové-Josserand, Lagrot-Rigondet et je pensais, très influencé par ces lectures, que le spina-bifida pouvait tout de même être la cause des douleurs, car enfin en présence des symptômes que je ressentais alors, que je résume : à quoi pouvait-on penser ?

Diagnostic différentiel. Symptômes

1° La douleur sur tout le trajet du nerf sciatique simulant une sciatique vraie ;

2° La scoliose antalgique ;

3° Une légère atrophie du membre droit ;

4° Un tonus musculaire diminué à droite ;

5° Une dénivellatiou du pli fessier à droite ;

6° Réflexe achilléen diminué à droite ;

7° Une douleur au niveau de l'espace intervertébral L 5, S 1 à la percussion ;

8° Une radiographie ne montrant qu'un spina-bifida-occulta de S 1.

A quoi pouvait-on songer en présence de ces symptômes ?

Il fallait, et l'histoire de l'affection montra que ce fut le cas, songer tout d'abord à une névralgie sciatique banale.

Mais ce qui plaidait contre ce diagnostic :

1° C'était le jeune âge, la névralgie dite banale étant due à des affections toxiques, infectieuses ou à des troubles de métabolisme.

2° Le début brusque traumatique et surtout l'évolution progressive de l'affection ;

3° L'inutilité de tous les traitements.

D'autre part le traumatisme léger qui semblait une des causes de l'affection, compliquait quelque peu la question.

Le diagnostic de névralgie banale étant éliminé, on songe successivement à un lumbago traumatique :

Diagnostic rapidement éliminé, car s'il y avait eu déchirure musculaire, la douleur serait restée localisée et aurait été soulagée par le repos ;

A une entorse vertébrale récidivante : décrite par Martin et Mazel, mais encore une fois les symptômes sont purement lombaires et ne présentent pas d'irradiation ;

A un diastasis, mais ceci exige une traumatisation plus violente et provoque des compressions médullaires sérieuses avec tous les symptômes. La radio eût d'ailleurs posé le diagnostic ;

A une fracture des apophyses transverses lombaires.

Le mécanisme, décrit par Hoffmann, Tanton et Davis, pouvait être invoqué dans notre cas. Le muscle carré des lombes, en se contractant, le bassin, la colonne et le thorax étant fixés, peut provoquer cette fracture. Mais les symptômes sont violents et conduisent à une impotence fonctionnelle de plusieurs jours.

Fracture latente des corps vertébraux.

Le traumatisme initial peut être peu intense. La radio met la lésion en évidence.

A la maladie de Kummel-Verneuil.

L'évolution peut être lente et nous avons songé plusieurs fois à ce diagnostic.

La radio montre à la longue un affaissement du disque intervertébral. Cette affection est d'ailleurs catégoriquement niée par le docteur Lippens.

Spondylite tuberculeuse (mal de Pott).

Dans le mal de Pott, l'immobilisation soulage la douleur ; la radio permet le diagnostic. La percussion est surtout douloureuse au niveau des apophyses épineuses. Dans notre cas, elle était entre les apophyses épineuses L5, S1, et S1, S2 ; signe important, nous semble-t-il,

La confusion avec cette affection est spécialement regrettable par l'immobilisation prolongée, mais inutile qu'elle entraîne.

Sacralisation de la 5e lombaire et spondylolisthésis sont des diagnostics éliminés radiologiquement.

Nous ne citons que pour mémoire les ostéomyélites vertébrales, la spondylite ankylosante ou maladie de Léri.

Complètement persuadé que le spina était la cause de mes douleurs et désireux d'avoir l'opinion d'un neurologue, j'ai eu recours au Docteur Bremer, auprès de qui je trouvai de suite l'accueil le plus cordial Après un examen méticuleux et un jour de réflexion le Docteur Bremer pose le diagnostic de névralgie sciatique, par compression du cul-de-sac épidural. Il incriminait formellement le spina-bifida-occulta et estimait l'intervention nécessaire.

L'avenir lui montra qu'il avait raison.

L'intervention faite un an après le début de l'affection, 31 mai 1930, est brillamment conduite par le Professeur R. Danis ; elle consiste en une section des lames verticales de L5, S1, S2 et permet de révéler une bride fibreuse oblique comprimant le cul-de-sac épidural à droite, au niveau de S1 ; on découvre entre la dure-mère osseuse quelques gouttes de lipiodol. La durée totale de l'intervention sous narcose est une heure et demie. Les suites opératoires ne furent malheureusement pas simples. Un hématome infecté vient retarder la guérison.

Des convulsions cloniques font craindre une infection méningée. Toutefois tout se borne là et douze jours après, le signe de Kernig, les convulsions cessent ; après quinze jours de température hectique tout rentre dans la normale, sauf les douleurs. Dès le surlendemain j'éprouve les mêmes douleurs, toutefois les paroles rassurantes me font reprendre espoir. Au début du mois de juillet le lever m'est permis. Je ne ressens qu'une amélioration légère, mais qui va s'accentuant. Il m'est possible de rester de longues heures assis et bientôt de me tenir quelques minutes, puis une demi-heure debout.

Je sors de l'hôpiral le 12 juillet notablement amélioré.

Une convalescence relativement courte accentue l'amélioration et dès le début du mois d'août une promenade de quelques heures m'est possible. Je reprends mes occupations le 15 août soit deux mois et demi après l'intervention. Le bénéfice se fait sentir de plus en plus et au mois de mai 1931 il m'est possible d'entreprendre une pratique modérée du tennis et de la natation. Actuellement les douleurs ne se manifestent que lors de l'hyperflexion en avant ou lors d'une très grande fatigue.

Conclusion

La névralgie sciatique était due à une bride fibreuse comprimant le cul-de-sac épidural. Radiologiquement, le spina-bifida-occulta a posé l'indication opératoire, dont le résultat actuel est incontestable. L'origine des accidents est due à un traumatisme léger.

***

Le spina-bifida-occulta coexiste fréquemment avec une autre anomalie, la métamérisation des arcs sacrés, qui elle-même se présente aussi bien isolément.

Le sacrum, formé de cinq vertèbres fusionnées, présente des corps qui ne sont séparés que par un disque intervertébral peu épais et des arcs postérieurs reliés entre eux par les ligaments jaunes, La réunion osseuse de ces arcs se fait par ossification de ces ligaments, qui se produit tardivement (vers dix ans seulement pour la 1re sacrée) ou même ne se produit pas du tout ; dans ce dernier cas il subsiste un hiatus ; l'arc postérieur reste métamérisé ou *lombalisé* dans une certaine mesure, c'est-à-dire qu'il garde l'indépendance des arcs lombaires.

Cette lombalisation, complète ou incomplète, de la 1re sacrée, la plus souvent atteinte, est une entité morpholo-

gique bien décrite, dont la fréquence reste toutefois *insoupçonnée*.

De nombreux malades se plaignent de douleurs lombaires ou sacrées, même avec irradiations dans les membres inférieurs ; on les traite pour des sciatiques *rebelles* et ces malades continuent à souffrir.

On ne reconnaît comme cause de la douleur que les tiraillements ligamentaires et les frottements au niveau des points où les ailerons malformés s'articulent avec l'os iliaque ou les ailerons sacrés sous-jacents ; on n'admet point la possibilité d'une compression radiculaire ; or R. d'Auteuil, de l'Hôtel-Dieu de Québec, a rapporté récemment une observation qui est tout à fait en faveur de ce dernier mécanisme.

L. T..., 23 ans, cultivateur, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Docteur Vézina, le 4 février 1932, envoyé par son médecin pour coxalgie.

Cinq semaines auparavant la maladie a débuté brusquement, alors que ce jeune homme marchait paisiblement sur la rue, par une très forte sensation de constriction douloureuse encerclant, comme s'il se fût agi d'une jarretière trop serrée, la partie supérieure de la jambe, juste au-dessous des plateaux tibiaux. Après cinq minutes d'arrêt, il réussit à se rendre chez lui en boitant et souffrant beaucoup. Cette douleur était à peu près disparue le lendemain au réveil. Mais aussitôt que le malade veut marcher, les douleurs réapparaissent, puis elles s'étendent progressivement, dans les semaines qui suivent, à toute la face postérieure de la cuisse et de la fesse.

A l'inspection, nous sommes frappés de l'atrophie musculaire considérable de tout le membre inférieur droit. Le ruban nous donne une diminution de 1 pouce ½ par rapport au côté gauche, la mesure étant prise à la partie moyenne des deux cuisses.

De plus la cuisse est en flexion de 10° environ sur le bassin, de même que la jambe sur la cuisse ; mais cette position vicieuse est due à une contracture spasmodique prédominant sur les fléchisseurs, et elle est d'ailleurs facilement réductible sans douleur, même spontanément.

L'examen attentif du genou et de la hanche démontre l'intégrité absolue de ces deux articulations.

Le diagnostic de coxalgie est donc mis de côté.

Cette contracture spasmodique, cette atrophie considérable et très rapide, cette localisation de la douleur à toute la face postérieure de la cuisse, aiguillent notre attention vers la possibilité d'un syndrome radiculaire intéressant vraisemblablement la 1re ou la 2e racine sacrée droite.

Les réflexes tendineux sont d'ailleurs considérablement diminués du côté malade.

L'inspection de la colonne lombo-sacrée ne révèle rien d'anormal, si ce n'est qu'une légère douleur profonde à la pression au niveau de la 1re vertèbre sacrée, à droite de la crête médiane.

Une radiographie de cette région nous prouve d'une façon évidente qu'il s'agit bien là d'une compression radiculaire due à une malformation de la 1re vertèbre sacrée. Lombalisation de la 1re S ; l'aileron du côté gauche présente les caractéristiques d'une apophyse transverse lombaire ; celui du côté droit, au contraire, ressemble plus à un aileron sacré ordinaire, mais il apparaît séparé de l'aileron de la 2e S., ménageant cependant un trou sacré vraisemblablement trop étroit pour la racine qui y chemine.

Nous proposons à notre malade, qui l'accepte, la résection de tout l'aileron en cause.

L'intervention a lieu le 3 mars. La situation très profonde de cette masse osseuse, et en plus ses proportions respectables et le prolongement de la crête iliaque qui la recouvre, rendent la résection projetée très ardue, et devant ces difficultés qui menacent de prolonger dangereusement l'opération, nous décidons d'agrandir tout simplement à la pince-gouge le trou sacré, cause de la compression.

Les résultats ont été réellement plus que satisfaisants. La contracture a été la première à disparaître complètement, dans les premiers jours qui ont suivi. Les douleurs se sont enfuies rapidement aussi. De sorte que le malade se lève le douzième jour après l'intervention.

Au moment de son départ le 26 mars dernier, vingt-trois jours exactement après l'intervention, la contracture est toujours complètement disparue, de même que les douleurs à la face postérieure de la cuisse et de la fesse. Les masses musculaires ne présentent plus qu'une diminution de 1/2 pouce par rapport au côté sain ; et les réflexes se rapprochent de la normale.

***

La scoliose congénitale reste souvent *discrète*, tout en devenant douloureuse. Une observation de C. van Graefschepe, de La Hestre, montre que les déformations osseuses sont généralement plus nombreuses et plus graves qu'il ne semble et que le traitement chirurgical représente en pareil cas la meilleure et même la seule ressource. Ce sont là deux points qu'il n'est pas inutile de mettre en évidence.

L. E., 35 ans. Profession : ajusteur.

Premier examen : le 11 avril 1930 à la clinique de La Hestre.

Souffre depuis cinq ans de douleurs dans les reins et le dos. Ses douleurs se calment par le repos au lit. La station debout provoque une fatigue rapide. Les mouvements n'accentuent pas les douleurs qui sont telles que le malade a dû abandonner son métier d'ajusteur depuis six mois.

L'examen décèle une scoliose lombaire à convexité droite.

Le malade n'a jamais eu l'attention attirée par la malformation vertébrale qu'il présente.

La scoliose est bien compensée. A la suspension on obtient un léger allongement du tronc, mais le degré de réductibilité de la scoliose est minime.

Radiographie du 24 avril 1930.

On voit au niveau de la région sacro-lombaire une série d'anomalies :

1° La première vertèbre sacrée présente à gauche une apophyse transverse articulée avec l'os iliaque, mais non soudée aux parties correspondantes de la deuxième sacrée ;

2° Le sommet de cette apophyse transverse se superpose, sur le cliché antéro-postérieur, sur l'angle inférieur gauche du corps de la cinquième vertèbre lombaire ;

3° La cinquième vertèbre lombaire présente des contours anormaux. Le bord droit du corps vertébral mesure la moitié de la hauteur du bord gauche. C'est une hémi-vertèbre.

4° Les autres vertèbres lombaires présentent plusieurs déformations (déviation latérale, torsion) et modifications structurales (becs de perroquet, léger aplatissement unilatéral des corps vertébraux) consécutives à la malformation primaire et causale de la cinquième lombaire.

Le 2 mai 1930 on applique en suspension un corset plâtré. Le port du corset soulage le malade, mais le 10 juin les douleurs reprennent.

Le 21 juin 1930 une nouvelle radiographie ne montre aucun changement de la déformation.

Le 22 juin 1930, intervention. Technique de Lance....

Choc opératoire nul.

Après l'intervention, six semaines de décubitus ventral avec un léger corset plâtré appliqué après la cicatrisation *per primam*. Plâtre de soutien jusqu'au 1er mars 1931.

Depuis l'intervention, le malade n'a plus jamais souffert. Il a repris son travail d'ajusteur au mois de juin, soit un an après l'intervention, et se porte bien.

La série des radiographies du 30 octobre 1930, du 6 mars 1931, du 7 avril 1931 montrent une greffe solide.

L'examen objectif attentif du 15 octobre 1931, montre une ankylose parfaite de la colonne vertébrale lombaire, soit dix-huit mois après l'intervention. Le malade ne se plaint pas de l'ankylose qui est compensée par la mobilité des articulations coxo-fémorales.

Chez les sujets porteurs d'anomalies vertébrales silencieuses pendant leur enfance, on voit s'établir parfois un syndrome rachidien douloureux, où l'élément douloureux contraste avec la discrétion des lésions anatomiques, ce qui est en somme l'inverse des constatations courantes.

Edouard Delcroix, d'Ostende, a rapporté en quelques lignes, deux cas troublants par leur *ensemble radio-clinique*.

Le premier, en voyage avec sa famille, se met à souffrir du dos, au point qu'il inquiète les siens. Ceux-ci se décident à demander sur place l'avis d'un spécialiste qui porte le diagnostic de mal de Pott et met un plâtre.

Le second a 16 ans ; il est juste de dire que dans l'en-

fance il s'est plaint de douleurs passagères au niveau de l'épaule gauche sans que ses parents s'en soient préoccupés. A l'adolescence les douleurs deviennent plus vives ; la famille se décide enfin à demander l'avis d'un médecin. On pose le diagnostic de mal de Pott ; mais, avant de commencer un traitement, on décide de prendre l'avis d'un radiographe et d'un orthopédiste de Bruxelles, qui sont d'accord pour rejeter ce diagnostic.

Il s'agissait, dans ces deux cas, de scoliose discrète, de déviation légère, paramédiane ; les malades souffraient ; ce tableau était bien de nature à rendre le diagnostic *subtil.*

Pourquoi les scoliotiques se mettent-ils à souffrir à un moment donné ? Parmi les nombreuses raisons que l'on peut invoquer, deux semblent importantes.

La première ce sont les troubles de l'ossification. Si elle n'est pas la plus fréquente, elle est capitale parce qu'elle fait entrer en ligne de compte les changements anatomiques épiphysaires et que ces changements donnent des images radiographiques qui en imposent pour un mal de Pott.

La deuxième raison, la plus fréquente, c'est le déséquilibre du rachis qui s'exagère fatalement au cours de la croissance. Le développement musculaire, surtout entre 14 et 16 ans, représente une nouvelle charge pour le *mât vertébral* désaxé ; de leur côté les tractions musculaires inégales jouent pour leur propre compte ; la force musculaire plus grande de l'homme dans le secteur des épaules explique peut-être la prépondérance de cette variété de scoliose congénitale douloureuse dans le sexe masculin.

***

Dans cette classe chirurgicale des sciatiques et des lumbagos on trouve parfois associées les différentes lésions, dont nous venons de voir quelques observations caractéristiques.

Tel est le cas de Frœlich, où la malade présentait simplement les lésions suivantes :

1° Spina bifida occulta de la cinquième V. L.
2° Lombalisation de la première V. S.
3° Spondylolisthésis de la deuxième V. S.
4° Scoliose.

Dans ce cas les douleurs étaient dues uniquement au défaut de stabilité et de solidité de l'attache lombaire sur le sacrum et au glissement de la *sixième lombaire* sur la deuxième sacrée.

On comprend moins que les traumatismes rachidiens passent si facilement inaperçus ; c'est que les *petites fractures* des lames ou des apophyses (épineuses, articulaires, costiformes) évoluent en trois phases : stade de contusion ou de douleur immédiate ; période latente, atteignant plusieurs mois, silencieuse cliniquement ; période de reprise des troubles avec constitution d'un syndrome douloureux.

P. Gaume a cité un cas, dans lequel la blessée fut considérée comme une urinaire pure.

Mlle S..., 30 ans, entre en novembre 1931 à la Clinique urologique de l'hôpital Necker pour des douleurs lombaires droites.

Ces douleurs sont continues, nettement latéralisées, elles s'exagèrent parfois par crises avec irradiations vers le membre inférieur droit. Aucun signe urinaire, quelques troubles dyspeptiques banaux, sensibilité à la palpation de la région lombaire droite, pas de douleurs au point de Mac Burney.

Nous faisons d'abord une pyéloscopie droite ; le bassinet est normal et s'évacue bien.

Un lavement opaque montre un cæcum souple sans point douloureux appendiculaire.

Il est fait ensuite une radiographie de la colonne lombaire ; elle montre un aplatissement partiel du corps de la deuxième lombaire dont le bord droit est moins haut que le gauche. Cette vertèbre est soudée à la troisième par un cal. L'examen clinique de la colonne vertébrale n'avait montré aucune raideur anormale, mais l'interrogatoire nous apprend que, un an avant, la malade est tombée dans un escalier, qu'elle a descendu dix marches sur le dos et a souffert ensuite plus de trois semaines. Il s'agit évidemment d'une douleur radiculaire par compression d'une racine.

La malade est envoyée dans le service du Docteur Robineau pour intervention.

Après un traumatisme vertébral, la radiographie s'impose, même pour les cas les plus bénins en apparence ; sans elle on méconnaîtrait les fractures *latentes*, qui donnent alors des déformations irréductibles, nécessitant une intervention.

***

Si le traumatisme n'est pas en cause, on doit s'orienter du côté des spondylites infectieuses, à allure subaiguë, dont la plus fréquente est de nature tuberculeuse. Les erreurs de diagnostic se rapportant à un mal de Pott initial sont trop nombreuses et trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce sujet.

A côté des spondylites infectieuses se placent les spondylites ankylosantes ou spondyloses ; ce sont des affections très différentes des précédentes, à début progressif et à évolution chronique ; on rencontre toujours la même symptomatologie : lombalgie, sciatique.

L'ankylose porte soit sur les articulations, c'est la spondylose ankylosante, soit sur les vertèbres, c'est la spondylose déformante ; la première est due à la ligamentite ossifiante, qui atteint les petites articulations des vertèbres ; la seconde atteint les corps vertébraux ou leurs bords et donne de nombreuses altérations : ponts, becs de perroquet.

Ces affections sont à marche lente, surtout l'arthrite déformante, qui n'a même pas le caractère inflammatoire de la spondylose ankylosante ; le stade initial en est à peu près inconnu, aussi bien pour une forme que pour l'autre ; on comprend facilement l'intérêt qu'il présente pour le diagnostic précoce.

Une observation très détaillée de Folke Lindstedt, médecin en chef de l'hôpital militaire de Stockholm, a une valeur considérable pour la mise au point de la période de début de la spondylose ankylosante. Il s'agissait d'un aspirant officier de 21 ans, qui fit neuf séjours à l'hôpital et fut radiographié neuf fois. Nous nous bornerons à extraire de cette belle observation le protocole des radiographies successives.

1° *Avril* 1928, (*neuvième mois de la maladie*). L'examen radiographique (Docteur Lundgen) montre (à gauche) une lombalisation partielle de la première vertèbre sacrée, ainsi qu'une ébauche de côte surnuméraire droite au niveau de la première vertèbre lombaire ; par ailleurs aucune modification soit dans la région lombo-sacrée, soit dans les articulations coxo-fémorales.

2° *Octobre* 1928, (*quinzième mois de la maladie*). On peut constater une ombre mince, simulant à peu près un dépôt périosté, au niveau de l'angle supérieur gauche de la première vertèbre lombaire. Les corps vertébraux sont absolument intacts, de même que les disques intervertébraux.

3° *Décembre* 1928, (*dix-septième mois de la maladie*). Le dépôt constaté sur la première vertèbre lombaire est maintenant plus dense, plus nettement délimité et fixé à l'angle de la vertèbre ; il rappelle la languette d'ossification de l'arthrite déformante.

4° *Janvier* 1928, (*dix-huitième mois de la maladie*). Le dépôt sur la première vertèbre lombaire est un peu plus étendu et un peu plus épais qu'avant.

5° *Février* 1929, (*dix-neuvième mois de la maladie*). Le dépôt de la première vertèbre lombaire est plus dense, plus consistant. Du côté de la douzième vertèbre dorsale le disque intervertébral est peut-être un peu plus bas qu'avant.

6° *Juin* 1929, (*vingt-troisième mois de la maladie*). Du côté gauche il existe maintenant une jetée osseuse complète entre la douzième vertèbre dorsale et la première lombaire.

7° *Octobre* 1929, (*vingt-septième mois de la maladie*). Pas de modifications apparentes dans la portion cervicale du rachis ; ossification complète de la jetée osseuse unissant la douzième vertèbre dorsale à la première lombaire.

8° *Janvier* 1930, (*trentième mois de la maladie*). Une mince ombre calcaire est également présente à gauche entre la première et la deuxième lombaires ; ébauche d'une ombre analogue au niveau du bord supérieur de la quatrième lombaire.

9° *Juillet* 1930, (*trente-sixième mois de la maladie*). L'examen radiographique montre qu'une ossification évidente des jetées osseuses précédemment signalées est en cours. Pas d'altérations certaines dans la portion cervicale du rachis, ni dans les articulations coxo-fémorales.

Deux remarques importantes peuvent être faites ; la première c'est que l'aspirant officier reprit son service du dixième au quinzième mois et du vingt et unième au vingt-deuxième mois ; la seconde c'est l'incertitude du diagnostic au dix-septième mois où on pense à de l'arthrite déformante et au dix-neuvième mois où on envisage l'hypothèse d'une spondylite tuberculeuse.

Ainsi, pendant de longs mois, en dépit de la valeur des spécialistes et des ressources d'un grand établissement hospitalier, on ne peut poser un diagnostic ni avec certitude ni même avec vraisemblance.

Une étude des radiographies, faite ultérieurement par G. Sandström montra que les jetées d'ossification partaient non point des corps vertébraux eux-mêmes, mais des tissus extérieurs à l'os, et, très certainement, des ligaments. Les constatations radiographiques, l'évolution clinique avec la raideur lentement croissante du rachis, l'accélération persistante et fort marquée de la réaction de sédimentation ne permettent guère de douter que l'affection méritât d'être classée comme une spondylose ankylosante.

***

L'étiologie des spondyloses est assez obscure ; on a invoqué le rhumatisme, la blennorragie, la tuberculose. Toutes les hypothèses, toutes les interprétations sont permises, sans qu'on ait de bonnes raisons aussi bien pour les réfuter que pour les appuyer.

N'y aurait-il pas des formes de tuberculose *larvée* de la colonne vertébrale *intermédiaires* entre le mal de Pott et le rhumatisme ordinaire vertébral ? C'est une opinion qui tend à se répandre depuis les travaux récents sur le virus filtrant, récents si l'on peut dire, les travaux de Ferran, de Barcelone, datant de plus de trente ans et ceux de Fontes, de Rio-de-Janeiro. de plus de vingt ans.

Quoi qu'il en soit il faut signaler une observation de Th. Stefani, de Montana, qui constitue, à son avis, une forme intermédiaire.

M. Sal... Pleurésie en 1918, avec récidive en 1919 et en 1923, s'accompagnant cette dernière fois de bacilles de Koch signant la nature de l'affection et la participation pulmonaire. Dès ce moment apparaissent des douleurs vertébrales assez fortes que nous constatons à son arrivée en 1927. A ce moment ce malade avait perdu 14 kgr. et montrait des signes très légers pleuro-pulmonaires sans bacilles de Koch aux analyses. Mais ce qui frappait c'était la raideur du tronc motivée par la rigidité de la colonne dont les vertèbres dorsales montraient à la graphie une soudure caractéristique avec union des lombaires par des ponts complets.

A côté des formes intermédiaires, qui montrent des lésions de type rhumatismal chez un tuberculeux avéré, il existe des formes que nous qualifierons d'*obscures*, dans lesquelles on n'arrive point à se faire une idée nette de l'étiologie ; ni le temps, ni l'évolution ne permettent de conclure, quand tout s'arrange ; le succès de la thérapeutique, bien que suggestif, ne suffit pas toujours à entraîner la conviction générale, surtout dans le cas où il s'agit d'une médication peu diffusée. Voici toujours une observation personnelle, qui prête à discussion sur l'étiologie.

M. L..., 41 ans, a eu deux lumbagos, le premier léger, le second plus intense, n'ayant cependant duré que quelques jours. Il n'y a point prêté une attention spéciale, d'autant plus qu'il est rhumatisant ; il a fait une crise de rhumatisme articulaire aigu à 10 ans ; mais la guérison a été complète, sans séquelle cardiaque ; il ressent parfois, bien qu'assez rarement, quelques douleurs vagues, mobiles, fugaces, auxquelles il n'attache d'ailleurs aucune importance.

Le 21 mars 1924 il ressent au réveil une douleur assez vive, localisée à la partie inférieure de la colonne vertébrale ; il se lève et s'habille avec une certaine difficulté ; la démarche est raide.

La douleur persistant, il vient nous consulter. Nous constatons la présence d'un point douloureux à la pression au niveau de la 5e vertèbre lombaire, à gauche de la ligne médiane. Nous pratiquons quelques pointes de feu, tant pour avoir un repère fixe que pour obtenir un soulagement à vrai dire médiocre.

La question se pose de la nature de cette douleur. En dehors des antécédents déjà indiqués, il plane une suspicion de tuberculose ; vers 20 ans le sujet avait maigri et toussé ; trois mois de campagne l'été, de fortes doses d'huile de foie de morue l'hiver avaient suffi à tout remettre dans l'ordre.

Rhumatisme ou tuberculose ? La douleur, affirmait le malade, était bien différente des douleurs rhumatismales. D'autre part il avait un peu maigri (3 kgr. environ) à la suite de surmenage ; poids actuel : 68 kgr. 8.

Il faut choisir ; nous prenons nos sûretés contre l'agresseur possible le plus dangereux ; nous pratiquons une injection intraveineuse de 8 milligrammes de cyanure de cuivre et de potassium ; nous prescrivons le repos et une alimentation copieuse.

Le radiographe centre sur le repère. Pendant le développement du film, une scopie montre un sommet gauche étriqué sans plus.

Commentaires accompagnant la meilleure épreuve : « Je ne vois aucune anomalie caractéristique. A gauche vous verrez sur la 5e lombaire un peu au-dessus de l'apophyse transverse une tache sombre (lentille). Faut-il en tenir compte ? J'en doute. Vérifiez à l'examen clinique si le point douloureux est à ce niveau. Sinon aucune importance ».

La lentille et le point douloureux coïncident. A considérer, de l'avis même du radiographe. A négliger pour le chirurgien consulté qui conclut à un vague épaississement ligamenteux d'origine rhumatismale.

Le 28 mars amélioration légère, reprise de poids importante (71 kgr.) ; deuxième injection intraveineuse de 6,5 milligrammes ; troisième injection de 7,5 milligrammes le 3 avril et de 8 milligrammes le 9 avril.

Le 13 avril le malade est renversé par un chien ; il tombe sur le dos naturellement ; aggravation de la douleur, perte de poids (69 kgr. 4 le 15).

Nous continuons les injections à des intervalles de cinq à sept jours et à des doses variant de 6 à 9 milligrammes. La douleur s'atténue progressivement, le poids s'élève à 72 kgr. 6 le 4 juin (12e injection).

Nous prescrivons des bains de soleil, qui sont pris aussi régulièrement que possible pendant tout l'été.

Le 24 octobre 31e injection, 75 kgr. 5. La douleur spontanée a disparu complètement ; le repère n'est plus sensible qu'à la pression forte.

Le traitement est continué aux mêmes doses et à intervalles plus grands. Le 12 juin 1925, on cesse la médication ; on a pratiqué 52 injections. Le poids est resté à 75 kgr. 5. Le malade paraît guéri.

Par prudence nous recommandons les bains de soleil.

En 1932, soit huit ans après, la guérison s'est maintenue.

Bien que la guérison semble définitive et attribuable à un traitement, considéré comme efficace dans la seule tuberculose, on ne peut, en présence des antécédents arthritiques et bacillaires, trancher la question en faveur du rhumatisme ou de la tuberculose ou de leur association. La cause reste mystérieuse, énigmatique ; la lésion, pour avoir été repérée, n'en est pas moins demeurée obscure.

***

Les observations précédentes montrent les aspects pratiques d'un problème de diagnostic dont la solution n'est rien moins que facile.

Les lésions occultes de la colonne vertébrale donnent lieu à différentes manifestations douloureuses, que l'on qualifie de sciatique ou de lumbago suivant la localisation, de névralgie ou de rhumatisme musculaire suivant la fantaisie du moment. On perd ainsi du temps à tenter des médications symptomatiques destinées à échouer les unes après les autres.

La cause essentielle de telles erreurs doit être attribuée aux doctrines actuelles, qui nous fournissent des diagnostics *tout faits* : lumbago rhumatismal, sciatique essentielle, myalgie primaire, en nous laissant croire que ces dénominations répondent à des entités morbides. La constatation d'une névralgie ou d'une myalgie prouve simplement l'existence d'une réaction pathologique dans le système nerveux ou musculaire. Lorsque cette réaction douloureuse est passagère ou contemporaine d'une maladie infectieuse (grippe, fièvre typhoïde), elle n'a guère d'importance ou reste au second plan ; lorsqu'elle tend à la répétition ou à la chronicité, la présence d'un facteur causal localisé devient une probabilité à envisager, après élimination des affections neurologiques comme le tabes.

Dans le cas de sciatique rebelle ou de lumbago persistant, une exploration radiologique de la colonne vertébrale s'impose.

Tantôt le film révèlera une lésion de la colonne vertébrale ; et, si la radio a été faite précocement, encore restera-t-il à l'interpréter.

Tantôt le film ne montrera rien, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a rien ; certaines lésions, au début et même plus tard, ne donnent lieu à aucune altération radiographique, un nouvel examen aux rayons X peut être positif dans la suite.

L'intérêt du diagnostic des lésions occultes de la colonne vertébrale réside principalement dans le fait que nombre d'entre elles nécessitent une intervention chirurgicale, seule capable de soulager et de guérir des malades, dont l'existence n'est parfois qu'un véritable martyre.

BIBLIOGRAPHIE

1. R. d'Auteuil. — Lombalisation douloureuse avec compression radiculaire. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, avril 1932. — 2. E. Delcroix. — Nouveaux cas d'anomalies vertébrales avec syndrome douloureux. *Scalpel*, 20 février 1932. — 3. Frœlich. — Lumbago et malformations du rachis. *Revue médicale de l'Est*, 15 mars 1931. — 4. P. Gaume. — Diagnostic des douleurs lombaires droites. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er mai 1932. — 5. G. Huc. — La lordose lombaire statique fixée. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er juillet 1932. — 6. Folke Lindstedt. — Etude sur le diagnostic de la spondylarthrite ankylopoïétique. *Acta medica Scandinavica*, 28 avril 1931. — 7. Mutel et Gérard. — A propos de quelques fractures simples des corps vertébraux dorsaux-lombaires. *Revue médicale de l'Est*, 1er février 1932. — 8. Th. Stephani — Sur quelques formes de tuberculose larvée de la colonne vertébrale. *Montana Médical*, n° 2, 1932. — 9. C. Van Græfschepe. — Du traitement chirurgical des scolioses douloureuses de l'adulte. *Scalpel*, 25 juin 1932. — 10. J. Wiener. — Syndrome de Bechterew (spondylose ankylosante par ligamentite ossifiante) et dysendocrinie. *Scalpel*, 23 juillet 1932. — 11. Zanen. — Auto-observation d'une forme douloureuse de spina-bifida-occulta de la 1re sacrée. *Scalpel*, 11 juin 1932.

« Nous considérons que la glycémie normale est aux environs d'un gramme et que sa limite inférieure est à 0,95. Entre 0,95 et 0,90 il existe une zone neutre intermédiaire au-dessous de laquelle il y a hypoglycémie. » (J. Sigwald. L'hypoglycémie. *Th. de Paris*, 1932.)

Du traitement médical de la menace d'avortement avec petites hémorragies

Par G. ÉCALLE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut.

Je n'envisagerai pas ici le traitement prophylactique de l'avortement, tel le traitement antisyphilitique qui doit être appliqué avant et pendant la grossesse chez la femme syphilitique, ni le traitement obstétrical de l'avortement devenu inévitable.

Mais il arrive très souvent que l'accoucheur soit appelé à soigner une femme qui présente au cours des premiers mois de la grossesse une menace d'avortement, quelle qu'en soit l'origine, menace caractérisée par des pertes sanguines plus ou moins abondantes associées ou non à des contractions utérines douloureuses.

Si l'hémorragie reste minime, le col fermé et long, le corps utérin souple et non contracturé, l'avortement qui menace peut souvent être évité. Il est alors de pratique courante de prescrire le repos absolu au lit et de calmer les contractions utérines par l'emploi d'un opiacé : chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées à la dose de 1 à 3 centigr. en 24 heures dans les cas urgents ; lavement laudanisé composé de 40 à 60 grammes d'eau bouillie et de XV à XX gouttes de laudanum, que l'on pourra renouveler à deux ou trois reprises par jour.

Toutefois il arrive fréquemment que la première alerte passée les choses traînent en longueur : la femme maintenue au lit et laudanisée continue à perdre du sang, quelquefois rouge, plus souvent noirâtre, visqueux, avec de petits caillots foncés ; d'autres continuent à souffrir de contractions douloureuses. On hésite alors à prolonger trop longtemps l'emploi des opiacés qui doivent cependant continuer à servir de base au traitement.

La thérapeutique ne nous offre-t-elle pas dans ces cas d'autres médicaments auxquels on pourrait recourir avec efficacité ? Il en existe, en effet, quelques-uns qui seront susceptibles de rendre de grands services dans la pratique journalière courante et qui doivent être connus. C'est ainsi qu'il est souvent très utile, et particulièrement dans les cas d'endométrite, d'hydrohématorrhée déciduale, de prescrire V à X gouttes de teinture d'iode fraîchement préparée, que l'on fera prendre chaque matin dans une tasse à thé de lait froid. On pourra recourir aussi, et surtout dans les cas s'accompagnant de contractions utérines douloureuses, à l'usage du viburnum prunifolium qui est un excellent sédatif utérin et que Cordes employait et préconisait dans les cas de ce genre : on le prescrira sous la forme d'extrait fluide à la dose de 2 à 3 grammes dans une potion.

Cependant il est un autre médicament qui mérite de retenir plus longuement l'attention, je veux parler du *chlorure de calcium* que je me suis bien trouvé dans un grand nombre de cas de faire prendre aux femmes menacées d'avortement.

Ce médicament est d'abord un *hémostatique* puissant, propriété d'ailleurs bien connue et indiscutable. Il me semble donc parfaitement légitime *a priori* d'user de ce précieux hémostatique dans la menace d'avortement. En effet, en dehors de la cause même de l'avortement, l'hémorragie elle-même a un rôle mécanique que l'on ne peut négliger dans la progression du décollement ovulaire. On sait le rôle de l'hématome rétroplacentaire physiologique dans le décollement du placenta au moment de la délivrance : il en est de même dans l'avortement où un petit hématome initial peut se former dans le tissu de la caduque inter-utéro-placentaire particulièrement fragile dans les cas d'endométrite. Essayer de limiter

BIBLIOGRAPHIE

Précis de propédeutique et de technique médicale, par V. Cordier, avec la collaboration, pour le système nerveux, de A. Devic. (Collection Testut). Un vol. in-16 de 1.712 pages avec 468 figures dans le texte. Cartonné, 125 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Cet ouvrage que l'auteur aurait pu appeler un *Précis de préparation au diagnostic* est avant tout consacré à la *technique de l'examen* et répond à un triple but.

Pour l'étudiant de première année, il explique les symptômes par l'anatomo-physiologie et en étudie avec précision les procédés de recherche : principe de la propédeutique et de la séméiologie.

Pour l'étudiant plus avancé, il orientera l'examen clinique et surtout *la prise des observations* en montrant comment rechercher les antécédents, les symptômes dominants et accessoires pour leur donner enfin leur valeur respective.

Pour le médecin, il expose (pour la plupart des grands syndromes) *les étapes du diagnostic* et montre comment, dans les examens de laboratoire, choisir entre l'indispensable ou le simplement utile.

Le long chapitre d'introduction est un guide dans l'abord et l'étude des malades, dans le développement pédagogique des qualités d'observation, d'intuition, de classification qui sont la base de la clinique, enfin dans la technique de prise des observations et de classement des notes.

On trouve ensuite, *pour chacun des appareils séparément* : *a*) Rappels d'anatomo-physiologie ; *b*) Modes d'atteinte des organes et leur réaction (en somme, un bref chapitre d'anatomo-pathologie et de physiologie pathologique ; *c*) *Technique sémiologique proprement dite* ; *d*) Examen des autres appareils et relation entre eux ; *e*) Radioscopie ; *f*) Examens de laboratoire ; *g*) Enfin, un chapitre intitulé : « Conduite de l'examen au cours de quelques syndromes », qui, en un style très abrégé, résume les données précédentes, classe les symptômes et les examens de laboratoire selon leur valeur et constitue un guide vers le diagnostic.

M. Cordier, esprit clair, enseigneur lumineux, a fait précéder son livre d'une préface qu'il termine par ces quelques lignes qui méritent d'être reproduites :

« Le jeune étudiant qui a choisi la vie médicale n'y doit entrer, dit le Docteur Cordier, qu'avec un esprit de dévouement et de sacrifice; notre *carrière*, la plus belle peut-être de toutes, sera toujours fondée sur une *vocation* (avec toute la force du terme latin).

La médecine en tant que *métier*, ne serait qu'ingrate et décourageante, la rémunération insuffisante d'études onéreuses et prolongées, une récompense matérielle qui n'est jamais en rapport avec le nombre d'heures de travail fournies chaque jour, la fatigue des visites et des courses harcelantes, les nuits entrecoupées, l'effort intellectuel incessant, les dangers professionnels considérables, le supplice du concours, la vie familiale inexcitante, la tristesse des amers échecs thérapeutiques plus fréquents que les succès, l'angoisse des responsabilités quotidiennes, les blessures d'amour-propre par les ingratitudes courantes et les injustices de l'opinion, le vieillissement prématuré dans la gêne et l'abandon, tout serait réuni pour donner au médecin et aux siens une cruelle existence.

Mais il passe dans notre vie un souffle frais et vif d'espoir, de joie : vies à sauver, à protéger, consolations et renouveaux d'espérances qu'a toujours apportés la médecine, même empirique et désarmée dans l'antiquité ; rôle social de l'hygiéniste ; joies intellectuelles du diagnostic et surtout une foi enthousiaste dans les progrès de notre art, si magnifiques en ce dernier siècle.

Et ces éléments de réconfort méritent bien le sacrifice et la vocation. »

Introduction à la médecine, par le Docteur Henry E. Sigerist. Traduction par Maurice Ténine. Préface du Docteur F. Gidon. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Scientifique*, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Enfin paraît la traduction française de l'ouvrage du célèbre professeur suisse, *Introduction à la Médecine*, déjà publié dans toutes les langues.

Frais émoulu du P. C. N., le jeune étudiant en médecine se jette avec feu sur les gros traités d'histologie et d'anatomie. Les années succédant aux années, de gros tomes succéderont aux gros tomes arides. Et à force d'avoir trop vu l'être humain à la loupe et au microscope, centimètre par centimètre ou micron par micron, il aura, au cours de ses études, perdu l'habitude de le considérer dans son ensemble d'être pensant.

A cet étudiant surtout est destiné le livre du Professeur Sigerist, *Introduction à la médecine.* Comme le dit l'auteur lui-même : « Ce livre s'adresse avant tout aux jeunes hommes qui ont choisi la carrière médicale et qui se trouvent à l'orée de leurs études. Il essaie de brosser à grands traits un tableau de la médecine, des tâches qu'elle pose, des problèmes qu'elle évoque. Il vise à donner des notions fondamentales, se servant largement pour cela de la méthode historique ». Et c'est là une de ses grandes originalités. Comme les hommes, les idées naissent, vivent et meurent. Pour faire comprendre l'idée vivante, est-il meilleure méthode que de montrer sa naissance et son évolution, la naissance et la mort des idées ses ancêtres ? Et ce n'est pas le moindre mérite de ce livre que de guider comme en se jouant le futur médecin au milieu des complexes notions historiques et philosophiques, ces notions que malheureusement on néglige, imprimées en petits caractères dans les livres, ou pas imprimées du tout.

Ce livre occupe une place à part. Spécialistes et praticiens revivront en le lisant les « impressions inoubliables que laissent en nous nos études ». Rompus au fait médical en lui-même, ils connaissent moins bienson évolution, son histoire. Aux prises avec l'homme, n'ont-ils pas besoin de temps à autre de s'élever un peu pour voir la médecine dans son ensemble, n'ont-ils pas besoin de prendre un peu de distance afin d'éviter que l'arbre-homme les empêche de voir la forêt-humanité ? Ce livre les y aidera puissamment.

Dans la foule immense des ouvrages médicaux, le public profane ou mi-profane ne trouve rien pour lui. L'ouvrage du Professeur Sigerist lui permettra également de pénétrer autant qu'il est possible dans cette *terra incognita*, si mystérieuse et si attirante.

Avec une rare maîtrise cette introduction allie science et conscience. Et nous savons que « Science sans conscience est la ruine de l'âme »...

Le livre du Professeur Sigerist est fort bien traduit par M. Maurice Ténine, externe des hôpitaux de Paris et préfacé par le Docteur F. Gidon, professeur à la Faculté de médecine de Caen qui dit entre autres : « On admirera l'art avec lequel l'auteur présente à l'étudiant, sous certains aspects suggestifs de leurs relations mutuelles, tous les concepts fondamentaux de la médecine. »

Sappho de Lesbos. *Sa vie et son époque*, par Arthur WEIGALL. Traduction et avant-propos de THÉO VARLET. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, avec 3 croquis, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Admirée par toute l'antiquité comme une « merveille », une « dixième Muse », Sappho, en qui les lettrés modernes (surtout depuis cinquante ans, où les sables de l'Egypte nous restituent de nouveaux fragments de ses poèmes) voient le plus grand poète lyrique de tous les temps, Sappho de Lesbos a déjà suscité maintes études sur sa vie et sur son œuvre.

Mais écrire un gros livre de 350 pages, d'un bout à l'autre attrayant, sur une poétesse dont la biographie nous est aussi peu connue que celle de Sappho, il fallait, pour tenter et réussir pareil tour de force, un érudit de classe exceptionnelle.

M. Arthur Weigall, ex-inspecteur général des Antiquités du gouvernement égyptien, a une parfaite connaissance de son sujet ; il a lu le moindre fragment d'auteurs anciens où il est question de la poétesse ; en un mot sa science est sans lacune. Mais, de plus, il « possède » aussi les paysages de l'Asie Mineure, de l'Archipel, et de tout ce monde grec qui forma le milieu où vécut Sappho et que baigne toujours la lumière olympienne. Il a vu en artiste, il a ressuscité en savant, les villes de l'antiquité, il les a repeuplées de leurs habitants, il a fait surgir, jusque sous nos yeux, du fond des âges, cette civilisation à la fois archaïque et raffinée du VI[e] siècle avant Jésus-Christ, où vécut Sappho... siècle si généralement dédaigné par les érudits.

Et, au milieu de cette culture, si éloignée dans le temps et si propre de nous par certains côtés, il ressuscite Sappho, sa personne et sa vie passionnée ; il nous fait goûter et admirer, avec une ferveur communicative, l'œuvre de la poétesse mitylénienne et son éternelle beauté, victorieuse des siècles.

Il ne s'agit pas d'une « vie romancée », mais bien d'un ouvrage de haute érudition rendue accessible au grand public par un savant qui parle la langue de tout le monde et qui est aussi un artiste amoureux de la vie sous toutes ses formes... ouvrage dont l'excellente traduction de Théo Varlet, qui fait preuve, ici, d'une culture classique étendue et solide, a su garder tout le charme vivant de l'original.

Un traitement spécifique contre la tuberculose, par le Docteur Pierre HULLIGER. Un volume abondamment illustré 1932, 25 francs. Editions médicales Norbert Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6[e]).

Ce livre s'adresse en même temps au grand public et aux médecins. Traiter tous les tuberculeux « en plaine » dans toutes nos villes et dans toutes nos campagnes, comme on le fait actuellement pour la grippe la pneumonie, la syphilis, le typhus, la variole et d'autres maladies encore au moyen d'injections sous-cutanées, tel est le problème que le Docteur Hulliger prétend avoir résolu.

cette première hémorragie en agissant par le chlorure de calcium sur la coagulabilité sanguine sera souvent limiter le décollement de l'œuf et permettre ainsi à la grossesse de continuer son évolution. D'ailleurs, dans les cas mêmes où l'avortement se fera malgré tout, l'absorption préalable de chlorure de calcium rendra souvent l'hémorragie moins abandante et moins persistante.

Mais, de plus, à la lumière de certains travaux récents on doit attribuer au $CaCl^2$ une action différente et non moins utile, *celle de diminuer l'excitabilité utérine*. On sait, du reste, que l'hypocalcémie détermine d'une façon générale une excitabilité plus grande du système neuro-musculaire. Il en est de même pour l'utérus, et Bogert et Plass (1) ont signalé que déjà dans la première partie de la grossesse 22 pour 100 des femmes présentent une diminution de la teneur du sérum en calcium. Schickelé disait aussi que si l'extrait hypophysaire agissait sur l'utérus à la fin de la gestation, c'était grâce à la décalcification. Inversement, la surcharge du sérum en calcium diminuera l'excitabilité utérine. Cette proposition a été bien illustrée par les recherches de Knauss et Clark (2) sur la contractilité de l'utérus chez certains animaux : l'addition de calcium au liquide de Locke dans lequel baignait l'utérus isolé diminuait la force et la fréquence des contractions. Et Aburel et Ornstein (3) ont montré que les femmes hypercalcémiques avaient un utérus moins excitable se traduisant par un travail plus long par atonie utérine.

Une surcharge du sang en calcium, évidemment très faible puisqu'à cette première période de la grossesse, le taux du calcium ne varie d'une femme à l'autre que de quelques milligrammes par litre, peut-elle être obtenue par l'absorption à doses assez élevées et prolongées de $CaCl^2$? Cela ne paraît pas douteux. Il semble donc bien que l'ingestion quotidienne de quelques grammes de chlorure de calcium chez la femme en menace d'avortement peut avoir un rôle favorable sur l'évolution de la grossesse par une double action : *hémostatique* d'abord — c'est ce qui nous a fait préférer le chlorure de calcium aux autres médications calciques — et *sédative* ensuite en diminuant l'excitabilité utérine.

Ajoutons enfin que cet apport de calcium, excellent pour le développement de l'œuf, ne sera pas moins utile à l'organisme maternel pour le *recalcifier*, car celui-ci s'appauvrit en chaux au profit du fœtus.

Tels sont les quelques médicaments qui méritent d'être retenus dans la menace d'avortement avec hémorragies petites ou traînantes et dont l'action vient heureusement compléter et prolonger le traitement toujours classique par les opiacés.

(1) BOGERT et PLASS. — *Americ. J. Obst.*, 1923, p. 427.
(2) KNAUSS et CLARK. – *Journ. of Pharmacology and Expérim. Thérap.*, n° 5, déc. 1925.
(3) ABUREL et ORNSTEIN. — *Gynécologie et Obstétrique*, n° 1, 1931.

« Congrès de chirurgie : 300 voitures de luxe écrasées dans la cour de l'Ecole de médecine et les rues avoisinantes.

Congrès de médecine : 40 voitures au maximum, parmi lesquelles les plus de quatre cylindres etaient incontestablement l'exception.

On ne peut vraiment pas dire que le bistouri ne nourrit pas son homme. » (L'INFORMATEUR MÉDICAL. *Echos et indiscrétions.*)

« Une réforme aussi importante que celle des études médicales ne doit pas être faite en catimini, dans l'obscurité des bureaux, par deux ou trois professeurs, si éminents soient-ils et qui vivent en dehors de notre profession. La réforme — elle est nécessaire — ne sera viable et utile que si elle tient compte de l'opinion du monde médical tout entier. » (Maurice RENAUD. La nécessité d'une réforme des études. Le sens qu'il faut lui donner. *Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, septembre 1932.)

REVUE GÉNÉRALE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1931-1932

(2e semestre 1931 et 1er semestre 1932)

(suite) [1]

par le Dr **Paul BOYER**
Médecin-assistant de Saint-Lazare et de la Maternité

Syphilis

Gougerot, dans une série d'articles (*Gaz. des hôp.*, 1931, CIV, 1265, *Paris Méd.*, 1931, XXI, 155 et *J. des sc. méd. de Lille*, 1931, XLIX, 182 et 199) préconise un traitement vigoureux de la syphilis primaire ou secondaire, suivi d'un traitement de consolidation, puis d'un traitement d'assurance contre la maladie et une surveillance indéfinie du malade.

Colin (*L'Hôpital*, 1931, XIX, 295, 611, 639, 672) est également d'avis, avec son maître Chevalier, qu'il faut traiter longtemps les syphilitiques, après une période suffisamment longue de traitement actif, il conseille de continuer à suivre les syphilitiques et de pratiquer un traitement d'entretien facile et peu onéreux pour les malades (frictions, suppositoires mercuriels, traitements buccaux).

Vernes et Léger (*Arch. Inst. prophyl.*, 1931, III, n° 3) décrivent leur méthode de syphilimétrie qui permet d'après eux de contrôler scientifiquement l'action des médicaments. L'activité du bismuth est, comme celle d'ailleurs des mercuriaux ou des arsenicaux à rechercher dans chaque cas particulier. Le bismuth employé seul peut donner le résultat attendu ou être sans action, se comportant en cela comme les arsénos et le mercure. Il peut agir alors que les autres médicaments antisyphilitiques sont inactifs, ou inversement. La syphilimétrie montre aussi que le bismuth, comme les arsenicaux ou les mercuriaux, perd progressivement son activité quand on en prolonge trop longtemps l'emploi.

Bizard (*Bull. Méd.*, 1932, XLVI, 78) montre les progrès accomplis actuellement dans le traitement des prostituées syphilitiques de la Salpêtrière à Saint-Lazare et au traitement libre.

Sézary (*Presse Méd.*, 1931, n° 77, 1423) est d'avis qu'au stade primaire ou dans les trois premiers mois du stade secondaire, le problème de la prophylaxie de la neuro-syphilis se confond avec celui de la curabilité de la syphilis précoce. Il suffit d'instituer un traitement précoce et intensif par le 914 et le bismuth conjugués qui doit durer un an, puis un traitement de consolidation pendant trois ans. Si on a affaire à un syphilique ancien, insuffisamment traité, si le liquide céphalo-rachidien est normal, on pratiquera chez lui le traitement ordinaire ; si le liquide céphalo rachidie est déjà touché, Sézary conseille la malariathérapie et le stovarsol sodique seul ou associé au bismuth. Pour l'auteur nous possédons aujourd'hui le moyen de prévenir les complications nerveuses de la syphilis, nous y parvenons d'autant plus souvent que nous nous y prenons plus tôt, mais à aucun moment, grâce aux acquisitions thérapeutiques modernes, nous ne nous trouvons désarmés dans cette lutte difficile.

Clément Simon (*Bull. Méd.*, 1932, XLVI, 81), discute la méthode « Sézarienne » de traitement de la période dite biologique ou préclinique du tabes et de la paralysie générale.

(1) Voir *Le Progrès Médical* du 29 octobre et du 5 novembre 1932.

Decourt (*Soc. thér.*, 18 nov. 1931) montre que l'application du traitement spécifique au cours du tabes doit être subordonnée à l'état des lésions anatomiques dont le liquide céphalo-rachidien fournit l'image assez fidèle. La médication combat utilement les lésions inflammatoires spécifiques génératrices du tabes alors que son action reste nulle et risque même d'être nocive sur la lésion dégénérative secondaire des éléments nerveux. Sauf contre-indications, le traitement du tabes évolutif doit être mené avec à peu près autant de rigueur que celui d'une syphilis secondaire. Il faut redouter les traitements insuffisants qui sont parfois plus nocifs qu'utiles. Correctement conduit, le traitement spécifique permet généralement d'arrêter l'évolution du tabes et de négativer les réactions du liquide céphalo-rachidien ; dans certains cas il se montre capable d'exercer une action curatrice véritable, mais limitée aux plus récents symptômes de la poussée évolutive en cours. La persistance d'altérations du liquide céphalo-rachidien après quatre ans de traitement actif est une indication de la malariathérapie. En présence d'un tabes fixé, l'expectative est imprudente, un traitement d'entretien est nécessaire.

Olmer et Buisson (*Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, 20 mai 1932) rapportent un cas de néphrite syphilitique remarquablement guérie par l'association nova-rcyanure de mercure.

Rozencwajg (*Thèse méd. Paris*, 1931) préconise dans les anévrismes de l'aorte un traitement spécifique rapide et énergique, en principe une cure arsénio-mercurielle, 914 et HgCy, ou 914 et bismuth, suivi d'une cure iodée en injections intramusculaires. Ce traitement est à répéter fréquemment tous les deux ou trois mois, au début, puis à espacer progressivement par la suite.

De Berg (*Thèse méd. Paris*, 1932) étudiant le traitement de la syphilis au cours de la gestation, préconise avant tout le novar intraveineux. A son défaut le bismuth donne aussi de bons résultats, mais en général inférieurs.

Sanz (*Monde Méd.*, 1932, XLII, 9) expose le traitement de la syphilis au cours de la gestation tel qu'il est pratiqué dans le service de Maternité du professeur Le Lorier.

Sézary (*Progrès Méd.*, 1932, n° 22, 956), dans un très intéressant article, nous expose ses idées au sujet du traitement et de la prophylaxie de la syphilis héréditaire.

Jaulerry (*Thèse méd. Paris*, 1931) et Talon (*Thèse méd. Paris*, 1931) étudient les emplois de l'hyposulfite de soude en syphilithérapie, Jaulerry par l'hyposulfite de soude a pu négativer un grand nombre de réactions de Wassermann irréductibles et Talon insiste particulièrement sur les propriétés désensibilisantes de l'hyposulfite de soude, propriétés antichoc dont l'emploi permet de faire supporter le 914 à des malades jusque là intolérants.

Richet fils et Joly (*Soc. méd. hôp. de Paris*, 15 janvier 1932) ont étudié le traitement de la syphilis primaire ou secondaire par les pyréthothérapie associée à la chimiothérapie. La fièvre était provoquée par les procédés classiques (Dmelcos, propidon, injection de lait, etc.) la chimiothérapie arsenicale ou bismuthique était faite à des doses normales ou un peu inférieures. La méthode ne semble pas dangereuse, la guérison du chancre, de la roséole, des syphilides, la régression de l'adénopathie semblent plus rapides qu'avec les méthodes habituelles. Tous les Bordet-Wassermann ont été négativés au milieu ou à la fin de la première série.

Schulmann et Solente (*Progrès Méd.*, 1932, n° 4, 153) rapportent une observation d'une malade polyintolérante à As, Hg et Bi : stomatite intense avec hémorragies gingivales et utérines. La stomatite a été guérie par l'administration de jus de fruits et de fruits frais qui a permis la reprise du traitement bien toléré cette fois. Les auteurs discutent et admettent le rôle d'une avitaminose C dans ce cas et pensent que bien des cas d'intolérance médicamenteuse sont justiciables d'une cure de fruits frais.

Mercure

J. Lévy, Kayser et Sfira (*Bull. Sc. pharm.*, 1931, XXXVIII, 573) ont préparé quelques nouveaux dérivés du mercure, un dérivé de l'isobutylallylmalonylurée, l'isobutylallylbarbiturate de mercure allyle, l'éthylbutylbarbiturate de mercure heptanol 2, l'isobutylallybarbiturate de Hg phényl 3 propanol 2, le chlorure de Hg phényl 3 propanol 2, le glycocollate de Hg heptanol 2, la lactone de propane malonate de Hg. Ces corps ne présentent pas de propriétés spécifiques, leur toxicité est variable, le plus souvent assez élevée ; ils agissent sur la cellule rénale en provoquant une inhibition de son fonctionnement, même dans les cas où d'abord un certain effet diurétique apparaît, l'oligurie et l'anurie s'installent ensuite rapidement. La fixation du Hg sur les divers organes est variable pour un même produit d'un animal à l'autre, aucune des substances étudiées, même celles dans lesquelles le Hg est lié à un noyau barbiturique, ne se fixe d'une manière constante sur la substance nerveuse ; c'est dans le rein, puis dans le foie que la proportion de Hg fixée est la plus considérable.

Fliederbaum et Kramcka (*Presse Méd.*, 1932, n° 43, 854) étudient l'action synergique diurétique des composés de mercure et d'ammonium

Bory (*Progrès Méd.*, 1932, n° 22, 977) est d'avis qu'il est peu probable, malgré les progrès de la chimiothérapie, que nous voyions la médication mercurielle reprendre sa prépondérance d'autrefois dans le traitement de la syphilis. Néanmoins, le mercure garde une petite place et assez précieuse, il est indiqué en ophtalmologie sous forme de Hg Cy, en médication infantile et quand l'As et le Bi sont inutilisables.

Parturier et Legrain (*J. Sc. Méd. de Lille*, 1932, 1, 201), étudient le Hg en thérapeutique hépatologique.

Vachez et Chapuy (*Soc. Nat. Méd. et Sc. Méd. de Lyon*, 2 février 1932) décrivent les lésions rénales (lésions congestives intenses et diffuses avec par place nappes hémorragiques) constatées à l'autopsie d'un malade alcoolique et cirrhotique mort d'anurie après deux injections de neptal.

Flandin (*J. des Prat.* 1931, XLIV, 548) passe en revue à l'occasion d'une leçon à la Clinique de l'hôpital Cochin les intoxications mercurielles.

Gougerot, Cohen et Mme Poulain (*Soc. fr. Derm. et Syph.* 9 juillet 1931) signalent après application d'une pommade mercurielle sur un eczéma vésiculeux l'apparition d'une dermite artificielle, d'articaire et d'un érythème scarlatiniforme.

Oraison et Noguès (*Soc. fr. d'Urol.*, 16 nov. 1931) à propos du danger de l'utilisation des solutions d'oxycyanure de Hg chez les malades traités par le quinby signalé par Janet, rappellent que l'oxycyanure est un sel instable auquel il faut préférer le cyanure, ou même encore le mélange de cyanure et de borate de soude (1 gr. de cyanure, 4 gr. de borate de soude) comme l'a préconisé Deniges.

Bismuth

Sazerac et Pouzergues (*C. R. Soc. Biol.*, CIX, 79 et 370) remplacent, pour le dosage de petites quantités de bismuth, la quinine par l'ortho-oxyquinoléine dans le réactif d'Aubry et éliminent ainsi les erreurs possibles dues à la présence de fer.

Meyer et Jeannin (*Ann. Mal. Vén.*, 1931, XXVI, 491) ont constaté dans les urines des malades la présence pendant plusieurs semaines, après injections de composés liposolubles du bismuth, d'une réaction de Legal positive, liée à la présence dans les urines de l'acide glycuronique, par suite de l'élimination urinaire du radical camphré qui se fait sous forme de combinaison glycuronique. Cette réaction peut donc servir à suivre l'élimination des bismuths liposolubles.

Galliot (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 mars 1932, *Soc. de méd. de Paris*, 28 mai 1932, *Paris Méd.*, 1932, XXII, 465 et *J. des Prat.*, 1932, XLVI, 346) présente un nouveau produit bismuthique dans lequel l'association des lipoïdes hépatiques au camphocarbonate de bismuth rend celui-ci plus actif et met à l'abri des petits phénomènes d'intolérance bismuthique, en particulier de la grippe bismuthique.

Lemay (*Gaz. Hôp.*, 1932, CV, 674) rappelle que d'après

les expériences de Levaditi les bismuths liposolubles sont insolubilisés dans le muscle, solubles *in vitro* ils sont insolubles *in vivo* et absorbés dans leur presque totalité à l'état d'oxydes, seul capable de donner des albuminates ou bismoxyl, il s'estime avoir été bien inspiré en préconisant dès 1921 l'emploi d'hydroxyde de bismuth ou muthanol en syphilithérapie et considère que la querelle des solubles et des insolubles bismuthiques est actuellement terminée.

Queyrat (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 mars 1932) confirme les bons résultats éloignés qu'il a obtenus en soignant des syphilitiques récents exclusivement par le bivatol : la réaction de Wassermann est toujours restée négative et la ponction lombaire faite deux ans après le chancre s'est montrée normale ; il a également obtenu d'excellents résultats avec le bivatol dans le traitement de la femme enceinte et des enfants hérédo-syphilitiques.

Sézary (*Presse Méd.*, 1932, n° 8, 153) confirme les bons résultats obtenus par Lortat-Jacob et Legrain par les injections bismuthiques dans le traitement du lupus érythémateux.

Jausion, Pecker, Gervais et Soleil (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 janvier 1932) ont essayé de remédier à quelques échecs de la cure arséno-bismuthique du psoriasis en aidant ou en remplaçant le psothanol par une clasine polymycosique, spécialement confectionnée. Chez neuf malades ils ont obtenu le blanchiment plus ou moins complet, mais suffisamment rapide et décisif. Cinq autres psoriasiques porteurs de mycoréactions positives sont en pleine cure et paraissent améliorés.

Lop (*Marseille Méd.*, 1932, LXIX, 413) a guéri avec cinq injections de quinby un cas de fièvre ondulante après échec de la vaccinothérapie.

Pasteur Vallery-Radot, Derot et Mme Gauthier-Villars (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 395, 451 et 609) étudiant l'intoxication bismuthique aiguë et chronique chez le lapin, constatent l'apparition d'une azotémie progressive, sans rapport avec la dénutrition, très irrégulière, échappant à toute systématisation et non influençable par la chloruration, et une albuminurie tardive. On obtient, suivant la marche de l'intoxication, des néphrites aiguës ou chroniques avec prédominance des lésions tubulaires. La sclérose a été obtenue dans les cas prolongés et les auteurs ont pu suivre les différents stades de cette sclérose, selon la durée de l'intoxication. Cette sclérose paraît nettement secondaire aux lésions tubulaires. En rapprochant les résultats histologiques des constatations biologiques, on observe que l'azotémie peut apparaître avec des lésions uniquement tubulaires, de même l'albuminurie peut s'observer sans qu'il y ait d'autres lésions que des lésions des tubes. L'intoxication par les sels de bismuth réalise un moyen simple d'obtenir des lésions rénales expérimentales, pouvant aller de l'adultération tubulaire à la sclérose.

Carrière (*Gaz. Méd. de France*, 1932, XXXVII, 313) à propos d'un cas d'intoxication bismuthique passe en revue les principales manifestations toxiques du bismuth.

Burnier et Cartaud (*Ann. mal. vén.* 1931, XXVI, 753) rapportent un nouveau cas d'embolie fessière à la suite d'une injection de bismuth liposoluble.

Blum et Bralez (*Bull. Méd.*, 1931, XLV, 524) discutent la pathogénie de la dermite livédoïde bismuthique. Cette dermite ne semble pas une affection autonome. C'est un trouble trophique localisé à la fesse qui est le même que tous ceux qu'on connaît dans les ischémies d'origine artérielle, qu'il s'agisse d'un spasme, d'une thrombose ou d'une embolie. Comme dans toutes les gangrènes d'origine artérielle, il intervient un mécanisme complexe, expérimentalement la ligature seule d'une artère ne réalise pas le processus gangréneux, il doit y avoir surajouté un autre processus de pathologie générale qui n'a rien de spécial aux injections intramusculaires, qui implique à la fois une lésion artérielle (endartère et périartère) et probablement aussi la participation du système nerveux sympathique périartériel.

Sézary et Boucher (*Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 27 nov. 1931) rapportent un nouveau cas d'agranulocytose bismuthique.

Dupuy-Dutemps, Burnier et Blum (*Ann. mal. vén.*, 1931, XXVI, 587) rapportent un cas d'amblyopie transitoire à la suite d'une injection musculaire de bismuth liposoluble. Ils attribuent cet accident à un spasme des artères cérébrales et en particulier des artères cérébrales postérieures qui irriguent les centres corticaux visuels.

Arsenic

Arsenicaux trivalents. Arsénobenzènes

Louste et Mlle Mouneyrat (*Soc. Thér.*, 1931) ont étudié un nouveau dérivé arsenical, le 802 se rattachant à la série des arsénobenzènes. Le 802 s'injecte en solution aqueuse par voie intramusculaire et est indolore à toutes les doses sans addition d'anesthésique et ses solutions préparées d'avance sont très stables. Excellents résultats thérapeutiques et tolérance parfaite, même à fortes doses, les auteurs n'ont pas eu de crises nitritoïdes.

Chevaillier et Bernard (*Soc. Thér.*, 13 avril 1932) présentent 200 cas de traitement de la syphilis suivant la méthode de Politzer et démontrent l'innocuité de l'attaque arsenicale à haute dose telle que l'applique Politzer, à condition de mettre le malade au lit et au lait ; c'est un traitement d'hôpital ou de maison de santé. Les résultats sont du même ordre que ceux du traitement arsénobenzolique à doses progressives complétées par des cures de métaux lourds, les accidents cependant disparaissent sensiblement plus vite que par d'autres méthodes. Cette méthode paraît aux auteurs remarquable contre les syphilis actives et plus spécialement pour les syphilis récentes, par la rapidité de l'action, par la solidité de cette action profonde et par son innocuité pour peu que l'on observe les règles élémentaires de la prudence.

Sézary et Duruy (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 mai 1932) signalent que, sur 11 cas de syphilis précoce traités par l'arsenic et le bismuth conjugués, le liquide céphalo-rachidien, examiné à la fin de la première année de l'infection, s'est montré totalement normal. Les auteurs pensent que ces sujets, qui vont recevoir leur traitement de consolidation, sont définitivement à l'abri de neuro-syphilis tardive et insistent sur l'utilité qu'il y a à faire l'examen du liquide dès la fin de la première année.

Borde (*Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 19 nov. 1931), chez un syphilitique au début de la période secondaire, a fait passer, par une cure de 5 gr. de sulfarsénol sous-cutané en 1 mois 1/2 le Bordet-Wassermann de nettement positif à suspect.

Les syphilis arsénorésistantes et arsénorécidivantes ont suscité cette année d'importants travaux qui seront lus avec le plus grand intérêt par les syphiligraphes et les médecins praticiens : Barthélemy (*J. Méd. fr.* 1931, XX, 268) expose les données expérimentales de l'arsénorésistance. Barthélemy et Rabut (*J. Méd. fr.* 1931, XX, 294) étudient le traitement des syphilis arsénorésistantes. Blum et Bralez (*J. Méd. fr.*, 1931, XX, 290) envisagent les modalités cliniques des syphilis arsénorésistantes, ainsi que Comen (*J. Méd. fr.* 1931, XX, 276). Gougerot et Comen (*Paris Méd.*, 1932, XXII, 203) rapportent une observation très intéressante d'une syphilis d'abord arsénosensible, puis devenant arsénorésistante et arsénorécidivante dans la première cure. Lacassagne et Lebeuf (*J. Méd. fr.*, 1931, XX, 272) étudient comment on peut expliquer l'arsénorésistance. Nicolas, Massia et Lebeuf (*J. de Méd. de Lyon*, 1932, n° 297, 309) présentent une étude clinique des syphilis arsénorésistantes et Pinard et Even (*Paris Méd.*, 1932, XXII, 275) insistent sur le fait que les arsénorésistances et les arsénorécidives fausses sont fréquentes, elles tiennent à une faute de traitement, les lois des doses, des intervalles et des séries n'ayant pas été respectées ? Les arsénorésistances et récidives vraies sont rares pour ces auteurs, elles tiennent à des causes multiples, parmi celles-ci l'insuffisance hépatique paraît dominer.

Gougerot et Blum (*Ann. mal. vén.*, 1931, XXVI, 662) rapportent un cas de phagédénisme chancrelleux chez un héré-

do-syphilitique guéri par le 914. Le phagédénisme chancrelleux doit toujours faire rechercher le terrain syphilitique acquis ou héréditaire et faire instituer un traitement antisyphilitique qui opère par hétérothérapie.

P.-Emile Weil et Isch-Wall (*Soc. fr. d'hématol.*, 4 mai 1932) rapportent deux cas de leucémies aiguës qui présentaient des lésions de gangrène buccopharyngée très douloureuse; un traitement au novar intravèineux amena dans ces deux cas la guérison rapide de la gangrène sans influencer l'évolution fatale de la leucémie. La cicatrisation des lésions buccopharyngées par le novar montre qu'elles sont dues à des infections s econdaires banales et non à une détermination spécifique leucémique.

Poisseau (*Thèse méd. Paris*, 1932) présente trois cas de guérison de lambliase par les composés arsenicaux

Torlais (*Gaz. hed. Sc. méd. Bordeaux*, 1931, LII, 724) et Borde (*Soc. méd. et chir. de Bordeaux*, 15 oct. 1931) traitent avec succès l'érysipèle par le sulfarsénol.

Flandin (*Progrès Méd.*, 1932, n° 22, 962) donne une revue générale des accidents de l'arsénothérapie.

Schmid (*Thèse méd. Paris*, 1932) montre la nature vagosympathique des crises nitritoïdes novarsénobenzoliques, le 914 intoxiquant le système végétatif à hautes doses et sensibilisant progressivement le sympathique.

Gley et Schmid (*C. R. Soc. biol.*, 1932, CX, 542) constatent dans l'intoxication par le 914 une paralysie des filets vaso-constricteurs splanchniques.

Schekter (*L'Hôpital*, 1932, XX, 297), pour éviter les accidents des arsénobenzènes et pour intensifier l'arsénothérapie préconise l'injection sous-cutanée de sulfarsénol de 0 gr. 30 à 1 gr. 20 et même 1 gr. 50 mélangés à 10 à 30 c.c. de sang du malade. Il a ainsi obtenu d'excellents résultats thérapeutiques sans aucun incident.

Léger (*Arch. Inst. prophyl.*, 1931, III, n° 3) insiste sur les dangers qu'il y a à faire aux syphilitiques des traitements non suivis par le 914, dans certaines colonies les malades disparaissent après avoir été blanchis après deux à trois injections seulement de 914. Il est de toute nécessité de multiplier aux colonies les Instituts prophylactiques pour que les malades soient régulièrement suivis et traités.

Chavany et Tournay (*Soc. Neurol.*, 3 déc. 1931) rapportent une observation d'apoplexie séreuse post-arsénobenzolique terminée par la guérison.

Gougerot et Burnier (*Soc. fr. derm. et syph.*, 9 juin 1932) ont observé chez une femme qui avait eu auparavant une érythrodermie généralisée par le 914, un œdème prurigineux avec rougeur de la face et du cou après une intradermoréaction faite au bras six mois plus tard avec 1/10 c. c. d'acétylarsan.

Sézary et Gallot (*Soc. fr. derm. et syph* 11 février 1932) ont vu survenir vingt jours après la fin d'une érythrodermie, une glycosurie importante et durable, avec hyperglycémie due probablement à une réactivation de lésions syphilitiques par un traitement insuffisant.

Delaporte (*L'Hôpital*, 1931, XIX, 786) donne une étude clinique et pathogénique des érythèmes novarsénobenzoliques.

Milian et Degos (*Paris Méd.*, 1932, XXII, 65) étudiant les croûtes si fréquentes dans l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse, montrent que ce sont des croûtes impétigineuses dues au streptocoque qui pullule dans les lésions. Il faut les traiter par des pansements humides, des bains de permanganate, une solution antiseptique à l'alcool ou au violet de méthyle.

Garnier (*Ann. mal. vén.*, 1932, XXVII, 325) poursuit ses études sur la sensibilité cutanée aux arsénobenzènes, il retrouve toujours une intradermoréaction à l'arsénobenzol positive chez les malades ayant eu une érythrodermie arsenicale antérieurement.

Sézary et Mauric (*Soc. fr. derm. et syph.*, 11 février 1932) signalent que l'intradermoréaction au 914 n'a été positive, chez six malades étudiés, qu'au minimum six semaines après la fin de l'érythrodermie. Ceci explique pour ces auteurs les divergences des syphiligraphes sur cette question.

Cassoute, Poinso, Zuccoli, Montus et Gueirard (*Soc. méd. hôp. de Paris*, 8 janvier 1932) apportent une observation d'agranulocytose pure après deux injections de novarsénobenzol, avec syndrome cardiorénal transitoire, suivie de guérison.

Petges et Beaumont (*Soc. méd. chir. de Bordeaux*, mai-juin 1932) ont observé chez un homme de couleur une hépatite grave, suivie de guérison, à la troisième injection de 0,45 de 914, il s'agissait en l'espèce d'un ictère toxique et non d'une hépatite syphilitique.

Gate, Thiers et Cuilleret (*J. de méd. de Lyon*, 1932, n° 297, 317) dans le diagnoctic des ictères parathérapeutiques, donnent une valeur absolue à deux critères : la réaction cutanée (cuti et intradermoréaction) et les méthodes de sensibilisation passive chez le cobaye. Avec ces méthodes les auteurs ont pu faire entrer dans le cadre des sensibilisations, la grippe métallique, les réactions intestinales dues au Hg et les ictères parathérapeutiques.

Pannet (*Thèse méd. Paris*, 1932) étudie les névrites arsénobenzoliques, complications rares de la médication arsenicale. Il isole des formes sensitives avec type névralgique, type névrite sensitive banale, forme ataxique pseudotabétique et des formes sensitivo-motrices, parmi ces dernières une forme latente caractérisée par une aréflexie achilléenne. Ces névrites disparaissent soit lentement, soit rapidement après la suppression de l'arsenic, mais l'aréflexie achilléenne persiste trois à quatre ans. La reprise du traitement entraîne souvent des récidives. Si l'arsenic n'est pas suspendu, la névrite s'aggrave rapidement. Ces névrites sont de nature toxique et s'observent après un traitement très intensif et surtout par la voie sous cutanée.

Urechia et Dragomir (*Soc. méd. hôp. de Paris*, 27 mai 1932) relatent l'observation d'une femme de 49 ans qui, à la suite d'injections de doses courantes de 914, fit des névrites arsenicales des membres inférieurs inégalement réparties d'ailleurs, suivies d'une amélioration lente après suppression du traitement.

Barthélemy (*Bull. Méd.*, 1932, XLV, 522) étudie les kératoses arsenicales qui bien qu'encore très rares sont cependant devenues moins exceptionnelles depuis l'extension considérable de l'arsénothérapie et des toniques arsenicaux organiques. Elles constituent, comme le confirme l'érythrodermie, leur commensale habituelle, un signe capital d'intoxication, imposant l'abandon de l'arsenic et commandant aussi tous les efforts pour éviter le passage à la chronicité qui peut entraîner une impotence partielle mais durable et la redoutable complication heureusement exceptionnelle qu'est le cancer arsenical.

Arsenicaux pentavalents

Levaditi et Constantinesco *C R. Soc. biol.*, 1932, CIX, 283 et CX, 17) étudient la toxicité du stovarsolate de soude et de divers autres arsenicaux sur les cultures cellulaires (embryon de poulet). L'échelle de toxicité est la même que pour les trypanosomes et les spermatozoïdes du lapin, par ordre croissant : stovarsol, oxyde d'arsine, arsénobenzol.

Morel (*Thèse méd. Paris*, 1932) a observé avec l'arsenical pentavalent, le métamono-urée-para-oxy phénylarsinate de diéthylamine, de bons effets, analogues à ceux du 914, dans les accidents primaires. Ce corps est un peu inférieur au 914 contre les accidents secondaires plus généralisés, mais néanmoins la cicatrisation des lésions est plus rapide qu'avec les sels de bismuth. Après une première série, il a obtenu une proportion de 30 % de Bordet-Wassermann influencés et 25 % de négativés.

Barbier et Thévenon (*Soc. méd. hôp. de Lyon*, 22 déc. 1931) et Devic (*Soc. méd. hôp. de Lyon*, 5 janvier 1932) insistent sur la nécessité de surveiller les paralytiques généraux stovarsolisés au point de vue des localisations possibles de syphilis viscérale, à ne pas les croire suffisamment protégés par le traitement au stovarsol et à faire soit comme préventif, soit précocement en cas de signes viscéraux, un trai-

tement antisyphilitique non arsenical. A l'appui de cette opinion, Barbier et Thévenon rapportent deux observations de paralytiques généraux soignés depuis plusieurs mois au stovarsol qui ont vu apparaître des signes cliniques et radiologiques d'aortite avec angor chez l'un, avec insuffisance aortique chez l'autre et Devic signale un paralytique général qui à sa quinzième injection de stovarsol présenta les signes d'une paraplégie que seul améliora un traitement bismuthique. Le stovarsol, pour ces auteurs, demeure la thérapeutique, non de la syphilis nerveuse. mais strictement de la paralysie générale où elle garde toute sa valeur.

Sézary et Barbe (*Soc. méd. hôp. de Paris*, 11 mars 1932) sont du même avis, l'activité du stovarsol sur la syphilis et les spirochétoses est relativement faible par rapport à celle du 914, fait qui contraste avec l'action de ce médicament sur la paralysie générale. Ce fait explique la possibilité de réactivations de lésions viscérales (aortite, artérite). Sézary et Barbe ont observé personnellement deux cas de paraplégie spasmodique survenue au cours du traitement et enrayée par le bismuth. Ces complications par réactivation sont évitables si on associe le bismuth au stovarsol dans certaines séries de traitement. Pour obtenir de bons effets dans la paralysie générale, il faut se garder des doses insuffisantes qui exposent aux réactivations et des doses exagérées qui exposent à la névrite optique. Les auteurs n'ont observé aucun cas de névrite optique sur leurs 300 malades traités avec la posologie qu'ils recommandent. Ils donnent comme une règle formelle de ne pas dépasser la dose de 1 gr. par injection, 3 gr. par semaine, 21 gr. par série, de ne jamais appliquer ce traitement aux sujets atteints de troubles de la vision, d'être très prudent chez les tabétiques et les alcooliques et de surveiller attentivement l'état de la vue des malades pendant toute la durée des injections.

Tourneux, Fabre et Gadrat (*Soc. méd. chir. et pharm. de Toulouse*, juillet 1931) signalent un cas d'érythème scarlatiniforme après ingestion de stovarsol en comprimés pendant deux jours.

Bouchet (*Soc. Path. comp*, 10 mai 1932 et *Soc. de Méd. de Paris*, 10 juin 1932) a obtenu de très bons résultats avec le stovarsol dans le traitement de la maladie du jeune âge des chiens.

Gallium

Levaditi, Bardet, Tchakirian et Vaisman (*Acad. Sc.*, 6 juillet 1931) constatent qu'au point de vue de sa répartition dans le sang et les tissus, le gallium se comporte comme le bismuth, le tellure et le mercure.

Indium

Levaditi, Bardet, Tchakirian et Vaisman (*Acad. Sc.*, 11 janvier 1932) ont observé expérimentalement que l'indium, au même titre que le gallium doit être compris parmi les éléments thérapeutiquement actifs dans certaines trypanosomiases et la syphilis expérimentale. Son activité préventive et curative est en effet satisfaisante dans l'infection produite chez la souris par le trypanosoma evansi, elle est par contre inconstante dans la tréponémose du lapin.

(*A suivre.*)

L'hypertension artérielle en Egypte. — Elle s'observe chez un très grand nombre de sujets. Stany Anis, (*Thèse de Lyon*, 1932) recherchant les causes de cette fréquence incrimine comme facteurs principaux : LA SYPHILIS, l'OBÉSITÉ, due le plus souvent à des excès alimentaires, l'abus du CAFÉ ET DU THÉ. Au cours de ces dernières années, on a noté en Egypte, une augmentation du nombre des morts subites.

« Bien que le rapprochement et l'affirmation puissent surprendre, on peut dire de la syphilis musculaire ce que La Fontaine disait de la fable, qu'elle est un pays plein de terres désertes. »

(Professeur M. FAVRE. — Cité par R. Autan *in* Thèse sur la Contracture syphilitique des jumeaux, 1931.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre 1932

Nouveau traitement de la distomose hépatique. — ***M. Marotel*** depuis 1920, utilise le térébenthine-benzol et un tétrachlorure de carbone chimiquement pur, produits plus actifs, moins dangereux, moins chers et d'administration plus facile que la fougère. La découverte de ces deux remèdes efficaces constitue un gros progrès curatif et va permettre d'orienter la lutte antidistomienne dans la voie de la prophylaxie.

Discussion du rapport de M. Claude sur les aliénés en liberté. — ***M. Paul Strauss***, tout en s'associant aux préoccupations de M. le Professeur Claude, ne croit pas à l'efficacité des remèdes envisagés par lui pour protéger la société contre les fous en liberté.

Ce qui importe d'après lui, c'est de rendre plus active la propagande en faveur des dispensaires d'hygiène mentale et des services ouverts à l'effet de dépister dans toute la mesure possible les affections mentales d'autant plus curables qu'elles sont traitées plus près de leur début.

Plus s'affaiblira le préjugé courant, d'ailleurs actuellement injustifié, contre les asiles publics et les maisons de santé, plus seront renforcées les garanties de la liberté individuelle, au terme d'une période d'observation, mieux les mesures de traitement seront acceptées par les intéressés sous la forme de placements spontanés, mieux les familles comprendront la nécessité des placements temporaires et moins les placements d'office deviendront fréquents.

Enfin, M. Paul Strauss met en doute l'efficacité d'une commission médico-judiciaire, nommée par l'autorité administrative ; elle ne donnerait pas à l'opinion des garanties suffisantes ; elle risquerait de retarder le recours à des mesures de sauvegarde immédiate et d'affaiblir l'action de l'autorité compétente dans les cas délicats et urgents.

En outre, la commission médico-judiciaire présenterait ce grave inconvénient de ne pas être responsable des decisions qu'elle inviterait l'autorité administrative à prendre.

M. Paul Strauss préfère faire appel à l'initiative des familles éclairées par une propagande active et au besoin à leur responsabilité légale.

Par contre, l'orateur ne voit que des avantages à généraliser l'emploi des assistances sociales attachées, soit aux dispensaires de prophylaxie mentale et d'hygiène sociale, soit aux services administratifs responsables, pour encourager les intéressés et leurs familles à solliciter les différents moyens de thérapeutique ou de contrôle bienveillant et secourable mis à leur disposition.

Diabète rénal et diabète sucré. — Le Professeur ***F. Rathery*** étudie la valeur sémiologique et pronostique du syndrome dit « diabète rénal ». Ce type de diabète se distingue du diabète sucré ordinaire en ce que malgré une glycosurie qui peut être assez forte, il n'y a pas d'élévation du sucre dans le sang. S'agit-il d'une affection entièrement différente du diabète sucré, n'obligeant le malade à aucune restriction des féculents ? Certains le pensent. L'auteur distingue trois types de diabète rénal :

a) *Le diabète rénal pur.* — Il persiste indéfiniment sous cette forme ; il ne doit être traité ni par l'insuline, ni par la restriction des féculents.

b) *Le diabète rénal se compliquant ultérieurement de diabète sucré.* — Les cas en sont nombreux ; aussi un sujet atteint de diabète rénal doit-il rester en surveillance constante.

c) *Le diabète rénal avec trouble particulier du métabolisme des glucides et excrétion de corps acétoniques.* — Il s'agit là d'un type très particulier dont le traitement assez complexe est bien différent de celui du diabète sucré ordinaire.

Sur les souffles de la maladie de Roger. — ***M. Laubry*** expose certaines particularités des souffles de la maladie de Roger qu'il a pu observer et qui complètent la description qu'il en a donné avec Pezzi il y a dix ans dans son Traité des maladies congénitales.

La description du *souffle systolique* ne mérite pas d'être longuement revisée, cependant deux points sont à noter : la pro-

pagation du souffle systolique dans les vaisseaux du cou qui semblait indiquer la coexistence avec la perforation de la cloison d'un rétrécissement pulmonaire, existe fréquemment surtout chez les enfants alors que la perforation ventriculaire est seule en cause ; le deuxième point concerne la propagation du souffle vers la droite et surtout vers la région hépatique qu'on a besoin de connaître pour éviter de prendre une insuffisance tricuspidienne pour une maladie de Roger.

Plus longues sont les considérations sur le souffle diastolique qu'on note dans un certain nombre de cas et que certains auteurs avec Bard, font dépendre de la perforation septale elle-même par suite de la formation d'une veine de reflux du ventricule droit dans le ventricule gauche. D'autres auteurs invoquent une insuffisance aortique concomitante et Laubry et Pezzi, à la faveur d'un cas personnel s'étaient rangés à cette opinion. Une nouvelle observation avec autopsie a permis à l'auteur de confirmer cette opinion première et de préciser la pathogénie de l'insuffisance aortique en cause. Pour lui il s'agit d'une poussée inflammatoire venant remanier la malformation congénitale, disloquer la valvule aortique et la rendre impuissante. L'insuffisance aortique fait donc partie, non seulement des éléments de diagnostic de la maladie de Roger, mais surtout de ses éléments de pronostic puisqu'elle est en rapport avec une certaine allure évolutive de l'affection et qu'elle compromet sa tolérance bien connue.

Explication de l'action bienfaisante des aliments gras dans les maladies cachectisantes. — *M. F. Maignon.* — L'auteur montra en 1918, que les rations ovalbumine-graisse permettent d'obtenir, chez le rat blanc, des périodes de survie et de fixité de poids beaucoup plus longues que les rations ovalbumine-glucides.

L'addition de vitamines, tout en allongeant ces périodes, laissa persister l'avantage en faveur des graisses. L'auteur conclut à une supériorité des graisses sur les glucides, en ce qui concerne l'utilisation des protéines en vue de la protéosynthèse. Il réalisa ensuite des expériences de bilans azotés successivement avec L. Jung, J. Vimeux, M. A. Chahine, et constata qu'avec les rations contenant une proportion moyenne de protéines le bilan est le même dans les deux cas, tandis qu'avec les rations très riches en protéines (ovalbumine 1 — saindoux 1/2 ; ovalbumine 1 — glucides 1) le bilan est constamment et nettement meilleur avec les graisses qu'avec les glucides. L'auteur considérant qu'avec les rations protéine-graisse, la destruction d'un supplément de protéine s'impose en vue de la production du minimum d'hydrates de carbone nécessaire que les graisses sont impuissantes à fournir, conclut que le fait d'obtenir un bilan équivalent et même constamment meilleur avec les graisses dans le cas de rations très riches en protéines, ne peut s'expliquer que par une meilleure utilisation des protéines, en vue de la protéosynthèse, avec les graisses, qui apparaissent alors comme des modificateurs qualitatifs de la nutrition, un peu à la façon des vitamines. Il explique ainsi les bons effets de l'huile de foie de morue et des aliments gras en général, dans les maladies cachectisantes avec dénutrition azotée, telles que la tuberculose.

La vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. dans les familles de médecins. — *M. Calmette.*

Du stade inapparent au stade d'incurabilité des dystrophies alimentaires. — *M. Mouriquand.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1932

Cancer du col de l'utérus. — *M. Hartmann* a retrouvé une de ses anciennes malades en bonne santé et sa statistique opératoire comprend de ce fait 75 % de bons résultats éloignés.

Péritonite encapsulante. — *M. Bergeret* rapporte un nouveau cas de cette curieuse affection.

Calcification périarticulaire de l'épaule. — *M. Basset* rapporte ce travail de *M. Magnant* (de Bordeaux) le simple repos permit d'obtenir un bon resultat avec disparition des calcifications.

Tophi de volume insolite. — Ce travail de *M. Yves Bourde* (de Marseille) est rapporté par *M. Basset*. L'opérateur dut enlever une série de gros tophi des mains et du coude. Les lésions sous-jacentes étaient telles que certaines articulations interphalangiennes étaient ankylosées.

Invagination intestinale. — *M. René Bloch*, *M. Picot*, rapporteur. Un lavement baryté avait repoussé le boudin dans la fosse iliaque droite. L'intervention montra qu'il existait une seconde invagination iléo-iléale.

M. Sorrel est d'avis que l'opération de contrôle est toujours nécessaire.

Hernie diaphragmatique congénitale. — *M. Jean Quénu* commente un travail de *M. Huet.* L'opérateur ne put réduire ni par thoracotomie, ni par laparatomie. Il dut réunir les deux incisions en faisant une véritable thoraco-phréno-laparatomie.

Myosite. — *M. Lenormant* rapporte une observation de *M. Huard* (Armée). Il s'agissait d'une myosite staphylococcique du quadriceps fémoral à évolution froide. Ces collections intra-musculaires sont fréquentes dans les régions tropicales ; elles se présentent généralement sous la forme de tumeur.

M. Lenormant apporte une observation analogue qui lui est personnelle.

M. L. Bazy a observé un cas où, au contact d'un foyer ancien d'ostéomyélite s'était développée une tumeur musculaire qui en rалité était une myosite à staphylocoques ; il put l'enlever en totalité.

Cancer de la langue. — *M. Roux-Berger* apporte la statistique de l'Institut du radium ; portant sur 386 cas traités de 1919 à 1926 qu'il classe en quatre catégories suivant les dimensions et le degré d'envahissement. Dans les dorso-linguaux antérieurs :

Au stade I, 44 % guérison apparente.

Au stade II, 27 % guérison apparente.

Au stade III et au stade IV, la proportion baisse considérablemen.

Dans les cancers dorsaux-linguaux postérieurs, il n'y a qu'un malade guéri sur deux au stade I ; au stade II, 20 % de guérisons.

Une observation d'urétéro-néo-cystostomie. — *M. J. Quénu* et *Fey*, au cours d'une ablation de fibrome utérin coupent l'uretère droit. On fait une implantation dans la vessie par le procédé de Payr. Deux ans après la malade présente des troubles vésicaux dus à un très gros calcul. Par pyélographie intraveineuse et par examen fonctionnel, on se rend compte, le rein est un peu petit, mais fonctionne normalement. Une cystographie montre qu'il n'y a aucun reflux.

Un aussi beau résultat est rare.

M. Pierre Bazy croit que les meilleurs résultats sont obtenus par l'implantation immédiate et non tardive.

M. Sauvé a publié une observation où l'opération avait été faite chez une malade qui avait un seul rein et qui était guérie.

M. Chevassu montre que les résultats mauvais sont tardifs. Il vaut toujours mieux tenter l'anastomose que de lier l'uretère.

Traitement des ulcères perforés de l'estomac. — *M. Judine* (de Moscou) publie une nouvelle série de 212 cas opérés entre 1er octobre 1930 et 7 octobre 1932. Au total, sa statistique porte sur 536 cas. Il confirme la plus grande fréquence de la perforation chez l'homme et dans l'ulcère duodénal. L'opération faite a été généralement une gastrectomie large : horaire, âge du malade, état général interviennent dans le choix de l'opération. La mortalité globale a été de 12 % ; les cas gastrectomorisés donnent une mortalité de 6 %.

G. Menegaux

« .... Chez toute femme ainsi signalée comme glycosurique, exigez le dosage du sucre à chaque analyse nouvelle ; exigez aussi la variété du sucre trouvé. Est-ce du glucose ? Est-ce du lactose ? Si c'est du lactose vous pouvez être tranquilles, il s'agit d'un phénomène en rapport avec la lactogenèse et qui n'aura aucune influence fâcheuse. Si c'est du glucose, faites faire systématiquement d'autres analyses et voyez si le sucre monte, reste stationnaire ou descend ». (J. Andérodias. Les glycosuries gravidiques. *Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier*, 1 vol. 1932, Vigot, édit.).

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La reconstruction de la Faculté. — Dans la REVUE CRITIQUE DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE (septembre 1932) *un article de M. Maurice Renaud sur la nécessité d'une réforme des études médicales et le sens qu'il faut lui donner. En voici un extrait* :

... Le premier temps de la Réforme sera la construction d'une nouvelle Faculté de médecine... Et voilà que mettant la charrue devant les bœufs, on commence par édifier des monuments. Quand ils seront construits on fera les programmes qui obligeront les étudiants à en démontrer par leur présence l'utilité. Le tour sera joué. On sera bien obligé de reconnaître alors que la cause de la médecine a été sacrifiée ; mais la dépense aura été telle qu'on devra pendant de longues années subir les conséquences de toutes les absurdités commises. Chacun accusera le voisin d'en être responsable. Personne n'aura voulu cela.

Si je suis bien renseigné, nombreux sont dès maintenant les professeurs qui lèvent les bras au ciel et déclarent qu'ils n'acceptent les choses que par nécessité. Or, cette nécessité n'est pas autre chose que l'acceptation d'un lourd cadeau.

Au temps où le dollar avait la folle prétention d'imposer la primauté de la civilisation américaine (on déchante un peu depuis), quand des générosités privées nous rendaient pour des reconstructions de villages et d'églises, des entretiens de musées, des œuvres sociales, une faible ristourne sur tout l'or que l'Amérique avait si largement empoché aux temps de nos détresses, et quand ceux qui acceptaient de tels cadeaux, mettant sous leurs pieds leur fierté et la nôtre, transformaient chacun de nous en mendiant assisté, on s'avisa que la Faculté de médecine était pauvre et qu'un cadeau ferait bien son affaire. On lui offrit, dit-on, ou lui accorda 150 millions, ce qui passait alors pour un joli denier, mais à la condition qu'elle-même dépenserait une somme au moins égale pour sa reconstruction. Depuis bientôt dix ans, nos candidats organisateurs sont partis en campagne pour réaliser ce beau projet de 300 millions. Au plus habile de trouver l'argent et les terrains. Tous les yeux se tournaient vers le nouvel Eden. On dit même que la question servit de tremplin aux candidats quand notre Faculté dut élire son doyen, mais personne n'a, bien entendu, voulu le croire. Voilà qu'enfin après maintes tractations, manœuvres dans les bureaux et jeux d'influences, les choses vont se réaliser. A peine le dernier ministère était-il installé que la question des terrains se trouvait réglée par la haute décision de son chef lui-même. » *Cedant arma togae* ». La Guerre abandonne à l'Education nationale les vastes espaces d'Issy-les-Moulineaux. Quel beau champ libre (un véritable champ de manœuvres) pour tous les Topazes. Une telle avalanche de millions, en des temps si durs, sera la bienvenue. Elle s'épanouira par les soins de l'éminente personnalité qui a donné recemment la preuve de compétences toutes spéciales en la matière en faisant ériger avec magnificence ce silencieux institut du cancer dont j'ai tiré l'horoscope ici-même, à sa naissance. Les choses seront bien faites et on dépassera sans nul doute et largement les prévisions budgétaires, ainsi qu'il arrive toujours. Une fois l'exécution commencée, on ne freine plus. Toutes les assemblées voteront les crédits à main levée. Et comment refuser quand on a de si beaux bâtiments les crédits nécessaires à leur utilisation ? Le souvenir des premiers dollars enfouis dans les fondations sera depuis longtemps perdu qu'on augmentera encore et progressivement, mon cher confrère, le taux de votre patente, pour combler le gouffre ouvert à Issy-les-Moulineaux avec une sorte d'inconscience et un mépris évident, non seulement de nos possibilités budgétaires, mais encore et surtout de nos vrais besoins.

Car enfin, et c'est là où il faut maintenant en venir, de la

structure et de l'organisation de la nouvelle Faculté, va dépendre la formation de nos futurs confrères. C'est à elles que sera lié pendant de longues années le sort de notre art et de notre profession. Tirerons-nous de ce gapillage quelque satisfaction ?

. . . .

Les immenses constructions d'Issy seront, la plupart du du temps, comme celles de l'Ecole de médecine, actuelle, vides et mornes. On n'y verra jamais que des ombres errantes à la poursuite d'un diplôme, et surtout ces cohortes venues de partout et qui transformeront en tour de Babel des lieux qui devraient être les sanctuaires recueillis de notre pensée.

Et les « *laboratoires* », direz-vous ? ces fameux laboratoires où devraient se multiplier les découvertes, se percer tous les secrets et se révéler toutes les panacées. On escompte que la belle déesse Nature de Barras, qui orne nos vestibules, dès qu'elle aura été transportée dans des lieux plus somptueux, se découvrira tout entière et laissera tomber sa dernière ceinture. Douces illusions, chères au cœur des stériles. L'esprit d'un savant ne dépend en rien de l'organisation de son laboratoire, je l'ai déjà dit bien souvent. Il ne sortira de travaux de prix de notre Faculté que lorsqu'elle aura changé son esprit et ses habitudes. Si M. le Ministre voulait un jour faire un tour à l'Ecole pratique, sans avoir prévenu personne, selon les bonnes méthodes du vieux calife Aroun-al-Raschid, il se convaincrait sans peine que ce n'est pas là que nos professeurs passent leurs journées ni leurs nuits et que les laboratoires sont bien assez grands pour ce qu'on y fait.

. . . .

La durée des études sera encore prolongée. Elle atteindra sept ans, huit ans. Encore sans doute faudra-t-il par surcroît deux ans ou trois ans pour obtenir un diplôme de spécialiste. Les médecins commenceront ainsi leur dure carrière à un âge où dans les autres professions on va avoir droit à une retraite. Bon moyen d'éviter l'encombrement.

Les programmes embrasseront la science universelle — physique, chimie, sciences naturelles, embryologie, physiologie, bactériologie, etc., etc. L'enseignement de chacune des branches sera, bien entendu, temporaire. L'étudiant, en fin d'études, n'ayant jamais rien appris solidement, ne saura sans doute plus rien. Mais le malade qui se confiera à lui aura la réconfortante certitude qu'il aura répondu convenablement à un questionnaire échelonné sur toute une décade et sur lequel se serait essouflé Pic de la Mirandole.

L'étudiant passera donc successivement sous la férule de cinquante spécialistes, tous plus exigeants les uns que les autres parce que convaincus de la primauté de leur spécialité, qui l'encadreront solidement et ne lui laisseront pendant ses sept années pas même le temps de souffler ni de se plaindre.

L'enseignement sera essentiellement théorique. Parmi les innombrables exercices d'ensemble qualifiés travaux pratiques, certains consisteront à se transporter par des moyens divers dans des hôpitaux parisiens pour y venir jeter un coup d'œil sur des salles de malades et écouter ces fortes et subtiles dissertations qui portent le nom de leçons cliniques.

Voilà ce qu'on veut nous donner comme la Faculté de l'avenir. Il en sortira peut-être des fonctionnaires prétentieux et dédaigneux, très propres à exercer la médecine sociale d'après-demain. Elle sera, on peut en être sûr, incapable de préparer à leur lourde tâche les médecins que réclame la société d'aujourd'hui. L'enseignement qu'elle donnera ne sera en aucune manière professionnel. Pour dresser le projet d'une telle réforme, il faut oublier que la Faculté est faite non pour les professeurs, mais pour les étudiants...

Le prix du radium. — De *Science et Monde* :

Les usines installées en France et en Allemagne ne suffisant pas à la demande , le prix s'accrut rapidement pour atteindre 512 francs-or le milligramme en 1907, et même plus, lorsqu'on espéra avoir trouvé dans le radium un remède au cancer. L'extraction du radium de la pechblende s'intensifia alors en Autriche, et, en 1914, on découvrit aux Etats-Unis des gisements de carnotite d'où le radium est plus facile à extraire que de la pechblende, bien que ce nouveau minerai en renferme moins. De 22 gr. 4 en 1914, la production est passée à 32 gr. 54 en 1920 et à 35 gr. 69 en 1921. L'année suivante se fabriquent 205 gr. 9 de radium dont 153 gr. 86 en Amérique et 22 gr. 47 en Tchécoslovaquie. Les prix, qui avaient atteint 720 francs-or le milli-

gramme en 1918, baissèrent à 575 francs-or en 1920. C'est alors que furent ouvertes les usines belges qui trouvèrent dans les riches gisements du Congo (Haut-Katanga) une matière première abondante. Ce minerai contient environ 1 gramme de radium par 10 tonnes. Ainsi, à Oolen (Belgique), on fabrique actuellement 6 grammes de radium par mois et le prix varie de 300 à 350 francs-or le milligramme. De nouveaux gisements découverts au Canada, contenant 1 gramme par 8 tonnes, feront probablement encore baisser les prix.

Le mot « psychiatre ». — M. Maurice Schöne rappelle dans l'*Œuvre* que *psychiatre* s'écrit sans accent circonflexe.

« On se divise, dit-il, dans le monde des imprimeurs, au sujet de *psychiatre.* Il y a même un dictionnaire connu, que je ne nommerai point, qui donne *psychiatre* dans une édition et *psychiâtre* dans une autre. Il ne faut pas d'accent circonflexe. L'erreur vient encore d'une contamination : on croit qu'il s'agit du suffixe péjoratif *-âtre.* Il n'a rien à voir ici, évidemment. *Psychiatre* est formé de deux mots grecs : *psuchê*, âme et *iatros*, médecin.

Babinsky. — *Dans l'*Action Française *(30 octobre 1932) M. Léon Daudet écrit à propos de la mort de Babinsky* :

Affreuse nouvelle pour la science médicale, pour ses clients, pour ses amis : le Docteur Babinsky est mort..Il n'aura survécu que peu de mois à son frère bien-aimé, le cher Ali-Bab, l'ingénieur, le prince de la gastronomie universelle, mais d'abord française. Nous n'entendrons plus ce rire éclatant, qui se promenait sur la sottise, les travers et les vices d'une société que le maître du système nerveux voyait par son envers, avec une indulgence à la fois apitoyée et amusée. Par les mains de celui qui vient de disparaître, en effet, comme par celles de Paul Sollier, heureusement bien vivant, ont passé, depuis plus de trente ans, tous les neurasthéniques, tous les anxieux, tous les dégénérés, tous les simulateurs et mythomanes des salons, des instituts, de la diplomatie, des lettres, de la politique et... de de la culture, même médicale. Aux uns comme aux autres, Babinsky distribuait sa bonté naturelle et sa science, sous forme d'encouragements, de remèdes sagaces, de persuasion. Il ne mesurait ni son temps, ni sa peine. Esprit merveilleusement synthétique, il saisissait au vol les analogies des symptômes et poussait, vers l'inconnu, à l'aide du connu, une étonnante mémoire double d'anatomo-pathologiste et de clinicien. Nous disions de lui : « Il a les deux cordes. »

Elève de Charcot, formé à l'école puissante, mais tyrannique, de la Salpêtrière, Babinsky, qui admirait et aimait son prestigieux patron, hérita de ses qualités, non de ses défauts, ni de ses erreurs. Il lui advint cette fortune étrange de ruiner, par sa découverte essentielle du pithiatisme, toutes les thèses concernant l'hystérie, ses trois états, ou prétendus tels, auxquels Charcot, précisément, devait le principal de sa célébrité.

. . . .

J'ai exposé ailleurs le problème passionnant de l'ambiance, dont le pithiatisme est une manifestation. L'ambiance est souvent contagieuse, et nous en conversions quelquefois, avec Babinsky et les copains, autour de cette table du boulevard Haussmann, à laquelle chaque convive avait devant soi une bouteille de bourgogne, une de bordeaux, une de champagne. « Du moment que le menu est bien composé, cela ne vous don- « nera pas sommeil », déclarait Ali-Bab aux nouveaux venus. Il avait raison. Ali-Bab disait encore : « Nous vieillissons, mon « frère et moi. Il y a encore quelques mois, nous avalions, sans « le mâcher, notre saladier de concombres crus. Aujourd'hui, « nous le mâchons ».

Les deux frères, de famille polonaise, — et qui ne voulaient pas qu'on écrivît leurs noms « à la russe », avec un *i* —(1) étaient à la fois patriotes français et patriotes polonais. La reconstitution de leur noble patrie fut pour eux une immense joie. Pendant la guerre, ils s'étaient dépensés de mille façons au service des blessés et prisonniers des deux pays. Le rôle médical du docteur avait été prépondérant, vu sa rayonnante autorité, qu'égalait un désintéressement complet. Je lui confiai notre héroïque Marius Plateau, atteint de troubles nerveux graves, à la suite de son terrible arrachement du rocher, qu'avait opéré, presque *in extremis*, mon autre condisciple, le grand Cazin. Son indignation et celle d'Ali-Bab furent extrêmes quand Plateau fut assassiné par la Berton et quand cette policière fut acquittée, par un jury abject et stylé : « Scandale ignoble », m'écrivirent-ils.

Chaque année, Ali-Bab me remettait, pour son frère et pour lui, leur généreuse contribution à l'A. F. Ils étaient aussi indépendants l'un que l'autre, et le germanisme leur inspirait une égale répulsion. Ce qui n'empêchait pas les Babinsky de mettre à son rang la science allemande, mais le pédantisme, où qu'il se nichât, les rebutait. Sans illusions sur les hommes en général, ils éprouvaient pour eux de la compassion, et je disais souvent à Ali-Bab qu'il était aussi médecin que son illustre frère... « Mais à la cuisine », rectifiait-il.

Dans la dernière partie de sa très laborieuse carrière, Babinsky s'était attaché à l'étude et à la guérison du mal de Basedow, ou goitre exophtalmique. Il était, je crois, près d'aboutir. Le syndrome épileptique aussi le préoccupait, surtout dans ses manifestations morales sournoises, qui peuplent le champ de la pathologie mentale. Son esprit était ouvert, à tout, aux lettres comme à la peinture, et, en tout, il allait de l'avant, appréciant et jugeant par lui-même les travaux, les jours et les gens. Ainsi attiraient-ils, ces deux frères si joints, non seulement la sympathie, mais la profonde et fidèle affection. Ils seront longtemps pleurés. Leur souvenir, de longtemps, ne périra pas.

Echo du bal de l'internat. — *On lit dans* d'Artagnan (29 octobre 1932) :

Le bal de l'internat a connu son habituel succès. Le thème du cortège, « La prostitution à travers les âges », avait inspiré les carabins et, comme un hôpital avait négocié l'entrée d'un marchand de vins du faubourg Saint-Antoine moyennant deux cents bouteilles de « rouquin », on tint la soif en échec.

Il y eut cependant, et comme toujours, des incidents. A la sortie de Wagram, un jeune chirurgien fut appréhendé pour outrages aux agents.

Le commissaire le tança vertement :

— Vous, monsieur, un intellectuel, lancer des projectiles *vers* un agent !

Le coupable pâlit.

— *Vers* un agent, monsieur le Commissaire ? Il y a « *vers* un agent » dans le rapport ?

— Oui, monsieur !

— Ah ! monsieur le Commissaire, faites rectifier, je vous en conjure ! Ce *vers* laisserait croire que j'ai manqué mon but ! Çà peut me porter un préjudice considérable.. La sûreté de main est si importante dans notre profession !... Est-il trop tard

(1) Dans un *erratum*, M. Léon Daudet a rappelé qu'au contraire il fallait écrire Babinski et non Babinsky.

pour modifier le texte du rapport en précisant que j'ai lancé des projectiles *sur* un agent, et non *vers* un agent ?...

Bon enfant, le commissaire se laissa fléchir. Son client est, comme cela, tout à fait sûr de son amende. Mais du moins n'a-t-il pas failli par maladresse, ce qui eût été impardonnable chez un des meilleurs élèves du Professeur Lardennois.

L'internement de Coquelin Cadet. — CANDIDE (20 octobre 1932) continue la publication des SOUVENIRS D'UN MÉDECIN DE CAMPAGNE, du Docteur Charles Fiessinger. Le dernier chapitre est intitulé : COMÉDIENS ET CHANTEURS. « *L'ami* » *fait le récit des troubles mentaux de Coquelin Cadet dont il était le médecin — et de son internement ordonné par un psychiatre illustre.*

Il y a près de vingt-cinq ans, l'internement de Coquelin Cadet dans une maison de santé, souleva un joli tapage. Les journaux s'en mêlèrent. Dans plusieurs numéros successifs, *Le Cri de Paris*, dénonça le scandale. Sans que son médecin eût été avisé, à l'insu de tous ses amis, deux forts gaillards s'étaient un matin emparé de Cadet dans son appartement du boulevard Malesherbes, l'avaient descendu dans une voiture qui attendait à la porte. A mon ami qui était le médecin de Cadet et venait le voir tous les jours, le concierge annonça la nouvelle dans un mouvement indigné et les bras levés au ciel. Où Cadet avait-il été conduit ? Il fallut une huitaine pour l'apprendre. Il avait été enfermé à la maison de santé de Suresnes et quand mon ami alla le voir, le Docteur Jacques, médecin assistant, refusa de le laisser entrer. Il avait reçu des ordres. Le Docteur Magnan, directeur de l'établissement, que mon ami croisait à l'Académie de médecine, s'en excusa auprès de lui. « Mon cher collègue, pardonnez-moi, fit-il. On ne fait pas toujours ce qu'on veut. »

Cette histoire énigmatique, mon ami n'en souffla mot sur le moment. Il avait son fils interne des hôpitaux et ce dernier avait l'intention de préparer ses concours. Le Docteur Dupré, médecin des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté de médecine, pouvait être un de ses juges. Or, c'était lui qui venait de commander cet internement brutal, dans une maison de santé fermée et réservée aux grands malades. Du médecin traitant, il ne s'était pas soucié. Pourquoi cette hâte fébrile et ce manque d'égards ? Hélas ! le Docteur Dupré était un malade lui-même. Encore avec des apparences de raison, à cette époque, mais impulsif, indifférent aux conséquences de ses actes, et s'il était un psychiatre remarquable, qu'appréciait beaucoup M. Paul Bourget, et un brillant causeur — gamin avec ces hautes qualités comme pas un et dénué de toute dignité dans sa vie privée. Quelques années plus tard, la maîtrise de soi l'ayant absolument abandonné, il dut être enfermé à son tour dans la maison de santé dont il était le médecin consultant. Les clients qu'il soignait la veille étaient devenus ses compagnons et il passait ses jours à converser avec eux. Sorti guéri, il mourait subitement quelques mois plus tard.

. . . .

C'est ici que se passa le drame dont nous avons entretenu nos lecteurs : cette saisie brutale à son domicile et le transfert du pauvre et charmant artiste, dans cette maison de santé close d'où il ne devait plus ressortir. Il y succombait, en effet, après une année de réclusion et c'est alors que mon ami finit par comprendre. Il reçut d'un notaire de la rue de Solférino, une lettre le priant de passer à l'étude. Cadet avait institué son médecin comme exécuteur testamentaire et lui léguait sa collection de tableaux en même temps qu'une forte somme au Théâtre Français. Ce testament fut annulé par un autre rédigé après coup et ni le Théâtre Français, au dire de la délicieuse artiste qu'était Mlle Leconte, ni le Docteur Babinski qui avait vu Cadet avec mon ami, ni mon ami lui-même ne reçurent jamais le moindre don. Aux médecins du reste, il est interdit d'accepter.



« L'ami » eut comme cliente Hortense Schneider

Sous le nom de comtesse de B... elle était venue consulter mon ami, un peu avant la dernière guerre : « Ne me regardez pas ainsi, fit-elle lors de sa première visite au docteur qui, devant cette nouvelle cliente, se demandait dans quelle catégorie de races morales il convenait de la ranger. J'ai plus de 75 ans, ajouta-t-elle en souriant ». Elle habitait un hôtel de l'avenue de Versailles, sur les berges de la Seine, et de beaux meubles Renaissance décoraient ses chambres. Le cabinet de toilette était infiniment curieux par le nombre de dessins ou aquarelles suspendus aux murs et où des dédicaces émues au bas du croquis ou du portrait rappelaient l'admiration de l'artiste pour l'enchanteresse qu'était la Belle Hélène. A l'origine Mme de B... ne rappelant pas son ancien nom, mon ami resta plusieurs années avant de savoir que cette petite vieille, aux yeux décents et baissés qui s'éclairaient par instants d'un pétillement de malice, n'était autre que la célèbre cantatrice qui avait rendu fous tous les princes et rois de l'Europe. Ses grands succès remontaient, en effet, à l'Exposition universelle de 1867, où toutes les têtes couronnées s'étaient donné rendez-vous à Paris. Elle faisait beaucoup de bien et légua son hôtel et son mobilier à l'Orphelinat des Arts dont Mme Scalini était alors présidente. Cet héritage suscita d'abord bien des difficultés. Le fisc réclamait une forte somme et il n'y avait pas d'argent. Mon ami ne sait comment les choses s'arrangèrent par la suite.

Avignon et la famille Chauffard. — JOURNAL DES DÉBATS. — Le Professeur Chauffard était d'origine vauclusienne. Son père, le Docteur Hyacinthe Chauffard, qui, comme son fils, fut membre de l'Académie de médecine, avait été maire d'Avignon. Son nom fut donné à une des rues d'Avignon.

En 1848, c'était un de leurs ascendants qui était maire d'Avignon. Lorsque, dans la soirée du 25 février, fut proclamée la République, la municipalité, suivie d'un immense cortège, parcourut les principales rues de la ville aux acclamations de la foule. Le lendemain elle fit afficher sur tous les murs un appel à la population pour qu'elle demeurât calme, digne et respectueuse envers les lois et les personnes. Mais quelques jours plus tard, le maire Chauffard et sa municipalité se retiraient pour céder la place à un comité que présidait Raspail.

Le nom de Chauffard est donc intimement lié à l'histoire d'Avignon.

Charles Botta, médecin. — LE MATIN (5 novembre 1932) :

L'Italie vient de consacrer, cette année, une série de timbres à plusieurs de ses éminents écrivains, artistes et poètes, depuis Ugo Foscolo jusqu'au Dante, et il est assez surprenant de voir figurer, parmi ces vignettes postales, portant l'insigne du facisme, l'effigie de l'historien Charles Botta, qui répudia la nationalité italienne, pour devenir citoyen français.

Né en 1766, à San-Giorgio (Piémont), et reçu docteur en médecine à 20 ans, Botta devint vite, en effet, l'un des chefs du parti français en Italie. Cette attitude lui valut d'être, en 1792, sur l'ordre du roi Victor-Amédée, emprisonné et mis à la torture et il dut finalement s'exiler et se réfugier en France.

Médecin, des armées françaises opérant en Italie, Charles Botta fut nommé, pendant les Cent-Jours et sous la Restauration libérale, recteur de l'académie de Nancy, puis recteur de l'académie de Rouen où il écrivit son *Histoire de l'Italie de* 1789 *à* 1814.

L'historien se retira ensuite à Paris où il mourut le 10 août 1837, dans la nationalité française. Son fils, l'archéologue français Paul-Emile Botta, fut d'ailleurs consul de France à Alexandrie, à Mossoul et à Tripoli, et il fonda, au Louvre, le musée dit « assyrien ».

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des Médicaments nouveaux, 36e édition, pour 1932, par le Docteur R. WEITZ. Préface de M. le Professeur P. CARNOT. Un volume in-16, 532 pages. Prix : 36 francs. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris.

L'accueil si favorable fait à ce volume au cours des derniers années a prouvé que celui-ci répondait réellement à un besoin et que l'éditeur et l'auteur avaient atteint le but qu'ils s'étaient proposé.

Pour les cinq éditions précédentes ont été rédigés de nombreux chapitres, qui ont été maintenus, revus, et souvent augmentés dans cette 36e édition : rappelons seulement l'insuline, l'ergostérol, les vitamines, la pyrétothérapie sous ses diverses formes (lait, malariathérapie, etc.), les dérivés nouveaux de l'arsenic, du bismuth, du mercure, de l'antimoine, de l'or, du magnésium, du plomb, du thallium, du titane, etc., les anesthésiques, les hypnotiques (barbituriques et amides), des glucosides et alcaloïdes (lobéline, éphédrine, etc.), des matières colorantes, la thyroxine, l'acétylcholine, la galégine, les pyréthrines, l'uzara, le santal d'Australie, les nouveaux sérums et vaccins, etc...

Parmi les nouveaux médicaments décrits en 1932, avec leurs principales propriétés, indications et posologies, citons : des sédatifs, comme le dioxypyramidon, l'éther dibromo-dibydrocinnamylique du bornéol (adamone), la génomorphine, l'hypalène ; un hypnotique ; le pernocton ; des anesthésiques locaux : larocaïne, pantocaïne et panthésine ; un régulateur cardiaque : l'isovalérianate neutre de spartéine : des médicaments destinés au traitement des affections pulmonaires ou tuberculeuses : allophanate de guéthol, chlorhydrate de choline, lipaurol, molène (dérivé du molybdène), l'éosinate de césium, le néo-antimosan (fouadine), l'orsanine sodique, le rhodanate de potassium, l'orosmiol (sapoïde d'or et d'osmium) : trois nouveaux produits « de contraste » pour la radiologie : iodo méthanesulfonate de sodium (abrodil), ténébryl, uro-sélectan ; deux drogues végétales l'harmine (ou banistérine), l'extrait de feuilles d'artichaut.

Les nouveaux produits d'origine biologique sont : le bactériophage, le coagulène, l'estomac de porc, le foie de veau (méthode de Wihpple), l'hypophyse, le sérum activé de génisse, le sérum de jeunes bovidés.

D'autres produits ont été rattachés aux paragraphes déjà existants.

Un répertoire spécial donne la synonymie de 1.400 noms chimiques ou dénominations déposées, tandis qu'une table alphabétique très complète permet la consultation rapide de ce formulaire, dont la nouvelle édition sera accueillie avec un succès aussi vif que ses devancières.

Mémoires d'une sage-femme, par Lisbeth BURGER. Traduit de l'allemand par M.-H. D. Un volume de 400 pages sous couverture illustrée, 15 francs, franco, 16 fr. 50. Aux Editions mariage et famille, 86, rue de Gergovie, Paris (14e).

Pas un médecin, pas un gynécologue, pas une sage-femme qui ne se soient trouvés en présence de cas tragiques posant à leur conscience les plus graves problèmes ; ils voudront connaître les solutions proposées par une simple sage-femme, uniquement préoccupée de faire son devoir, jusqu'au bout, pendant quarante années de pratique...

Aucun problème d'hygiène, d'eugénisme ou de morale conjugale n'échappe à la perspicacité avertie de Lisbeth Burger : ses « Mémoires » ont suscité d'ardents commentaires au delà du Rhin : mais les problèmes soulevés dépassent les limites de toute frontière.

C'est pourquoi ce livre, écrit d'ailleurs d'une plume alerte et vivante, rempli de « choses vécues », sera lu avec un intérêt tout spécial par le public médical, qui y trouvera quelque chose de plus que ce que le grand public apprécie déjà : la réponse à des préoccupations journalières et professionnelles.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 48 LE NUMÉRO : 50 Centimes 26 NOVEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpital Cochin. — (Clinique de M. le Professeur ACHARD.) — *Cours de la semaine du 26 novembre au 3 décembre* 1932. — Samedi 26 novembre, à 10 h. 1/2, M. le Professeur ACHARD : Spirochétose ictéro-hémorragique. — Lundi 28, à 11 heures, Docteur MOUZON : Syndromes parkinsoniens. — Mardi 29, à 11 heures, Docteur MORLAAS : Paralysie générale. — Mercredi 30, à 11 heures, Docteur FLANDIN : Généralités sur l'anaphylaxie. — Jeudi 1er décembre, à 11 heures, Docteur CAHEN : Cirrhose de Laënnec. — Vendredi 2, à 11 heures, Docteur TOURAINE : Généralités sur les syphilis. — Samedi 3, à 10 h. 1/2, M. le Professeur ACHARD : Infarctus du myocarde.

Faculté de médecine de Paris. — Chefs de clinique (1932-1933) :

Cliniques médicales. — Hôtel-Dieu : MM. Augier, Delaporte, Caroli et Thiroloix, titulaires.

Cochin : MM. Benoist, Horowitz, Cahen et Poumailloux, titulaires.

Saint-Antoine : MM. Oumansky, Delarue, Mlle Pau, titulaires ; Mme Ragu, adjointe.

Pitié : MM. Desoille et Dreyfus Gilbert, titulaires.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu : MM. Blondin, Cahen et Meillière, titulaires.

Cochin : MM. Patel et Darfeuille, titulaires.

Salpêtrière : MM. Funck, Lecœur et Audouin, titulaires.

Saint-Antoine : M. Husseinstein, titulaire.

Vaugirard (thérapeutique chirurgicale) : MM. Merle d'Aubigné et Dulac, titulaires.

Cliniques spéciales. — Oto-rhino-laryngologie (Lariboisière) : MM. Lemoyne, Thomas, Camus, Maduro, Rémy-Néris, titulaires.

Urologique (Necker) : MM. Fayot, Lieutaud, titulaires.

Maladies mentales (Sainte-Anne) : MM. Lacan, Corman, Masquin, Ey, Dublineau, titulaires.

Maladies infectieuses (Claude Bernard) : MM. Lièvre, Cattan, Layani, titulaires.

Hygiène et clinique de la première enfance (Enfants-Assistés) : MM. Garnier, Vannier, Baize, Bohn, titulaires.

Médicale infantile (Enfants-Malades) : MM. Kaplan, Liège, titulaires ; Gouyen, adjoint.

Neurologique (Salpêtrière) : MM. de Sèze, Lereboullet, Bize, Rouques (Lucien), titulaires.

Ophtalmologique (Hôtel-Dieu) : MM. Dollfus, Renard, titulaires ; Mlle Braun, M. Dupuy-Dutemps, adjoints.

Maladies cutanées (Saint-Louis) : MM. Decourt, Cohen, Ragu, titulaires.

Cliniques obstétricales. — Baudelocque : MM. Merger, titulaire ; François, adjoint ; Sureau, délégué.

Tarnier : MM. Bidoire, Jarrousse, titulaires.

Pitié : Mlle Versini, MM. Dejeune, Weill (Adrien), titulaires.

Cliniques diverses (Fondations). — Gynécologique (Broca) : M. Peytavin, Mme Stuhl, M. Saint-Pierre, titulaires.

Propédeutique (Charité) : MM. Poumeau-Delille, Mamou, Thiébaut, Launay, titulaires.

Chirurgicale infantile (Enfants-Malades) : MM. Garnier (Ch.), Leydet, titulaires ; Armingeat, adjoint.

Tuberculose (Laënnec) : MM. Even, Thoyer, Mlle Blanchy, titulaires.

Thérapeutique médicale (Pitié) : MM. Derot, Maximin (M.), Rudolf, titulaires.

Hôpitaux de Lyon. — M. le Docteur Cotte, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, est chargé du service de gynécologie de la Charité, en remplacement du Docteur Molin, arrivé au terme de ses fonctions.

M. le Professeur Leriche a pris possession le 1er novembre, à l'Hôtel-Dieu, du service de chirurgie du Docteur Laroyenne, arrivé également au terme de ses fonctions.

M. le Docteur Paul Bonnet, chirurgien suppléant, a été nommé chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu et chargé du cours de clinique ophtalmologique.

Hôpitaux de Marseille. — Un concours s'ouvrira le 12 décembre 1932, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour la nomination d'un oto-rhino-laryngologiste adjoint.

S'inscrire avant le lundi 28 novembre.

Faculté de médecine de Lyon. — *Certificat de bactériologie.* — Un cours pratique de bactériologie et de sérologie appliquées au diagnostic et au pronostic des infections s'ouvrira le mardi 3 janvier 1933 au Laboratoire de médecine expérimentale et de bactériologie sous la direction du Professeur F. ARLOING et des Professeurs agrégés L. THÉVENOT et DUFOURT, avec la collaboration de MM. BASSET, CHALIER, GATE, JOSSERAND, MEERSSMANN, MORENAS, et SÉDALLIAN. Il comprendra trente-cinq séances de manipulations, de 14 à 17 heures, et se terminera le 21 février.

Ce cours est sanctionné par l'obtention, après examen, du diplôme du *certificat de bactériologie de l'Université de Lyon* créé par arrêté ministériel de février 1922.

Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine du 1er décembre 1932 au 3 janvier 1933 *dernier délai.*

Le nombre des places peut être limité. MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux, les étudiants en médecine ayant passé l'examen de fin de deuxième année, ainsi que les étudiants en pharmacie ayant huit inscriptions, MM. les internes en pharmacie des hôpitaux et les pharmaciens en exercice, MM. les vétérinaires peuvent s'inscrire à ce cours.

Les personnes n'appartenant pas à ces catégories qui désireraient assister au cours doivent en faire la demande, accompagnée de leurs titres, à M. le Professeur ARLOING. Le Conseil de la Faculté statuera sur les autorisations à donner qui seront portées à la connaissance des demandeurs le 3 janvier.

Médaille du Professeur Pierre Teissier. — Un groupe d'amis et d'élèves du Professeur Pierre Teissier, a eu la pensée, pour honorer sa mémoire, de faire exécuter un médaillon qui sera offert à l'hôpital Claude-Bernard. Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris 6e (Compte chèques-postaux, Paris 599).

Tout souscripteur de 100 francs aura droit à un exemplaire d'une médaille, réplique du médaillon.

Cours complémentaire de psychiatrie. — Ce cours aura lieu le dimanche matin à 10 h. 30, à l'Asile clinique (1, rue Cabanis).

PROGRAMME. — 4 décembre, M. le Professeur CLAUDE : Généralités sur les troubles psychiques de l'enfance et de l'adolescence du type hébéphrénique. — 11 décembre, M. le Professeur CLAUDE : Troubles psychiques du type schizophrénique. — 18 décembre, M. le Professeur CLAUDE : Les dissociations schizotiques du type hystérique et psychasthénique.

8 janvier, M. le Professeur BLONDEL : Du suicide. — 15 janvier : M. LHERMITTE : L'hypocondrie. — 22 janvier, M. WALLON : Les constitutions psychomotrices. — 29 janvier : M. BARUK : Description générale du syndrome hébéphrénique et hébéphréno-catatonique ; ses grandes phases évolutives.

5 février, M. BARUK : Le syndrome catatonique et ses degrés : sommeil cataleptique, stupeur catatonique (étude clinique et physiologie pathologique). — 12 février : M. BARUK : Etiologie,

pathogénie et traitement de la catatonie et de l'hébéphréno-catatonie. — 19 février : M. BOURGUIGNON : Le rôle de la chronaxie en pathologie mentale. — 26 février : M. GUIRAUD : Vue d'ensemble sur les delires chroniques.

5 mars, M. le Professeur DUMAS : Le symbole dans la psychologie normale. — 12 mars, M. le Professeur DUMAS : Le symbole dans la psychologie pathologique. — 19 mars, M. OMBRÉDANNE : Sur quelques problèmes de l'aphasie. — 26 mars : M. CAPGRAS : Le délire d'interprétation.

2 avril, M. LHERMITTE : Confusion mentale alcoolique. — 30 avril, M. EY : Les facteurs affectifs de l'hallucination.

7 mai, M. GÉNIF-PERRIN : La responsabilité pénale des paranoïaques. — 14 mai, M. TRUELLE : Les amoureuses persécutrices. — 21 mai, M. N... — 28 mai, M. LÉVY-VALENSI : Mentalité primitive et psycho-pathologie.

11 juin, M. CEILLIER : Le problème de la responsabilité pénale. — 18 juin, M. TINEL : Le rôle de l'émotion dans la genèse des maladies nerveuses et mentales.

COURS ÉLÉMENTAIRE DE SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE, par M. LÉVY-VALENSI (Asile clinique, 1, rue Cabanis), le dimanche matin, à 9 heures :

4 décembre : Généralités ; 11 décembre : Examen d'un psychopathe ; 18 décembre : Obsessions. Perversions.

8 janvier : Hallucinations des délirants ; 15 janvier : Syndromes d'excitation ; 22 janvier : Syndromes de dépression ; 29 janvier : Syndromes confusionnels ; 5 février : Syndromes démentiels.

Ce cours est destiné aux internes et externes des hôpitaux dispensés du stage.

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de cinq internes titulaires. Il sera procédé également à la nomination de six internes provisoires dans les conditions fixées par le règlement.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 22 décembre 1932, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

A la mémoire de Forlanini, inventeur du pneumothorax artificiel. — Aux deux dernières conférences de l'Union internationale contre la tuberculose, tenues à Rome en 1928 et à Oslo en 1930, il a été decidé d'ouvrir une souscription dans tous les pays pour élever un monument à la mémoire de Forlanini.

L'inventeur du pneumothorax artificiel n'a pas seulement doté la thérapeutique de la tuberculose de la première méthode vraiment active et efficace de guérison de cette maladie ; cette découverte a ouvert la voie à tous les procédés de collapsothérapie, grâce auxquels la medecine est aujourd'hui amplement armée pour triompher du mal.

Les souscriptions peuvent être adressées au Comité national de défense contre la tuberculose, Paris , 66, boulevard Saint-Michel, chargé de centraliser la participation française.

Monument Lejars. — Une souscription est ouverte à Unverre, patrie du regretté Professeur LEJARS, en vue de lui élever un monument commémoratif. Prière d'adresser les offrandes à Mlle Saint-Laurens, doctoresse à Unverre, (Eure-et-Loir). (Compte de chèques postaux : Paris 1303-44).

Les spécialités pharmaceutiques en Espagne. — La *Gaceta* de Madrid publie un décret du ministre des Finances, disposant que les eaux minérales françaises et les produits pharmaceutiques préparés dans les laboratoires français seront dorénavant assimilés, au point de vue des droits, taxes et impôts, aux eaux minérales espagnoles et aux spécialités pharmaceutiques provenant des laboratoires espagnols.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Un concours pour six places d'interne titulaire en pharmacie des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri-Rousselle et de l'hospice Paul-Brousse à Villejuif, s'ouvrira à Paris, le lundi 9 janvier 1933.

Le nombre de places mises au concours pourra si besoin est être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, troisième bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, escalier A, deuxième étage, porte 227) tous les jours dimanches et fêtes exceptés de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures du 2 décembre 1930 au 18 décembre inclus.

Pièces à fournir. — Expédition de l'acte de naissance, extrait du casier judiciaire, certificat de vaccination, diplôme de pharmacien de 1re classe (ancien régime) ou de pharmacien (nouveau régime) ou un certificat constatant au moins quatre inscriptions de scolarité prises dans une faculté ou une école de pharmacie de l'Etat, certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de la commune ou à Paris par le Commissaire de police du quartier.

La liste d'inscription sera close quinze jours avant la date d'ouverture du concours et arrêtée par le Préfet de la Seine.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XXXVIIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Rabat (Maroc), du 5 au 12 avril 1933. Président : M. le Professeur Georges Guillain, de Paris ; vice-président : M. le Docteur L. LAGRIFFE, médecin-directeur de l'Asile de Quimper (Finistère) ; secrétaire général permanent : M. le Docteur René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine (Seine) ; secrétaire annuel : M. le Docteur de Labretoigne du Mazel, médecin-directeur du Centre psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc) ; trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Vanves.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVIIe session.

Psychiatrie : Les encéphalites psychosiques. Rapporteur : M. le Docteur L. MARCHAND, médecin-chef à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne). — *Neurologie* : Les ataxies. Rapporteur : M. le Docteur Raymond GARCIN, médecin des hôpitaux de Paris. — *Médecine légale* : Conséquences médico-légales des amnésies traumatiques. Rapporteur : M. le Docteur Paul ABÉLY, médecin-chef du service des aliénés difficiles à l'Asile de Villejuif (Seine).

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vignaud, trésorier, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).

Les membres titulaires de l'Association, versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisations à la session du Congrès. Pour être membre titulaire, il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité.

En plus des membres titulaires, peuvent être inscrits à chaque session des membres adhérents et des membres associés. Le prix de la cotisation est de 80 francs pour les membres adhérents et de 50 francs pour les membres associés.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la XXXVII[e] session inscrits avant le 15 février 1933 recevront les rapports dès leur publication.

Caisse de secours des orphelins de la médecine. — Une grande soirée musicale aura lieu le dimanche 18 décembre, à 8 heures trois quarts, salle Gaveau, rue La Boétie, Paris 8[e], au profit du « Secours d'urgence des orphelins de la médecine. »

PROGRAMME. — 1° *a)* Aria de Bach, *b)* Rondo, de Bocchérini, par l'ensemble Paul Bazelaire (50 violoncelles) ; 2° Deux Noëls du XV[e] siècle ; 3° Orphée, de Gluck. (Orphée, Mlle Le Bargy ; Eurydice, Mme Vallandri, de l'Opéra ; l'Amour, Mme Yvonne Brothier, de l'Opéra-Comique). Chœurs et orchestre Girardin-Marchal sous la direction : Alice Sauvrezis.

Prix des places, de 30 à 5 francs. On trouve des billets : Chez Durand, éditeur, place de la Madeleine ; chez Sénart, éditeur, rue de Rome, 49 ; à la *Semaine de Paris*, 28, rue d'Assas ; Maison Gaveau, rue La Boétie ; à la « F. E. M. » et à la « Société centrale de l'A. G. », 95, rue du Cherche-Midi, Paris 6[e]. (Tél. : Littré-61-43).

Nécrologie. — Docteur DE BEAUMAIS, de Paris. — Docteur BORDAS, de La Flèche. — Docteur Ludovic BOULAND, de Paris, 93, rue de Prony (XVII[e]). — Docteur COUVRAT-DESVERGNES, d'Agen. — Docteur GASTHAUSER, de Metz. — Docteur Léon LAPINÉ, de Paris, 32, rue Lévis (XVII[e]). — Docteur LEBARD, de Vatan. — Docteur MEYER, de Nice. — Docteur DE MELLO-VIENA, de Nice. — Docteur PRIVION, de Saint-Quentin. — Docteur Maurice QUILLET, de Bègles (Gironde). — Docteur Maurice QUILLON, du Blanc (Indre). Poète et romancier berrichon, il laisse deux recueils de poèmes : « Reliques sentimentales » et « Ballades berrichonnes ». Parmi ses autres ouvrages, citons « Rénovation », « Les Oraisons des Demoiselles Mouette » et quelques livres rédigés en patois berrichon. Emile Quillon avait, en outre, fondé une revue *Les Feuilles du Bas-Berry*. — Docteur ROUSSEAU, de Saint-Denis-La-Chevasse (Vendée). — Docteur Etienne SAINT-HILAIRE, de Paris, 27, rue Galilée (XVI[e]). — Docteur Victor TEXIER, de Nantes, oto-rhino-laryngologiste. — Docteur J. THIROLOIX, de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté. — Docteur Léon TINTRELIN, de Troyes. — Docteur GUÉRIN, ancien maire de Montréal et personnalité politique marquante de la province de Québec. — Docteur A.-B. NILL, professeur honoraire d'hygiène à l'Université de Birmingham, décédé à l'âge de 79 ans. — Docteur SIFFRE, directeur honoraire de l'Ecole dentaire de France, président honoraire de la Société d'anthropologie, décédé à Voulangis (Seine-et-Marne), dans sa 72[e] année. A Madame Siffre, à ses enfants, nous adressons nos bien respectueuses condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

SAINTE-BEUVE. — **Port-Royal.** Pages choisies, avec une introduction et des notes, par Victor GIRAUD. « *Les Bons Textes* ». Un vol. in-16 de 248 pages, broché, 12 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (V[e]).

Le *Port-Royal* est incontestablement le chef d'œuvre de Sainte-Beuve et l'une des grandes œuvres du 19[e] siècle. A ce titre, il doit faire partie du bagage littéraire que tout esprit cultivé emporte du collège et sur lequel il vivra pour le reste de sa vie. Mais, en dehors des lettres de profession, qui s'aventurera dans la forêt obscure de ces six gros volumes touffus, foisonnants d'idées, de faits, de suggestions de toute sorte ?

M. Victor Giraud, le fin lettré, le savant commentateur de Pascal, de Sainte-Beuve, de Taine, de Chateaubriand a voulu rendre le service à tous les « honnêtes gens » et en particulier aux professeurs, aux élèves et aux étudiants, de leur mettre entre les mains un juste volume sobrement annoté, réunissant les plus belles, les plus fortes pages du *Port-Royal* qui tiendrait lieu de la lecture de l'ouvrage tout entier.



TRAVAUX ORIGINAUX

Fracture du crâne et méningite puriforme aseptique

Par le Docteur **Pierre MOIROUD**,
Chirurgien des Hôpitaux de Marseille.

Après un traumatisme cranien, l'apparition d'un syndrome méningé avec élévation thermique permet, le plus souvent, de penser à une complication inflammatoire de nature microbienne, de pronostic sévère, évoluant presque fatalement vers la mort.

Il n'en est point toujours ainsi et l'on observe parfois des cas à évolution favorable, où les examens directs et les cultures du liquide céphalo-rachidien n'ont jamais décelé de germes : le blessé présente une forme de *méningite aseptique traumatique*, comparable à ces formes de méningite amicrobienne d'ordre médical ou otogène qui commencent maintenant à être connues.

En voici une nouvelle observation :

Un homme de 28 ans fait une chute sur le crâne d'une grande hauteur et présente une plaie de la région sourcillière gauche et une fracture du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur. L'épistaxis a été très abondante, le blessé amené à l'hôpital est fortement shoké.

Une ponction lombaire ramène un liquide fortement hémorragique.

L'état de la plaie de la région frontale nécessite une intervention chirurgicale d'exploration et de traitement de la lésion osseuse qui paraît évidente : il existe en effet un enfoncement de la paroi antérieure du sinus frontal. Ablation du fragment osseux embarré. On ne constate aucune atteinte de la paroi postérieure du sinus. Suture des plans superficiels. Drainage.

Les suites opératoires immédiates sont marquées par du délire et une agitation extrême.

Le lendemain, 27 septembre, l'état mental est le même (température 38°, pouls 140). Ni otorragie, ni épistaxis, pas d'écoulement séreux par les fosses nasales. Mictions spontanées. Pas de vomissements.

Dans la soirée le pouls se maintient à 140, plein et bien frappé ; la température est à 38°9 ; l'agitation a diminué.

Le 28 septembre le malade est plus calme, répond aux questions. Il accuse une céphalée légère. Température 37°5. Le pouls se maintient à 140.

Dans la soirée, température 39°1. Le blessé est couché en chien de fusil, la céphalée est violente. Raideur de la nuque, Kernig. Une ponction lombaire est pratiquée. Le liquide s'écoule goutte à goutte (tension au Claude 13). « Liquide trouble rougeâtre, léger coagulum fibrineux, hématies intactes. Nombreux leucocytes non altérés (poly. 90 % ; grands mono. 10 %). Absence de germes à l'examen direct ».

Durant la journée du 29 et la matinée du 30, le blessé paraît amélioré ; il accuse un état de bien être absolu, mais est saisi d'une invincible tendance au sommeil.

Dans la soirée du 30, le 1er et le 2 octobre, la température se maintient élevée (de 38°7 à 39°3). L'état du blessé est stationnaire. Il se plaint en plus de troubles visuels de l'œil gauche.

A l'examen du fond d'œil : « Pas de lésion des papilles mais vastes placards de rétinite, avec ischémie complète de la rétine à gauche (étranglement ou rupture de l'artère centrale de la rétine) ».

Le 3 octobre la température s'élève à 39°5, le pouls s'abaisse à 70.

Une nouvelle ponction lombaire ramène du liquide paraissant sous forte tension (mais elle n'a pu être mesurée au Claude) : « Liquide jaunâtre, puriforme, fortement albumineux. Pus à polynucléaires intacts, sans germe à l'examen direct. Mise en culture sur gélose-ascite. »

Le 4, l'état s'aggrave, le pronostic s'assombrit. La température se maintient élevée (39°). La torpeur est permanente, la raideur de la nuque et le Kernig intenses, les urines rares, la langue et les lèvres sèches et fuligineuses. Les réflexes tendineux sont diminués.

Le 5 octobre, au matin, le pronostic restant sévère, on fait une nouvelle ponction lombaire : le liquide fortement xanthochromique jaillit sous pression (la tension n'a pu être prise). On injecte 15 c.c. de sérum antiméningococcique.

« Le liquide est d'aspect purulent : lympho. 3 %, grands mono. 27 %, poly. 70 %. Toujours pas de germe à l'examen direct. Nouvel ensemencement et repiquage pour auto-culture. »

Le soir la température a baissé (de 39°1 à 38°4) mais l'état général reste inquiétant, la céphalée et la rachialgie sont plus vives que jamais. On injecte dans les veines 20 c.c. de sérum glucosé hypertonique.

Le 6 octobre sensible amélioration, la somnolence est moindre, la céphalée a diminué ainsi que le Kernig.

Le 7, Kernig, algies, torpeur reviennent : on refait une injection intraveineuse de 20 c.c. de sérum glucosé à 30 %.

Le 8, on retire par ponction lombaire 10 c.c. de liquide xanthochromique encore mais plus clair, sous faible tension. Température 37°5 ; le pouls est remonté de 76 à 100. Le blessé ne se plaint plus.

Le 9, on peut supprimer la glace que le blessé gardait en permanence sur sa tête. L'amélioration persiste les jours suivants et la plaie cicatrise sans incident.

Tous les ensemencements de liquide céphalo rachidien sur gélose-ascite ont montré l'absence de tout germe pathogène.

Le blessé a présenté pendant sa convalescence des troubles psychiques qui ont persisté pendant plusieurs semaines. Il nous a été impossible de le retrouver et d'avoir de plus amples détails.

***

Meslier, dans sa thèse (Contribution à l'étude des méningites consécutives aux fractures de la base du crâne, Paris, 1907) avait décrit une forme de méningite traumatique susceptible de guérir sous l'influence de ponctions répétées. Ces cas se rapprochaient de ceux de méningite aseptique, médicale, à pronostic toujours favorable, dont l'origine ne peut être déterminée et qui ont été rapportés à la Société médicale des hôpitaux par Widal et Philibert (1907), Ménétrier et Touraine (1908), Widal et Brissaud (1909).

Ils présentent aussi des points communs avec les réactions méningées aseptiques observées au cours des otites moyennes suppurées.

Une excellente mise au point de Oudard sur « Les méningites aseptiques traumatiques », parue dans le *Journal de Chirurgie*, 1927 (t. XXIX, p. 641), peut être consultée avec fruit et nous dispensera de longs commentaires.

Chez notre malade, l'apparition du syndrome méningé a été assez précoce, vers le troisième jour : elle est, dans la plupart des cas signalés, plus tardive, du cinquième au huitième jour. Agitation, excitation avec délire, céphalée, raideur de la nuque, Kernig, température, tous les éléments se trouvaient réunis pour faire admettre le diagnostic d'infection méningée, voire même l'aspect trouble du liquide céphalo-rachidien. Ainsi s'explique, avant de connaître le résultat des cultures et devant la persistance des phénomènes morbides, l'injection de sérum antiméningococcique que nous avons pratiquée : elle correspond d'ailleurs, simple coïncidence sans doute, au début de la chute thermique.

Mais ce qui paraît constant, c'est, d'une part, l'intégrité des polynucléaires, d'autre part l'absence de germe à l'examen direct et dans les cultures à tout moment de l'évolution de cette méningite.

Est-ce à dire que l'action de tout élément inflammatoire doive être exclue ? Dans notre observation il s'agit bien d'une fracture par enfoncement du sinus frontal avec intégrité de la paroi postérieure. Mais l'épistaxis

◆◆

abondante prouve bien qu'il y a eu irradiation de la fracture vers l'étage antérieur et l'hémorragie méningée témoigne d'une atteinte, si légère soit-elle, de la substance cérébrale sous-jacente, la dure-mère restant intacte.

Ainsi il paraît logique d'admettre qu'un foyer inflammatoire extra-dural s'est développé au voisinage de la lame criblée de l'ethnoïde, foyer localisé entraînant une irritation méningée de voisinage. Les méningites aseptiques otogènes peuvent être prises comme exemple : la réaction méningée, en effet, se caractérise en pareil cas par une formule de polynucléose à éléments intacts. Il en est de même des épanchements puriformes aseptiques de la plèvre qui ne sont que des satellites d'une infection pulmonaire sous-jacente et ne relèvent pas d'une pleurésie véritable, mais d'une simple exsudation mécanique à travers la plèvre, avec diapédèse d'un grand nombre de leucocytes (Dopter).

Cette observation nous paraît comporter une conclusion pratique : la constatation de polynucléaires abondants, non cytolysés, permettant d'écarter toute idée de méningite septique, la diminution progressive de cette leucocytose autorise à escompter une amélioration certaine, malgré la persistance de signes cliniques défavorables (agitation, Kernig, température). En effet, chez notre malade, alors que la polynucléose était le 28 septembre de 90 %, elle était tombée à 70 % le 5 octobre, alors que tous les éléments d'observation clinique permettaient de porter un pronostic sévère.

Des ponctions lombaires répétées ont été la seule thérapeutique mais efficace. Peut-être conviendrait-il, en d'autres cas où l'amélioration tarderait à se produire, d'agir sur le foyer inflammatoire extra-dural.

Régimes de fruits et diarrhées

A propos d'un cas de diarrhée dysentériforme chez une enfant de 13 (treize) mois guérie seulement avec un régime de « poires crues ».

Par le Dr **M. SCHACHTER** (Bucarest)

Depuis que Moro et Heissler ont fait connaître dans une série de travaux, peu nombreux il est vrai, les résultats obtenus en administrant dans les cas de diarrhées aiguës, subaiguës et chroniques, leur traitement avec des purées de pommes à l'état cru ou cuit, une série de travaux vinrent souligner et confirmer les résultats obtenus par les auteurs d'Heidelberg.

Dans deux travaux antérieurs, nous avons essayé de mettre à point les données élémentaires concernant les résultats et le mécanisme de l'effet si prompt qui explique ces résultats avec la cure de pommes.

Maintenant nous voulons relater une observation personnelle concernant une fillette âgée de 13 mois seulement, atteinte de diarrhée dysentériforme sans syndrome toxique surajouté, chez laquelle nous avons eu recours au lieu de pommes, comme le demande le régime de Moro et Heissler, à des *poires crues*, à l'état nature ou passées seulement, pour avoir une masse plus facilement acceptable par l'enfant.

Le choix des poires au lieu du traitement classique de Moro, nous fut imposé par le fait qu'actuellement (en juillet) on ne peut pas trouver chez nous, à Bucarest, des pommes mûres ; les autres pommes crues, vertes encore, ne m'inspirent pas de confiance. J'ai donc décidé d'appliquer dans ce cas le régime de Fanconi, de Zurich, avec des bananes, traitement très bien recommandé par certains auteurs et qui m'avait donné, quelques semaines auparavant (20 juin) un résultat éclatant chez une autre fillette âgée de seulement 14 mois, qui avait une diarrhée légère.

En effet, dans ce cas j'ai prescrit des bananes et j'ai permis qu'on donne à la petite malade des petites quantités d'eau sucrée ou un peu de tisane au tilleul, pour calmer sa soif.

Le premier jour, la petite a pris six bananes ; le second huit ; en 24 heures, les selles devinrent solides, pâteuses et avec une odeur de fruit. A la fin du deuxième jour l'enfant étant en bon état de santé, je passai au régime avec des soupes de légumes, café au lait avec un biscuit et j'ai continué à donner pendant trois jours une ou trois bananes, avec les repas. L'enfant est en bonne santé. La guérison fut donc rapide.

Mais revenons au cas présent. N'ayant pas non plus trouvé de bananes malgré toute recherche dans une ville si grande que Bucarest, nous nous sommes décidés pour une cure avec des poires, dont nous avions une certaine quantité à notre disposition.

Disons ici que nous avons rencontré la même résistance du côté des parents que lorsque nous avons proposé la cure aux bananes dans notre autre cas. En effet, l'opinion des parents en ce qui concerne la nocivité des fruits dans les diarrhées des enfants, est bien connue. Nous pouvons dire que certains médecins hésitent encore maintenant de prescrire ce régime dans les diarrhées des enfants.

Nous avons donc appliqué le régime aux poires crues.

Notre petite malade nous fut amenée de la province, le dimanche 17 du mois de juillet. A son arrivée, on me montra une selle, c'était la dernière ; elle contenait du sang, était en faible quantité, bien pigmentée, mais demi-molle. On me dit qu'un confrère a traité l'enfant et qu'elle a eu et a encore beaucoup de selles (8-12) avec du sang en quantité variable ; mais toutes les selles en ont.

A l'examen c'est une enfant de constitution plutôt faible, avec un état général relativement bon encore, sans fièvre. Le turgor cutané n'est pas très excellent.

Elevée au sein jusqu'à 9 mois environ, cette enfant que j'ai déjà vue deux fois en bonne santé, mais seulement pour des conseils de santé générale et surtout pour l'alimentation, n'a jamais eu de troubles gastro-intestinaux. L'enfant n'a pas fait de maladies infectieuses et a toujours bien toléré son alimentation.

Nous avons donc immédiatement institué le traitement aux fruits crus. Sans mettre l'enfant à un régime hydrique et sans administrer de lavements, choses recommandées par les auteurs classiques (Marfan surtout), nous lui donnons pour le moment des abricots (j'ai eu les poires seulement lundi matin).

Je dois avouer que j'ai eu non seulement un doute concernant l'efficacité de mon traitement, mais je craignais beaucoup de me voir obligé de renoncer au traitement, car je n'avais jamais entendu parler d'abricots et de diarrhée en même temps. Mais une chose me rassurait ; c'était l'avantage que je pouvais voir l'enfant toute les deux heures même.

Je fus vraiment étonné que non seulement la petite malade prenait bien les abricots, mais que au lieu d'avoir plusieurs selles par jour, il s'installa une vraie constipation. La première selle fut obtenue seulement lundi matin. La quantité de la selle était abondante, la masse fécale étant pâteuse, bien moulée, sans nulle trace de sang visible à l'œil nu, et avec une odeur de fruits.

Disons ici que l'aspect de la selle d'abricots est caractéristique ; on reconnaît vite la provenance : son odeur ne ressemble guère à la selle de pommes. Celle-ci dégage une odeur qui rappelle celle qui se dégage des tanneries. Dans notre travail avec M. H. Elias, nous avons insisté sur ce point.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

Donc, lundi matin, à 10 heures environ, nous avons commencé à donner au lieu des abricots (que l'enfant ne voulait plus prendre) des poires. Celles-ci étaient molles et avaient un goût relativement doux. Rien de plus, sauf un peu d'eau sucrée ou de tisane au tilleul sucrée à la saccharine (à raison de deux tablettes de 0,01 gr. de saccharine pour chaque verre de tilleul). On donne l'eau seulement quand l'enfant a soif. Les poires étaient sans leurs peaux et sans les pépins.

L'enfant a pris vite cet aliment et semblait le préférer aux abricots. Cela pendant deux jours : lundi et mardi. Lundi la quantité de poires était de 500 à 700 gr. environ par jour. Mardi nous avons donné les poires crues mais passées pour avoir une masse plus fine ; cette fois-ci l'enfant en prit plus avidement et en plus grande quantité que lundi. Les selles étaient compactes, rares (deux par jour) et avaient une odeur de fruit. La couleur était verdâtre ; pas de trace de sang visible à l'œil nu.

L'état général de l'enfant montrait une amélioration nette ; le sommeil fut aussi excellent.

Mercredi, en réduisant à 400 gr. les poires, nous sommes revenus à un régime normal, avec des bouillons de légumes, du riz, purées de pommes de terre, café au lait le matin. Nous avons évité de donner le lait pur. Jeudi, même régime que mercredi. Vendredi, l'enfant reprend son alimentation normale, sans nul autre accident.

Notons ici que le passage à l'alimentation normale n'a pas donné lieu aux difficultés dont parle surtout M. Fanconi, de Zurich.

Voilà en somme brièvement exposé un cas de diarrhée dysentériforme chez un nourrisson de 13 mois, traité et guéri en deux jours et demi avec le régime de poires crues à l'exclusion de tout autre traitement adjuvant.

Nous devons dire que malgré nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas trouvé un cas où l'on ait administré des poires crues dans le traitement d'un cas de diarrhée dysentériforme chez un nourrisson ou même chez un enfant plus grand.

Dans le travail de M. Fanconi publié dans la *Deutsche Mediz. Woch.* 1930, n° 46, le pédiatre de Suisse après avoir parlé de son traitement avec des bananes dans les diarrhées des enfants parle longuement du régime de Heissler-Moro avec des pommes, mais le mot de poire n'est pas mentionné. En effet, dans sa conclusion, il dit entre autres : les diarrhées aiguës, subaiguës et chroniques sont très bien influencées dans un ou deux jours avec des fruits exclusivement ; il cite parmi ces fruits seulement les pommes, les bananes et le jus d'orange et d'airelle (l'airelle myrtille se trouve dans les lieux montueux frais et boisés : Larousse).

Dans les autres travaux concernant la littérature des traitements avec des fruits des diarrhées des enfants (Heissler, Wiskott, Kohlbrugge, Kaulbersz, Mignot, Malyoth, Popoviciu, Reye, Schreiber, Noll, Leffkowitz, etc.) nous n'avons pas trouvé de mention sur les poires, dans les diarrhées des enfants. Ceci malgré le fait bien connu de la parenté *botanique des pommes, poires et abricots.*

Le résultat obtenu avec la cure de poires nous justifie de dire que le mécanisme qui explique ce résultat ne doit pas différer de celui qui intervient dans la cure de pommes de Heissler-Moro.

Avec ces derniers auteurs (Moro surtout) nous pouvons dire que dans le cas de la cure aux poires est intervenue l'action mécanique et d'absorption exercée sur l'épithélium et sur l'appareil neuro-moteur de la paroi intestinale.

Comme pour la cure aux pommes, la masse intestinale des poires exerce une action de *balayage*, action qui explique le résultat favorable sur le syndrome diarrhéique.

Concluons donc de ce qui vient d'être dit plus haut que dans les diarrhées de la première enfance il semble qu'il n'y ait nul danger d'avoir recours au traitement avec des fruits crus, même au cas de dysenterie.

En cas de manque de bananes ou de pommes, on ne doit pas hésiter de recommander les abricots et les poires (apparentés au point de vue botanique) à l'état nature ou passés pour les faire prendre par les tout petits.

Ce traitement dispense le médecin d'instituer le régime classique avec la diète hydrique et les lavements, mais l'oblige à surveiller son malade surtout en ce qui concerne les besoins en eau, car l'on sait que le nourrisson souffre facilement des suites de la déshydratation. Aussi faut-il donner des boissons sucrées, quoique en petite quantité.

Le régime dure deux, trois jours et donne des résultats très satisfaisants ; le passage à l'alimentation normale se fait sans nulle difficulté, contrairement aux dires de M. Fanconi. Il faut pour avoir un résultat fixe, prolonger de deux à trois jours le régime aux fruits, *après avoir commencé à réalimenter normalement* le petit enfant.

Conçue de cette façon, la méthode moderne des cures de fruits dans les syndromes diarrhéiques, ouvre certainement une *ère nouvelle* et pleine de promesses dans ce chapitre de thérapeutique infantile.

BIBLIOGRAPHIE

A. Noll. — *Kinderarztl. Prax*, 1932, n° 7.
M. Leffkowitz. — *Méd. Klin.*, 1932 n° 1 et Thérapie der Gegen, 1932.
M. Schachter. — *Médecine Infant.*, n° 12, 1931.
M. Schachter. — *Progrès Méd.*, 13 Août 1932.

PSYCHIATRIE

Ceux qui veulent se tuer

Dr A RODIET,
Médecin des asiles de la Seine

« Quand on veut se suicider, on y arrive toujours » a dit un psychiatre célèbre. Depuis le suicide original et dramatique de Cléopâtre, il n'y a pas d'exemple, dans l'histoire, que les sujets dégoûtés de la vie, et quelque soit leur âge, n'aient pas réussi à trouver la mort et l'éternel repos. Pendant la grande guerre, nous avons tous connu des hommes qui, volontairement, avaient fait le sacrifice de leur vie et se sont fait tuer, alors qu'ils auraient pu échapper aux mitrailleuses, aux obus et aux balles. D'aucuns, parmi ceux qui ont été blessés alors qu'ils auraient voulu mourir, m'ont avoué qu'ils s'étaient exposés au danger, par dégoût de l'existence pénible qu'ils étaient obligés de subir dans les tranchées. On les a appelés « des héros » et, cependant, ils ne le sont pas au même titre que les Péguy ou les Guynemer, ces volontaires du sacrifice conscients du danger, mais sacrifiant leur existence pour donner l'exemple et mériter leur place de « chefs ».

Mais, c'est surtout dans les asiles d'aliénés qu'on observe des individus pour lesquels la mort est le suprême recours et qui, sans autres raisons que celles qu'ils imaginent, ne pensent qu'à se suicider. J'ai reçu, en effet, dans mon service, il y a quelques mois, un homme mélancolique anxieux, avec idées de persécution, ayant quitté son atelier, parce qu'il se croyait entouré d'ennemis imaginaires, qui, avant son entrée à l'asile, avait fait plusieurs tentatives de suicide. Tout d'abord, échappant à la surveillance de sa femme, il avait avalé du sublimé corrosif, puis du laudanum, et avait essayé de se pendre. Même, il s'était efforcé d'entraîner dans la mort sa femme

et ses enfants, en ouvrant le gaz, pendant la nuit. Interné, ce malade essayait de se briser la tête contre les murs. Toutes les observations des médecins et des infirmiers et toute surveillance, même au lit et aux bains, devenant inefficaces, je consentis à lui laisser imposer la camisole de force, tout en recommandant au personnel une attention continue. Le soir même, pendant que le veilleur de nuit s'occupait d'un autre malade, l'aliéné, se retournant dans sa camisole de force, est parvenu à s'asphyxier et à s'étrangler. La famille s'est abstenue de toute réclamation, mais j'ai profité de l'accident pour démontrer aux infirmiers l'inutilité et même le danger de ce moyen de contrainte périmé, qu'on appelle : la camisole de force. Parce que ce vêtement barbare, véritable instrument de torture pour les malades très agités mais encore conscients, donne au personnel une sécurité illusoire, il l'invite aussi à relâcher une surveillance qui doit être continue et efficace, à la condition que les infirmiers soient assez nombreux pour maintenir un aliéné furieux sans le brutaliser. Les moyens de contrainte (maillot, camisole de force, entraves, etc.) datent d'une autre époque et d'un siècle révolu. En ce XXe siècle, ils doivent disparaître des hôpitaux et des asiles, d'autant plus que le médecin peut les remplacer par des médicaments dont l'activité est démontrée : (injections d'hyoscine, de duboisine, doses progressives de bromidia, de somnifène, de sulfonal, de trional, etc.).

Quels sont les aliénés suicideurs ? Tout d'abord, il faut écarter de cette catégorie les « *maniaques* », presque toujours euphoriques, satisfaits d'eux-mêmes et des autres, et qui même très agités, loquaces et hypertoniques, ne pensent pas à se détruire. Bien au contraire, le « *mélancolique* », surtout lorsqu'il présente un accès d'anxiété, s'imaginant que désormais, il est ruiné, malade, incapable de gagner sa vie et de subvenir eux besoins de sa famille ne pense qu'à mourir, et, souvent, à faire partager aux siens le sort qu'il s'est réservé. Tel, ce malade de mon service, qui, à la suite d'une faillite provoquée par une banque frauduleuse, a subi une crise de mélancolie anxieuse. Il a tué sa femme et sa fille, et avec le même revolver, s'est logé une balle dans la tête. Presque aveugle, mais, mentalement guéri, l'expert qui l'a reconnu irresponsable de son double crime, a décidé sa mise en liberté très prochaine. Au contraire, le mélancolique déprimé, est trop aboulique, trop inerte « en état de stupeur », disait-on autrefois, pour se montrer capable du geste qui détermine le suicide.

Si le « *paralytique général* » est le plus souvent expansif, euphorique, loquace et gai, il lui arrive aussi d'attenter à sa vie. Presque toujours, ainsi que tous ses actes, sa tentative de suicide est absurde, mais elle peut entraîner la mort d'autrui ou un accident inévitable, Deux observations sont à citer de malades actuellement internés : 1° Un chauffeur de taxis, paralytique général, se résout subitement à se tuer, étant au volant de sa voiture. Descendant le boulevard Saint-Michel, il a lâché sa directton, et fauché quatre personnes qui traversaient un passage clouté ; 2° Un paralytique général, sorti d'un asile malgré l'ordre du médecin, mais à cause des réclamations obstinées dc sa femme, échappe, dans une gare, à la surveillance de cette femme et des employés et s'installe sur la voie, les bras croisés au moment de l'arrivée du train. Si le mécanicien n'avait pas freiné brusquement mais avec sang-froid, l'homme et les deux employés qui l'avaient suivi pour le maintenir étaient écrasés par la locomotive.

Les « *épileptiques* » avec idées de suicide, ne sont pas moins à craindre pour la sécurité d'autrui.

Même s'ils ne sont pas sujets à des crises sur la voie publique, ils sont exposés à des impulsions brusques les entraînant souvent à vouloir se tuer. Il en est de même des « *déments précoces* » ces malades jeunes qui, malgré des intervalles lucides, sont tantôt déprimés et apathiques, tantôt excités et rebelles à toute autorité. Eux aussi sont exposés à des accès impulsifs, les entraînant à rechercher la mort aussi bien pour eux que pour autrui.

Mais, parmi les aliénés, les plus redoutables sont les « *persécutés* ». A cause de leur état mental qui les pousse à se croire les victimes de la police, ou d'un complot organisé par leur femme, leurs amis ou leurs voisins, ils pensent à disparaître et à chercher un refuge dans la mort, et tous les moyens leur sont bons. Ils sont d'autant plus redoutables que, de leurs projets, ils ne parlent jamais. A l'égard du public, de leurs proches, des infirmiers et des médecins, ils se montrent défiants, réservés, réticents, dissimulés. Même après une ou plusieurs tentatives de suicide, ils donnent, non seulement à leur famille, mais encore à ceux qui, à l'asile, vivent en perpétuel contact avec eux, l'impression qu'ils sont guéris, et ne pensent plus à se tuer. A peine sont-ils en liberté qu'ils s'étranglent, s'asphyxient ou s'empoisonnent.

Les « *débiles et déséquilibrés mentaux* » sont eux aussi des aliénés à réactions « suicide ». Même, ce sont eux qui, dans le cas où un malade vient à se suicider à l'asile se livrent à des tentatives sur eux-mêmes par esprit d'imitation et faiblesse d'esprit.

Il ne faut pas moins craindre les réactions de ceux qu'on appelle « les *mystiques* », malades hantés par des scrupules, des obsessions, surtout au sujet de leurs organes génitaux. C'est ainsi que j'ai observé le cas d'une aliénée, ancienne religieuse qui, étant au bain, a voulu s'arracher l'utérus avec ses doigts. C'est, en voyant l'eau de la baignoire mélangée de sang que les infirmières ont pu intervenir avant que l'hémorragie ne devienne mortelle, et l'utérus complètement extrait.

Les « *hypocondriaques* » ces malades qui se croient atteints de toutes les maladies et courent de pharmacie en pharmacie et d'un médecin à un autre médecin, deviennent eux aussi des aliénés pour lesquels l'idée de se tuer est inéluctable et ils s'efforcent dans ce cas, de mourir par tous les moyens dont ils disposent. Telle cette hypocondriaque, dont j'ai publié l'observation. En déjeunant, elle avait avalé, volontairement et avec mille difficultés, un os de côtelette de mouton. C'est par une opération et une extraction faites avant que l'intestin ne soit perforé, que le chirurgien et moi avons pu lui sauver la vie.

Quant aux « *alcooliques* » les journanx relatent chaque jour leurs tentatives, trop souvent suivies de succès. Parce que leur délire de rêve, qu'on a dénommé onirisme et leurs terreurs appelées panophobie, créent chez eux un besoin de s'évader de l'existence, ils se tuent par pendaison, défénestration, asphyxie ou noyade, le plus souvent.

Au moment du retour d'âge, du passage de l'âge mûr à la vieillesse, il arrive aussi que l'homme et la femme, sentant leurs forces décliner et leur activité diminuer, deviennent tristes et préoccupés par l'idée d'une mort prochaine. C'est là ce qu'on a dénommé « *mélancolie légitime* ». Dans cet état, le sujet pense parfois à se tuer, sans qu'il y ait à proprement parler, délire ou démence. Toutefois, les journaux relatent chaque jour des suicides ou tentatives de suicide chez des vieillards affaiblis ou atteints d'une maladie incurable. Depuis la guerre et surtout pendant notre époque de crise et d'incertitude politique et budgétaire, ces suicides sont plus fréquents et semblent indiquer un déséquilibre de notre milieu social.

Comment empêcher les hommes de se tuer quand leur résolution est ferme et inéluctable ? Ceux qui réalisent leur projet sont précisément les individus qui le dissimulent le mieux à l'égard de leur famille et de leurs intimes. Même à l'asile d'aliénés, nous savons que tous les moyens de contrainte, la psychanalyse et la psychothérapie même sont illusoires, bien que la rééducation de la volonté soit encore le procédé le plus efficace.

Toutefois récemment, un de nos malades qui paraissait guéri et avait demandé à travailler, s'est pendu à un arbre du jardin. Par suite, à l'égard de tous les désaxés

à tendances « suicide » une surveillance continue et inlassable est le seul moyen qui puisse réussir. A plus forte raison, cette surveillance doit s'exercer dans les services dénommés « services libres de prophylaxie mentale. »

Il importe surtout que le personnel infirmier soit instruit de son rôle. et dévoué à sa fonction, mais il convient, plus encore, que le malade ait confiance dans son médecin et lui fasse part de ses idées, de ses sentiments et de ses projets.

CHRONIQUE

Comment il faut comprendre le diabète

d'après Marcel LABBÉ (1)

Nos vieux cliniciens ont bien connu les formes évolutives du diabète ; leurs régimes et leurs traitements donnaient des résultats satisfaisants.

Il n'en est pas moins vrai que jusqu'à ces dernières années nos connaissances sur le diabète étaient mal assurées. Tout à l'heure, je parcourrais le livre où nous apprenions les rudiments de la médecine lors de mes années d'étudiant : ce livre excellent évitait, pour se compromettre, de donner une définition de la maladie.

Maladie du pancréas, disaient d'aucuns. Non, leur répondait-on, le pancréas est peut-être lésé ; mais là n'est pas le secret de la maladie. Et le secret restait un secret. Il a fallu la découverte de l'insuline pour mettre au point cette affaire. Il a fallu aussi toute une série de recherches sur le métabolisme des diabétiques, recherches auxquelles sont attachés le nom de Joslin et celui de Marcel Labbé. Le livre que celui-ci vient de consacrer à l'étude du diabète a de ce fait un intérêt tout particulier : infiniment utile aux cliniciens, indispensable, il est passionnant à lire pour quiconque aime à voir comment se sont précisées les idées médicales.

***

M. Marcel Labbé commence par indiquer un certain nombre de notions générales touchant la physiologie pathologique et la clinique du diabète. C'est, à propos de deux observations, le chapitre des définitions et des délimitations.

La définition du diabète est relativement simple : car, essentiellement, le trouble de la nutrition caractéristique du diabète consiste en une impossibilité d'utiliser les hydrocarbonés. Cette anomalie du métabolisme des glucides aboutit à l'hyperglycémie et à l'hyperglycistie ; elle se traduit par la glycosurie, la polydipsie, la polyurie et divers symptômes tels que la fatigue, la tendance aux suppurations, les névralgies, les troubles de la vue, les altérations des gencives, etc. Dans les formes bénignes du diabète, le trouble de la glyco-régulation est le seul qui existe. Dans les formes graves, il s'y ajoute un trouble du métabolisme des protides et des lipides aboutissant à l'acidose et au coma diabétique.

M. Labbé expose alors et discute une observation typique de diabétique.

Un malade vient consulter à la Pitié pour des douleurs vagues et on lui trouve un diabète dont il ne se doutait point : l'analyse de ses urines a décelé une glycosurie peu importante, sans hyperglycémie, laquelle disparaît rapidement dès qu'il est mis simplement en observation.

C'est un homme qui a travaillé beaucoup, qui a bu avec excès, mais sans grand excès, et qui a été surtout un fort mangeur. Aussi est-il devenu obèse de bonne heure : à 40 ans, il pesait 98 kgr. A diverses reprises, il a présenté des troubles digestifs, principalement de la diarrhée, en rapport avec la suralimentation. Son foie est un peu gros, ce qui est la conséquence de ses excès alimentaires. Les réflexes tendineux sont normaux.

Il faut toujours chercher les réflexes chez les diabétiques, dit M. Labbé, non dans le but de découvrir une syphilis qui n'offre habituellement aucun rapport étiologique avec le diabète, mais pour rechercher la névrite qui est si fréquente chez les diabétiques et qui est l'origine chez eux de douleurs et de troubles trophiques.

L'acétonurie doit être toujours cherchée dans le diabète, car elle présente un des éléments cliniques de la classification.

Elle fait défaut chez le malade étudié ; c'est donc un diabète bénin.

Pour apprécier, pour mesurer le trouble du métabolisme des glucides, il ne suffit pas de poser la glycosurie, il faut établir un bilan des hydrocarbonés, c'est-à-dire comparer la dose d'hydrocarbonés ingérés et celle du glycose excrété.

Dans le cas présent, avec un régime comportant 202 gr. d'hydrocarbonés, la glycosurie du malade était de 13 gr. 7 ; avec un régime de 150 gr. d'hydrocarbonés, elle est tombée à 0. Le calcul indique une tolérance pour 202 — 14 = 188 gr. d'hydrocarbonés. Il s'agit, donc, d'un diabète bénin, sans dénutrition azotée, avec une capacité d'utilisation assez élevée pour les hydrocarbonés.

Le diabète bénin, appelé autrefois diabète gras, parce qu'il était généralement accompagné et précédé d'obésité, est, comme celle-ci, le résultat de la suralimentation prolongée. La tolérance pour les hydrocarbonés se défend pendant longtemps ; puis elle baisse sous l'influence des excès alimentaires ou sous l'influence des maladies intercurrentes. Tantôt cet abaissement est transitoire, et si le malade est soumis au régime idoine, il peut récupérer sa tolérance, tantôt il est définitif ; il y a alors, aggravation de l'état diabétique.

Le diagnostic du diabète bénin est en général assez aisé à faire. Tantôt le diabète se révèle par un ensemble de symptômes (polydipsie, polyurie, amaigrissement, fatigue) qui traduisent l'état d'hyperglycémie. Tantôt il est latent et découvert à l'occasion d'un général comportant une analyse d'urines.

Il faut savoir distinguer la glycosurie non diabétique, liée à un trouble fonctionnel du foie, d'une glycosurie diabétique vraie. Il faut aussi savoir reconnaître l'existence du diabète, même en l'absence de toute glycosurie. Pour cela, il est nécessaire de se fonder sur un test biologique précis. *On fait usage de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par l'ingestion de glucose* : celle-ci donne des résultats différents, suivant que le sujet est sain, qu'il offre un trouble de la glyco-régulation non diabétique, est atteint de diabète vrai. L'intensité de la réaction est assez différente dans les trois cas pour que l'on puisse en tirer un diagnostic ferme. Aussi l'épreuve d'hyperglycémie au glycose est-elle de plus en plus employée dans l'étude des maladies de la nutrition.

L'avenir de ces diabétiques bénins dépend du soin qu'ils prennent à leur maladie. S'ils se soignent bien et, surtout, s'ils suivent exactement le régime qui convient à leur cas, s'ils ne subissent aucun accident grave, aucune maladie infectieuse, ils resteront constamment en état de normo-glycémie et ils ne présenteront aucun des accidents habituels du diabète. Le trouble morbide lui-même sera stationnaire ; le diabète ne guérira jamais, mais il ne s'aggravera pas, et la maladie n'empêchera pas le sujet de parvenir à un âge avancé.

Très différent du diabète bénin est le diabète grave, dont M. Labbé donne ensuite une observation.

(1) Marcel Labbé. — Leçons cliniques sur le diabète. Masson et Cie, édit., 1932, Paris.

Le diabète grave a été appelé aussi diabète maigre en raison de l'amaigrissement qu'il provoque, diabète pancréatique parce qu'on le croyait avec LANCEREAUX spécialement déterminé par une lésion du pancréas. En réalité, tous les diabètes, bénins ou graves, sont d'origine pancréatique, puisqu'ils sont liés à une insuffisance de la sécrétion interne du pancréas au niveau des îlots de Langerhans. M. LABBÉ lui propose, plutôt, le nom de diabète avec dénutrition azotée pour rappeler le trouble profond du métabolisme de l'azote qu'il a mis en lumière chez ces malades. Ce point a été discuté autrefois, il est aujourd'hui universellement connu.

Il y a : 1° une déperdition d'azote, qui explique l'amaigrissement et l'asthénie ; 2° une imperfection du métabolisme azoté qui se traduit par l'amino-acidurie, l'ammoniurie, l'excrétion exagérée d'azote colloïdal, l'abaissement du rapport azoturique et du rapport azotémique. Le diabète grave est caractérisé, aussi, par un trouble du métabolisme des lipides qui se traduit par l'hyperlipémie, l'hypercholestérolémie, et le défaut de la combustion des corps acétoniques qui sont des acides gras ; ce défaut aboutit à l'acétonurie, à la diacéturie et à l'excrétion plus ou moins abondante d'acide β-oxybutyrique. Les réactions urinaires de Legal et de Gerhardt décèlent très facilement l'acétonurie et la diacéturie, le dosage des corps acétoniques totaux par la méthode de Van Slyke permet d'apprécier le degré de la cétose, celle-ci pouvant être mesurée, aussi, par le dosage des corps acétoniques dans le sérum sanguin.

Le trouble du métabolisme hydrocarboné est, dans le diabète grave, porté à son maximum : par la réduction du régime hydrocarboné, on fait baisser la glycosurie, mais on ne la fait point cesser. Même dans le jeûne complet, elle persiste, tout au moins dans les formes les plus graves.

Ainsi, le sujet a perdu totalement la capacité d'utilisation des hydrates de carbone. Les bilans hydrocarbonés montrent que la glycosurie ne provient pas seulement des hydrates de carbone préformés contenus dans les aliments, mais aussi de ceux qui se forment au cours du métabolisme des protides et des lipides. Des quantités considérables de glycose non brûlé s'accumulent dans le sang et dans les tissus et un grand syndrome d'hyperglycémie se constitue : la polydipsie, la polyurie, la glycosurie sont considérables ; l'asthénie, la tendance aux suppurations, la gingivite expulsive ; les troubles oculaires se manifestent avec une grande intensité.

Ce diabète grave, avec dénutrition azotée, évolue progressivement ou par à-coup. Le traitement par l'insuline ralentit l'évolution du diabète grave, mais ne l'arrête pas complètement.

Naturellement il existe dans ces deux types de diabète tous les degrés de gravité et entre eux tous les intermédiaires possibles.

***

Les frontières du diabète. — Le diabète vrai est la conséquence d'une insuffisance de la sécrétion interne du pancréas, dévolue aux îlots de Langerhans et dénommée insuline. Cette hormone a une action dont le mécanisme est complexe ; elle n'agit pas directement sur le sucre du sang, mais sur la cellule hépatique dont elle met en branle la fonction glycogénique. L'insuline n'est d'ailleurs pas seule à intervenir dans la fonction glycogénique du foie ; les diverses glandes vasculaires sanguines (corps thyroïde, capsules surrénales, hypophyse, etc.) et le système nerveux lui-même exercent aussi une action excitatrice ou inhibitrice sur la glycogénie hépatique.

On réserve le nom de diabète vrai ou diabète insulaire, comme disent les auteurs allemands, au diabète qui est en rapport avec une suppression de la fonction glycogénique causée par une insuffisance de la sécrétion pancréatique interne.

Cet aperçu physiologique laisse entrevoir que des troubles de la glyco-régulation, différents de ceux du diabète vrai, pourront être le résultat d'une inhibition de la fonction glycogénique hépatique, ayant pour point de départ un trouble endocrinien et un trouble du système nerveux. C'est ce que certains auteurs appellent le diabète extra-insulaire.

Il est facile de reconnaître le diabète dans ses formes complètes et graves. Il est moins aisé de le reconnaître dans ses formes bénignes, ou masquées, par la thérapeutique. Parfois la symptomatologie est réduite à la glycosurie seul. C'est alors que se pose le diagnostic entre les glycosuries diabétiques et les glycosuries liées à un trouble glyco-régulateur non diabétique. Ces dernières peuvent être soupçonnées en raison de leurs caractères cliniques: elles sont intermittentes, peu abondantes, non accompagnées des autres symptômes d'hyperglycémie ; elles sont plus indépendantes du régime alimentaire et ne cèdent pas aussi facilement que les glycosuries diabétiques à la réduction des hydrates de carbone ; dans le passé du malade, on ne retrouve pas la symptomatologie habituelle du diabète.

La preuve biologique du diabète doit être recherchée dans les résultats de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée au glycose. Celle-ci consiste à mesurer la glycémie du malade à jeun, à lui faire ingérer 50 gr. de glucose pur dissous dans 250 c. c. d'eau et à mesurer la glycémie de demi-heure en demi-heure pendant, au moins, trois heures. La réaction est faible chez les sujets normaux, exagérée chez les sujets atteints d'un trouble glyco-régulateur non diabétique, forte chez les diabétiques vrais. Pour bien apprécier la réaction, il faut tenir compte à la fois de l'élévation de la glycémie au-dessus du point de départ et de la durée de l'hyperglycémie.

En mesurant l'aire du triangle d'hyperglycémie, on obtient les chiffres suivants : chez les sujets normaux de 0,20 à 0,40 ; chez les sujets ayant un trouble glyco-régulateur non diabétique (obèses, hépatiques, basedowiens, etc.) de 0,50 à 1,50, chez les sujets diabétiques, de 2 à 7.

On peut ainsi différencier le diabète des états paradiabétiques. M. LABBÉ reconnaît, d'ailleurs, que ces états sont très voisins du diabète.

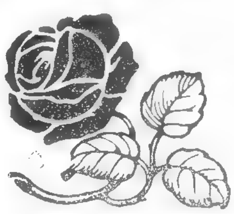
On voit, souvent, de gros mangeurs, obèses, parfois hypertendus, qui présentent un jour une simple glycosurie et qui se rangent dans le groupe des paradiabétiques ; s'ils persistent dans leurs habitudes de suralimentation, leur état s'aggrave et ils arrivent plus ou moins vite au diabète véritable. Le nom de diabète gras est donné à cette forme bénigne du diabète sucré : la précession de l'obésité sur le diabète, au sujet de laquelle JOSLIN a encore insisté dans ces dernières années, montre bien que les médecins ont compris depuis longtemps le mécanisme de la constitution de cette sorte de diabète.

Les états para-diabétiques se rencontrent au cours d'un certain nombre de maladies.

1° La suralimentation prolongée en est la cause la plus fréquente. Elle épuise par une sorte de surmenage physiologique le système glyco-régulateur, elle altère la cellule hépatique, physiologiquement ou anatomiquement et, si le processus pathogène se prolonge, elle altère même la fonction insulaire pancréatique. Ainsi, dans une première période, il s'agit d'un trouble de la glycorégulation lié à une insuffisance hépatique, dont on peut mettre en évidence les indices par l'examen clinique et surtout par l'analyse des urines et du sang ; dans une période plus avancée, il y a en outre, une insuffisance pancréatique interne, c'est-à-dire un vrai diabète insulaire, compliqué ou non d'un trouble glyco-régulateur d'origine hépatique.

2° L'association des troubles glyco-régulateurs d'origine hépatique et d'origine pancréatique est plus nette encore chez les malades atteints d'une affection hépatique : au cours des hépatites toxiques ou infectieuses, des congestions hépatiques, des cirrhoses, des abcès, des tumeurs du foie, de la lithiase biliaire, il y a, d'une façon à peu près constante, un trouble glyco-régulateur, que l'on avait






CHEMINS DE FER DE L'ETAT
SOUTHERN RAILWAY
LONDRES
WATERLOO
VICTORIA
SOUTHAMPTON
NEWHAVEN
la nuit
le jour
DIEPPE
LE HAVRE
St LAZARE
PARIS



déjà cherché à déceler par l'épreuve de glycosurie provoquée de Colrat.

3° L'hypertension artérielle, qu'elle soit l'origine rénale ou aortique ou qu'elle soit en apparence essentielle, s'accompagne souvent de glycosurie : glycosurie simple diabète ou paradiabète.

4° On a parlé de la possibilité d'un diabète surrénal. Mais il semble à M. LABBÉ que la pathogénie surrénale ne s'applique qu'aux états paradiabétiques.

5° Dans la maladie de Basedow, il est fréquent de constater un trouble de la glyco-régulation. Celui-ci se révèle, soit par une glycosurie intermittente et modérée, soit uniquement par les résultats d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée au glycose. Les expériences des auteurs américains et celles de M. LABBÉ ont montré la constance du trouble de la glyco régulation chez les basedowiens.

Ce trouble glyco-régulateur est attribué à une excitation fonctionnelle permanente de la cellule hépatique qui devient incapable de fixer le glycogène. L'excitation fonctionnelle de la cellule hépatique est due à l'hypersécrétion thyroïdienne.

6° Dans l'acromégalie et le gigantisme, syndromes liés à l'hyperplasie du lobe antérieur de l'hypophyse, un problème analogue se pose. Il existe : *a*) tantôt un trouble glyco-régulateur non diabétique, que l'on peut attribuer à un hyperpituitarisme ; *b*) tantôt un vrai diabète évoluant à la façon d'un diabète insulaire.

7° La question du diabète d'origine génitale a été posée également. P. CARNOT a publié une observation dans laquelle l'opothérapie ovarienne a semblé agir sur la glycosurie. Mais les observations trop rares et insuffisamment démonstratives, les expériences à résultats contradictoires de RATHERY ne permettent pas encore d'affirmer que les troubles des organes génitaux aient un retentissement sur la glyco-régulation.

8° Au cours de la grossesse, le trouble de la glyco-régulation est presque constant et M. LABBÉ l'a étudié en détail dans diverses publications.

9° Dans le cours des maladies infectieuses aiguës, le trouble de la glyco-régulation est aussi presque constant.

10° La glycosurie, par excitation du sympathique, permet de supposer l'existence d'états paradiabétiques d'origine nerveuse.

***

L'évolution du *diabète infantile*, dont la gravité était bien connue, s'est transformée sous l'influence du traitement par le régime et l'insuline et, pour qui a observé de ces cas implacables, ce chapitre est un des plus passionnants du livre de M. LABBÉ.

***

La *tuberculose* chez les diabétiques est aussi un fait connu. Or, les résultats que M. LABBÉ rapporte permettent de mesurer les progrès accomplis depuis quelques années dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques. Il a fallu détrôner les erreurs d'autrefois sur le rôle de la suralimentation chez les diabétiques et chez les tuberculeux. Il a fallu comprendre l'influence néfaste du terrain hyperglycémique chez les tuberculeux. Enfin il a fallu la découverte de l'insuline pour arrêter l'évolution des diabètes graves et il a fallu employer le pneumothorax artificiel : il est remarquable de voir l'amélioration rapide de la tuberculose sous l'influence du pneumothorax. Il est encore plus remarquable de voir comme le pneumothorax bilatéral est bien supporté. Par contre, le traitement par les sels d'or n'a pas donné de bons résultats.

***

L'*artérite diabétique* est une complication fréquente au cours du diabète, c'est une des causes les plus fréquentes de la mort chez le diabétique : la mortalité par artérite, qui était autrefois estimée à 15 % des cas chez les diabétiques, est aujourd'hui montée à 47 %. Cette modification de la statistique étant due à ce que le coma diabétique qui était, autrefois, la principale cause de mort, a beaucoup diminué de fréquence et de gravité depuis la découverte de l'insuline.

M. LABBÉ indique ce que nous savons de son déterminisme ; il expose ensuite l'étude clinique : fourmillements, puis douleurs, puis claudication intermittente qui traduit une crise d'ischémie. La recherche des pulsations artérielles au moyen de l'oscillomètre de Pachon représente un progrès considérable dans l'appréciation de la perméabilité vasculaire.

Il s'agit d'une endartérite, donc : l'oblitération n'est pas due à une thrombose, mais à l'épaississement de l'endartère qui rétrécit la lumière du vaisseau. On constate une infiltration abondante de cholestérol dans l'endartère et une hypercalcification qui est beaucoup plus marquée dans l'artérite diabétique que dans les autres variétés d'artérite.

Il semble que l'on puisse concevoir de la manière suivante la pathogénie de l'artérite : le sang, anormalement chargé de glycose, irrite chroniquement l'endartère et y provoque un épaississement et une réaction inflammatoire atténuée. Plus tard, le cholestérol, qui est en excès dans le sang des diabétiques, pénètre dans l'endartère et s'y dépose.

M. LABBÉ expose ensuite l'évolution et le traitement des *gangrènes diabétiques*.

Le *mal perforant*, se voyant aussi dans le tabès et dans la névrite alcoolique, affections parfois associées au diabète, on peut se demander si le mal perforant des diabétiques n'est pas le résultat d'une association morbide ? C'est, en effet, dans le cas de diabète sans dénutrition chez les malades âgés, atteints d'alcoolisme ou de syphilis, qu'on voit le plus souvent le mal perforant. Mais M. LABBÉ pense qu'une névrite diabétique peut aussi, à elle seule, lui donner naissance.

***

Le diagnostic du coma diabétique, les variations de l'urée du sang, au cours du coma diabétique, le traitement du coma diabétique, le diabète avec cirrhose du foie et syndrome hépato-pancréato-génital, le diabète bronzé et syndrome hépato-pancréato-génital sont étudiés au cours des chapitres suivants.

M. LABBÉ aborde alors l'étude du *cancer du pancréas* coexistant avec le diabète. Depuis la description fondamentale donnée par BARD et PIC, la glycosurie a été signalée bien des fois au cours du cancer du pancréas ; tantôt il s'agit d'une simple glycosurie passagère, tantôt au contraire d'un véritable diabète. Dans le premier cas, une partie des îlots de Langerhans est détruit, mais il en reste assez dans la partie du pancréas non envahie pour empêcher un diabète vrai.

***

L'*hérédité du diabète*. Il y a fort longtemps déjà que le diabète a été considéré comme une maladie héréditaire ; en 1798, ROLLO citait l'exemple de deux familles dans lesquelles plusieurs membres avaient été atteints de diabète ; depuis, tous les auteurs qui ont étudié le diabète ont essayé d'établir la fréquence relative de l'hérédité à l'origine de cette affection. Les proportions qu'ils ont données sont variables et peuvent être résumées dans le tableau suivant :

FRERICHS	9,8 %	H. JOHN	9,7 %
SEEGEN	14 %	H. SECKEL	26,4 %
KULZ	21,6 %	W. FINCKE	26,3 %
WILLIAMSON	22 %	JOSLIN :	
BOUCHARD	25 %	1re statistique	21 %
NAUNYN	17 %	2e statistique	25,5 %
VON NOORDEN	24,4 %	PRIESEL et WAGNER	27 %

Certains auteurs récents qui ont étudié cette question se sont efforcés de distinguer les diabètes véritablement héréditaires des diabètes familiaux, désignant, sous le

nom d'hérédité, le fait de retrouver parmi les ascendants (parents, grands-parents, oncles et tantes) la même maladie, et considérant comme diabète familiaux ceux où la maladie se retrouve chez des frères, des sœurs, des cousins. C'est ainsi que JOSLIN, dans sa première statistique de 1923, retrouve le diabète héréditaire dans la proportion de 15 % et le diabète familial dans celle de 7 % et, dans sa seconde statistique de 1927, le diabète héréditaire dans la proportion de 17 % et familial dans la proportion de 11,9 %.

Il y aurait, dans ces cas une insuffisance fonctionnelle des îlots de Langerhans, transmise héréditairement.

CAMMIDGE, qui a étudié l'hérédité du diabète dans l'espèce humaine, a entrepris une recherche expérimentale chez les souris ; il choisit deux types des souris : une race de souris hyperglycémiques, une race de souris normo-glycémiques. En conjuguant des souris hyperglycémiques avec des souris normo-glycémiques, il obtient une première génération d'hybrides qui sont normo-glycémiques. S'il marie ces hybrides entre elles, il obtient encore un certain nombre de souris normo-glycémiques, mais aussi quelques souris hyperglycémiques. S'il accouple les hybrides avec des souris hyperglycémiques, il obtient une plus forte proportion de souris hyperglycémiques, Si, au contraire, il marie les hybrides avec des souris normo-glycémiques, il obtient une moindre proportion de souris hyperglycémiques. Ainsi en multipliant les générations de souris, il croit avoir pu mettre en évidence l'application des lois de Mendel à l'hérédité du diabète. Mais les faits exposés par CAMMIDGE apparaissent à M. LABBÉ comme étant assez sujets à discussion, car nous n'avons pas connaissance de cette race spéciale de souris hyperglycémiques et surtout nous ne savons pas si l'on a le droit d'assimiler ces souris hyperglycémiques à des diabétiques.

M. LABBÉ pense qu'il est important de distinguer, l'un de l'autre, le diabète sans dénutrition azotée ou diabète bénin, et le diabète avec dénutrition azotée ou diabète grave évolutif pour établir une statistique convenable de l'hérédité dans le diabète : c'est ce qu'il a entrepris, avec M. LANDAU.

Mais une remarque préliminaire, s'impose : c'est que l'hérédité morbide ne doit pas être confondue avec l'éducation morbide ; c'est qu'il y a des maladies que l'on considère comme dues à l'hérédité et qui ne sont que le résultat de la transmission d'habitudes vicieuses des parents aux enfants après la naissance. L'obésité et le diabète apparaissent à M. LABBÉ comme fournissant les exemples les plus typiques de cette éducation morbide distincte de l'hérédité morbide.

MM. LABBÉ et LANDAU ont trouvé, dans une statistique de 100 cas, une proportion de diabétiques héréditaires de 23 ; et en distinguant les deux formes de diabète, ils ont obtenu la proportion de 20 % d'hérédité dans le diabète sans dénutrition et de 35 % d'hérédité dans le diabète avec dénutrition.

Le père apparaît plus souvent transmetteur de l'hérédité que la mère. Il y a à cela deux raisons : c'est d'abord que la femme diabétique est généralement stérile et devient rarement enceinte : c'est ensuite que la femme diabétique, lorsqu'elle est devenue enceinte, mène difficilement sa grossesse à terme. Jadis, les femmes atteintes de diabète grave succombaient toutes à la grossesse : seules les femmes atteintes de diabète très bénin pouvaient survivre et mettre au monde un enfant bien portant.

***

Les *diabètes insulino-résistants*, dans la plupart des cas, sont des diabètes improprement soignés. Cependant l'insulino-résistance existe parfois.

***

Coma hypoglycémique. Depuis que l'emploi de l'insuline s'est répandu, le coma succédant à l'injection excessive d'insuline et accompagné d'un état d'hypoglycémie se montre assez fréquemment.

L'hyperinsulinisme spontané, l'hypoglycémie indépendamment de toute injection d'insuline est un chapitre bien intéressant dans l'étude du mécanisme des glucides.

Dans un cas de WILDER, ALLAN, POWER et ROBERTSON, on put constater à l'autopsie un épithélioma de type Langerhansien. Dans un autre cas de HOWLAND, CAMPBELL, MALTBY et ROBINSON, une laparatomie fut tentée, au cours de laquelle on trouva, dans la partie moyenne du pancréas, une petite tumeur que l'on put énucléer ; une bonne suture du pancréas fut faite et la malade guérit. La tumeur grosse comme une noisette, était formée par un épithélioma de type Langerhansien. Après l'opération, les crises cessèrent complètement.

Dans le cas de HOLMAN, relaté par ALLAN, BOECK et JUDD, le pancréas paraissait normal ; on réséqua un tiers environ de la glande, et le malade fut amélioré.

L'hypoglycémie, par ailleurs, a été observée chez les addisoniens, — dans certains hypofonctionnements hypophysaires, — dans la fatigue par abus sportifs.

***

Le régime alimentaire chez les diabétiques est, enfin, exposé avec les plus grands détails, ainsi que la thérapeutique. M. LABBÉ insiste sur quelques erreurs dans l'emploi de l'insuline chez les diabétiques et il termine son beau livre en exposant comment il a mis sur pied, à la Pitié, une organisation sociale du traitement du diabète pour le plus grand bien des malades et des finances de l'Assistance publique.

HENRI VIGNES.

PETITE CHIRURGIE

L'anesthésie locale par la Percaïne en petite chirurgie

Par P. FORET,

Externe à l'hôpital Saint-Louis (Service du Dr René Bloch)

L'anesthésie locale par infiltration, que Reclus appliqua dès 1890, et qui s'est depuis considérablement développée, rend en chirurgie, et particulièrement en petite chirurgie, d'inappréciables services. On connaît son principe, qui repose sur l'action directe d'un anesthésique sur les terminaisons nerveuses, se différenciant en cela de l'anesthésie régionale, qui bloque les nerfs à une certaine distance du champ opératoire. L'anesthésie locale par infiltration, complétée ou non, suivant le cas, par une régionale à distance, par tranches, ou tronculaire, permet d'exécuter facilement, sans ennuis et sans risques pour le patient, une foule d'interventions qui, sous anesthésie générale, entraîneraient une invalidité beaucoup plus longue et des risques généraux avec lesquels il faut compter, en particulier chez les vieillards, chez les cardiaques et chez les insuffisants viscéraux.

Si cependant l'anesthésie locale par infiltration rencontre encore quelques résistances, c'est que les anesthésiques jusqu'ici employés ne permettaient point d'en retirer tous ses avantages. La cocaïne, le plus ancien, présentait de réels dangers qui l'ont assez vite fait laisser de côté aussitôt que d'autres substances moins toxiques vinrent à être connues. La novocaïne, la stovaïne et leurs dérivés ont été longtemps les seules à être employées.

BIBLIOGRAPHIE

Le système nerveux de la vie végétative, par D. DANIÉLOPOLU. — Premier fascicule : *Anatomo-physiologie normale*. Un vol. in-8° de 100 pages, avec 63 fig. dans le texte et 7 en couleurs hors texte, 30 francs. — Deuxième fascicule : *Méthodes cliniques d'exploration, pathologie (thérapeutique médicale et chirurgicale)*. Un vol. in-8° de 110 pages, avec 71 fig. dans le texte et 3 en couleurs hors texte, 30 francs. Gaston Doin, et Cie, éditeurs, 8 place de l'Odéon, Paris (6e).

L'auteur expose dans cet ouvrage d'une manière aussi élémentaire que possible la question si complexe de la physiologie normale et pathologique du système nerveux de la vie végétative. Tout en se servant des notions classiques de physiologie établies antérieurement, l'auteur est surtout conduit par ses recherches personnelles entreprises dans ce domaine durant environ vingt ans. Il explique la confusion qui existe à l'heure actuelle dans l'étude clinique du système nerveux de la vie végétative, par toute une série de fautes de technique et d'interprétation de la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question.

L'auteur apporte des procédés nouveaux d'enregistrement, dont la méthode viscérographique qu'il a introduite dans la clinique et qui est d'une grande utilité dans l'étude de la motilité de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, etc. Il décrit son épreuve de l'atropine et de l'orthostatisme, seule épreuve du tonus végétatif connue en ce moment. Il se sert des épreuves de l'excitabilité, physiologiques ou pharmacologiques, épreuves imaginées ou modifiées par l'auteur, et qui nous conduisent sur une voie nouvelle, qui, seule, peut nous éclaircir les processus végétatifs pathologiques. L'auteur arrive, grâce à ces méthodes, à établir les trois lois fondamentales qui régissent le fonctionnement de ces nerfs. Le premier fascicule contient l'anatomo-physiologie normale, des notions de pharmacodynamie végétative et les trois lois fondamentales. Le second fascicule comprend les épreuves cliniques d'exploration du système végétatif chez l'homme, la classification de l'auteur des syndromes végétatifs et, dans la partie spéciale, le rôle du système végétatif dans les affections du cœur et des vaisseaux, des appareils digestif et respiratoire, des viscères pelviques, dans la maladie de Basedow, le syndrome d'Addison, les maladies infectieuses, etc... A la fin, nous trouvons un chapitre de thérapeutique végétative médicale et un autre de thérapeutique chirurgicale, dans lequel l'auteur expose surtout les résultats de sa méthode dans le traitement chirurgical de l'angine de poitrine.

Cet ouvrage présente l'avantage d'être suffisamment élémentaire et en même temps clairement exposé pour servir aux étudiants ; il expose dans son ensemble une question qui doit intéresser tous les médecins s'occupant d'affections auxquelles prend part le système végétatif ; il servira en plus beaucoup aux chirurgiens qui s'occupent de la chirurgie du sympathique.

La tuberculose pulmonaire de l'adolescent, par André ALIBERT. Préface de M. le Docteur A. COURCOUX. Un volume illustré de 180 pages. Prix : 25 francs. Editions Médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

Il était utile qu'une étude d'ensemble sur la tuberculose pulmonaire de l'adolescent fut entreprise car il ne semble pas qu'on ait, jusqu'à présent essayé de rassembler un nombre important de faits cliniques pour les comparer et tirer les enseignements qui découlent de cette synthèse. A la valeur documentaire de ce travail, basé sur près de 800 observations, s'ajoute l'intérêt d'une étude consacrée à une période de la vie où tout mérite d'être approfondi car c'est l'avenir même du sujet qui se prépare et se fixe.

Comme le dit le Docteur Courcoux dans sa préface : « La connaissance plus approfondie de la tuberculose, de l'adolescent nous conduit à la certitude d'une meilleure action prophylactique et d'une amélioration certaine dans le nombre des tuberculoses de l'adolescent. » Tel est le but pratique de cet intéressant travail.

Le diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire au début, par J. STEPHANI (de Montana), et M. MARCHAL. Un volume de 250 pages, très nombreuses figures, 1932, 40 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Ecrit dans un esprit nouveau, soucieux d'éviter le plus possible toute interprétation anatomopathologique, de se contenter de décrire fidèment ce qu'on observe ; de n'attacher à la constatation de valeur documentaire que si elle est permanente vérifiée sur plusieurs clichés successifs, mais d'autre part d'entreprendre résolument l'étude radiologique des modifications qui peuvent exister au niveau des hiles et du réseau, ce livre de MM. Stéphani et Marchal va remplir un rôle utile et servira au perfectionnement de nos connaissances en radiologie pulmonaire.

Comment diagnostiquer, Comment traiter les maladies mentales, par le Docteur NEUBERGER. Un volume de 424 pages, 1932. Prix, 40 francs. Editions médicales N. MALOINE, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Le nouvel ouvrage de Neuberger complète l'excellent Traité de neurologie qu'il publia dans la Collection « Comment guérir » (Maloine 1928). Même style concis, impeccable. Même large conception d'ensemble ; en particulier, pas de noms d'auteurs dans le texte; pour ne pas alourdir l'exposé, mias de courtes références renvoyant, en fin de volume, à une *copieuse bibliographie* qui atteste la profondeur de documentation et constitue une véritable encyclopédie.

C'est un livre qui plaira aux spécialiste, pour lesquels chaque question traitée réalise une mise au point parfaite.

Mais il s'adresse non moins au praticien, même le moins averti en médecine mentale, à l'usage duquel ont été composés des *tableaux de diagnostic* d'un maniement aisé, ainsi qu'un *lexique des termes les plus usités dans le langage psychiatrique* (avec indication des passages de contexte correspondants).


Révulsif Boudin
Liquide à base d'essence de crucifères sans cantharide ni croton
RÉVULSION INSTANTANÉE.
ACTION IMMÉDIATE.
S'APPLIQUE AU PINCEAU.
NE TACHE PAS.
N'ABIME PAS LA PEAU.
RAPIDE
PROPRE
ENERGIQUE
LABORATOIRES BOUDIN
9, AVENUE JEAN-JAURÈS
JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)
RÉVULSIF BOUDIN

Beaucoup moins toxiques que la cocaïne, ces anesthésiques sont aussi moins actifs, c'est-à-dire moins puissants, et surtout moins constants dans leurs effets. Leur action est aussi plus courte, ce qui a pour conséquence l'apparition de douleurs post-opératoires suivant d'assez près l'intervention. Or, un malade qui souffre s'agite, remue, risque de désunir ses sutures, cause du désordre dans les salles et rend les futurs opérés, témoins de ses réactions, pusillanimes et anxieux. Pour cette seule raison la recherche d'un anesthésique d'action sûre et très prolongée restait donc à l'ordre du jour.

Cet anesthésique existe depuis deux ans environ. Il a fait ses preuves actuellement : c'est la Percaïne, chimiquement très différente des précédents. Agissant à dose beaucoup plus faible (1 pour mille au lieu de 1 pour cent), incomparablement plus puissant par conséquent, ce nouvel anesthésique, peu toxique aux doses usuelles, a le grand avantage de déterminer une insensibilisation très prolongée, qui atteint plusieurs heures, et qui, assurant aux malades une longue période analgésique, leur permet le repos après l'acte opératoire. Comme avec tous les anesthésiques locaux, il est généralement utile d'adjoindre aux solutions de percaïne une légère dose d'adrénaline, un cent millième, qui compense la vaso-dilatation et augmente encore le pouvoir anesthésique ; cette addition n'est pas indispensable, mais avantageuse dans la plupart des cas ; nous n'avons jamais vu qu'elle ait eu les inconvénients des solutions fortement adrénalinées : 1/100.000, avons-nous dit, suffit.

La Percaïne, en locale, s'emploie comme tous les anesthésiques : une légère injection superficielle pour obtenir un bouton dermique, grâce auquel les injections plus profondes, circonférencielles ou en pyramides, seront elles-mêmes indolores. Il faut savoir attendre dix minutes avant d'inciser ; commencer plus tôt peut exposer à des échecs ou demi-échecs et il est regrettable de perdre parfois par précipitation le bénéfice d'une bonne anesthésie.

Voici quelques-uns des cas où nous avons utilisé la percaïne en infiltration :

Obs. I. — Homme de 51 ans, présentant depuis un an une petite tumeur de la partie latérale externe du coude droit. En dehors de l'épicondyle, un peu en arrière de la corde du long supinateur, cette tumeur est mobile, molle, du volume d'une noix. Il s'agit d'un lipome. Extirpation sous infiltration à la percaïne. Une série d'injections circonférencielles nous donne un champ opératoire indolore et exsangue. On décolle facilement le lipome de l'aponévrose brachiale. Suture.

Durée de l'opération : quinze minutes. Solution employée : 10 c.c. Percaïne à 1 pour mille, adrénalinée à 1/100.000.

Aucune douleur, ni pendant, ni après l'intervention. Cicatrisation en quinze jours. Aucune suite.

Obs. II. — Homme de 28 ans, présentant, à la suite d'une plaie de la face dorsale de l'avant-bras, une extension incomplète du quatrième doigt, due vraisemblablement à une section des fibres musculaires de l'extenseur commun des doigts. D'autre part, l'examen montre la présence d'un kyste synovial au niveau du troisième espace interosseux.

Après infiltration du dos de la main à la percaïne, on pratique une longue incision, suivant le troisième espace. Extirpation du kyste, ouverture de la gaine des extenseurs et plicature du tendon extenseur du quatrième doigt. Fermeture de la plaie par des agrafes avec traction prononcée sur la peau pour éviter l'adhérence de la cicatrice au tendon et à sa gaine.

Aucune douleur pendant l'opération qui a duré environ une demi-heure.

Solution employée : 20 c. c. Percaïne 1 pour mille, avec adrénaline 1/100.000.

Suites opératoires simples, pas de douleur, pas d'hématome, cicatrisation complète au quinzième jour.

Obs. III (auto-observation). — Je présentais depuis cinq ans, à la face interne de la jambe gauche, un kyste du volume d'une noix environ. Celui-ci, bien toléré et indolore jusqu'à ces temps derniers, est devenu sensible à la pression, puis franchement douloureux, en même temps que la peau sus-jacente était le siège d'une réaction inflammatoire, indice d'une suppuration prochaine. Je décide alors de ne faire opérer sans plus tarder par mon maître le Docteur René Bloch.

Infiltration à la Percaïne, que je pratique moi-même, injectant dans le derme et le sous-derme 10 c.c. de la solution à 1 pour mille adrénalinée 1/100.000.

Extirpation du kyste, suture aux crins. Aucune douleur. Dès l'intervention terminée, je puis continuer d'assurer mon service, ainsi que les jours suivants. Aucune suite, ni douleur, ni hématome. Cicatrisation totale en quinze jours.

Tous les matins nous pratiquons ainsi depuis plusieurs mois les interventions les plus diverses : phimosis, régularisations ou amputations de doigts, ongles incarnés, panaris, tumeurs bénignes, etc.

Il ne saurait être question, dans ces cas, d'une anesthésie générale qui obligerait à garder les malades dans le service, les exposerait à des complications post-anesthésiques et, chez quelques-uns, pourrait déclencher des syndromes viscéraux. Evidemment, dans quelques cas, l'anesthésie par pulvérisation au chlorure d'éthyle peut être suffisante. Mais elle est douloureuse par elle-même, gêne l'intervention en durcissant les tissus, et l'insensibilisation reste des plus précaires. De plus, la période post-opératoire se signale par de vives douleurs réactionnelles. Rares sont donc les malades chez lesquels cette anesthésie rapide mais trop souvent insuffisante, peut suffire.

Parmi les anesthésiques locaux injectables, il nous a paru, après en avoir essayé beaucoup, que le meilleur, soit la Percaïne. Voici sur quoi nous justifions notre choix :

La Percaïne est, à rendement égal, moins toxique que les autres anesthésiques, ce qui permet d'employer s'il le faut des doses considérables, pouvant atteindre 100 à 150 c.c. de la solution à 1/1000, adrénalinée à 1/100.000. Cette minime quantité d'adrénaline suffit à déterminer une vaso-constriction suffisante, qui évite le saignement des tissus superficiels et ne provoque pas la vaso-dilatation secondaire ou le sphacèle, accident que, pour notre part, nous n'avons jamais observé.

La Percaïne a sur tous les autres anesthésiques locaux, et cela sans aucune exception croyons-nous, le grand avantage de déterminer une insensibilisation de très longue durée et, de plus, de garder toute son efficacité, ou presque, sur les tissus enflammés. Or, combien de fois en petite chirurgie n'a-t-on pas à intervenir pour des suppurations phlegmoneuses ayant entraîné la réaction inflammatoire de la peau, des muscles, aponévroses, devant être incisés. L'action insensibilisante de la Percaïne sur de tels tissus touchés par l'inflammation est, nous ne saurions trop y insister, un de ses grands avantages sur tous les autres anesthésiques.

On a objecté à l'anesthésie locale, l'infiltration du champ opératoire qui peut être une gêne au cours de la recherche d'un corps étranger. Cet inconvénient peut être tourné par une anesthésie circonférencielle autour du champ opératoire ou, s'il s'agit d'un segment distal de membre, par une anesthésie tronculaire.

Facile à réaliser, d'exécution rapide, l'anesthésie locale à la Percaïne a une durée toujours largement suffisante, qui fait que de nouvelles injections ne sont pas nécessaires au cours de l'intervention, même si celle-ci se prolonge, et que l'insensibilisation persiste longtemps encore après les sutures terminales. Elle ne nécessite aucune précaution spéciale, tout au plus peut-on, ce qui est parfois avantageux chez les sujets impressionnables, ou si l'opération doit être quelque peu importante, la faire précéder une heure avant, d'une injection de 1 centigr. de scopo-morphine. C'est une anesthésie dans le sens propre du mot, qui, interrompant réellement pendant quelques heures les connexions entre les nerfs sensibles et les centres cérébraux et médullaires, soustrait ces derniers au retentissement et au choc de l'acte opératoire, qui pour être occultes et non consciemment perçus dans l'anesthésie générale, n'en existent pas moins, comme le montre l'abaissement de la pression artérielle et les modifications du rythme respiratoire.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Fièvres éruptives

La parenté de la varicelle et du zona est mise en relief par l'observation suivante :

« Une jeune maman de vingt-cinq ans, habitant les environs, se présente à mon cabinet, porteuse d'un zona thoracique sur le territoire du 5e nerf intercostal droit, au sujet duquel il n'était pas possible d'hésiter. Les vésicules siégeaient non seulement sur la paroi thoracique mais jusque sur le sein au pourtour du mamelon. Or, cette jeune femme allaitait son bébé âgé de deux mois environ, lequel, lorsque je l'examinai, était parfaitement sain. Je ne crus pas devoir cesser l'allaitement et conseillai de continuer tout en prévenant la mère que j'estimais possible l'apparition d'une varicelle chez son enfant. Curieux de savoir si cette prévision se réaliserait, je lui demandai de me tenir au courant. Effectivement, dix jours après, je recevais une lettre m'annonçant que le bébé présentait sur tout le corps une éruption varicelleuse, diagnostiquée par le médecin du pays ».

Cette observation semble confirmer l'opinion que le zona constitue l'éruption seconde d'une maladie dont la première apparition serait la varicelle.

(J. Dournay. Varicelle et zona. Une observation intéressante. *Gazette médicale de Picardie*, avril 1932).

Maladies infectieuses

Les manifestations pulmonaires au cours d'une paratyphoïde peuvent aller jusqu'au ramollissement et à l'excavation.

Une malade hospitalisée fait une paratyphoïde B vérifiée par l'hémoculture ; c'est une forme sévère avec toxémie grave, qui se déroule d'ailleurs comme la typhoïde la plus classique et se termine par la guérison.

Les phénomènes pulmonaires sont très marqués.

A l'examen initial on note une congestion banale des bases. Vers le vingt-cinquième jour, la malade se plaint vivement d'un point de côté siégeant à la base droite sur la ligne axillaire : augmentation des vibrations, submatité, diminution du murmure vésiculaire, gros râles sous-crépitants.

Deux hémoptysies, la première légère, la seconde plus abondante ; puis expectoration muqueuse, très légèrement purulente, assez abondante, véritable petite vomique fractionnée.

Les signes cliniques se transforment : tympanisme, souffle tubo-amphorique, pectoriloquie ; en somme signes cavitaires.

La radioscopie révèle une perte de substance pariétale du volume du poing, au niveau du lobe moyen, avec un peu de liquide dans le cul-de-sac pleural.

Pas de bacilles de Koch. Une culture des crachats sur milieu bilié donne naissance à un bacille mobile à Gram négatif ; des cultures spéciales, pratiquées pour l'identification, montrent que cet élément microbien est du bacille typhique.

Dans la suppuration pulmonaire à bacille d'Eberth, le pronostic local est bon ; la guérison spontanée est habituelle, rapide, sans séquelle.

(H. Roland. Ramollissement pulmonaire suivi d'excavation au cours d'un fièvre paratyphoïde B. *Revue Médicale de la Franche-Comté*, 15 avril 1932.)

La diphtérie est toujours d'actualité ; E. Beynes rapporte deux cas de croup primitif, qui est une rareté clinique ; lorsqu'on est en présence d'une obstruction laryngée suspecte, il faut immédiatement avoir recours au miroir laryngien et, si ce dernier décèle des fausses membranes, on n'hésitera pas à instituer d'urgence la sérothérapie à la fois intramusculaire et sous-cutanée.

L'auteur expose ensuite ses idées personnelles.

Le sérum purifié ne met pas à l'abri des accidents sériques ; de plus, à égalité d'unités antitoxiques, il paraît avoir un effet moindre que le sérum ordinaire, surtout vis-à-vis des complications paralytiques.

Le nombre d'ampoules à injecter varie avec chaque cas. S'il s'agit d'une diphtérie traitée dès le début, localisée aux amygdales seules, quelques ampoules de sérum donnent une guérison rapide, sans complications. S'il s'agit d'une diphtérie évoluant depuis plusieurs jours ou d'une diphtérie grave, il fau faire une sérothérapie massive et prolongée et employer de préférence la voie intramusculaire ; mais ce traitement a une action médiocre sur l'imprégnation toxique et n'évite pas toujours les paralysies.

Le sérum actuel, même à fortes doses, est moins efficace qu'autrefois contre la toxine.

Beaucoup d'enfants vaccinés présentent ultérieurement de la diphtérie et de la diphtérie grave. Il ne faut pas se borner aux trois piqûres réglementaires, mais en faire une quatrième un an après.

Les diphtéries nasales primitives présentent des caractères partiuliers : elles ne se découvrent tqu'au spéculum, elles n'envahissent pas le pharynx, elles sont torpides et guérissent facilement sans complication.

Deux cas mortels de diphtérie sont rapportés par P. Gogué, l'un dû à une néphrite, l'autre à une hémorragie foudroyante par la canule (broncho-pneumonie post-trachéotomique).

(Edmond Beynes. Deux cas de croup primitif. Quelques faits d'observation personnelle à propos de la diphtérie et de son traitement. Paul Gogué. Deux cas mortels de diphtérie. *Gazette Médicale Limousine*, avril 1932.)

Neurologie

Les « douleurs rapportées », projection d'algies, exposent à des erreurs de diagnostic des céphalées.

On tend à considérer comme lésion principale le point douloureux, alors qu'il n'est que la projection d'une lésion située dans une zone éloignée : névralgie oculaire et temporo-pariétale due à une otite ancienne, névralgie occipitale dans les angines.

Il semble que le mécanisme des « douleurs rapportées » dans le territoire des nerfs craniens et des projections d'algies viscérales soit identique. Ce n'est pas seulement une médecine de cordon de sonnette ; cette notion contient une conclusion pratique ; une douleur oculaire dans les affections de l'oreille peut nécessiter une intervention immédiate et large.

De toute façon, il faut penser à une algie projetée en présence d'une douleur qui ne fait pas sa preuve localement.

(J. Terracol. La notion des « douleurs rapportées » dans le diagnostic des céphalées. *Languedoc Médical*, 10 mai 1932.)

Pratiquement il faut en revenir à la conception primitive de Beard : la neurasthénie, maladie de l'énergie ; il faut en faire non une entité clinique, mais un syndrome.

La neurasthénie est due à un trouble de la fonction sthénique ou énergétique ; sous la dépendance de l'épuisement du système nerveux ou de son inhibition ou de son insuffisance. Elle est asthénie nerveuse à la fois par son mécanisme et par ses symptômes.

En présence d'un malade supposé neurasthénique, le praticien doit :

1° Rechercher les éléments symptomatiques du syndrome neurasthénique, essentiels (asthénie physique, asthénie psychique, dépression affective) ou accessoires ;

2° Le distinguer des syndromes voisins (asthénies simples symptomatiques, début neurasthénique des maladies mentales, etc). ;

3° Apprécier les éléments étiologiques et pathogéniques en cause (asthénies par épuisement, inhibition, insuffisance, infection, intoxication, troubles métaboliques ou sécrétoires, etc.);

4° Etablir, autant que faire se peut, un pronostic ;

5° Poser des indications thérapeutiques adéquates et s'efforcer de les remplir.

(Albert Crémieux. Le syndrome « neurasthénie ». *Provence Médicale*, 15 avril 1932.)

Syphilis

Il ne faut pas confondre B.W. irréductible avec B. W. résistant.

L'irréductibilité vraie, pure est extrêmement rare. Elle ne concerne ni les sujets soignés insuffisamment (soit du fait de leur intolérance, soit du fait de leur négligence), ni les malades résistants, ni les porteurs de lésions en activité. Enfin elle ne peut guère être considérée comme certaine avant un temps d'observation suffisant : deux ans au moins.

Le plus souvent on ne constate que des sérologies résistantes ou rebelles, qui concernent des syphilitiques insuffisamment traités. Le novarsénobenzol doit totaliser, pour une série, une dose correspondant approximativement à dix centigrammes par kilo corporel ; au début il ne faut pas laisser un intervalle de plus de trois semaines entre deux séries. La posologie des sels de mercure et de bismuth est bien moins déterminée. La régularité et la continuité du traitement ont une importance capitale.

La constatation d'une résistance sérologique exige le redressement du traitement, qui sera énergique et prolongé.

(A. Fournier. Réactions de B. W. irréductibles et réactions de B. W. rebelles. *Provence Médicale*, 15 mai 1932.)

La novarséno-résistance se présente sous différentes modalités : novarséno-résistance proprement dite (absolue ou relative), novarséno-récidive, novarséno-activation.

Elle peut créer des lésions cutanées d'un type spécial ; forme papulo-squameuse, psoriasiforme. On signale aussi un type eczémato-exulcéreux et des formes plus rares : acnéique, varioliforme, varicelliforme, papulo-nécrotique, etc. Les localisations sont assez particulières : face, nuque, membres supérieurs et en particulier coudes et avant-bras. Elles sont d'une époque qui ne correspond pas à celles des lésions que l'on devrait observer : syphilides chancriformes prises pour des réinfections, accidents secondo-tertiaires ou tertiaires dans les premiers mois ou les premières semaines, accidents secondaires chez des sujets qui auraient dû présenter des accidents tertiaires.

La notion de novarséno-résistance permet d'éviter :

1° Des erreurs de diagnostic : ne pas prendre des syphilis arséno-résistantes pour des arséno-benzolides ou pour un psoriasis ou pour une parakératose psoriasiforme ;

2° Des fautes thérapeutiques : ne pas persister à traiter un syphilitique par le novarsénobenzol lorsqu'il présente une forme, même atténuée, de novarséno-résistance ; ne pas augmenter inconsidérément les doses de novarsénobenzol au risque de déterminer des accidents extrêmement graves, alors que fort heureusement la plupart des arséno-résistants sont bismutho-sensibles.

(J. Nicolas, G. Massia et F. Lebeuf. Etude clinique des syphilis novarséno-résistantes. Modalités évolutives et caractères morphologiques. *Journal de médecine de Lyon*, 20 mai 1932.)

Chirurgie

Le cancer de la prostate est difficile à dépister précocement ; ici ce sont surtout les détails cliniques qui comptent.

1° L'absence de phénomènes de rétention ne permet pas d'éliminer le cancer de la prostate ;

2° Il faut attacher une grosse importance à l'apparition de quelques petits signes urinaires (dysurie, fréquence des mictions, douleurs à la miction) chez un sujet n'ayant pas atteint la soixantaine.

3° Après 60 ans, les troubles urinaires manquent totalement ou s'installent vite, en quelques mois.

4° Il faut attacher aussi une grande importance aux petites hématuries initiales répétées, à quelques douleurs pelviennes spontanées ;

5° Quelquefois il s'agit d'un malade opéré précédemment d'adénome prostatique et qui recommence à présenter des troubles urinaires.

Toutes ces notions n'ont évidemment que la valeur d'une indication générale ; quoi qu'il en soit, si quelques-uns de ces petits symptômes poussent le malade à consulter précocement, c'est le toucher rectal qui permettra de découvrir le cancer.

(Henri Fruchaud. A propos du cancer de la prostate. Diagnostic précoce. Traitement par le radium. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 1er mai 1932.)

Médecine légale

La tendance au suicide est fréquente chez les psychopathes ; non seulement l'instinct de conservation est annihilé, mais encore il existe une véritable anesthésie physique qui leur permet de supporter les souffrances les plus atroces.

Dans les asiles le moyen le plus simple et le plus usité est la pendaison. Le suicide par strangulation est beaucoup plus rare ; il existe cependant comme dans le cas suivant.

Un jeune homme de 25 ans, secrétaire, est admis au service de psychiatrie de l'hôpital de Cho-quan, pour état dépressif atypique avec idées délirantes polymorphes, humilité et douleur morale, inhibition psychique.

Deux mois après, à la suite d'une période d'excitation, on le trouve mort, un mouchoir et une serviette de toilette noués autour du cou. La constriction était assurée surtout par le mouchoir, qui était tordu et fortement serré, au-dessus duquel était appliquée la serviette légèrement humide et destinée à maintenir le premier nœud.

(Soun. A propos d'un cas de suicide. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo chine*, novembre-décembre 1931.)

Pathologie coloniale

Malgré le nombre de cas méconnus de lambliase, au Levant, cette affection est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Ses manifestations cliniques se superposent à celles de l'amibiase, c'est ce qui fait que les praticiens ont une tendance à ne poser que le diagnostic d'amibiase chez les sujets de retour des colonies.

Il faut signaler la fréquence des phases coprologiques négatives persistantes.

On instituera avant tout un traitement agissant sur les voies biliaires extrinsèques et la glande hépatique.

1° Drainage intense et répété des voies biliaires par les cholagogues et antiseptiques usuels (sulfate de soude, salicylate de soude, benzoate de soude, teinture de boldo, urotropine, calomel, etc.) ;

2° Emploi simultané et prolongé de la limonade chlorhydrique, pour neutraliser l'action favorable de l'alcalinité du liquide duodéno-biliaire sur les Giardies (surtout pas d'eau de Vichy à la période aiguë) ;

3° Action antiparasitaire par l'arsenic et l'émétine en injections hypodermiques ;

4° Traitement systématique de tous les prétendus « porteurs sains » de kystes tant au point de vue prophylactique que pour leur avenir personnel (à cet effet examens coprologiques et tubage duodénal si possible) ; le régime alimentaire sera surveillé ; les carottes et les choux sont à conseiller.

(Médecin-Capitaine Chantriot. Un nouveau traitement de la lambliase. *Maroc Médical*, 15 mars 1932.)

Thérapeutique

Les injections intraveineuses d'alcool à 33 % ont donné de bons résultats dans un cas d'abcès gangréneux du poumon, chez un sujet, qui présentait une intolérance à peu près complète aux arsénobenzènes et chez lequel la sérothérapie était inefficace. Une série de douze injections quotidiennes a fait très rapidement disparaître la fétidité des crachats et tomber la fièvre ; les signes stéthacoustiques et radiographiques périfocaux se sont atténués et l'état général s'est relevé très vite (gain de 5 kilogr.).

(Simonin et Mlle Kuntz. Abcès gangréneux du poumon traité par la méthode à l'alcool de Landau. *Revue Médicale de l'Est*, 1er avril 1932.)

Trois sortes de traitements du choléra ont permis une expérimentation comparée à l'hôpital de Cho-quan. Les cas étaient à peu près d'égale gravité, « pauvres hères, misérables et sans grande vitalité », à la phase algide, ce qui explique le pourcentage énorme de décès :

1° Trente-sept malades ont reçu chaque jour une ampoule de 5 c. c. de gonacrine à 2 % et des injections de sérum physiologique ou glycosé : vingt-trois décès.

2° Sept malades ont eu des injections intraveineuses de sérum salé hypertonique à 30 et à 50 ‰ : cinq décès ;

3° Cinq cas ont été traités par l'immuno-transfusion : quatre décès.

(Ricou et Tran-Van-Tan. Premier essai de traitement du choléra en Indochine par l'immuno-transfusion sanguine. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1910.)

Ophtalmologie

Les traitements antitrachomateux les plus efficaces sont très douloureux ; il n'en est pas de même de l'alcoolisation palpébrale, dont la technique est la suivante :

Injection sous-conjonctivale palpébrale supérieure d'alcool novocaïné, obtenu en mélangeant dans la même seringue 1 c. c. d'alcool à 90° ou 95° et 1 c. c. de solution de novocaïne à 2 %.

Deuxième alcoolisation entre le 20e et le 30e jour ; troisième alcoolisation entre le 40e et le 60e jour.

Seize observations montrent les bons résultats de ce traitement.

(E. Cornet. Nouveau traitement du trachome par injections sous-conjonctivales d'alcool à 45° novocaïné. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1931.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 novembre 1932

L'opothérapie thymique chez l'enfant. — MM. ***P. Lereboullet*** et ***J. Gournay*** soulignent l'intérêt et l'utilité de l'opothérapie thymique non seulement dans les troubles de l'évolution génitale, mais dans les divers troubles de croissance et de nutrition du jeune enfant.

Existe-t-il des maisons à cancer ? — M. ***Auguste Lumière***, de Lyon et le Docteur ***Paul Vigne*** abordent dans une étude analytique approfondie, la question « des maisons à cancer », dont M. Chaton a saisi l'Académie au cours de cette année 1932.

S'appuyant sur des considérations statistiques précises ayant trait à la ville de Lyon où la théorie des maisons à cancer a bénéficié de quelque crédit comme ailleurs, ces observateurs concluent nettement à la légende des maisons à cancer. Ces conclusions s'accompagnent de réflexions d'ordre général que voici :

1° Aucun fait connu jusqu'ici ne nous autorise à prétendre qu'il y a des maisons à cancer.

2° Il est prudent de se défier des coïncidences ; le rapprochement des phénomènes n'a de valeur qu'autant que les déductions qu'on en tire sont systématiquement contrôlées.

3° Il est souhaitable que la méthode scientifique rigoureuse devienne la base de certaines recherches médicales pour lesquelles on s'est trop facilement contenté jusqu'ici de solutions empiriques établies uniquement sur la concordance de phénomènes sans rapport effectif entre eux.

Communication sur les mesures de réorganisations des services sanitaires en Algérie. — M. le Médecin inspecteur général ***Lasnet*** met l'Académie au courant des mesures de réorganisation dont il a été chargé en Algérie et qui sont en cours d'exécution.

L'expérience de tous les pays coloniaux qui ont vraiment fait de l'assistance médicale indigène, dit M. Lasnet, montre que si les médecins européens constituent l'assise solide sur laquelle repose tout le système, s'ils sont la tête qui anime, dirige et sans laquelle il n'y aurait que des efforts désordonnés et stériles, l'action continue auprès des populations pour les faire évoluer dans le plan de l'hygiène et de la défense sanitaire au foyer d'origine ne peut être menée que par des exécutants indigènes de la même race ; ces exécutants sont formés par les médecins européens, manœuvrés par leurs soins, et ils prolongent en quelque sorte leur action jusqu'au gourbi du sédentaire ou à la tente du nomade.

L'Algérie n'échappera pas à cette règle : elle pourra dans quelques années, avoir une belle et solide organisation hospitalière, mais si nous ne réussissons pas à former le vaste réseau d'éducation prophylactique et de surveillance hygiénique représenté par les collaborateurs indigènes, nous n'aurons pas assuré la protection démographique dont ce pays a besoin pour son développement économique et pour l'avenir de ses races autochtones.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1932

Anomalies de la rotule. — M. ***Braine*** raconte l'histoire d'un malade qui présentait une rotule tripartite bilatérale. (*M. **Baudet***, Armée).

Scaphoïde carpien pommelé. — M. ***Mouchet*** rapporte une observation de *M. **Jacquet*** (Genève). La guerison fut obtenue par l'extirpation.

Luxation congénitale de la rotule. — M. ***Mouchet*** relate le cas d'un malade de *M. **Barret*** (d'Angoulême). Il fut guéri par une transposition de la tubérosité tibiale antérieure et une fixation de la rotule à travers une brèche capsulaire.

A propos de l'urétéro-néo-cystostomie. — M. ***Pierre Bazy*** approuve cette opération dans les plaies récentes, mais montre qu'elle est vouée à l'échec dans les plaies anciennes, à cause des lésions rénales coexistantes.

Pancréatite œdémateuse. — M. ***Brocq*** analyse cinq travaux de différents auteurs et groupe ensemble leurs six observations. La pancréatite œdémateuse a des caractères un peu particuliers ; mais elle est rare (21 cas sur 443). La guérison est fréquente (17 cas sur 21).

M. ***Okinzyck*** croit que les antécédents de lithiase biliaire ne sont pas aussi fréquents qu'on ne le croit. Mais, en dehors de la lithiase, il existe certainement un retentissement hépatique et le fait est que la cholécystostomie entraîne une sédation extrêmement rapide de la pancréatite.

M. ***Leveuf*** montre que l'œdème existe toujours dans toute pancréatite aiguë ; les unes guérissent, les autres évoluent vers la pancréatite aiguë. Quant au drainage de la vésicule, il ne lui paraît pas nécessaire.

M. ***Gouverneur*** a observé un homme qui, après l'opération fut repris de nouveaux accidents qui entraînèrent la mort, malgré le drainage de la loge pancréatique.

M. ***Brocq*** montre que ce drainage peut très bien ne pas arrêter le processus nécrotique.

Apicolyse avec plombage paraffiné. — M. ***Fruchaud*** (d'Angers) est d'avis que la voie antérieure est très inférieure à la voie postérieure. Il a employé cette méthode dans dix-huit cas avec six très bons résultats et un seul échec.

De la transfusion du sang de cadavre. — M. ***Judine*** (de Moscou) a réussi à transfuser de nombreux malades avec du sang de cadavre, recueilli dans un liquide citraté. Il est arrivé actuellement à conserver du sang pendant vingt à vingt-cinq jours, avec toutes ses propriétés.

Hernie diaphragmatique. — M. ***Rouhier***.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 novembre 1932

Décharges précoces de spirochètes intracellulaires dans les urines de malades atteints de spirochétose ictérohémorragique. — MM. ***Pr. Merklen*** et ***R. Waitz*** signalent dans de nombreuses cellules, surtout phagocytaires du culot urinaire la présence de spirochètes, souvent très nombreux dans une même cellule. Ils sont colorés spontanément en brun ou jaune doré. A l'ultramicroscope et après nitratation il est possible de préciser leurs caractères. Ils revêtent des aspects variés : a) *filaments* sinueux tantôt isolés, tantôt enchevêtrés, tantôt disposés en faisceaux, en bouquet, en éventail, b) *sphérules* à contour plus ou moins régulier, disséminées le long du spirochète, à son extrémité, ou isolées ; de certaines sphérules partent deux ou trois spirochètes.

De tels aspects sont comparables aux altérations par *lyse* observées sur les spirochètes des exsudats de l'animal ou des urines de l'homme.

Devant l'abondance des spirochètes dans certaines cellules, Merklen et Waitz se demandent si les spirochètes ne se sont pas multipliés dans ces cellules.

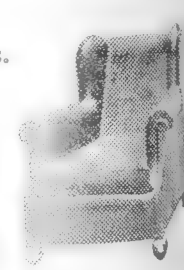
Chez les deux malades étudiés par eux cette décharge de spirochètes intracellulaires fut précoce (huitième jour de la maladie) et précéda la spirochéturie libre, d'où réel intérêt diagnostique.

Hépatite amibienne à poussées ictériques répétées pendant 11 ans. Abcès du foie consécutif. — MM. ***Pr. Merklen***, ***R. Waitz***, ***C Albot*** et ***J. Kabaker*** rapportent l'histoire d'un malade qui a contracté en Syrie en 1921 une dysenterie amibienne complètement guerie en 1922. De 1922 à 1932 il présente chaque printemps un ictère infectieux fébrile sans décoloration des fèces durant deux à quatre semaines. Dans l'intervalle de ces poussées ictériques l'état général est parfait.

Après la onzième poussée la régression des signes généraux est incomplète, et rapidement se constitue un abcès aigu dysentérique dans le lobe gauche du foie, abcès récent comme le montre l'intervention chirurgicale.

La biopsie permet d'étudier les altérations hépatiques : congestion sinusoïdale, état foncé des travées, sclérose importante





BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes

à type surtout de réticulose, modifications du chondriome. Elles traduisent l'existence d'une hépatite diffuse ancienne.

Cette observation montre la possibilité pour l'amibe d'engendrer des ictères et l'utilité qu'aurait dans certains cas d'ictères un traitement d'épreuve à l'émétine.

Résultats éloignés d'une splénectomie pour ictère hémolytique suivie depuis 6 ans. — ***MM. de Gennes*** et ***Laudat*** signalent au cours de l'évolution de ce cas, d'abord l'hypocholestérinémie et l'hypolipidémie avant l'intervention puis l'augmentation brusque après l'opération accompagnée de crises de colique hépatique avec ictère.

Gangrène et diabète. Transformation d'une gangrène humide en gangrène sèche. — ***M. Maurice Renaud*** présente une malade atteinte de gangrène de deux orteils dont l'observation pose les problèmes complexes du traitement et de la gangrène et du diabète, dans des conditions particulièrement ardues.

L'histoire est simple. Une femme de 60 ans présente une mortification du pied. Quand on la voit pour la première fois les accidents durent depuis quelques jours. L'œdème remonte à mi-jambe, le pied est tuméfié et plus rouge que cyanotique. On découvre que la malade est diabétique ; glycémie à 3 gr., acidose légère.

Après deux jours de jeûne au lacto-sérum, et deux injections de sapoïde d'acridine, le sucre a disparu des urines, et la lésion a perdu tout caractère phlegmoneux.

Depuis ce moment la mortification s'est limitée aux deux premiers orteils. Elle a pris l'aspect noir typique et la consistance sèche des gangrènes séniles par artérite.

La thérapie chimique et le traitement antidiabétique ont ainsi fait disparaître du syndrome l'élément infectieux. On voit ainsi nettement que dans cette gangrène qu'on serait tenté de prendre au premier abord pour une complication directe du diabète, il y avait en réalité une mortification par artérite qui avait pris d'emblée forme humide, grâce au diabète.

Les accidents immédiats étant écartés que convient-il de faire ?

La cure de lacto-sérum et le régime lacté strict ont rendu jusqu'ici le service de ménager le rein défaillant, de supprimer toute glycosurie, sans avoir recours à l'insuline autrement que pour opothérapie. La glycémie reste élevée. Y aurait-il intérêt à multiplier les doses d'une insuline qui n'arrive que temporairement à la réduire ? M. Renaud ne le pense pas.

Faut-il proposer une amputation ? Elle devrait être haute, très haute. M. Renaud croit qu'on peut temporiser, et attendre l'élimination spontanée des orteils.

Traitement du mal épileptique par l'acétylcholine. — ***M. de Gennes*** rapporte un cas heureux et signale la nécessité de faire précocement le traitement pour en obtenir des résultats.

Thrombose veineuse coronarienne avec infarctus du myocarde au cours d'une bronchopneumonie. — ***MM. Ch. Achard, M. Bariety*** et ***Mlle A. Wilm.*** — Un malade atteint de bronchopneumonie paraît entrer en convalescence. Brusquement il présente des accidents syncopaux avec douleur rétrosternale, angoisse et polypnée. Il meurt en quelques minutes. L'autopsie montre des lésions chroniques d'artérite coronarienne (le malade était syphilitique), et surtout une thrombose leucocytaire dans une veine coronaire. Autour de cette oblitération veineuse, la congestion, l'œdème interfasciculaire, la dislocation des fibres musculaires réalisaient le stade initial d'un véritable infarctus myocardique.

Les auteurs soulignent l'altération septique des vaisseaux myocardiques comme cause de mort subite lors des infections graves, et l'importance des altérations des veines du cœur à côté des lésions artérielles.

Rapidité d'apparition d'un épithélioma spino-cellulaire post-traumatique. — ***MM. E. Duhot, Loygne*** et ***Delacourt*** (Lille).

Tumeur cortico-surrénale, vergetures, radiothérapie. — ***MM. Apert*** et ***Dubost.***

Remarques biologiques et thérapeutiques sur six cas de maladie de Paget. — ***MM. M. Labbé, Boulin, Escalier*** et ***Nepveux.***

Michelle Valentin-Zagdoun.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 novembre 1932

A propos du raccourcissement du fémur sain dans la grande boiterie. — ***M. Raphaël Massart*** vient clore la discussion qui avait suivi sa première communication ; les observations apportées en nombre important, permettent de conclure que c'est une méthode à conseiller chaque fois qu'un raccourcissement dépasse huit centimètres et détermine des troubles importants de la statique et de la marche.

Spina bifida occulta de la première vertèbre sacrée avec énurésie. — ***M. Raymond Bonneau*** présente un cas complexe. L'incontinence nocturne des urines est en rapport avec un état d'hypercontracture d'une vessie qui, d'autre part, présente des malformations : cellules et colonnes, disparition du pli postérieur du trigone. La radiographie montre l'ouverture large du premier arc sacré postérieur. Une injection anesthésiante par voie sacrée a donné une guérison temporaire.

Pseudo-kyste traumatique du pancréas. Marsupialisation. Guérison. — ***M. Ch. Perrier*** (de Genève) communique l'observation d'une malade qui, à la suite d'une chute, a vu se développer une tumeur abdominale. A l'opération, on trouve, derrière l'estomac, une tumeur blanche, d'aspect cartilagineux, d'où la ponction retire un litre et demi d'un liquide brunâtre. Cette poche, adhère au pancréas et à la paroi abdominale postérieure. Marsupialisation La poche, drainée pendant un an, guérit. Mais, un an après, des phénomènes de subocclusion nécessitent une nouvelle opération. On constate que l'épiploon est adhérent au côlon transverse et l'étrangle. Libération des adhérences et résection épiploïque. Une petite masse, grosse comme un œuf, adhérente à la queue du pancréas est le seul reliquat du gros kyste opéré antérieurement. Guérison.

Compte rendu d'une mission en Amérique du Sud. — ***M. Dufourmentel*** fait le récit intéressant et détaillé de la mission qu'il a accomplie en République Argentine, en Uruguay et au Brésil.

Pseudarthrose de l'humérus. Opération: contention des fragments par le fixateur interne de Boever. Guérison. — ***M. Judet*** communique l'observation d'une absence de consolidation d'un humérus fracturé à sa partie moyenne. Une intervention permit de lever une interposition musculaire et de constater des fragments osseux décalcifiés. Après avivement osseux, l'auteur a fixé l'os avec l'instrumentation de Boever laissée en place quarante-cinq jours. La consolidation ne s'est faite qu'en trois mois. L'auteur pense que la fixation externe est appelée à supplanter, dans de nombreux cas, l'ostéosynthèse par plaque.

Carphologie pubienne. — ***M. Mouchet*** (de Stamboul) apporte une observation où la présence de ce signe, après une plaie du crâne, a permis de porter un pronostic fatal.

Restauration fonctionnelle d'un cas de perte de l'articulé dentaire. — ***MM. Dufourmentel, Darcissac*** et ***Henpion*** présentent un malade auquel la résection du condyle gauche du maxillaire et un traitement prothétique ont rendu l'articulé normal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 novembre 1932

Fréquence actuelle de la maladie de Nicolas-Favre. — ***M. Schulmann*** a observé en quelques mois 26 cas de cette affection, quatrième maladie vénérienne qui semble prendre actuellement une certaine extension. La fidélité de la réaction de Frei a permis de déceler les formes frustes utiles à connaître au point de vue prophylactique. Le traitement stibié semble être le meilleur.

A propos d'un sarcome ostéogénique traité par la radiothérapie. — ***MM. Ch. Guilbert*** et ***André Tardieu*** rapportent une observation de sarcome ostéogénique de l'humérus gauche, survenu chez un garçon de 15 ans, sans autre signe précurseur que des douleurs rhumatoïdes, sans caractères précis suffisantes toutefois pour égarer le diagnostic précoce et la thérapeutique initiale. Des clichés successifs pris au cours du traite-

ment radiothérapique montrent la disparition progresive de la lésion osseuse, véritable guérison locale. Mais le traitement fut impuissant à enrayer l'évolution fatale, survenue à la suite de nombreuses métastases dont les plus évidentes étaient craniennes et pulmonaires. L'efficacité de la radiothérapie des ostéosarcomes dépend du type anatomique en cause que la radiographie permet de reconnaître lorsqu'il s'agit d'une forme pure. A noter enfin, certaines similitudes cliniques et hématologiques entre le sarcome ostéogénique et certains états septicémiques.

Hypotrophie des mâchoires et son retentissement sur la santé organo-psychique. — *M. Pierre-Robin* insiste sur la gravité de l'atresie mandibulaire et la glossoptose congénitale. Il présente un mécanisme pathogénique des crises d'étouffement chez le nourrisson, qui, pouvant aller jusqu'à l'asphyxie expliquerait la mort dite thymique dont on ne connaît pas la vraie cause. Il expose les moyens de traiter cette atrésie congénitale et ceux de lutter contre les crises d'étouffement.

De la valeur de la glycérine en tant qu'agent sclérosant des varices. — *M. Raymond Tournay* étudie la glycérine, préconisée récemment, surtout par Jausion, comme sclérosant des varices présentant sur les autres produits d'« indéniables avantages », ne semble pas avoir tenu toutes les promesses de ses débuts. En réalité, elle est un sclérosant doux, peu douloureux, peu caustique, mais d'action parfois faible, lente et incomplète. Relativement difficile à manier du fait de sa viscosité exigeant l'emploi d'aiguilles de calibre suffisant, du fait également des quantités importantes (10 à 20 c.c.) de solution qu'il faut injecter. Non dépourvue de toute toxicité, puisque provoquant fréquemment, même additionnée d'alun, de chrome, des hématuries. Sans supériorité nette, en définitive, sur les autres produits sclérosants, la glycérine est à employer dans les cas où ces derniers sont contre-indiqués, ainsi qu'à titre d'adjuvant.

Cholécystostomie ou cholécystectomie. — *MM. Victor Pauchet* et *A. Hirschberg* sont partisans de la cholécystostomie, opération bénigne désintoxiquant rapidement le malade et mettant les voies biliaires au repos. Elle doit être pratiquée suivant une indication précise. Faite en effet sur une vésicule peu touchée ou au cours d'un état biliaire vague, la stomie risque de créer des complications d'ordre inflammatoire soit du côté de la vésicule, soit du côté de la voie principale. Elle doit être réservée aux états bilieux évolutifs nettement caractérisés où la résection est contre-indiquée soit en raison du risque immédiat, soit du fait de ses séquelles à distance graves et toujours possibles.

Nouvelle observation à propos de l'opération de Steinach n° 2. — *M. Georges Luys* rapporte une nouvelle observation d'un malade opéré de la ligature épididymo-testiculaire pratiquée comme premier temps du forage de la prostate et après laquelle il a pu constater que les testicules avaient au moins doublé de volume.

Il préconise cette opération comme premier temps du forage de la prostate qui, dans ces conditions, donne des résultats constants et durables.

A propos de la prostatectomie. — *M. Pascalis* montre que les perfectionnements apportés à la prostatectomie par la méthode de Freyer sont responsables de la plupart des complications.

P. Prost.

« On peut affirmer que les urétrites chroniques bien traitées doivent guérir parfaitement. Toutefois, il ne faut pas confondre la guérison avec la *restitutio ad integrum*. Après une fracture, il existe un cal, après une plaie, il existe une cicatrice. Pour l'urétrite quelques signes insignifiants pourront persister, indiquant la présence d'un état encore anormal, mais c'est l'équivalent du cal de la fracture ou de la cicatrice de la plaie. Il sera souvent difficile de faire admettre ce point au malade. Tel sujet qui, ayant une fracture de jambe se considérera comme guéri bien qu'ayant encore quelques douleurs ou un peu d'œdème malléolaire en fin de journée, s'inquiétera outre mesure parce qu'il conserve une vague humidité du canal avec quelques filaments muqueux dans les urines. » (R. Dossot et M. Palazzoli. *In Introduction* : Les urétrites chroniques. Diagnostic et traitement. Un vol., 1932, Masson, édit.).

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Intoxication saturnine par une poudre nasale. Troubles urinaires au cours de la colique

MM. Gendron et Auvigne rapportent (*Soc. Méd. Ch. des Hôp. de Nantes*, avril 1932) l'observation d'un curé de campagne qui pour combattre un coryza chronique prisait une poudre à base d'étain dans laquelle par méprise fut incorporée de la mine de plomb.

Au bout de trois mois, survint une violente colique saturnine se compliquant de rétention d'urine.

Les auteurs insistent sur la rareté :

1° De l'intoxication par une poudre nasale ;

2° Des troubles urinaires au cours de la colique métallique.

Traitement de l'insomnie

M. Grimbert montre (*Soc. de M. de Paris*, 10 juin 1932) l'efficacité comme calmant et tonique nerveux des bains à l'oxygène naissant. Ce dernier est obtenu par addition au bain de perborate de soude et d'un catalyseur.

Hémoptysies trachéales non tuberculeuses

M. L. Leroux signale (*Soc. de M. de Paris*, 10 juin 1932) que l'hémoptysie, en l'absence de preuve clinique ou radiologique de tuberculose, peut être due à de banales lésions de la muqueuse trachéo-bronchique, analogues aux lésions si fréquentes de l'épistaxis nasal. Seule, la bronchoscopie montre la lésion causale et permet la cautérisation thérapeutique. Son emploi habituel montre la fréquence de ces lésions.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Sur un Traitement des Accidents infectieux de la Puerpéralité

par le Docteur P. LE GAC (de Callac)

Les suites de couches pyrétiques sont une source d'ennuis pour le médecin. Quand il a fait l'intervention, la famille a toujours tendance à vouloir attribuer au praticien tout ou partie de la cause de la maladie. D'ailleurs, il arrive souvent que le diagnostic ne soit pas facile, parce que les localisations de l'infection puerpérale ne sont pas nettes. Ou bien encore on peut se trouver en présence d'une affection d'origine non obstétricale, qui, vu le moment où elle se déclare, égare les recherches cliniques dans un sens inexact.

Il m'a été donné d'employer, depuis quelques années, dans des cas variables de *post-partum* pathologiques, une thérapeutique facile à mettre en œuvre. Elle m'a donné les meilleurs résultats. Dans le nombre de mes observations, je ne veux citer que les trois cas suivants ; ils sont suffisamment dissemblables pour se faire une opinion sur l'emploi de l'iode colloïdal électro-chimique, dans le traitement des phénomènes infectieux qui suivent certains accouchements.

Première observation

En octobre, un confrère fatigué me prie de le remplacer auprès d'une malade, Mme F..., 28 ans, dont il me raconte l'histoire :

Il y a environ un mois, Mme F... est prise, au milieu de la nuit, d'une hémorragie grave, symptôme le plus marquant d'une fausse-couche de trois mois environ. A l'arrivée du confrère, la malade est exsangue et il pratique le curage digital, faisant en même temps du sérum physiologique sous-cutané. L'hémorragie continue après l'intervention, et la malade fait une série de syncopes : sérum intraveineux, ergotine, etc., viennent bientôt à bout des symptômes alarmants. Pendant quatre jours,

la malade semble aller mieux, puis l'écoulement de sang se reproduit très abondant ; curetage, injections diverses, etc., permettant de nouveaux espoirs. Mais à partir du lendemain, température, douleurs utérines et abdominales, etc., tout le cortège d'une fièvre puerpérale grave qui, étant donné l'état anémique de l'intéressée, semble devoir être fatale. La malade se maintient cependant entre la vie et la mort pendant trois semaines, grâce à des soins continuels et énergiques, mais le pronostic est évident.

C'est à ce moment que je commence le traitement : le 5 octobre, vers 16 heures, je me trouve en présence d'une jeune femme très pâle, amaigrie, asthénique, présentant une température de 39°5, complètement démoralisée.

Le toucher vaginal est douloureux et révèle un col gros et des parois enflammées. Une abondante sécrétion purulente tapisse l'intérieur de l'organe. Le palper et le toucher combinés montrent un utérus gros, mou, plus particulièrement douloureux à droite (région tubo-appendiculaire).

L'abdomen, légèrement ballonné, fait mal dans toute son étendue, et les douleurs sont plus intenses à la pression, surtout dans la région pelvienne et au niveau du foie.

Céphalée. Soif modérée. Anorexie.

L'auscultation révèle une atteinte discrète du sommet droit. Cœur régulier, rapide (120-140), sans lésions orificielles.

Mon diagnostic est « métrite et péritonite subaiguës, d'origine puerpérale », et mon pronostic est des plus réservés. Je conseille seulement des injections vaginales d'eau bouillie, et l'application matin et soir, d'un ovule à l'iodéol.

Le 6 octobre, je revois la malade de nouveau à 16 heures.

La température est inchangée, mais le ventre qui *paraît* moins ballonné *est nettement* moins douloureux spontanément et aussi à la pression. Le vagin laisse écouler un liquide abondant, mélange des sécrétions et des produits de fusion de l'ovule.

On continue le même traitement et, après 24 heures, on constate une nouvelle régression des symptômes douloureux, un ventre franchement moins gros, un utérus tonifié, et une chute de la température : 38°1.

Le 8 octobre : température 37°5, suppression presque absolue des douleurs, état général bon. La malade et sa famille renaissent à l'espoir.

Je ne revois la malade que le 10 ; température normale, faciès bon, un peu coloré, moral excellent. Ventre plat, indolore spontanément, et très peu sensible à la pression.

La guérison qui semble acquise se maintient les joure suivants et un traitement tonique vient rapidement à bout de l'asthénie et de l'anémie, tandis que la lésion (?) du poumon disparaît.

Deuxième observation

Le 18 novembre, vers 22 heures, je suis appelé auprès de Mme Le C..., 20 ans, qui a eu un bébé vers 14 heures et qui n'a pas encore expulsé son placenta. Une délivrance artificielle difficile me permet d'obtenir la totalité de l'arrière-faix, et je quitte vers 23 h. 30, la femme qui ne présente aucun symptôme pathologique.

Le 21 novembre, la jeune accouchée se serait sentie « mal en train », mais je suis seulement rappelé le lendemain : faciès rouge, état saburral, soif intense, céphalée, température 39°4. Le toucher vaginal eet indolore, et combiné au palper, révèle un utérus subissant une involution normale. Aucun symptôme de fièvre puerpérale. L'examen des divers appareils ne montre rien de spécial : seulement absence de selles depuis l'accouchement. Je prescris 30 grammes d'huile de ricin et l'application, matin et soir, d'un ovule à l'iodol. Après quarante-huit heures tous les symptômes pathologiques ont disparu. La température est de 37°, et dix jours après la naissance de son enfant Mme Le C... peut se lever.

Troisième observation

Le 26 décembre, on me prie de donner des soins à Mme Le B..., 35 ans, qui a donné le jour à un enfant le 19, en la seule présence des voisines. L'accouchement aurait été absolument normal, et la délivrance aurait été complète.

Il s'agit d'une IV pare, qui a eu, il y a dix-huit mois, un autre enfant (présentation de la face, qui, après transformation d'une mento-sacrée en mento-pubienne, a donné un accouchement normal et n'a jamais fait d'infection génitale). Actuellement, elle se plaint de la région utérine, de céphalée, d'anorexie, symptômes qui sont allés s'aggravant depuis trois jours, la température est de 39°4.

Le toucher vaginal révèle un abcès volumineux (grosseur du poing) du cul-de sac de Douglas, et dont la collection se développe surtout à droite. La palpation de cette tumeur est très douloureuse et le liquide — s'il y en a — n'est pas perceptible, par suite de la forte tension des parois : l'examen au spéculum confirme les renseignements donnés par le toucher, et la ligne de conduite semble nette : l'incision. Mais la malade refuse énergiquement, malgré les conseils du médecin et les larmes de la famille, toute intervention et « préfère mourir de sa maladie que de l'opération ».

Je prescris l'application, matin et soir, d'un ovule à l'iodéol qui, dans ma pensée, s'ils n'ont pas de rôle thérapeutique en la circonstance, feront une désinfection du vagin, ce qui, ultérieurement, éviterait des complications au moment de l'intervention que je pense devoir être bientôt acceptée par la malade.

Je revois celle-ci quarante-huit heures après (quatre ovules ont été mis) : l'état général est meilleur et la malade se félicite de ne pas s'être laissée opérer, la température est de 38° et au toucher, la collection est très diminuée de volume et beaucoup moins douloureuse. Devant ce résultat, on continue l'emploi des ovules, sous surveillance.

Deux jours après, la collection s'est encore réduite et est de plus, presque indolore. L'état général est bon : température 37°6.

Le 6 janvier, la température est normale, seule subsiste une légère induration du Douglas.

Je n'ai volontairement cité ici que des cas où la seule thérapeutique a été l'iodéol, sous forme d'ovules. Selon les circonstances et la gravité apparente de l'état de la malade, il arrivait souvent que je faisais en même temps curetage, injections intraveineuses, etc., mais ces traitements étaient toujours accompagnés de l'emploi des ovules à l'iodéol. Ceux-ci, en effet, de par leur mode d'action complexe, étaient toujours utiles, et il est curieux de constater *que, dans tous les milieux*, la pose *in situ* d'un topique est acceptée avec enthousiasme : l'argument thérapeutique se double d'une considération psychique qui n'est pas sans valeur.

Mode d'action des ovules à l'iodéol

L'ovule à l'iodéol a tout d'abord une *influence exosmotique* : la pâte constituant l'excipient de l'ovule, est particulièrement riche en glycérine. Celle-ci exerce à travers l'endothélium, une absorption des liquides toxiques dont sont gorgées les muqueuses. Ces liquides toxiques sont ainsi rejetés au dehors, tandis qu'arrive, pour les remplacer, une lymphe fraîche. L'écoulement abondant de sérosités, qui suit la mise en place de l'ovule, démontre facilement cette action physique. L'iodéol, mis en liberté par la fusion de l'ovule, agit aussitôt comme *antiseptique local* et aussi comme *antiseptique général*, par suite de la grande faculté d'absorption des muqueuses turgescentes de l'organe. Nous obtenons ainsi une injection parentérale déguisée, dont les effets se portent sur les microbes du sang. Ce mécanisme explique les effets bienfaisants des ovules à l'iodéol dans les infections, qui, indépendantes de la puerpéralité, coïncident avec les suites de couches.

A propos d'un laxatif nouveau particulièrement recommandable en gynécologie (Docteur Hermann Ganzle, in *Arztliche Sammelblatter.*)

Dans sa « Thérapeutique moderne de pathologie interne et générale », le Docteur Rudolf Frank recommande un laxatif formé de fruits et de matières végétales, généralement connu sous le nom de « Pasta Palm ».

L'heureuse association de follicules de séné à un mélange de figues et de raisins permet d'atténuer et même de supprimer les spasmes intestinaux et les coliques habituellement consécutives à l'absorption du séné.

Une longue expérience du Pasta Palm nous permet de dire qu'il constitue un laxatif très doux et cependant très efficace. En outre, il a l'immense avantage d'être très agréable à absorber et ne ja ais entraîner aucune accoutumance.

Ses plus beaux succès ont été obtenus en gynécologie, dans les constipations atones si fréquentes chez la femme, dans les constipations consécutives à l'alitement prolongé, dans les affections inflammatoires du petit bassin provoquant une constipation réflexe, dans les paresses intestinales des femmes enceintes, des accouchées ou des opérées.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

L'enseignement de la Faculté. — *Dans le* JOURNAL DES PRATICIENS (29 *octobre* 1932), *une* LETTRE OUVERTE *du Professeur Noël Fiessinger à* MAURICE RENAUD, MÉDECIN DES HÔPITAUX, EN RÉPONSE A UN ARTICLE VÉHÉMENT CONTRE L'ENSEIGNEMENT DE LA FACULTÉ (*Revue Critique de Path. et de Therap., septembre* 1932). *En voici un extrait* :

..... Oui, le refrain à la mode est de dire : « A l'école, je n'ai rien appris ; on m'a bourré la tête de sciences accessoires et je n'ai rien connu de la clinique ». Ce refrain n'est pas d'aujourd'hui, mon maître Huchard s'en délectait, mon excellent père y revient souvent. A l'école, on n'apprend pas de clinique. Mais, mes bons maîtres, mon cher ami, êtes-vous si aveugles pour ne pas voir que la *vraie clinique ne s'apprend pas*, elle s'infiltre toute seule dans l'esprit et mieux dans l'âme du médecin. Une infiltration doit être acceptée, l'esprit médical se défend contre ce qui, de cet ordre, vient de l'extérieur. Il y a un anticorps chez l'élève qui écoute, contre le maître qui enseigne. Cet anticorps, ce n'est pas un signe de moindre valeur, c'est au contraire à mon avis un signe de supériorité. Mon bon maître Chauffard, aimait en observer la manifestation. La conquête d'un esprit ne vas pas sans combat. La clinique est une éternelle conquête. Non, mais voyez un maître capable de vous *apprendre* la clinique en deux ans de stage ? Dirais-je que votre accusation est puérile et que votre critique, si elle est juste, *sera toujours juste*, même quand ce sera vous qui professerez.

Alors, il faut supprimer *le reste* : l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la chimie, la physique ? Oui, supprimez tout ! Faites une école professionnelle sans aucun enseignement livresque. En cinq ans d'étude dans votre stage de huit mois, vous apprendrez tout de la médecine. On fera des internats dans tous les hôpitaux. Le médecin sera formé comme un chien de chasse. C'est très beau ! Mais un chien de chasse n'est différencié que contre une dizaine de gibiers, la médecine, mon bon ami, est un peu plus riche... en gibier.

.....

La médecine évolue, cher ami, les sciences l'envahissent. Il faut que le médecin sache lire et juger des analyses chimiques, bactériologiques, hématologiques et autres. Ce jugement ne peut être assis que sur des connaissances précises. Trop de médecins tirent de constante d'Ambard, d'azotémie, de métabolisme basal, de colibacillurie, des conclusions erronées pour qu'on puisse conclure à l'inutilité d'un enseignement adapté à une médecine autre que celle d'il y a cinquante ans. Je suis de ceux qui essaient de voir, qui croient au progrès, je voudrais être de ceux qui aident le médecin à en saisir l'intérêt. Réduire le médecin au rôle d'un être qui doit ignorer tout de la médecine contemporaine, c'est l'abaisser, c'est l'écraser. Si certaines intelligences sont rebelles à ces notions, il y aura assez de jeunes, vraiment jeunes, pour nous suivre. Les cours de la Faculté doivent élargir l'intelligence, faire voir large. Il y a assez d'épreuves anonymes à l'externat, à l'internat et au médicat où la médecine immuablement fixée dans des moules anciens et périmés tend à abrutir et à vieillir l'intelligence, il faut permettre à certains esprits moins soumis de sortir de cette vieille médecine où le lieu commun et la banalité essaient d'éblouir sous l'aspect d'une clinique de surface et sans perspective. Les épreuves qui doivent sélectionner les élites hospitalières sont de plus en plus absurdes, à mesure que progresse la science. Cette vieille Faculté, toute vieille qu'elle est, essaie de faire neuf. Grosse prétention, cher ami, je l'admets. Mais c'est un effort quand même et cela, tu ne le sais pas, mais tu l'approuves j'en suis certain. Si avec mon ami, le Professeur Baudouin, nous avons institué un cours de technique biologique, c'est dans ce but, ouvrir les yeux de ceux qui veulent essayer de regarder plus loin sur les orientations de la médecine moderne, celle que les services hospitaliers ignorent et ne peuvent apprendre.


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique_
Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES
AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS_8e
TÉL. LABORDE : 15-26

Je ne répondrai pas à ta critique des travaux pratiques. Tu les veux tous dans la même salle. Comme tu vois « simple ». Alors, tu crois que c'est possible de passer d'une matière à l'autre avec cette facilité. Tu ignores que les années de médecine dépassent mille élèves. Tu critiques sans savoir. Tu devrais apprendre et voir d'abord.

On accuse toujours la Faculté. Cette pauvre vieille ne répond pas. Elle est mal organisée, il y a trop de travaux pratiques ! L'enseignement est mal fait. Et patati et patata. Tout cela, c'est facile. Faites d'abord une enquête sur place. Et essayez de faire mieux. Je vous en souhaite, vous ignorez la complexité de la réalité et l'encombrement des influences administratives.

Les réformes ne dépendent pas de la Faculté. Elle les subit. Elle les adapte.

Quant à la reconstruction de la Faculté ! On ne sait qu'une chose. Cela traîne tellement en longueur que l'argent américain risque de fondre. On hésite pour le lieu comme pour le moment, pour le principe comme pour la réalisation. Certaines reconstructions ailleurs ne sont pas encourageantes. La Faculté actuelle, cependant, a été construite pour trois fois moins d'étudiants. Les travaux pratiques deviennent impossibles. Il faut faire quelque chose. On attend, car quoi qu'en pense Maurice Renaud, la Faculté n'est que consultée, c'est *un organisme sans système moteur*. Ne nous étonnons pas qu'elle reste sur place.

Le point central de tout ce problème est la *limitation du nombre des étudiants*. Il y en a trop, trop d'étrangers et même trop de Français. Il faudrait un concours d'entrée dans chaque Faculté, ou un choix des élèves. Les années seraient de deux cents élèves. Elles sont de près de mille. Les élèves non admis se présenteraient en province dans d'autres Universités. Chaque Université ferait, en quelque sorte, son choix. Avec ce désencombrement, les rouages fonctionneront sans difficultés. Mais cela c'est impossible ! C'est contraire aux règlements français, dont l'âme prends corps dans les principes de liberté et d'égalité. Alors, il faut tout changer !

Et c'est là, où j'en arrive. Mon cher ami Renaud, tu es injuste en accusant de tous les méfaits une personnalité sans liberté et sans indépendance. La pauvre Faculté encaisse toujours, elle n'y peut rien. C'est l'organisation sociale qui est en cause et cela, c'est une tout autre affaire.

Les origines de la sérothérapie. Son passé, son présent, son avenir. — *Communication de M. Charles Richet, à l'Académie de médecine.* (25 oct. 1932),

Le 5 novembre dernier, quarante-quatre années ont passé depuis le jour où nous donnions, Héricourt et moi, à l'Académie des sciences, une communication sur la *Transfusion péritonéale et l'immunité qu'elle confère*.

Les expériences dont nous faisions connaître les résultats mettaient en évidence ce fait absolument nouveau, à savoir que *le sang d'un animal immunisé contre une infection confère à un autre animal (sensible à cette infection), l'immunité qu'il a acquise*.

Cette *hématothérapie*, devenue aussitôt *sérothérapie* dont nous avions, dès le premier jour, prévu l'extension, devait bientôt prendre un développement qui dépassait toutes nos espérances.

Une nouvelle thérapeutique apparaissait, qui devait apporter au traitement des maladies infectieuses la médication spécifique dont elles étaient presque toutes dépourvues, et les nouvelles applications se succédèrent sans répit.

Aujourd'hui, la méthode est *classique*. C'est dire que, parmi les nombreux médecins qui la pratiquent couramment, il en est sans doute qui seraient en peine de dire de quel pays elle est venue, et quels en furent les inventeurs.

En 1887, donc, ayant entrepris des recherches sur la nature du cancer, nous avions trouvé, dans une tumeur que portait une chienne, un staphylocoque assez semblable au *Staphylococcus albus* banal, bien que de plus petites dimensions, et se cultivant facilement.

En injectant ce microorganisme sous la peau des chiens pour essayer de reproduire une tumeur, nous constations que cette inoculation provoquait seulement la formation d'un abcès abcès simple, de guérison rapide d'ailleurs. Pourtant, injecté sous la peau des lapins, il faisait des abcès gangréneux, suivis rapidement d'une septicémie qui tuait les animaux en un ou deux jours, parfois même en quelques heures ; d'où le qualificatif de *Pyosepticus* que nous avions donné à notre staphylocoque.

L'idée nous vint alors de transfuser dans le péritoine des lapins du sang de chien ayant fait un abcès proseptique, afin de

voir si ces lapins ne se trouveraient pas, de ce fait, immunisés contre la septicémie pyoseptique.

Les résultats confirmèrent nos prévisions. Les lapins transfusés avec le sang des chiens immunisés et guéris échappaient tous à la septicémie mortelle, ne présentant plus au point d'inoculation qu'un léger œdème de courte durée. Par contre, les lapins ayant reçu du sang de chiens éprouvés par le *Pyosepticus* ne résistaient pas à l'infection, qui évoluait toujours comme une septicémie gangréneuse suraiguë.

Relatant cette expérience dans notre note du 5 novembre 1888, nous ajoutions : *Cette influence du sang de chien donnant aux lapins une sorte d'immunité pour les maladies auxquelles résiste le chien s'étend peut-être à d'autres maladies (le charbon, la tuberculose...). Nous poursuivons des recherches dans ce sens.*

La sérothérapie était née.

Bien entendu, notre premier souci fut d'appliquer la nouvelle méthode au traitement de quelqu'un de ces maux qui, par leur gravite et leur fréquence, constituaient de véritables fléaux.

Aussi bien, pûmes-nous, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître, le Professeur Verneuil, faire le 6 décembre 1890 la première injection sérothérapique qui ait été faite sur l'homme.

Or, tandis que nous poursuivions l'étude de la sérothérapie antituberculeuse, laquelle, pour intéressante qu'elle fût ne nous donnait rien de décisif, Behring et Kitasato appliquaient notre procédé au traitement du tétanos et de la diphtérie et, en décembre 1890, les auteurs publiaient leur mémoire sur la sérothérapie de ces deux maladies, sérothérapie qui leur avait donné d'éclatants succès.

Ils paraissaient cependant plus satisfaits du sérum antitétanique que du sérum antidiphtérique, ce qui ne laisse pas que de surprendre aujourd'hui que le sérum antitétanique est tenu pour plus sûrement préventif que curatif ; et que la sérothérapie antidiphtérique, introduite chez nous par les travaux de Roux, entrepris dès 1891, et présentés au Congrès de Budapest en 1894, apparaît comme le triomphe de la nouvelle méthode.

Il faut dire que la technique de la préparation du sérum antidiphtérique avait été grandement perfectionnée par Roux qui, notamment, comme animal donneur, avait, au lapin substitué le cheval dont le sérum peut être abondamment fourni, et est toujours bien toléré.

Notons que, pour la première fois, dans le *Mémoire* de Behring et Kitasato, on trouve une théorie de l'action des sérums thérapeutiques, ceux-ci agisssant, d'après ces auteurs, parce qu'ils contiennent une *antitoxine* qui neutralise la toxine sécrétée par les microbes dans les organismes infectés.

L'existence de cette toxine avait en effet été démontrée par Roux et Yersin.

En fait, dès la mise en pratique de la sérothérapie, la mortalité par diphtérie tombait de 50 à 10 p. 100.

Dès lors, la préparation de sérums thérapeutiques va se multipliant, et, à la fin du siècle dernier, en 1899, les chercheurs n'en proposent pas moins de quarante-cinq.

Sans doute, nombre de ces sérothérapies ne franchissent pas le domaine des laboratoires ; mais le XX[e] siècle qui commence va voir s'imposer décidément, et prendre place dans la thérapeutique classique, toute une pléiade de sérothérapies dont l'indication et l'efficacité ne seront plus discutées.

Telles sont, au premier plan, les sérothérapies de la peste et du choléra.

Pendant la guerre on a constaté la précieuse valeur du sérum antitétanique ; et bientôt les travaux de Vincent nous enrichissent de sérothérapies antistreptococcique et anticolibacillaire très actives et que rendent particulièrement bienfaisantes la multiplicité et la gravité des infections auxquelles elles s'adressent.

Entre temps, la sérothérapie antiméningococcique de Dopter avait apporte un remède héroïque à une maladie dont l'issue était jusqu'alors considérée comme toujours fatale.

Notons encore le sérum de Vaillard, contre la dysenterie bacillaire, la sérothérapie de la fièvre jaune et celle de la spirochétose hémorragique, et arrivons enfin à la paralysie infantile qui est peut-être la seule affection nerveuse qui ait perdu de son inexorable gravité grâce à la découverte par A. Pettit du sérum antipolyomyélitique. Même il est question, depuis peu d'une sérothérapie de la sclérose en plaques.

Et nous n'avons parlé que des sérothérapies spécifiques, homogènes, négligeant ces sérothérapies croisées, hétérogènes qui, pour être encore dans la phase de l'empirisme, n'en sont

pas moins précieuses et appelées sans doute à quelque avenir.

De ces sérothérapies, Roux et Calmette ont donné les premiers exemples, montrant que le sérum antitétanique était actif contre le venin des serpents.

On sait encore que le sérum des animaux immunisés contre le charbon symptomatique agit sur le bacille de la septicémie aiguë.

On a aussi essayé, non sans succès, le traitement de l'asthme par le sérum antidiphtérique et celui de la coqueluche par le sérum de la génisse vaccinée contre la variole, d'après cette observation que la vaccination des jeunes coquelucheux paraît avoir une heureuse influence sur la durée et la gravité de la coqueluche.

Notons enfin les essais de sérothérapie antistreptococcique contre le cancer, par Coley, à la fin du siècle dernier.

Ce n'est pas tout.

Le domaine de la sérothérapie s'est encore agrandi, ces dernières années, d'une annexe dont l'étendue paraît illimitée.

Il s'agit de l'emploi du sérum des convalescents.

On a commencé à employer ces sérums contre des infections humaines dont les germes étaient encore inconnus ou incultivables, ce qui rendait impossible la préparation d'animaux donneurs de sérum ; et ce fut la coqueluche qui d'abord profita de la nouvelle sérothérapie, avec succès d'ailleurs.

Puis on utilisa le sérum des convalescents contre la rougeole, contre les scarlatines graves, contre le typhus même, l'empruntant, quand on ne disposait pas de convalescents, à des sujets ayant eu autrefois la maladie, ou même ayant simplement vécu dans l'entourage des malades et ayant pu subir quelque infection inapparente.

Toutes ces nouvelles sérothérapies ont donné des résultats encourageants, et il n'est pas douteux qu'elles vont se multiplier et doubler le nombre des sérothérapies actuelles.

Ainsi dans la thérapeutique, le chapitre de la sérothérapie reste ouvert, et il est permis de penser qu'il enregistrera encore de nombreuses acquisitions et de nombreux perfectionnements.

D'une part, en effet, les vaccinations, par leurs progrès mêmes, vont indirectement servir les sérothérapies, limitées par l'impuissance où l'on était de préparer des sérums en vaccinant des animaux.

Telle la vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. de Calmette et Guérin permet d'intrevoir une application possible à la préparation d'animaux donneurs de sérum antituberculeux.

Et cela était à peine écrit que nous avons trouvé, dans les comptes rendus de la séance du 23 juillet de la Société de biologie, les résultats encourageants d'essais de sérothérapie antituberculeuse chez le lapin, à l'aide de sérum de chèvres ou de moutons préparés par l'injection du filtrat de culture de B. C. G. seul ou accompagnée de culture de B. C. G.

On peut prévoir aussi une vaccination contre la syphilis qui aurait pour conséquence une bienfaisante sérothérapie antisyphilitique.

Il est vraisemblable encore que la sérothérapie anticancéreuse qui, dès 1895, nous avait donné des résultats extrêmement encourageants, n'a pas dit son dernier mot et que les recherches entreprises de tous côtés avec tant d'ardeur pour éclairer l'étiologie du mal trouveront leur application dans la préparation d'un sérum curatif.

En outre, les questions soulevées à propos des sérums préventifs et des sérums curatifs, des sérums antimicrobiens et des sérums antitoxiques, des sérums purifiés, iront se précisant et de leur solution résultera sans nul doute un meilleur rendement de la méthode.

Car il ne faut pas passer sous silence la question du fléchissement de l'efficacité de la sérothérapie, qui s'est posée à propos du sérum antiméningococcique et du sérum antidiphtérique, ces deux plus beaux fleurons de la méthode. Vraisemblablement, la mise en évidence de différentes races microbiennes, et la nécessité de préparer des serums polyvalents, valable pour le sérum cérébro-spinal, le deviendra pour d'autres sérothérapies.

Je relève ici que la crainte injustifiée de l'anaphylaxie semble avoir trop souvent retardé l'application de la sérothérapie laquelle, pour être efficace, doit toujours être précoce ; car elle perd beaucoup de sa puissance en se faisant tardive.

Enfin apparaissent à l'horizon les auto-hématothérapie et les autosérothérapies qui s'apparentent à l'emploi des sérums de convalescents, et qui éclairent de nouvelles lueurs l'avenir de la sérothérapie.

Celle-ci n'arrivera-t-elle pas à être une des bases de la thérapeutique tout entière ?

Quelque incomplet et quelque imparfait qu'il dût être, nous avons voulu esquisser le tableau de l'état actuel de la sérothérapie, pour montrer qu'elles furent les suites aussi nombreuses, aussi importantes qu'imprévues, de nos heureuses expériences d'il y a quarante-quatre ans.

Il n'est que justice, pensons-nous, de ne pas les oublier.

Du traitement des petites azotémies par la suppression du petit café au lait du matin. — Pour M. A. Challamel (S. de Th., 8 juin 1932), les petits azotémiques (de moins de 0 gr. 80) ont un retour à la normale rapide en supprimant le lait, en faisant une cure de fruits, en agissant sur les fonctions du foie, La composition du petit déjeuner du matin, premier repas de la journée, est importante



Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 49 LE NUMÉRO : 50 Centimes 3 DÉCEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 23 novembre. — M. AMIGUES. La tuberculose des lobes surnuméraires du poumon. — Mlle JEANNACOPOULO. Dissociation auriculo-ventriculaire et grossesse. — M. JALEF. Le chlorhydrate de choline et ses applications en thérapeutique. — M. VÉRON. La crysothérapie dans le rhumatisme tuberculeux. — M. BOURGIN-VIENNOT. Etude du duodénum mobile. — M. ROBERT. Etude des métastases osseuses révélatrices des cancers ignorés de la prostate.

24 novembre. — M. TOURAINE. Indifférence et apragmatisme sexuels chez les déments précoces. — M. BASLEZ. Les poisons dans l'antiquité égyptienne. — M. LE PAVEC. A propos d'un cas de leucoplasie pharyngée. — M. BOUILLE. Les orchi-épididymites à staphylocoques. — M. LABOUREAU. Les fascias périrénaux, leur développement, leurs vaisseaux.

26 novembre. — M. LE VAN HUE. La réaction des hémolytines de Weil Kapka pour l'étude de la perméabilité méningée. — M. BRUN. Les hypophysites inflammatoires avec ou sans syndrome infendibulotubérien au cours des sinusites postérieures. — M. PAPAZOGLOU. Contribution à l'étude de l'évolution des abcès du poumon. — M. COURCHINOUX. La sclérose des varices et des hémorroïdes par la glycérine. — M. MARTIN. Etude des hépatomégalies syphilitiques tertiaires à formes anasitiques. — M. JOURNE. Etude expérimentale du paludisme dans la malariathérapie. — M. MAIRE. Contribution à l'étiologie nerveuse de certaines rétractions de l'aponévrose palmaire.

30 novembre. — M. ZANA. L'hormone parathyroïdienne en thérapeutique gastrique. — M. MILLIAU. Les scarlatines frustes et leur diagnostic. — M. LUTROT. Les maladies sociales aux Antilles françaises. — M. CHABED LAROUSSI. Contribution à l'étude de l'ankylostomiase en Tunisie.

3 décembre. — M. MOISNARD. Ovariotomie bilatérale au début de la grossesse.

Hôpital Cochin. — (Clinique de M. le Professeur ACHARD.) — *Cours de la semaine du 3 décembre au 10 décembre* 1932. — Samedi 3, à 10 h. 1/2, M. le Professeur ACHARD : Infarctus du myocarde. — Lundi 5, à 11 heures, Docteur THIERS : Accidents nerveux des cardiaques. — Mardi 6, à 11 heures, Docteur LAUBRY : Maladie de Reger. — Mercredi 7, à 11 heures, Docteur MARCHAL : Les souffles cardiaques systoliques. — Jeudi 8, à 11 heures, Docteur BENOIST : Examen clinique d'un diabétique. — Vendredi 9, à 11 heures, Docteur Sigismond BLOCH : La dyspnée chez les cardiaques. — Samedi 10, à 10 h. 1/2, M. le Professeur ACHARD : Accidents gravido-cardiaques.

La déclaration obligatoire de la tuberculose. — Le Conseil supérieur de l'hygiène publique de France s'est réuni pour discuter le rapport du Docteur Brouardel sur la déclaration obligatoire de la tuberculose.

Il a adopté, à l'unanimité, le principe de la déclaration obligatoire de la tuberculose.

Hôpitaux de Montpellier. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : Mlle Bougarel, MM. Marcoulidès, Puech, Terrel, Debay, Bédard, Soulier, Signoret, Crassous, Mlle Galtier, MM. Bétoulières, Manoli, Lapierre, Guillaume, Vedel, Egg, Donat, Radaody-Ralarosi, Nichet, Mlle Stoïka Cholakova.

Externes provisoires : M. Dayre, Mlle Genet, MM. Thibayrenq, Bigonnet, Leiser, Benoit, Alquié, Péguret.

Classés : MM. Quet, Porché, Joubé, Mlle Atger, M. Toye-Lazarin.

Hôpitaux de Nancy. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Dedur, Malton, Girard, Nicolas, Mlle Suhner.

Internes provisoires : Mlles Weissmann, Devin, M. Genet.

Externes faisant fonctions d'internes : MM. Hunckler, Thouvenot.

A la mémoire du docteur Tanton. — Le *Souvenir français* de Châlons-sur-Marne a pris l'initiative de poser une plaque avec effigie en bronze dans le vestibule de l'hôpital militaire, établissement où le Docteur Tanton a d'ailleurs exercé comme aide-major en 1901. L'autorisation ministérielle est accordée. Une souscription est ouverte par les soins de l'autorité médicale militaire parmi les médecins de l'armée.

Les souscriptions sont reçues dès maintenant par M. Pestre, banquier, trésorier du Souvenir français, 5, rue d'Orfeuil, à Châlons-sur-Marne.

Collège de France. — M. le Professeur H. VINCENT, membre de l'Institut, commencera son cours au *Collège de France* le mercredi 7 décembre, à 5 heures, amphithéâtre, n° 5, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : *L'infection et l'immunité.*

Comité de défense du docteur Zakine. — Un Comité de défense s'est constitué ayant pour objectif de protester contre la condamnation dont a été victime le Docteur Zakine le 17 octobre 1932 et contre laquelle il s'est pourvu en appel.

Adresser votre adhésion au secrétaire du Comité, Docteur CHEBAT, 2, rue Dautancourt, Paris (17e).

Musique et poésie à l'hôpital. — L'Œuvre de musique et poésie à l'hôpital va donner le mardi 20 décembre à 8 h. 30 une soirée romantique afin de se procurer les fonds nécessaires pour les séances de cinéma et les matinées récréatives des hôpitaux d'enfants.

Cette œuvre, organisée depuis dix-huit mois par des artistes désintéressés a pour but de présenter aux malades des hôpitaux de l'Assistance des Œuvres artistiques et littéraires d'une portée à la fois morale, intellectuelle et artistique. Fondée par une femme de médecin, cette compagnie se fait un devoir d'en donner l'initiative au Corps médical et par suite doit être encouragée et soutenue par tous ceux qui voient en la vie médicale une profession de haut idéalisme et de dévouement.

Le concert de musique et poésie à l'hôpital aura lieu Maison Pleyel, salle Chopin, et commencera par une conférence de Me Chassinat, avocat à la Cour d'appel pour présenter les trois grands musiciens de l'époque Chopin, Schumann et Schubert.

Victor Gille, le grand pianiste interprètera Chopin. MlleMorand, 1er prix de violoncelle du Conservatoire national, Mlle Jane Court, 1er prix de violon du Conservatoire national, Mlle de Mayo, pianiste virtuose, prix du Conservatoire national, interprèteront Schumann.

Mme Georges Dupau, cancatrice de l'Œuvre de musique et poésie à l'hôpital accompagnée par Mme Lebocq également pianiste de l'Œuvre interprétera les Lieds du « Voyage d'hiver » de Schubert.

Billets à 15 et 10 francs en location Maison Pleyel et chez Durand, place de la Madeleine.

Le Congrès de gynécologie 1933. — Par exception le Congrès annuel de la Société française de gynécologie ne se tiendra pas à Paris en 1933.

Désirant confirmer l'importance de la cure thermale en thérapeutique gynécologique la Société française de gynécologie a décidé de réunir son Congrès à Luxeuil pendant les fêtes de la Pentecôte (3, 4 et 5 juin). La présidence d'honneur a été confiée à M. le Professeur agrégé Keiffer, de Bruxelles, et la présidence à M. le Docteur L.-M. Pierra, de Luxeuil, vice-président de la Société française de gynécologie.

ORDRE DU JOUR : La douleur en gynécologie. Sept rapports seront présentés par MM. A. BINET (Nancy), COTTE (Lyon), DOUAY et Xavier COLANERI (Paris), KEIFFER (Bruxelles), Félix et Gaëtan JAYLE (Paris), LAFFONT (Alger), PIERRA (Luxeuil), ZIMMERN, PECKER et Louis NETTER (Paris).

Les congressistes seront logés gracieusement dans les hôtels de la station, de magnifiques réceptions et des excursions dans les Vosges sont prévues.

Une réduction de 50 % sera accordée par les chemins de fer français.

Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Maurice Fabre, secrétaire général, 6, rue du Conservatoire, Paris (IXe).

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. le Docteur P. FUNCK-BRENTANO, prosecteur, commencera le lundi 5 décembre 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — 1. Les hernies inguinales et crurales. — 2. Traitement de la rétroversion utérine : ligamentopexie ; ventrofixation isthmique. — 3. L'hystérectomie subtotale et totale. — 4. Traitement du prolapsus génital : colporraphie antérieure ; colpo-périnéorraphie postérieure avec suture des releveurs. — 5. Chirurgie du côlon droit : appendicectomie ; hémicolectomie droite. — 6. Chirurgie du côlon gauche : anus iliaque gauche ; résection du côlon sigmoïde. — 7. Chirurgie de la vésicule biliaire : cholécystostomie ; cholécystectomie. — 8. Gastro-entérostomie. — 9. Gastrectomie. — 10. Amputation périnéale du rectum.

Nécrologie. — Docteur Gustave GUYOCHIN, de Paris, décédé à l'âge de 91 ans. — Docteur Pierre MOISNARD, de Nantes, professeur du cours départemental des sages-femmes. — Docteur Emile PAQUY, de Paris, 20, rue Joubert (IXe), décédé à l'âge de 91 ans. — Docteur Julien RENAUDEAUX, décédé à l'âge de 70 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Le Dictionnaire de Spécialités pharmaceutiques, par Louis VIDAL (quatorzième édition, 1933).

Cette nouvelle édition, digne de ses aînées, présente cependant sur elles, des perfectionnements sensibles.

L'ouvrage de 1.564 pages, de format 10 1/2 × 16 1/2, de maniement commode, luxueusement relié, comprend quatre parties :

1° La table des spécialités, par action médicamenteuse, et indications thérapeutiques a été entièrement refondue et est considérablement plus détaillée. Simple nomenclature, elle permet, sans prétendre donner des conseils déplacés, de retrouver rapidement les spécialités ayant une action précise, ou indiquées dans une affection déterminée.

2° Dans la deuxième partie, ont été groupées de nombreuses documentations nouvelles. Les textes ont été remaniés et complétés, l'indication des prix plus souvent mentionnée. Une sélection rigoureuse a été apportée, permettant la prescription aux assurés sociaux, sans la moindre réaction administrative.

3° La nomenclature nominale des spécialités pharmaceutiques, avec les adresses des fabricants a été mise à jour, ainsi que :

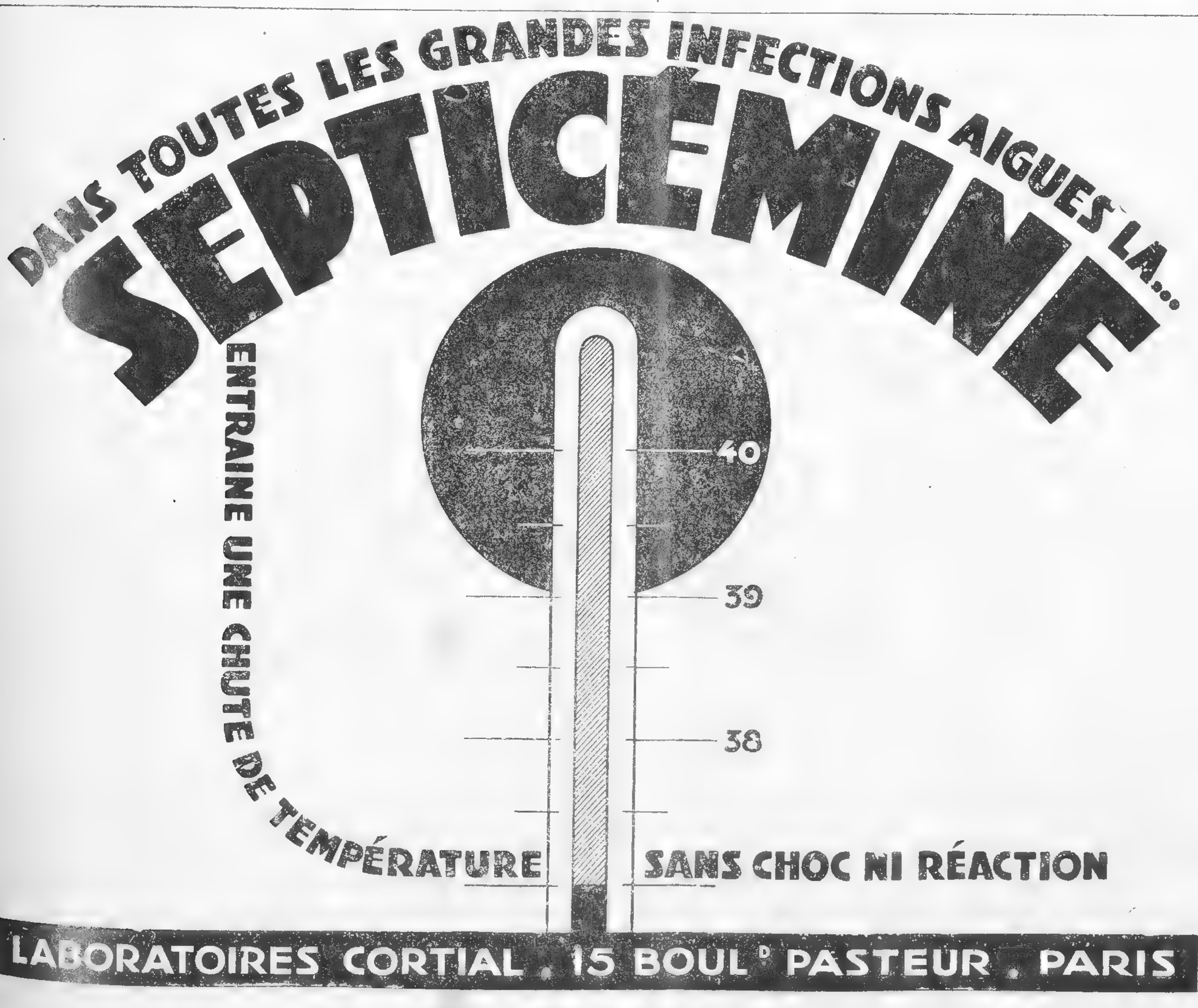
4° La nomenclature des spécialités classées par laboratoire, qui offre l'avantage de retrouver un produit dont seul le nom du fabricant est connu.

Le *Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques*, doyen des ouvrages de documentations spécialisées, restera, pour le médecin, l'ami fidèle à portée de la main et continuera, comme par le passé, à lui rendre les services journaliers auxquels il est accoutumé.

L'envoi gracieux en est fait au Corps médical, sur demande adressée à l'Office de vulgarisation pharmaceutique, 107, rue Lafayette, Paris, 10e.

Guide Rosenwald 1932-33 (46e année). Editeur : J. ROSENWALD, docteur en médecine et pharmacien, 99, rue d'Aboukir, Paris (2e). Tél. Central 45-04.

A la fois annuaire et memento de tous les renseignements d'ordre en pratique (établissements privés, laboratoires d'analyses, professions et industries para-médicales, stations balnéaires, climatiques et thermales, spécialités pharmaceutiques), ce Guide extrêmement maniable rend


DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICÉMINE
ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE
SANS CHOC NI RÉACTION
40
39
38
LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOULD PASTEUR . PARIS

journellement les plus grands services pendant les consultations en fournissant immédiatement le détail qui fait défaut au moment de rédiger une ordonnance.

La Vie maladive de Molière, par René THUILLIER. Illustrations d'Albert SOLON. 12 francs. Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris.

Un médecin qui est aussi un poète, s'est penché sur Molière.

Il nous dévoile la vie intime, amoureuse et douloureuse du grand comédien dans un style vif et alerte qui nous entraîne jusqu'à la dernière page.

Des dessins savoureux d'Albert Solon soulignent spirituellement le texte.

Livre original et documenté que tous les admirateurs de Molière voudront lire.

Manuel scientifique d'éducation physique. (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine), par Maurice BOIGEY. Troisième édition entièrement remaniée. Un volume de 610 pages avec 230 figures, 65 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, Bd Saint-Germain, Paris.

Ce livre a été conçu et composé en vue de guider le médecin dans l'usage thérapeutique de l'exercice et le professeur d'éducation physique dans son rôle spécial d'éducateur. Il s'agit moins dans cet ouvrage de commenter les diverses modalités de l'exercice musculaire que de décrire ses effets sur l'économie et d'en déduire les limites dans lesquelles il convient de l'exécuter en tenant compte de l'âge, du développement et de la constitution générale de chacun.

Il permet de contrôler l'éducation physique physiologiquement et de proportionner les exercices à la force de chacun, cette pratique bien dosée étant nécessaire pour obtenir un développement corporel parfait et une santé florissante.

L'auteur s'est attaché à connaître les différentes méthodes d'éducation physique. Il a analysé les effets de chacune d'elles. Après des observations nombreuses poursuivies pendant plusieurs années, il est arrivé à cette conviction qu'il n'est pas de méthode qui puisse légitimement prétendre être la meilleure. Aucune d'elles ne possède, en soi, des qualités qui la puissent faire équitablement prévaloir sur toutes les autres.

Elles ont presque toutes des effets excellents lorsqu'elles tentent à améliorer la santé générale, en régularisant les échanges nutritifs et en augmentant la forme de résistance. Elles sont recommandables lorsqu'elles tiennent compte des différences de sexe, d'âge et de constitution. Elles peuvent au contraire devenir la source de graves accidents lorsqu'elles imposent indistinctement à tous et à toutes des exercices bons en soi, mais appliqués sans discernement. Ce livre apprendra que les mouvements que l'homme peut accomplir ne sont pas nombreux, qu'ils se réduisent à six groupes : flexions, extensions, adductions, abductions, rotations et circumductions, mais il y a la manière de les utiliser et de les combiner, l'ordre dans lequel ils doivent se succéder, leur étendue, leur dosage aux différents âges, pour chaque sexe et pour chaque constitution. L'éducation physique n'est qu'une question de mesure.

Ce Manuel d'éducation physique dans lequel l'auteur s'est placé au point de vue physiologique et éducatif se présente donc comme un guide indispensable pour pratiquer une science délicate entre toutes et obtenir des résultats pratiques considérables.

Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, par P.-Emile WEILL et Marcel BLOCH. — **Maladies des reins**, par PASTEUR VALLERY-RADOT. Troisième édition revue. Un volume de 780 pages avec 96 figures (Tome V du *Précis de pathologie médicale*). Relié toile, 70 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Deux éditions de ce tome du *Traité de pathologie médicale* ont déjà été épuisées. Cette nouvelle édition a été modifiée suivant les résultats scientifiques acquis. Comme précédemment, les auteurs se sont maintenus dans le cadre que leur traçait la clinique ; ils ont conservé à leur ouvrage un caractère strictement didactique.

Toutes les connaissances nécessaires concernant le sang et les organes hématopoïétiques (rate, moelle osseuse, thymus, ganglions et organes lymphoïdes) qui font partie de la masse sanguine sont contenues en 26 pages.

Précédant l'étude des maladies, un exposé rapelle la composition de la physiologie du sang normal, la formation des éléments figurés du sang chez l'adulte, l'histologie et la physiologie normales des organes hématopoïétiques et la formation embryonnaire de tous ces éléments.

Indépendamment de l'intérêt théorique qu'offre l'étude du sang en lui-même, ce travail met en évidence à quel point les modifications pathologiques du sang sont en intime corrélation avec les modifications pathologiques des organes.

La deuxième partie de ce livre, œuvre du Docteur Pasteur Vallery-Radot est consacrée en entier à la Pathologie rénale ; c'est peut-être la partie de la médecine qui s'est le plus transformée dans ces dernières années. Médecins et chimistes ont étudié avec minutie les modifications humorales au cours du mal de Bright. L'étude des affections rénales a été orientée dans un sens nouveau sous l'impulsion des études physico-chimiques. Dans cette nouvelle édition, le Docteur Pasteur Vallery-Radot a voulu coordonner différents travaux et y mettre un peu de clarté pour le clinicien. Il a dans certains chapitres complètement transformé le plan et le texte primitifs des précédentes éditions. En particulier, dans le chapitre des néphrites, tout en conservant la classification de Widal, il a exposé en de nouveaux chapitres les travaux récents sur la pathogénie des œdèmes et de l'hypertension, sur la rétention chlorurée sèche, l'acidose, l'hypochlorémie, les néphroses.

Un chapitre nouveau a été introduit sur les procédés d'exploration rénale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Action du mercure et de quelques autres substances (iode, bismuth, arsenic, argent, or) sur la teneur de l'organisme en calcium

Par MM.

Henri VIGNES et **Henri POTÉ**

Professeur agrégé à la Faculté, Accoucheur de la Charité. — Ancien Chef de laboratoire à la Charité.

Quelques remarques faites sur des femmes enceintes et non enceintes au cours de traitements mercuriels m'ont amené à rechercher si, comme certains auteurs classique l'avaient supposé, le *mercure* exerce sur l'organisme une action décalcifiante. Pour cela j'ai employé des souris blanches et j'ai fait doser le calcium dans les cendres de l'individu tout entier (1).

Cette méthode que j'ai employée avec divers collaborateurs pour apprécier la teneur de l'organisme en lécithine, en phosphore, en halogène, en calcium, en magnésium pendant la grossesse, a le mérite d'être plus significative que le dosage de l'élément envisagé dans le sang. La lécithinémie est augmentée pendant la grossesse, la calcémie est souvent augmentée; or les tissus sont appauvris en lécithine et en calcium : hyperlécithinémie, hypercalcémie sont, alors, non pas signes de richesse, mais signe de mobilisation.

Le produit employé que je dois à l'obligeance extrême de M. Fouard était une préparation de mercure colloïdal dans l'eau saccharosée à 80 p. 1.000 stabilisée par addition de 10 p. 1.000 d'amidon. La dose injectée était de un centicube, correspondant à quatre dixièmes de milligramme de mercure renouvelée tous les trois jours, jusqu'à concurrence de six injections. Il s'agit de doses importantes pour le poids de l'animal ; mais elles n'ont aucune influence défavorable sur les animaux et, comme Rabuteau l'a indiqué à propos du lapin, nous avons observé de façon constante une augmentation de poids.

Le dosage du calcium a été effectué par précipitation sous forme d'oxalate de calcium et pesée de sulfate de calcium (2).

Animal	Poids initial	Poids final	Poids utilisé	Poids cendres	Cendres p. 100 d'animal frais	Calcium total	Calcium p. 100 d'animal frais	Calcium p. 100 de cendres
1	28	30,50	28,50	0,93	3,26			
2	28	30	27	0,85	3,14	0,226	0,836	0,26
3	37	39	34,30	1,048	3,05	0,264	0,77	0,251
4	27	29	27,50	0,82	3,19	0,220	0,861	0,267
Témoins								
I		29	26	0,825	3,17	0,260	1,00	0,315
II		35	30,75	1,075	3,48	0,290	0,94	0,269

Chez les animaux ayant reçu des injections de mercure colloïdal, la décalcification des tissus est donc très nette par rapport aux témoins : la moyenne arithmétique des teneurs en calcium (par cent grammes d'animal frais) est, pour les animaux ayant reçu du mercure, de 0,82 et, pour les témoins, de 0,97.

***

Bismuth. — Nous avons employé une préparation analogue de bismuth colloïdal qui nous a été fournie par M. Fouard. La dose injectée a été de 1 c. c. correspondant à 0,8 milligr. de bismuth, renouvelée tous les deux jours jusqu'à concurrence de sept injections.

Animal	Poids init.	Poids final	Poids utilisé	Poids cend.	Cendres p. 100 d'animal frais	Calcium total	Calcium p. 100 d'animal frais	Calcium p. 100 de cendres
5	32	32	30	0,954	3,18	0,26	0,866	0,273
6	32	32	28	1,039	3,71	0,28	1,00	0,269
7	28	26	23	0,81	3,52	0,21	0,91	0,259
8	30	25	22	0,785	3,56	0,19	0,864	0,242
Témoins								
III			22	0,78	3,54	0,185	0,85	0,24
IV			24,2	0,815	3,37	0,194	0,801	0,23
V			20,2	0,72	3,56	0,17	0,84	0,23

Si l'on compare les animaux injectés aux témoins, on ne constate pas de décalcification. Peut-être même existe-t-il, comme dans les expériences de M. Levaditi (1), une action décalcifiante (moyenne arithmétique : Bi 0,91 et témoins 0,83). Nous devons cependant faire une réserve, car nos témoins étaient de poids plus petits que certains animaux injectés ; mais la comparaison des animaux 7, 8, III, IV et V est favorable à l'idée d'une action légèrement calcifiante (2).

***

Arsenic colloïdal. — La dose injectée a été de de 2 c. c. correspondant à 0,2 milligr. d'arsenic par c. c. renouvelée tous les deux jours, jusqu'à concurrence de sept injections (3).

Animal	Poids init.	Poids final	Poids uti.	Poids cendres	Cendres p. 100	Calcium total	Calcium p. 100 d'animal frais	Calcium p. 100 de cendres
9	27	25	22	0,835	3,79	0,23	1,04	27,5
10	27	28	25	0,320	3,28	0,22	0,88	26,8
11	28	32	28	0,945	3,37	0,26	0,92	27,5

La moyenne arithmétique est de 0,94.

***

Argent colloïdal. — La dose injectée a été de 2 c. c. correspondant à 0,33 milligr. d'argent par c. c. ; la dose a été renouvelée tous les deux jours jusqu'à concurrence de sept injections (4).

---

(1) Plus exactement il s'agissait de souris dont nous avions extirpé le tube digestif et son contenu depuis le cardia jusqu'au rectum et dont nous avions amputé la patte dans laquelle avaient été pratiquées les injections intramusculaires.

(2) Henri VIGNES et Henri POTÉ. — Action du mercure et du bismuth sur la teneur de l'organisme en calcium. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie.* Séance du 23 juillet 1932. Tome CX, page 1204.

(1) LEVADITI (avec la collaboration de MANIN, SCHŒN et VAISMAN) ayant pratiqué des injections intramusculaires de bismuth à dose toxique au chien et au lapin, a vu que le muscle, siège de l'injection, et le rein, étaient le siège d'abondants dépôts de calcium. Etant donné que dans de telles expériences, le bismuth a été administré à dose toxique, Levaditi se garde de conclure des résultats précédents, à une action calcifiante du bismuth employé aux doses ordinaires de son utilisation en thérapeutique humaine.

(2) Il convient de ne comparer ces résultats à ceux des animaux injectés au mercure qu'avec précaution, les expériences ayant été pratiquées à des saisons différentes.

(3) Henri VIGNES et Henri POTÉ. — Action de l'arsenic, de l'argent, de l'or et de l'iode sur la teneur de l'organisme en calcium. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie.* Séance du 23 juillet 1932. Tome CX, page 1206.

(4) Les téguments des animaux injectés à l'argent ont pris la coloration bleutée de l'argyrie.

Animal	Poids init.	Poids final	Poids ut.	Poids cendr.	Cendres p. 100	Calcium total	Calcium p. 100 d'animal frais	Calcium p. 100 de cendres
12	20	23	21	0,74	3,52	0,175	0,83	23,6
13	20	23	19	0,61	3,21	0,15	0,79	24,5
14	22	25	23	0,66	2,86	0,17	0,74	25,7
15	25	28	23	0,87	3,78	0,24	0,91	26,5

La moyenne arithmétique est de 0,83.

***

Or colloïdal. — La dose injectée a été de 2 c. c. correspondant à 0,3 milligr. d'or par c. c. ; elle a été renouvelée tous les deux jours jusqu'à concurrence de six injections.

Animal	Poids initial	Poids final	Poids ut.	Poids cendr.	Cendres p. 100	Calcium total	Calcium p. 100 d'animal frais	Calcium p. 100 de cendres
16	25	26	24	0,82	3,41	0,23	0,95	28,04
17	22,50	23	21	0,80	3,80	0,20	0,95	25,00
18	29	28	25	0,85	3,40	0,22	0,88	25,88

La moyenne arithmétique a été de 0,9.

***

Iode colloïdal. — Divers auteurs ont considéré que l'iode était un décalcifiant. Loeper et Boveri, en 1908, ont montré que l'iode mobilise la chaux osseuse et augmente la richesse calcaire des autres tissus. Récemment Mouriquand, Leulier, Bernheim et Weill ont précisé que les préparations iodées étaient des « antifixateurs » du calcium.

La dose injectée dans nos expériences a été de 2 c. c. correspondant à 0,3 milligr. d'iode par c. c. ; elle a été renouvelée tous les deux jours jusqu'à concurrence de sept injections.

Animal	Poids init.	Poids final	Poids ut.	Poids cendr.	Cendres p. 100	Calcium total	Calcium p. 100 d'animal frais	Calcium p. 100 de cendres
19	19	21	18	0,55	3,05	0,13	0,72	23,6
20	30	30	26	0,76	2,90	0,18	0,69	23,5
21	30	31	26	0,86	3,30	0,21	0,807	24,4
22	30	32	27	0,91	3,37	0,225	0,83	24,7
Témoins								
VI		32	30	0,94	3,13	0,235	0,78	25,0
VII		24	22	0,75	3,40	0,19	0,86	25,3
VIII		27	25	0,78	3,12	0,20	0,80	25,6

La moyenne arithmétique a été de 0,76.

Les injections de ces diverses substances ayant été pratiquées au même moment, nous avons pris comme témoins les animaux dont les dosages figurent avec l'iode (moyenne arithmétique des témoins : 0,88).

***

Conclusions. — L'iode et surtout le mercure ont déterminé une décalcification dépassant 10 p. 100 ; par contre, si les chiffres concernant l'argent sont un peu inférieurs à ceux des témoins et si les chiffres concernant l'or, l'arsenic et le bismuth sont un peu supérieurs, les différences n'atteignent pas 10 p. 100 et ne permettent pas de conclusions (1).

(1) Nous avons essayé, dans les mêmes condons de dose, le cuivre et le vanadium qui ont entraîné la mort rapide des animaux en expérience.

Essais de traitement de la paralysie générale et du tabès par le vaccin antirabique Pasteur

Par le Prof. **Lodovico TOMMASI**

Directeur de la clinique Dermato-syphiligraphique de l'Université de Palerme.

Le mois de mai dernier, à Paris, à l'occasion de la conférence du centenaire d'Alfred Fournier j'ai voulu rendre hommage au grand savant français en même temps qu'à M. Wagner von Jauregg, qui était présent à la conférence, en communiquant les résultats de mes premiers essais de traitement de la paralysie générale et du tabes par le virus antirabique Pasteur, expériences commencées depuis dix-huit mois.

A vrai dire — quoique tout médecin doive surtout consacrer ses efforts au soulagement des malades — je me suis borné, dans ma communication, à souligner tout l'intérêt doctrinal de mes expériences. En effet j'estime trop courte mon expérience, trop peu nombreux les cas traités pour oser parler de succès confirmés et surtout pour oser donner trop d'espoir aux malades.

Cependant mes premiers résultats sont encourageants, et comme la méthode que je préconise est moins dangereuse que toutes celles proposées jusqu'ici et, que l'inoculation paludéenne en particulier, je crois utile de la faire connaître sans attendre, pour que mes confrères qui en auraient la possibilité soient à même de l'essayer.

Les indications thérapeutiques dans une maladie pareille sont fonction de la tolérance du traitement, de la durée des améliorations ou des arrêts : il faut donc beaucoup de temps pour porter un jugement définitif. Il n'en est pas de même de l'intérêt doctrinal que des essais, même thérapeutiques, peuvent présenter.

Il ne fait aucun doute que l'inoculation du virus Pasteur a une action sur les manifestations de la syphilis nerveuse parenchymateuse et c'est la première fois qu'intervient avec des résultats positifs une thérapeutique apyrétique, l'intérêt doctrinal en sortait bien évident. C'est surtout à ce titre que j'accorde un prix à mes expériences, tout en gardant le ferme espoir et même la foi que les malades en tireront un bénéfice.

***

Comme tout syphiligraphe, depuis longtemps je suis préoccupé par l'énigme pathogénique de la syphilis nerveuse et j'y consacre mes efforts. Pourquoi la paralysie générale et le tabes se conduisent si différemment des autres manifestations syphilitiques ? Pourquoi ces deux syndromes ont-ils si peu de tendance à la guérison ? Pourquoi sont-ils si peu influencés par la médication spécifique ? J'ai toujours pensé que la question sur l'action de la malariathérapie est comprise dans les réponses à ces interrogations, attendu qu'il n'y a aucun antagonisme biologique entre les deux parasites.

Les réponses données par les différents auteurs à ces questions essentielles, il faut l'avouer, ne sont pas satisfaisantes.

Elles sont habituellement unilatérales, pour les uns l'importance première est accordée à l'allergie (Dujardin), pour d'autres au parasite (Levaditi) ou encore au terrain etc...On a peut-être trop oublié qu'en biologie, et surtout en pathologie, ce sont les actions et réactions réciproques qui jouent un jeu actif, donnent comme résultat la maladie et ses manifestations.

***

Dès le printemps 1929 à Milan au XXVe Congrès de la

Société Italienne de Dermatologie et Syphiligraphie j'avais exposé mon opinion à ce sujet, qui était fondée sur mon expérience clinique, et qui peut ainsi être résumée :

1° La localisation parenchymateuse du tréponème doit se faire plutôt précocement et en tout cas assez avant toute manifestation clinique.

2° Les signes cliniques, contrairement à ce qui arrive dans tout autre organe, pendant longtemps sont latents et cela pour plusieurs raisons :

a) Les parasites se multiplient, surtout au début, très lentement, le tissu nerveux étant un très mauvais terrain pour le tréponème (comme les cultures de Noguchi l'ont démontré). Il faut UNE LONGUE PÉRIODE D'ACCLIMATATION pour que les tréponèmes puissent s'adapter au millieu biologique et commencer à pousser sur un tel terrain.

b) A cause de cette vie discrète du parasite, surtout au commencement, le tissu nerveux si pauvre de substance interstitielle, indifférencié, si pauvre en éléments conjonctifs (seuls vraiment capables d'une réaction efficace) ne donne presque pas de réaction inflammatoire. Plus les localisations sont loin des vaisseaux et des méninges plus difficiles sont les réactions.

Quand les parasites, adaptés au tissu spécial, commencent à se multiplier plus activement le tissu parenchymateux est déjà adapté à son tour et ne réagit pas. *Il n'y a pas ainsi une véritable formation d'un granulome syphilitique qui donnerait* des graves manifestations cliniques, mais qui tuerait ou le malade ou le parasite.

Cette adaptation réciproque, ce manque de réaction inflammatoire c'est la cause de la physionomie particulière de la syphilis nerveuse. Le parasite et le tissu parasité ont fait mauvais ménage. A vrai dire il n'y a pas de rébellion, le tissu nerveux se laisse plutôt aller à la dégérescence qu'à une défense inflammatoire. (Il n'est pas — je pense — besoin de rappeler que les granulomes ou les gommes cérébrales sont toute autre chose, prenant point de départ au voisinage immédiat des vaisseaux ou des méninges).

c) Les adaptations et les suppléances qui s'établissent facilement parmi les voies et les centres nerveux — étant donné la lenteur de l'invasion au début, — justifient encore l'absence de signes cliniques dans les premiers temps de l'infestation.

Surtout donc c'est le défaut de réaction locale qui rend difficile la guérison. Même nos médicaments antisyphilitiques n'ont presque pas d'action, s'il n'y a pas de réaction générale, *mais surtout locale* et il ne faut pas oublier l'analogie d'inefficacité relative de ces médicaments dans certaines localisations cutanées, par exemple, dans certaines syphilis malignes, à tendances nécrosantes plus qu'inflammatoires, ou dans des états chroniques et invétérés qui souvent sont si tenaces lorsqu'on ne les aide pas localement.

3° L'inoculation paludéenne, ainsi que je l'ai dit dès 1929, aide à la guérison ou à l'amélioration en provoquant une réaction générale et une zone d'inflammation qui constitue la réaction locale.

*
* *

Les études postérieures (1931) de différents auteurs portant sur les cerveaux des paralytiques généraux morts pendant le traitement paludéen ont montré (voir Gerstmann, Strassler et Koskinos) qu'il y a justement une vive réaction locale après l'inoculation paludéenne dans les cerveaux inoculés et les auteurs croient, comme je l'avais déjà pensé moi-même, que c'est là, justement, la raison du bienfait de ce traitement.

En tout cas on croyait, jusqu'ici, que la fièvre, en tant que réaction générale, avait le rôle majeur dans la thérapeutique de von Wagner et les différentes méthodes, qui en étaient dérivées, avaient pour but principal l'hyperpyrexie.

J'ai voulu au contraire essayer un mécanisme thérapeutique non fébrile, puis, plus tard, utiliser l'hyperpyrexie et même associer dans certains cas les deux mécanismes.

Selon mon interprétation de l'organisation de la syphilis nerveuse, l'idéal aurait été de rajeunir une syphilis ancienne et d'y faire naître des réactions locales. On sait cependant l'impossibilité des réinoculations positives dans la paralysie générale et le tabes. J'ai alors cherché un virus vivant, atténué, neurotrope, et après des tentatives négatives avec le vaccin jennerien (dermo-neurotrope), je me suis adressé au virus vaccin Pasteur contre la rage. On sait que ce vaccin, inoculé en série, toujours moins atténué, a une action certaine sur le névraxe, où il provoque une immunité telle qu'elle empêche le développement de la rage quand le virus contracté va y arriver. On connaît la presque innocuité de ces vaccins et les accidents possibles qui ont été signalés sont insignifiants vis-à-vis de l'importance de maladies telles que la paralysie générale et le tabes. La plus récente et nombreuse statistique qui justement appelle l'attention sur ces dangers, d'ailleurs en général légers et transitoires, témoigne qu'ils ne dépassent à peu près 1 sur 10.000 malades vaccinés.

Mes expériences ont commencé en janvier 1931, elles portent sur 18 cas ; lors de ma communication à Paris, je n'ai rendu compte que des quatorze premiers malades. J'en ai traité plusieurs autres depuis ce temps, mais le délai écoulé est trop court pour en tenir compte. Le choix des cas a été fait très soigneusement et le diagnostic clinique a été toujours assuré par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Souvent de longs traitements spécifiques précédents avaient été sans résultats, assurant ainsi qu'il ne s'agissait pas seulement de syphilis cérébro-vasculaire ou méningée ; quand il était nécessaire, l'opinion du neurologiste ou de l'ophtalmologiste a été demandée.

En général les malades ont été inoculés avec le vaccin Pasteur antirabique aux mêmes doses et modalités employées à l'Institut antirabique de la ville de Palerme pour les individus mordus par des animaux suspects de rage.

Le vaccin qu'on prépare à Palerme s'apparente d'assez près au type original Pasteur, à savoir une émulsion des moelles de lapins inoculés *sub-dura* avec du virus rabieux fixe, atténuée par des desséchements progressifs.

C'est donc un virus vivant atténué ; j'ai essayé aussi, dans quelques cas, le virus phénolé Fermi, mais mes expériences sont trop peu nombreuses pour que je puisse exprimer une opinion comparative.

Après le traitement du vaccin Pasteur, suivant mon idée d'un réveil inflammatoire local, j'ai fait suivre un traitement antisyphilitique arsenical ou bismuthique, en général assez énergique.

Le stovarsol sodique m'a semblé le plus agissant à la dose de 15 à 20 gr. suivi à son tour du bismuth.

Des 14 cas apportés au Congrès Fournier à Paris au printemps dernier, 10 étaient des paralytiques généraux chez lesquels on avait enregistré 5 rémissions évidentes avec retour des malades au travail et 5 cas négatifs ou avec améliorations éphémères. Deux cas très graves (tabes supérieur et paralysie générale très sévère) n'avaient obtenu aucune amélioration.

Deux cas de tabes avaient été améliorés de toute évidence : cessation des crises et retour des malades à leurs occupations.

C'était tout ce que je pouvais dire à Paris.

Naturellement j'ai poursuivi l'observation de mes malades anciens et j'en ai traité des nouveaux.

Les résultats dans l'ensemble demeurent les mêmes.

Parmi les anciens traités on a constaté chez quelques-uns des tendances à la récidive, mais chez d'autres on a vu de plus longues rémissions.

On a constaté aussi, qu'une deuxième inoculation (au

bout d'un an à peu près) est bien tolérée et même efficace. Parmi les quatre malades traités, dont je ne donnais pas de références à Paris, l'observation étant trop courte, et parmi les inoculés ultérieurs, on peut dire que le pourcentage de 45 à 50 % d'améliorations évidentes ou de rémissions est conservé, je ne crois pas que, pour le moment, on gagnerait en clarté en donnant les histoires cliniques de chaque malade traité, étant donné le caractère encore prématuré de cette note, et la nécessité de prolonger les observations.

Actuellement je pense que ce qu'il y a de plus intéressant est de noter *une action certaine* du vaccin au cours de la paralysie générale et du tabes.

Souvent on note des améliorations évidentes déjà pendant le traitement vaccinal ; quelquefois au contraire, il y a pendant ce traitement une réaction évidente, témoignée aussi par l'examen du liquide céphalo-rachidien, qui va s'améliorer ultérieurement ou pendant le traitement spécifique qui suivra.

Il est également intéressant de noter que ces améliorations suivent la même marche que chez les sujets impaludés, à savoir : amélioration de la vie végétative d'abord, avec retour de l'appétit, amélioration de la nutrition, etc. ; ensuite c'est la mimique, le masque, qui devient à nouveau plus mobile. Ultérieurement ce sont les petits tremblements, puis les forces musculaires et le psychisme qui sont modifiés.

Aux rémissions cliniques plus ou moins complètes font pendant les améliorations un peu plus tardives du liquide céphalo-rachidien.

Jusqu'à présent ces améliorations ont porté surtout sur le nombre des cellules, les réactions de Nonne et de Bordet-Wassermann, mais on sait combien les modifications des autres réactions et surtout celle de l'or colloïdal sont tardives, même après le traitement de Wagner.

J'ai commencé déjà à expérimenter l'association de la pyrétothérapie avec le soufre ou les vaccins bactériens avec le virus-vaccin Pasteur, mais je ne peux pas encore dire s'il y a vraiment un grand avantage.

J'ai dit qu'on peut avoir dans quelques cas au cours du traitement des réactions cliniques et du liquide céphalo-rachidien. Cette donnée semble confirmer mon opinion doctrinale sur la réaction locale, mais ce qui va la confirmer encore ce sont les travaux de Nicolau, Cruveillier et Mme Kopciowska qui en décembre 1931, dans les comptes rendus de la Société de Biologie, donnent le résultat de leurs examens de cerveaux de lapins traités avec le vaccin Pasteur chez lesquels ils ont trouvé des réactions évidentes, qu'ils estiment précieuses pour l'explication de l'immunité provoquée par le vaccin.

***

Ce n'est que le temps et de plus longues et plus nombreuses expériences qui pourront nous dire le rôle pratique de cette thérapeutique que je préconise. Comme elle est certainement moins dangereuse et mieux tolérée que tout autre jusqu'ici proposée, et que la paralysie générale surtout est bien loin d'avoir trouvé un remède satisfaisant et idéal, je crois que tout essai dans cette direction n'est pas seulement justifié mais recommandé.

Du reste toute association avec le traitement de Wagner, après la période d'expérimentation, sera possible ; d'autre part tout le monde ne peut supporter le traitement paludéen.

On ne peut rien dire à présent sur la valeur comparative des différents vaccins Pasteur en face de la syphilis nerveuse, mais, étant donné la difficulté pratique d'avoir à présent un vaccin standard, je pense que, pour le moment, il est préférable que chaque expérimentateur emploie le vaccin donné contre la rage dans la ville où demeurent les malades, on l'emploiera avec les mêmes doses et le même rythme que vis-à-vis de l'infection rabique.

Il faut, aussitôt fini le traitement du vaccin Pasteur, commencer un très énergique traitement antisyphilitique, de préférence intraveineux avec du *stovarsol sodique* ou du néosalvarsan. Il faudra traiter les malades longtemps, en ajoutant ultérieurement du bismuth.

***

J'attends l'opinion et les expériences de mes confrères surtout des neurologistes ; pour le moment il faut travailler sans idées préconçues, sans faux optimisme, *mais aussi avec foi.*

CHRONIQUE

Le travail du cœur au cours de la grossesse

D'après Carl SCHRŒDER. (1)

L'organisme humain présente, au cours de la grossesse, une suractivité de tous ses organes. La connaissance parfaite de la circulation sanguine au cours de la grossesse est de la plus haute importance ; car, en connaissant parfaitement la physiologie, on pourra ultérieurement déduire des indications pour l'interruption de la grossesse ou pour le forceps en cas de cardiopathie.

***

Résumé des résultats et recherches antérieures. a) *Le cœur (poids et dimension) et la grossesse.* Il est hors de doute que la grossesse est une surcharge même pour le cœur normal.

Il est tout à fait logique de supposer certaines modifications de la part du cœur, désormais chargé de l'irrigation de deux organismes.

La plupart des auteurs rejettent l'hypothèse d'une véritable dilatation du cœur au cours de la grossesse ; mais on affirme une hypertrophie progressive du muscle cardiaque et, surtout, du ventricule gauche.

La proportion entre le poids du cœur et le poids croissant de la femme enceinte reste constante : cette hypertrophie est progressive, atteint son maximum au moment de l'accouchement ; puis le poids du cœur tombe rapidement et tout redevient normal vers la cinquième semaine. Le cœur de la femme, entre 20 et 40 ans, est nettement inférieur comme poids à celui de l'homme ; or, c'est la période de la reproduction. On a constaté, en plus, que l'hypertrophie dans la grossesse est d'autant plus nette que la femme est plus jeune ; à partir de quarante ans, le cœur ne réagit plus par de l'hypertrophie.

Ce fait physiologique coïncide avec la constatation que le pronostic chez une cardiaque enceinte est d'autant plus sombre que la femme est plus âgée.

b) *Les vaisseaux et la grossesse.* Il y a des modifications des vaisseaux pendant la grossesse qui jouent un grand rôle étiologique pour l'hypertrophie cardiaque. On constate une dilatation des artères, surtout des artères utérines.

La tension artérielle ne paraît pas être influencée par la grossesse.

Le système capillaire présente de grosses modifications. La perméabilité de leur paroi s'exagère, ce qui cause souvent des œdèmes chez les femmes enceintes, bien portantes ; il y a stase du sang capillaire, qui est dix fois plus prolongée que chez la femme non enceinte.

La tension veineuse a été récemment étudiée. Dès le

(1) Carl Schröder. — Uber die Herzarbeit in der Schwangerschaft (Travail du cœur pendant la grossesse). *Archiv. für Gynäkologie*, 1932 t. 150, fasc. 1, p. 1 (traduit par les soins de H. Vignes.)


SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE
AMPOULE STÉRILISÉE
NAÏODINE
NaI STABILISÉ HYPERACTIF
Injections indolores
de 20cc à 30cc par jour
en ampoules de 10cc et 20cc


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé
25

début de la grossesse, il y a augmentation de la pression veineuse des extrémités inférieures, d'où fréquence des varices chez les femmes enceintes. Dans les suites de couches, la tension veineuse tombe rapidement, même au-dessous de la tension de la veine médiane ; certains auteurs y voient un facteur étiologique pour la genèse des thromboses. Quant à la cause de cette tension veineuse, augmentée aux membres inférieurs, on croit que l'augmentation du courant sanguin dans les veines utérines et hypogastriques gêne la circulation dans les veines fémorales et iliaques externes.

Pouls : en général, il y a tendance à la tachycardie, due en grande partie à des causes thyrotoxiques. L'arythmie est fréquente, elle est due à une labilité augmentée des nerfs du cœur. Les extrasystoles sont, également, fréquentes et de causes très diverses (compression cardiaque par le diaphragme, chute de la tension après l'expulsion de l'enfant).

c) *Le sang et la grossesse.* Il semble que la masse du sang ne soit pas ou soit peu augmentée, même vers la fin de la grossesse. Quant à la distribution du sang dans le corps de la femme enceinte, on a constaté que la quantité du sang est doublée aux membres inférieurs, à la suite de l'obstacle mécanique qu'est l'utérus gravide.

La vitesse de la circulation est lente chez la femme enceinte : normalement elle varie de 13 à 25 secondes ; chez la multipare, elle est de 23,4 secondes et chez la primipare de 25,2 secondes. Il en résulte que l'organisme de la multipare s'adapte mieux aux changements de la circulation pendant la grossesse.

Le temps de sédimentation des globules rouges est accéléré dans la grossesse. La viscosité paraît être diminuée. Le taux de l'hémoglobine et le nombre des érythrocytes paraissent baisser au cours de la grossesse.

d) *Le métabolisme pendant la grossesse.* Le métabolisme basal augmente chez la femme enceinte, de 13 % normalement, de 14 % à 18 % chez les goitreuses. On a constaté une augmentation constante dans les néphropathies ; elle était d'autant plus prononcée, que l'affection était plus grave. Le poids de la femme enceinte augmente de 58 grammes par jour ou 400 grammes par semaine. Cette augmentation n'est pas due seulement au fœtus, mais aussi aux modifications dans l'organisme maternel.

Trois jours avant l'accouchement, il y aurait une chute de poids terminale physiologique d'un kgr., due à la diminution de l'action dynamique spécifique de l'albumine.

e) *Le travail du cœur et la grossesse.* Il est incontestable que la grossesse exige un supplément de travail de la part du cœur. Mais la détermination du degré de ce supplément de travail du cœur a varié suivant la méthode technique dont on s'est servi. Au début, on concluait seulement d'après des examens anatomiques et d'après de simples examens de pression sanguine ; plus tard, on s'est servi de la technique plus fine de mensuration de l'amplitude du pouls et de l'électrocardiogramme.

Ce n'est que depuis quelques années que l'on sait mesurer le facteur le plus important de la circulation, le débit cardiaque pour une minute (*Herzminutenvolumen*) lui-même, ce qui nous renseigne directement sur le travail du cœur pendant la grossesse. On sait que le cœur réagit en s'hypertrophiant. FREY démontre qu'il y a, en même temps dilatation du cœur, surtout à gauche.

L'étude de la circulation au cours de la grossesse a fait de grands progrès avec la possibilité de la mensuration du coefficient volumétrique du cœur (quantité de sang qui passe du ventricule droit dans la circulation pulmonaire dans un temps d'une minute) (1) Lindhardt et Krogh ont obtenu avec leur méthode (*Stickoxydulmethode*) les chiffres suivants : avant la grossesse 3,7 à 3,8 L ; au cours de la grossesse 5,2 à 5,4 L ; dans les suites de couches 4,4 L.

Il y a, donc, au cours de la grossesse, une augmentation du coefficient volumétrique de 45 % qui est due à : 1° la forte croissance de l'utérus ; 2° l'augmentation du métabolisme basal ; 3° les changements mécaniques dans l'appareil circulatoire. On trouve, également, une augmentation du coefficient volumétrique (*schlagvolumen*) du pouls, mais moins forte que celle du cœur. Le coefficient volumétrique du cœur baisse après l'accouchement pour revenir à la normale au bout de quelques semaines même quelques mois. La méthode de KROGH-LINDHARDT, ayant une technique extrêmement difficile, a été remplacée par celle de GROLLMANN (acetylenmethode). SCHMIDT qui a fait des études à l'aide de cette méthode, a pu conclure que la croissance du corps utérin et du fœtus ne suffisent pas pour justifier l'accélération de la circulation, surtout au début où il a trouvé des augmentations de 30 % à 70 % ; il y a en plus, une grande augmentation du coefficient chez la femme enceinte, qui fournit un travail physique, fait qui n'a aucun rapport avec le fœtus ou l'utérus. D'autre part on a constaté des modifications dans le même sens de la circulation et du métabolisme basal, d'où on conclut à une origine commune siégeant dans l'organisme maternel. On a trouvé que cette cause commune est l'hyperthyroïdie propre de la grossesse ; cette hypothèse est confirmée par les mêmes constatations dans les hyperthyroïdies, en dehors de toute grossesse. Enfin WEISS, WINDFELD et HAUPT ont mesuré la quantité d'oxygène cédée par le sang aux tissus et ils ont trouvé que, chez la femme non enceinte, le sang abandonne 30 à 40 % d'oxygène aux capillaires, et que, chez la femme enceinte, il en abandonne seulement 20 à 30 %. Ils attribuent ce phénomène à l'action de la thyroïde.

f) *Résumé.* Malgré le grand nombre de travaux, la question du volume cardiaque, au cours de la grossesse, n'est pas encore mise au point. Aux conceptions plus anciennes d'une hypertrophie, s'oppose celle de FREY qui a trouvé une dilatation du cœur. Cette question est intimement liée avec l'augmentation du travail cardiaque.

Mais ici, on a conquis de nouveaux points de vue par les récentes méthodes de détermination du coefficient volumétrique du cœur.

Néanmoins, on n'est pas encore d'accord sur l'importance des différents facteurs, déterminant cette surcharge. La quantité de sang paraît peu augmentée, la vitesse de circulation paraît plutôt diminuée (KLEE), la tension veineuse n'est nullement abaissée, en sorte qu'il ne peut pas s'agir d'une résistance exagérée dans les capillaires. Là où tout le monde est d'accord, c'est l'augmentation du métabolisme de base, qui est constante, mais varie dans son degré.

***

Recherches personnelles sur les modifications de la circulation au cours de la grossesse. — Par application de la méthode de GROLLMANN en clinique, il a été permis à SCHRŒDER d'établir, d'une façon relativement simple, la vraie valeur volumétrique du cœur, dans une unité de temps (une minute). Il a surtout étudié l'augmentation du coefficient volumétrique du cœur et du pouls chez la femme enceinte, ayant comme but de savoir s'il y a simple hypertrophie ou une véritable dilatation du cœur. En plus, il a étudié le taux d'absorption de l'oxygène, pour savoir si celui-ci est vraiment abaissé chez la femme enceinte.

Nous savons donc que la grossesse exige une augmentation de travail, de la part de l'appareil circulatoire. Quel est le mécanisme régulateur dont se sert ce dernier, pour satisfaire à cette demande de l'organisme ?

Quatre points sont à considérer : 1° le « Minutenvolumen » (quantité de sang envoyée par le ventricule droit dans la circulation pulmonaire au cours d'une minute) ; 2° le Schlagvolumen (quantité de sang jeté dans la circulation, dans une contraction) ; 3° le taux d'absorption d'oxygène artério-veineux par les tissus ; 4° le rôle régulatoire de la tension artérielle. On a constaté que le Minutenvolumen augmente toujours et on a trouvé des chiffres allant de 1 % à 50 % (moyenne entre 25 %, 30 %). Le Schlagvolumen augmente, mais moins que le Minutenvolumen.

(1) *Schlagvolumen.*

Il y a deux possibilités pour le cœur de satisfaire aux besoins augmentés de la circulation, c'est-à-dire de l'organisme : 1° augmentation du nombre des battements c'est-à-dire tachycardie ; 2° augmentation du Schlagvolumen. Tous les deux augmentent le débit volumétrique du cœur par unité de temps (le Minutenvolumen), mais la deuxième formule mène forcément à la longue à la dilatation cardiaque.

On a trouvé une augmentation du Schlagvolumen d'une moyenne de 10 %. On voit, donc, que le supplément de travail que la grossesse demande à la circulation est fourni surtout par l'augmentation du Minutenvolumen, déchargeant autant que possible le Schlagvolumen. Les constatations expliquent la tachycardie de la femme enceinte, mais font supposer, aussi, un certain degré de dilatation.

L'oxygène capillaire est normalement absorbé par les tissus dans un taux de 55 à 65 c.c. par L. Chez la femme enceinte, cette absorption, est souvent, abaissée (55 à 45 c.c.), le plus souvent normal et, parfois même, augmentée (65-75 c.c.). Au contraire chez les nourrices, on constate le plus souvent une augmentation de l'absorption de l'oxygène, coïncidant avec une augmentation du métabolisme basal.

On a constaté que la diminution de l'absorption de l'oxygène existe le plus souvent dès le début de la grossesse, son augmentation plutôt vers la fin et dans les suites de couches. On suppose que le premier fait est dû à l'action de la thyroïde (en effet dans les maladies thyroïdiennes, il y a abaissement du taux d'absorption de l'oxygène) ; le second au contraire est attribué à l'augmentation du métabolisme basal, phénomène nettement constaté justement dans la deuxième moitié de la grossesse et chez la femme qui allaite.

La tension sanguine reste normale chez la femme enceinte. Ce facteur régulateur de la circulation ne subit que rarement des modifications dans la grossesse normale. Une expérience de Lindhardt, avec sa méthode, a donné les chiffres suivants : Minutenvolumen 5,4 l, absorption d'oxygène artério-veineux 44-48 % ; Schlagvolumen avant la grossesse 54 c.c. et pendant la grossesse 71 c.c. Donc, augmentation du Schlagvolumen de 31 %, du Minutenvolumen de 42 %, diminution de l'absorption d'oxygène.

***

Résumé et conclusions. — Les travaux de Schrœder sur le travail du cœur au cours de la grossesse à l'aide de la méthode de Grollmann lui ont permis de confirmer l'augmentation de la circulation au cours de la grossesse normale. Le supplément de travail est fourni par l'augmentation du débit volumétrique du cœur par unité du temps (une minute) qui est en moyenne de 27 %, au minimum de 50 %. Le retour à la normale ne se fait que plusieurs mois après l'accouchement. Cette augmentation du « Minutenvolumen » se fait surtout par le mécanisme de la tachycardie, secondairement aussi par l'augmentation du « Schlagvolumen » qui est de 10 %. Une véritable dilatation ne paraît pas probable. Il semble, donc, que l'hypertrophie du cœur, constatée déjà depuis longtemps par les cliniciens et les anatomistes, soit suffisante pour subvenir aux besoins augmentés de la circulation. Le taux d'absorption de l'oxygène se trouve diminué seulement dans la première moitié de la grossesse (action de la thyroïde). Il est, au contraire, augmenté dans la seconde moitié et contribue ainsi également pour compenser la surcharge de la circulation. Chez la nourrice, on a pu nettement constater un abaissement du coefficient volumétrique du cœur et une augmentation du taux d'absorption d'oxygène par les tissus.

La vergerette du Canada. — M. J. Brel (S. de Th., 8 juin 1932) utilise l'extrait fluide de la vergerette à la dose de deux cuillerées à café par jour pour combattre les crises rhumatismales.

REVUE GÉNÉRALE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1931-1932

(2e semestre 1931 et 1er semestre 1932)

(suite) [1]

par le Dr **Paul BOYER**

Médecin-assistant de Saint-Lazare et de la Maternité

MODIFICATEURS DE LA NUTRITION

Insuline et diabète

Rathery et Sigwald (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 1074), étudiant les modifications humorales de l'hypoglycémie insulinique chez le chien, constatent que chez les chiens différents les accidents convulsifs ou les signes d'intolérance sont indépendants de l'anesthésie, des doses d'insuline faites, de la chute de la glycémie. Le chlore plasmatique subit une élévation constante, le chlore globulaire et le chlore rachidien sont variables, l'urée augmente, les albumes sanguines augmentent aussi, mais non toujours. Les modifications du sucre rachidien sont variables, paraissant plus lentes que celles de la glycémie. La tension rachidienne s'abaisse. Chez le même animal l'augmentation des doses favorise l'intensité de l'hypoglycémie, elle semble exagérer les symptômes, mais n'influence pas l'élévation du chlore plasmatique.

Rathery et Mlles Gibert et Laurent (*C. R. Soc. Biol.*, 1931 CVII, 1264 et 1490) observent que chez les chiens normaux ou dépancréatés, traités par des injections d'insuline à dose moyenne, combinées à l'ingestion de glucose, les modifications du glycogène hépatique et musculaire se font dans des sens variables, le plus souvent plutôt abaissement qu'élévation. Après injection de très fortes doses d'insuline, associées ou non à des injections de glucose, le glycogène du foie s'abaisse intensément, celui du muscle ne varie pas. La chute du glycogène peut être considérable, mais elle n'est le plus souvent pas plus marquée que celle obtenue avec des doses d'insuline plus de dix fois plus faibles.

Rathery et Mlle Laurent (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 643) constatent un effet variable de l'insuline sur la glycosurie phlorizique chez le chien normal. Si parfois elle l'abaisse, le plus souvent elle l'élève, même lorsque le glycogène hépatique est bas et qu'il existe de l'hypoglycémie. On pourrait se demander si l'insuline n'empêche pas la phlorizine de continuer à produire son effet, mais les élévations de la glycosurie après injection d'insuline ne plaident pas en faveur de cette hypothèse.

Bierry, Rathery et Mlle Laurent (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 869 et 1036) observent chez le chien, après injection de phlorizine, de fortes fluctuations du sucre protéidique dans le sang sus-hépatique, le sang porte et le sang artériel. Ces fluctuations du sucre protéidique sont parfois plus amples que celles du sucre libre. Chez les chiens phlorizinés, les variations du sucre protéidique dans les plasmas porte et sus-hépatique sont d'un ordre de grandeur parfois bien supérieur à celui des variations du glycogène hépatique. Après administration de glucose et d'une dose convenable d'insuline, ou d'insuline seule, on observe chez le chien

(1) Voir *Progrès Médical* des 29 octobre, 5 novembre, 19 novembre et 3 décembre 1932.

normal des variations importantes du taux du sucre protéidique. La sécrétion interne du pancréas est donc capable d'activer ou de ralentir soit la formation locale, soit la destruction du sucre protéidique.

Aubertin et Trinquier (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 197) montrent que pour apprécier l'effet produit par une injection d'insuline sur la glycémie, il faut déterminer le pourcentage de chute maxima, l'aire hypoglycémique totale, l'aire d'assimilation et l'aire de restauration et leur valeur par minute. Il est indispensable à cet effet de faire les dosages de glycémie toutes les cinq minutes, au moins pendant la période d'hypoglycémie maxima, et de répéter à plusieurs reprises la même expérience.

Kepinov et Petit-Dutaillis (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 626) sont d'avis que si, dans une action de très courte durée, l'insuline ne fait pas disparaître le facteur hyperglycémiant du sang de l'animal diabétique pour un autre animal, il est vraisemblable que si l'on parvenait grâce à cette hormone à maintenir d'une façon durable et parfaite la glycémie du chien diabétique au niveau normal, le sang de cet animal perdrait tout pouvoir hyperglycémiant vis-à-vis d'un animal neuf.

Collin, Drouet, Watrin et Florentin (*Acad. Méd.*, 20 oct. 1931) et Labbé (*Acad. Méd.*, 3 nov. 1931) étudient l'action histophysiologique de l'insuline sur l'hypophyse.

Santenoise, Fuchs, Stankoff et Vidacovitch (*Acad. Méd.*, 23 mars 1932) mettent en évidence une synergie fonctionnelle glyco-régulatrice de l'insuline et de la vagotonine, l'association insuline-vagotonine pouvant en clinique dans certains cas donner des résultats supérieurs à ceux obtenus avec l'insuline seule.

Polonovski, Bizard, Boulanger et Warembourg (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 1252 et CIX, 937) étudient l'influence de l'insuline, de l'adrénaline et de la phlorizine sur l'ammoniurie et les indosés plasmatiques et urinaires du chien.

Choay et Rennes (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 1269) montrent que l'insuline, même non purifiée, même encore incluse dans la poudre de pancréas, conserve pendant des années son activité, pourvu que le produit soit gardé à l'abri de l'humidité.

Labbé et Boulin (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 1239) constatent que le régime seul ou associé à l'insuline fait baisser ou même ramène à la normale le taux de la sérine et des albumines du sang augmenté dans le diabète.

Rathery, Mlle Levina et Derot (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 30 oct. 1931) n'ont obtenu avec l'insuline huileuse dans le diabète que des effets peu nets et inconstants, cette thérapeutique est généralement inopérante, parfois dangereuse, car elle peut s'accompagner de résorptions massives, son emploi est à déconseiller pour les auteurs.

Mouriquand, Weill et Boucomont (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 28 juin 1932) présentent un diabétique traité depuis huit ans par l'insuline.

Chabanier et Lobo-O'nell (*Presse méd.*, 1932, n° 31, 588) et Etienne et Louyot (*Soc. de Méd. de Nancy*, janv. 1932) étudient le traitement des diabètes graves par l'insuline.

Ducas (*Thèse Méd. Paris*, 1932 et *Gaz. méd. de France*, 1932, XXXVII, 235) montre que l'insuline a complètement transformé le traitement du diabète infantile ; grâce à l'insuline le petit diabétique peut désormais mener une vie active qui ne diffère pas sensiblement de celle de l'enfant normal.

Trabuc (*Marseille méd.*, 1931, LXVIII, 769) rapporte un cas d'abcès putride du poumon ayant guéri par l'insuline et la sérothérapie comme les abcès amibiens guérissent par l'émétine.

Costedoat et Aujaleu (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 3 juin 1932), Dimitracoff (*Progrès méd.*, 1932, n° 10, 421), Etienne, Drouet et Colleson (*Rev. méd. de l'Est*, 1932, LV, 73), Kisthinios et Gomez (*Presse méd.*, 1931, n° 54, 1026), Martin (*Thèse Montpellier*, 1931) et Rimbaud, Balmes et Martin (*Presse méd.*, 1931, n° 90, 1647) insistent sur les heureux effets de l'association insuline-glucose en thérapeutique cardiaque.

L[illegible]on, Desplats, Desbonnet et Vincent (*Ann. de Méd.*, 1932, XXXI, 481) étudient le traitement des oblitérations artérielles des membres par l'insuline.

Tzanck (*Soc. Derm. et Syph.*, 14 avril 1932) rapporte une guérison au bout d'un mois par l'insuline d'un grand ulcère de jambe chez un hyperglycémique non glycosurique.

Labbé et Zamfir (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 23 oct. 1931) et Olmer et Benrekassa (*Soc. Méd. de Marseille*, 12 mars 1932) concluent à l'inefficacité de l'association insuline-glucose dans le traitement des cirrhoses.

Barral, Huc d'Arrac et Vairel (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 1363) montrent que l'insulinisation préalable favorise et accentue les phénomènes de choc provoqués par l'injection intracardiaque de peptone ou par l'injection sous-cutanée de l'antigène auquel les animaux ont été sensibilisés.

Chevallier (*Paris méd.*, 1932, XXII, 54) étudie le traitement des urticaires graves par l'insuline.

Gomes da Costa (*Presse méd.*, 1931, n° 84, 1541) a constaté un effet cicatrisant remarquable de l'insuline sur les cancers ulcérés de la peau.

Loeper, Soulié et Tonnet (*Progrès méd.*, 1931, n° 28, 1253) montrent que sous l'action de l'insuline le taux de l'acide oxalique du sang s'abaisse manifestement et redevient normal et cet abaissement chez les hyperglycémiques et les diabétiques est contemporain de la réduction du sucre sanguin, les injections d'insuline constituent donc une médication de l'oxalémie.

Mauriac (*C. R. Soc. Biol.*, 1921, CVIII, 54) a observé également que l'insuline fait baisser rapidement la cholestérinémie des lapins atteints de néphrite chronique à l'urane.

Aubertin et Mollaret (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 383) mettent en évidence une heureuse action sur le rachitisme des jeunes chiens.

Rathery, Sigwald et Derot (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 10 juillet 1931) rapportent une observation de coma insulinique chez une diabétique en état de gestation, et discute l'influence de la gestation sur le diabète.

Rathery et Sigwald (*Gaz. méd. de France*, 1932, n° 11, 384) ont observé que l'évolution fatale de l'hypoglycémie insulinique n'est pas toujours la conséquence d'une forte dose d'insuline, ni d'un apport insuffisant d'hydrates de carbone, l'intensité de l'hypoglycémie n'explique pas l'issue mortelle qui peut survenir malgré un retour de la glycémie à un taux élevé. L'hypoglycémie maxima doit s'accompagner d'autres troubles humoraux et l'hypochlorémie explique peut-être le tableau symptomatique grave. Les troubles glandulaires, en particulier l'insuffisance surrénale, sont probablement responsables à la fois de la gravité et de la récidive de la chute glycémique et peut-être l'évolution fatale est-elle une insuffisance surrénale aiguë. Il ne faut donc faire de l'insuline qu'avec de grandes prés cautions chez les malades atteints de troubles glandulaire avec déficience du système hypoglycémiant, en particulier dans l'insuffisance surrénale, hypophysaire et, à un moindre degré, thyroïdienne.

Oddo (*Soc. Méd. de Marseille*, 9 janvier 1932) a observé des crises d'hypoglycémie insulinique typiques chez des diabétiques atteints de lésions hépatiques graves (syphilis hépatique, cirrhoses), l'existence de telles lésions doit inciter à la prudence dans l'insulinothérapie.

Escalier et Uhry (*La Médecine*, 1931, XII, 530) étudient l'hypoglycémie insulinique chez les sujets normaux.

Pour Cade, Barral et Roux (*Presse méd.*, 1931, n° 104, 1917) les accidents de sensibilisation à l'insuline présentent une fréquence relative et ont parfois l'intensité des accidents d'ordre anaphylactique, ils sont dus aux impuretés de l'insuline qui se comporte souvent comme une protéine étrangère, si l'on emploie une insuline incomplètement purifiée. Avec une insuline suffisamment purifiée, les troubles dus à la sensibilisation sont en général très légers, plus rares et n'entrent pas en ligne de compte au point de vue thérapeutique.

Rathery (*J. de Méd. et de Chir. prat.* 1931, CII, n° 19) et Frejman (*Thèse Méd. Paris*, 1932) ont observé chez certaines diabétiques traitées longtemps par de fortes doses d'insu-

line l'apparition d'une obésité caractéristique. Celle-ci survient presque exclusivement chez des jeunes filles présentant une certaine résistance à l'insuline. La face des malades est particulièrement infiltrée de graisse, certaines présentent aussi une localisation graisseuse plus marquée au niveau des régions lombo-abdominales. Cette obésité n'est pas due aux excès alimentaires du sujet ni aux troubles de la sécrétion interne des glandes génitales.

Ergostérine, métabolisme du calcium et rachitisme

Tixier (*Acad. Méd.*, 28 juillet 1931) insiste sur la nécessité d'adopter une unité antirachitique internationale pour le dosage de la vitamine D dans l'ergostérol irradié et propose un procédé pratique de dosage.

Sœur (*Presse méd.*, 1931, n° 53, 1003) administre de fortes doses d'ergostérine irradiée *per os* aux cobayes et aux rats et obtient comme effets toxiques une hypercalcémie et une hyperphosphatémie et des calcifications hétérotopiques. Au point de vue microscopique, l'os révèle de la résorption osseuse avec comme conséquence des fractures, une vascularisation intense et de la nécrose aseptique du côté de la moelle osseuse, avec également un arrêt de l'activité ostéogénique chez les jeunes animaux. L'ergostérine irradiée n'agirait pas par l'intermédiaire des glandes parathyroïdes.

Delore (*J. de Méd. de Lyon*, 1931, XII, 419) discute la valeur de l'ergostérine irradiée chez les tuberculeux pulmonaires. Expérimentalement, chez le lapin, l'administration de doses élevées d'ergostérine provoque une accumulation considérable de sels calcaires au niveau des lésions pulmonaires comme dans tout l'organisme, mais ce résultat n'est atteint qu'avec des doses très supérieures à celles employées en clinique humaine et la calcification expérimentale des lésions tuberculeuses n'est pas capable d'arrêter l'évolution de la tuberculose et de prolonger la survie des animaux. Chez l'homme on ne peut employer de crainte d'accidents toxiques ou de calcifications hétérotopiques d'aussi fortes doses, d'autre part, la valeur curatrice du processus de calcification spontanée ou provoquée en tuberculose est discutable. La calcification des lésions tuberculeuses apparaît plus comme le témoin que comme la condition nécessaire de la guérison locale et n'a pas l'importance qu'on lui attribue, il ne faut pas confondre en effet calcification et sclérose. A titre d'actinothérapie indirecte, l'ergostérine irradiée peut être néanmoins utilement employée, mais elle ne doit pas supplanter l'huile de foie de morue dont elle n'est nullement un équivalent, son indication sera tirée surtout des contre-indications de cette huile.

Decourt, Gally et Guillaumin (*Soc. méd. Hôp de Paris*, 8 avril 1932) rapportent une action très favorable tant au point de vue clinique que radiographique de l'ergostérine dans trois cas d'ostéoporose rachidienne douloureuse, forme fruste d'ostéomalacie.

Mouriquand, Leulier, Bernheim, Maussac et Mlle Weill (*Lyon méd.*, 1931, CXLVIII, 697, *Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 16 février 1932 et *Acad. Méd.*, 7 juin 1932) étudient les fixateurs du calcium dans le rachitisme.

Lecoq et Villuis (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 539 et 630, CX, 687) montrent que parmi les dérivés calciques essayés par eux, le lactate, le gluconate, le carbonate et le chlorure n'ont eu aucune action sur le rachitisme expérimental du rat blanc provoqué à l'aide d'une ration à la fois carencée en vitamine antirachitique et comportant un large excès de calcium au phosphore. Le sulfate de calcium peut par sa toxicité entraîner chez les animaux rachitisés une perte de poids se traduisant par une calcification anormale comparable à celle qui est obtenue par inanition.

Les phosphates mono, bi et tricalciques présentent vis-à-vis du rachitisme expérimental une action curative qui n'est pas en rapport avec la proportion de phosphore introduite dans la ration, les fonctions acides libres de la molécule paraissant exercer une action de renfort sur la valeur propre de l'ion phosphate. Aux doses tolérées le phosphure de zinc est dépourvu de propriétés antirachitiques chez le rat. Le phosphore sous-oxydé des hypophosphites de Na ou de Ca est également sans action à des doses relativement élevées (0,700 %), tandis que des proportions 5 à 6 fois moindres de phosphore données sous forme de phosphates présentent des propriétés curatives manifestes. C'est donc moins le phosphore que l'ion phosphate qui, dans un composé phosphoré, paraît exercer l'action curative sur le rachitisme expérimental du rat, obtenu au moyen d'une ration comportant à la fois une carence en vitamine antirachitique et un déséquilibre phosphocalcique dû à un large excès de Ca par rapport au phosphate. Le phosphore engagé dans les combinaisons glycérophosphoriques alpha et bêta exerce lui aussi une bonne action antirachitique.

Villuis (*C. R. Soc. Biol.* 1932, CX, 469) a constaté que l'activité antirachitique des phosphates calciques paraît être la résultante de deux actions opposées l'une calcifiante due à l'ion P^2O^5 et l'autre décalcifiante propre au Ca. Le Ca exerce aussi bien son action antagoniste par rapport à l'ion P^2O^5 lorsqu'il est ajouté sous forme de carbonate de Ca à une ration comportant l'addition d'une quantité de phosphate disodique normalement suffisante pour assurer la guérison des rats préalablement rachitisés. De même que le Ca, le Mg exerce une action décalcifiante nette, empêchant l'action curative de doses normalement suffisantes de phosphate disodique ou de phosphates calciques.

Mendailles (*Thèse Méd. Paris*, 1932) insiste sur le rôle important du Ca dans l'organisme, c'est un élément indispensable à la cellule vivante. Il active les réactions diastasiques de la coagulation, favorise l'excitabilité neuromusculaire et forme presque la totalité du squelette. Le métabolisme du Ca comporte encore un grand nombre d'inconnues, absorption intestinale, distribution sous des formes diverses (ionisée, protéique, fixe), excrétion au niveau de l'intestin. Toutefois la fixation de l'élément par les tissus constitue la donnée la plus intéressante du problème. Deux corps semblent jouer un rôle certain dans cette fixation, l'hormone parathyroïdienne et l'ergostérine irradiée. La calcithérapie s'exerce dans deux conditions : dans l'une les propriétés du calcium font de lui un médicament symptomatique des hémorragies, des chocs, de certains troubles digestifs ; dans la deuxième, le Ca agit par substitution et comble un besoin de l'organisme en Ca (carence ou défaut de fixation dans certaines maladies osseuses, nerveuses ou cutanées).

Soufre

Binet et Magron (*Acad. Sc.* 6 juillet 1931) montrent que, sous l'influence de l'hyposulfite de soude, la croissance des organismes jeunes peut être singulièrement accélérée.

Fenugrec

Sufrin (*Thèse Méd. Paris*, 1932) insiste sur la valeur du fenugrec comme médicament-aliment dans la cure d'engraissement des tuberculeux.

Thyroxine et thyroïdies

Tiffeneau (*Paris méd.*, 1931, XXI, 245) montre que pour ce qui concerne les actions spécifiques fondamentales de la thyroïde et si l'on envisage des doses comparables et des voies de pénétration comportant une égale résorption, il n'y a pas de différences essentielles entre la glande thyroïde et son principe constitutif, la thyroxine. Quant aux succédanés de la thyroxine, si quelques-uns semblent posséder des propriétés très voisines, comme c'est le cas pour les produits plus complexes que sont les peptides ou les protides thyroxiniens ou encore pour les produits peu modifiés comme la thyroxamine ou les thyrosines partiellement désiodées, tous les autres, et notamment ceux provenant de la dégradation progressive de la thyroxine, sont à la fois moins actifs et moins spécifiques.

Martin (*Thèse Méd. Paris*, 1931) constate que la thyroxine synthétique est qualitativement équivalente aux extraits thyroïdiens au point de vue de son action.

Elle a l'avantage d'être un produit stable, chimiquement

BIBLIOGRAPHIE

L'Inquisition. L'Inquisition au Moyen-Age. L'Inquisition espagnole. L'Inquisition dans le Nouveau Monde. La lutte contre l'hérésie. La lutte contre la sorcellerie, par A. VERRILL. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 10 gravures, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'ouvrage de M. Verrill, qui s'adresse avant tout au grand public, est une étude impartiale et documentée à des sources nombreuses et souvent même inédites de cette institution, une des plus discutées de l'histoire.

M. Verrill explique de quelle façon l'Inquisition s'est progressivement établie dans l'Europe du Moyen-Age. Il montre quels pouvoirs possédait cette organisation et comment elle se servait de ces pouvoirs. Il ne se contente pas de dépeindre la lutte menée par l'Inquisition contre l'hérésie, mais il étudie encore les efforts qu'elle fit pour combattre toutes les formes de la superstition : sorcellerie, magie, sciences secrètes, etc...

M. Verrill a fait une longue étude des documents originaux ; il a recherché lui-même dans les archives en France, en Espagne, en Amérique du Sud, des procès-verbaux de jugements et il apporte de nombreux faits nouveaux particulièrement pour ce qui concerne l'Inquisition au Pérou. Son but est cependant d'intéresser le lecteur plutôt que de l'instruire. Il n'a pas voulu écrire un ouvrage d'érudition mais simplement faire mieux comprendre ce qu'a été l'Inquisition en la remplaçant dans son cadre, dans les conditions sociales de l'époque médiévale.

800 ans de Révolution française (987-1789), par Henry de JOUVENEL. Un vol. in-16, broché : 12 francs. Librairie Hachette.

Jamais encore, de ces huit siècles d'histoire, on n'avait brossé une fresque aussi originale et aussi puissante.

Par des révolutions partielles et où ne sont acteurs que telles ou telles classes de la nation, — fonctionnaires, seigneurs, bourgeois, femmes, écrivains, financiers, etc., — la France s'achemine, lentement mais inexorablement, vers le dénouement de ce drame presque millénaire : la grande Révolution de 1789.

Henry de Jouvenel — est-il besoin de l'ajouter ? — a paré cette fresque des plus riches, des plus étincelantes couleurs...

Caricatures. — La revue *Arts et Métiers Graphiques*, dont l'éloge n'est plus à faire, présente un impeccable numéro consacré à la caricature et aux caricaturistes français et étrangers d'autrefois et d'aujourd'hui.

Ce numéro spécial, établi sous la direction du peintre et écrivain André Villebœuf contient, outre une introduction de Jean Giraudoux, des études par Pierre Mac Orlan, en Angleterre par G. Jean-Aubry, en Espagne par Auguste Bréal, en France par Cl. Roger-Marx, en Italie par Benjamin Crémieux, en Russie par L. Varchavski, en Flandre et en Hollande par X. Raam, en Suisse par François Fosca.

Les illustrations, très nombreuses, sont dignes du texte — ou réciproquement.

Un vol. in-4°, Prix : 60 francs. Arts et Métiers graphiques, 18, rue Séguier. Paris.

Les Livres à la Ville, magnifique ouvrage illustré publié par le *Bulletin Officiel* des Maîtres imprimeurs de France, 7, rue Suger, Paris(6e), avec la collaboration des principaux bibliophiles français. Prix : 70 francs pour la France ; 85 francs pour l'étranger.

Ce volume continuant la magnifique série des numéros de Noël du *Bulletin Officiel* des Maîtres imprimeurs, vient de paraître.

Le culte des livres ne se célèbre pas seulement dans les cathédrales, que sont les bibliothèques d'Etat ou de grandes villes. Il a ses églises conventuelles, ses chapelles particulières, ses oratoires, ses autels domestiques innombrables. Qui n'a pas, aujourd'hui, sa chambre, son meuble, sa planche, réservés à ces « amis discrets » que sont les livres ? C'est à ces asiles, variés, les derniers temples de l'esprit, où vient se recueillir l'homme affamé de science, chercheur d'idéal, curieux de nouveauté, quêteur de distraction et d'oubli, qu'est consacré cet ouvrage, suite logique de celui de 1930 qui, sous le titre « Les Livres chez eux » s'est surtout occupé des bibliothèques publiques, mais où déjà se trouvent quelques notices sur des collections personnelles. L'ouvrage comprend une magnifique couverture en héliochromie, 120 pages de texte et 70 hors-texte en couleurs (tous procédés d'impression). Comme ceux des années précédentes, il prend place au tout premier rang des meilleurs ouvrages parus dans le monde entier et consacrés aux arts du Livre.

N. B. — Comme les années précédentes, un tournoi typographique a été organisé à l'occasion du numéro de Noël. Les modèles réalisés ont été groupés en un fascicule spécial qui sera joint aux « Livres à la ville » sans supplément de prix, à condition qu'il soit expressément demandé en même temps que l'ouvrage principal.

La paresse est-elle un défaut ou une maladie ? par le Docteur GILBERT-ROBIN. Un volume in-18, Flammarion, éditeur, Paris, 1932.

Continuant les études médico-psychologiques sur l'enfant, le Docteur Robin, qui avait précédemment affirmé que l'enfant « est sans défauts » et que ceux-ci proviennent « d'une mauvaise éducation ou de maladie », examine à l'aide de la méthode clinique la paresse. Et fort justement, il démontre que la paresse n'est qu'un syndrome (ainsi que je l'avais pré-





tendu, il y a quelques années). C'est donc affirmer à quel point j'apprécie l'ouvrage documenté, réfléchi, utile de notre confrère.

Avant tout, il repousse, comme il l'a toujours fait, cette notion du défaut sans fondement, du défaut qui tombe du ciel. On est accoutumé de considérer la paresse comme *un défaut*. C'est même, si l'on en croit les dogmes acceptés, un vice capital. Le Docteur Gilbert Robin repousse de toute la force de son expérience, de toute l'énergie de sa connaissance, cette action de prédestination. Et, de ce fait même, il ouvre le chemin à l'espoir. Car, que servirait de lutter contre une paresse inhérente à la nature de l'enfant, puisque acceptant cette inhérence, on ignorerait volontairement la déterminante de la paresse ? Les seules choses auxquelles on puisse remédier sont celles dont on connaît la cause vraie, la cause profonde. L'auteur s'efforce de remonter de l'effet paresse à la cause.

On se contentait jusqu'à présent de qualificatifs : « Mon enfant est distrait, inattentif, étourdi. Il n'a pas de mémoire. Il est turbulent ... » et le grand mot : « Il est paresseux ». Qu'appelez-vous paresse ? et *comment* votre enfant est-il paresseux ? L'est-il en toute circonstance et pour tout ?

L'auteur, et c'est la chose importante, — car c'est la première fois qu'on trouve cette étude sous une plume autorisée, — dissèque le travail intellectuel de l'enfant ; et pour la première fois encore, on voit étudier sous un angle scientifique, médical, biologique et neurologique, la distraction, l'inattention, l'étourderie, la fatigue intellectuelle.

Ce livre, écrit avec une clarté et une élégance qui sont les caractéristiques ou Docteur Robin comprend deux parties.

Dans la première, notre confrère étudie les derniers des classes, les retardés non arriérés mais fatigués, lents, inattentifs et dans la deuxième, il met au point la question des arriérations mentales en en montrant les variétés et les cas limites.

Chemin faisant, il fournit d'excellentes réflexions sur les tests mentaux et leur interprétation : d'aucuns se figurent trop aisément que le niveau mental étant établi, il ne reste rien à faire. C'est une erreur : devant un état de retard de développement mental dûment constaté, il convient de relier la tare à ses causes premières, afin de la supprimer ou de la compenser.

Ce livre affirme une fois de plus le rôle de la hémo-psychiatrie dans la pédagogie et démontre que tout médecin, s'occupant à un titre quelconque de l'enfant, n'a pas le droit d'ignorer les relations entre la pathologie et la psychologie.

G. PAUL-BONCOUR.

défini. Avant tout traitement thyroxinique, il est indispensable de faire un métabolisme basal, si celui-ci est au-dessus de la normale, la thyroxine est formellement contre-indiquée. On doit surveiller au cours du traitement le pouls, la pression artérielle et surtout le métabolisme basal, car les accidents causés par la thyroxine sont de même ordre que ceux dus aux extraits thyroïdiens et n'apparaissent que chez les sujets à métabolisme basal normal ou supérieur à la normale. La thyroxine constitue le traitement d'attaque des hypothyroïdies, en injections sous-cutanées quotidiennes de 1 mgr., on peut ensuite continuer par un traitement d'entretien par voie buccale à doses plus élevées. La voie intraveineuse comporte plus d'inconvénients que d'avantages.

Lévy (*Presse méd.*, 1932, N° 13, 240), préconise la thyroxine en injections intraveineuses dans le traitement de l'hypercholestérinémie.

Sainton et Hesse (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 4 décembre 1931), rapportent une observation de transformation d'un myxœdème en goitre exophtalmique par la sommation thyroxi-adrénalinique.

Loeper, Soulié et Bioy (*Presse méd.* 1932, n° 52, 1013) et Orlowski (*Presse méd.*, 1932, n° 42, 836), préconisent le bore dans le traitement de la maladie de Basedow.

Labbé, Villaret, Justin-Besançon, Soulié, Mlle Kohler, Mme Schiff-Wertheimer et Commandon (*Acad. Sc.*, 27 juillet 1931, *C. R. Soc. Biol.* 1931, CVIII, 478, *Soc. méd. Hôp. de Paris*, 4 décembre 1931), montrent que l'exophtalmie basedowienne ne saurait relever directement de l'hyperthyroïdie, celle-ci n'étant ni nécessaire, ni suffisante à la constitution de l'exophtalmie. La thyroxine seule peut déterminer des signes d'hyperthyroïdie, mais sans exophtalmie, celle-ci peut apparaître au contraire si l'on associe à la thyroxine l'éphédrine ou l'éphédrone et chez les basedowiens elle peut disparaître, tout au moins temporairement, à la suite des injections d'yohimbine.

Cholérétiques et cholagogues

Loeper et Lemaire (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 3 juin 1932), montrent que l'acétylcholine injectée par voie veineuse est un cholécystokinétique puissant, souvent supérieur au sulfate de Mg, mais parfois aussi inférieur à ce dernier. En raison de son action brutale, il ne faut pas l'employer dans les coliques hépatiques, ni dans la lithiase des canaux excréteurs, mais dans maintes affections des voies biliaires et du pancréas elle est susceptible de donner de bons résultats.

Chabrol, Maximin, Charonnat, Waitz, Porin et Busson (*C.R Soc. Biol.*. 1931, CVII, 1240, CVIII, 1020 et 1100, CIX, 275), poursuivent leurs intéressantes études sur les cholérétiques. Ils constatent une action cholérétique remarquable du gaïacol et de ses dérivés, eugénol, alcool et acide vanilliques, vanilline, orthovanilline, résine de gaïac. L'action de l'alcool vanillique et celle de la vanilline demontrent une fois de plus que le groupement carboxylé n'est pas nécessaire pour activer la sécrétion de la bile et l'orthovanilline établit enfin que les positions respectives des groupes OH, OCH^3 et CHO n'ont qu'une importance secondaire dans le déterminisme de la cholérèse. Non seulement la sulfoconjugaison n'intervient pas dans la cholérèse, mais encore elle supprime le pouvoir cholérétique des substances actives sur la cholérèse telles que le gaïacol, l'atophan, l'acide alpha camphocarbonique et les naphtols. Le principe actif cholérétique de l'artichaut est une substance à caractère acide susceptible de donner avec le plomb un sel insolubie, il doit figurer parmi les composés cycliques à fonction phénol qui sont si largement répandus dans le règne végétal. Différentes composées comme la Grande Absinthe (*Artemisia absinthium*), le Pied de Chat (*Gnaphallium dioicum*), le Pissenlit (*Taraxacum dens leonis*), le Millefeuille (*Achillea millefolium*), peuvent aussi bien que l'Artichaut quadrupler ou tripler le volume de la bile excrétée par demi heure chez le chien. Action plus faible quoique nette du *Scolymus*, de l'Eupatoire d'Avicenne, de la Bardane, de la Balsamite, de la Santoline, du Souci. Action nulle du Laiteron, du Chardon (*Carlina*) d'une Immortelle (*Heliochrysum*), du Tussilage, du Séneçon, de l'Armoise et de la racine de Pyrèthre. Parmi les Labiées, la lavande, les menthes, le thym, le serpolet, la mélisse, la sauge, le romarin, la ballotte et la germandrée peuvent doubler ou tripler la sécrétion biliaire. Aucune action avec l'origan, l'hysope, le lierre terrestre, le marrube, le lamier blanc et le bugle. Le pouvoir cholérétique des labiées est aussi brillant que celui des composées quand on se borne à envisager les variations du débit de la sécrétion biliaire, mais il est moins durable, car la courbe retombe presque aussitôt aux chiffres témoins.

Les auteurs ont pu isoler du romarin un principe actif à l'état de sel de plomb qui laisse ainsi entrevoir sa parenté avec les acides de la série aromatique.

Chabrol, Busson et Mennecier (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 16 octobre 1931) étudiant les ictères provoqués par l'atophan, ont constaté qu'ils sont très rares, une cinquantaine d'observations seulement ont été rapportées depuis 1923. Bénins ou graves, ils évoquent par leur mode de début l'ictère catarrhal ou l'ictère infectieux. Ce sont probablement des ictères biotropiques. On ne doit pas pour cela renoncer à l'atophan, il importe seulement de l'employer par voie buccale à doses modérées et par intermittence.

Geninet (*Thèse Méd. Paris*, 1931) consacre sa thèse, faite sous l'inspiration de Chabrol, à l'étude des substances cholérétiques de la série grasse.

De Grailly et Daron (*Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1931, LII, 787) et *C. R. Soc. Biol.*, 1932, IX, 379) étudient l'action de l'huile d'arachide et de l'huile de ricin sur l'évacuation de la vésicule biliaire.

Parturier, Zambeu, Fauque et Manceau (*Soc. Thér.*, 10 février 1932) signalent l'action cholérétique et calmante des voies biliaires du tamarin qui, à doses fortes, peut réveiller les douleurs des biliaires. Par contre, donné en infusions légères, il les calme d'une façon très nette.

Parturier et Blacque (*J. méd. fr*, 1932, XXI, 188) passent en revue les principales médications phytothérapiques des algies de la vésicule biliaire.

Kaolin bismuthé

Hayem (*Acad. Méd.*, 20 oct. 1931 et *Soc. méd. Hôp. de Paris*, 27 nov. 1931), montre la supériorité du bismuth au kaolin comme pansement gastrique dans les gastropathies liées aux irradiations médicamenteuses et dans les gastrites chroniques compliquées de fermentations acides. Il préconise le kaolin bismuthé, moins cher que le bismuth et aussi efficace.

Sophora japonica

King-li-Pin (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 885) montre que l'injection de l'extrait total des gousses de *Sophora japonica* provoque de l'hyperglycémie et de la glycosurie. Cette hyperglycémie est due à une diminution des globules rouges qui entraîne un trouble de l'hématose, elle n'est pas de très longue durée, le sucre du sang revenant à son taux normal le lendemain de l'expérience.

Bridel (*Acad. Méd.*, 17 nov. 1931) retire de *Salix purpurea* un glucoside qui présente la même action glycosurique que la phlorizine chez le chien.

Pepsine

Loeper, Lemaire et Mougeot (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 526) mettent en évidence une action hypotonique de la pepsine sur le ventricule isolé de l'escargot, action antagonisée par l'atropine.

Purgatifs

Loeper (*Progrès méd.*, 1932 n° 18, 782) donne une classification médico-physiologique des purgatifs.

Maurice et Mlle Mathou (*Soc. méd. chir. pharm. de Toulouse*, févr. 1932) ont constaté que le *Rhamnus alpina* récolté à 2.000 mètres dans les Pyrénées est le plus riche en dérivés anthra-

céniques de toutes les Rhamnées indigènes étudiées jusqu'ici. L'action purgative de la décoction de l'écorce de ce rhamnus est plus marquée que celle de l'écorce de bourdaine.

Maurin (*Soc. méd. chir. et de pharm. de Toulouse*, mai 1932) a observé que l'altitude augmente prodigieusement la richesse en dérivés anthracéniques et l'activité purgative des rhamnées.

Réglisse

Busquet (*Soc. Thér.*, 9 mars 1932) signale que la réglisse n'est pas comme on le croit une drogue complètement inerte, elle diminue la fréquence et l'amplitude des contractions de l'intestin grêle isolé du lapin et les arrête même à la concentration de 10 pour 1000 qui est celle de l'infusion de réglisse utilisée parfois chez l'homme. On peut donc se demander si la présence de la réglisse est légitime dans la poudre laxative du codex, ou poudre de réglisse composée, et si, au contraire, l'infusion de réglisse ne serait pas un adjuvant utile dans le traitement des diarrhées.

Ricin

Guillemet (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 779 et 781) étudie le pouvoir lipolytique de différentes variétés de graines de ricin et le pH optimum d'hydrolyse des huiles végétales par la lipase de la graine de ricin.

Antidiarrhéiques

Baize (*Bull. méd.*, 1931, XLV, 487) passe en revue le traitement des diarrhées estivales dans la première enfance.

Vermifuges

Joyeux et Baer (*Marseille méd.*, 1931, LXVIII, 493) étudient la pathogénie et la thérapeutique des helminthiases.

Pyréthrines

Depuis les premiers travaux de Chevalier, la valeur des pyréthrines comme vermifuge, antiparasitaire et insecticide s'est tout à fait affirmée. Pouchet (*Acad. Méd.*, 7 juillet 1931) et Perrot (*Bull. Sc. Pharm.*, XXXIV, 42) insistent tout particulièrement sur l'efficacité de cette nouvelle médication. Les pyréthrines, principes actifs du *Chrysanthoemum cinerarifolium*, ne déterminent aucun accident toxique chez l'homme ; les ascaris, les oxyures, les trichocéphales, les ankylostomes et les ténias sont tués et éliminés parfois avec une seule dose, plus sûrement après une cure de quelques jours sans autres précautions qu'une restriction de l'alimentation. Les résultats sont également excellents en médecine vétérinaire. Les pyréthrines peuvent être utilisées en badigeonnage, en lotions contre les parasites cutanés chez l'homme et les animaux, les émulsions hydroalcooliques très diluées sont très utiles pour la désinfection des habitations, des casernes et des navires.

Gaudin et Carron (*Acad. Méd.*, 20 oct. 1931 et *Bull. Sc. Pharm.*, 1931, XXXVIII, 627) montrent que les pyréthrines exercent sur la musculature des ascaris une action paralysante très énergique et très rapide, nettement proportionnelle aux quantités mises en jeu ; une même dose sur un même organe, après lavage et repos, provoque des phénomènes d'égale intensité. Les auteurs décrivent une technique permettant de déterminer l'activité physiologique des anthelmintiques par rapport à une solution type.

Anglade, Gaudin et Mlle Arcony (*Acad. Méd.*, 15 déc. 1931 et *Bull. Sc. Pharm.*, 1932, XXXIX, 23) ont obtenu des résultats particulièrement bons avec les pyréthrines dans nombre de symptômes vagues et mal caractérisés de pathologie digestive chez l'enfant et les adultes où il faut penser à la possibilité de la présence des oxyures ; bons résultats également contre les ténias.

Lemaire et Gaudin (*Soc. Thér.*, 14 oct. 1931 et *Bull. Sc. Pharm.*, 1931, XXXVIII, 692) préconisent une gelée fluide à base de pyréthrines dans le traitement de la gale. Le premier jour, grand bain suivi d'une onction de la gelée sur les sièges d'élection. Avant le coucher légère onction sur les mains et les régions les plus atteintes, le deuxième et le troisième jours application générale sur tout le corps le soir avant de se coucher, le quatrième jour, nouvelle application générale suivie d'un grand bain savonneux.

Chevalier (XVIIIe *Congr. d'hygiène*, Paris, 12-15 oct. 1931) insiste sur la toxicité des pyréthrines pour les animaux à sang froid et leur parfaite innocuité pour l'homme et les animaux à sang chaud. Les pyréthrines qui tuent par paralysie du système nerveux central après une période d'excitation incoordonnée n'agissent pas à l'état de vapeurs, mais doivent être absorbées soit par contact, soit par voie digestive. Le plus souvent, les insectes sont atteints par pulvérisations de liquides chargés de pyréthrines. Cette méthode permet de débarrasser sans aucun inconvénient les habitations, casernes, navires, hôpitaux, locaux agricoles, etc., des puces, punaises, cafards, poux divers et constitue le procédé de choix pour l'épouillage, le traitement de la phtyriase et de la gale, par lavage et frictions légères, chez l'homme, le chien, le chat, le cheval. Les pyréthrines sont aussi des vermicides actifs qui, pris à l'intérieur, détruisent les vers intestinaux des animaux domestiques souvent transmissibles à l'homme.

Santonine

Leulier et Mme Roche (*Acad. Sc.*, 6 juillet 1931) n'ont pas constaté avec la santonine d'action nette sur la glycémie des animaux normaux. L'action antiglycosurique de la santonine est probablement due à une élévation du seuil rénal du glucose ; elle est antagoniste de celle de la phlorizine. Au point de vue thérapeutique, la santonine peut être un adjuvant utile de l'insuline dans le traitement de certains diabètes.

Stemona tuberosa

Lobstein et Grunbach (*Bull. Soc. Pharm.*, 1932, XXXIX, 26) mettent en évidence une action paralysante du sulfate de stémonine sur le ver de terre et sur la grenouille, cette substance abaisse la chronaxie du sciatique et du gastrocnémien de la grenouille et exerce sur le cœur de tortue isolé et perfusé d'abord une action excitante, avec augmentation de la profondeur des systoles, puis un ralentissement du rythme avec augmentation de la phase systolique, puis une arythmie et un arrêt total passager et réversible sous l'action du liquide de Ringer pur.

(*A suivre.*)

« Nous nous plaignons tous d'avoir été contraints de nous instruire à la diable et d'avoir été, malgré nous, des autodidactes, ayant pour la plupart acquis les connaissances les plus essentielles à l'exercice de notre profession, sans méthodes puisque au petit bonheur et, bien entendu, en dehors de tout l'enseignement universitaire officiel. Je ne doute pas un instant que si on demandait aux vingt mille praticiens de France où ils ont appris leur métier, il n'y en a pas cinq cents qui prononceraient le mot de Faculté. Le plus grand nombre d'entre nous, et parmi les meilleurs, rappelleraient qu'ils n'ont jamais suivi un cours magistral et qu'ils n'ont gardé de la Faculté que le souvenir des locaux sans vie où ils furent de temps en temps contraints d'assister à de monotones logomachies, à des exercices fastidieux, et de subir des interrogations passées sous forme de rébus et dont la plupart étaient d'ailleurs sans rapport avec la médecine. Tous ceux qui n'eurent pas la chance de remplir des fonctions hospitalières rappelleraient sans doute comment ils se trouvèrent désemparés au début de leur pratique en dépit des questionnaires auxquels ils avaient dû répondre et des innombrables mentions qui couvraient leurs diplômes. »

(Maurice Renaud. La nécessité d'une réforme des études. Le sens qu'il faut lui donner. *Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, septembre 1932.)

NERVOCITHINE = Hémoglobine et Extrait de Foie

OPOTHÉRAPIE COMPLÈTE LA PLUS SURE



REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Tube digestif

La dégénérescence cancéreuse de l'ulcère gastrique pose un problème d'interprétation :

Faut-il la considérer comme une transformation cancéreuse d'un ulcère simple ou comme une forme spéciale de cancer ulcéré à marche lente ? Les opinions diffèrent et cela est facile à comprendre.

Pour faire un diagnostic de dégénérescence cancéreuse d'un ulcère, il faut être sûr qu'il s'agit d'un cancer véritable et cela ne suffit pas ; il faut en outre être sûr que ce cancer a été précédé d'un ulcère, non moins véritable. Le diagnostic rétrospectif n'est jamais une petite affaire.

Affirmer le diagnostic de cancer après intervention ou autopsie est facile puisque l'examen histologique entraîne la conviction ; il est néanmoins important d'insister sur une cause d'erreur : L'examen histologique peut montrer dans un ulcère banal quelques éléments épithéliaux dans la profondeur.

Dans les cas où le chirurgien se trouve en présence d'une masse volumineuse, renonce à pratiquer la gastrectomie et se contente d'une gastro-entéro-anastomose, l'opéré finit parfois par guérir à la grande surprise de tous ; il s'agissait simplement de périgastrite développée autour d'un ulcère et l'intervention s'est trouvée être exactement celle qui convenait.

Il est par contre extrêmement difficile de distinguer l'ulcère cancérisé du cancer à marche lente à type ulcéreux. La certitude scientifique demanderait un double examen histologique, le premier de l'ulcère, le second du cancer ; cette condition est pratiquement impossible à réaliser, la biopsie de l'ulcère supposant son ablation. Les arguments histologiques ne sont assez nets pour entraîner la conviction que dans un petit nombre de cas ; les arguments cliniques ont peu de valeur ; la longueur de l'évolution clinique seule peut être retenue.

Toute évolution pathologique, durant moins de cinq ou six ans, peut être rangée avec certitude dans le groupe des cancers à marche lente à type ulcéreux ; au contraire, un ulcère, qui a évolué pendant plus de dix ans et qui prend l'allure d'un cancer, doit être considéré comme un exemple d'ulcère dégénéré. Cette position moyenne semble encore la meilleure dans un diagnostic de pure probabilité.

Une statistique de 144 cancers et 106 ulcères donne treize cancers à marche lente à type ulcéreux, deux ulcères cancérisés certains et quatre probables. L'ulcère cancérisé est donc beaucoup plus rare que le cancer à marche lente à type ulcéreux.

Ces chiffres n'ont pas seulement un intérêt théorique, ils doivent être pris en considération lorsqu'on discute les indications de la gastrectomie dans l'ulcère.

La distinction entre ulcère cancérisé et cancer à marche lente a un intérêt pratique et il suffit pour la faire d'opposer les ulcères récents aux ulcères anciens. La statistique précédente permet une interprétation intéressante.

Dans les syndromes ulcéreux récents, dont la symptomatologie date de moins de cinq ans, on trouve 39 ulcères simples et treize cancers à type ulcéreux ; sur 52 syndromes ulcéreux récents il y a donc 25 % de cancers.

Dans les syndromes ulcéreux anciens, dont la symptomatalogie date de plus de dix ans, on trouve 53 ulcères simples et un chiffre d'ulcères cancérisés compris entre deux et six, soit de 3,3 à 10 %. Sur ces six ulcères cancérisés il n'y en a que deux qui aient eu opératoirement l'aspect d'ulcères calleux.

On est donc autorisé à dire que la fréquence du cancer dans l'ulcère calleux n'est vraie que pour les ulcères récents datant de moins de cinq ans, que le cancer est au contraire exceptionnel dans les ulcères calleux anciens.

Conclusions chirurgicales :

1° Dans un ulcère *récent* ayant l'aspect d'un ulcère simple, sans induration suspecte, la possibilité d'une cancérisation secondaire *exceptionnelle*, ne doit pas être retenue comme argument en faveur de la gastrectomie.

2° Dans un ulcère récent d'aspect *calleux*, la fréquence du cancer à marche lente est un argument important en faveur de la gastrectomie.

3° Dans un ulcère *calleux* ancien la cancérisation est exceptionnelle et ne doit pas être retenue comme argument en faveur de la gastrectomie.

(L. Bouchut et M. Levrat. La dégénérescence cancéreuse de l'ulcère d'estomac. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 août 1932.)

Au cours des viscéralgies apparaissent, en des zones déterminées du derme, des troubles vaso-moteurs : cellulie dermique, sensation spéciale d'empâtement par malaxation, etc.

Ces névralgies-réflexes, avec leur substratum physio-anatomique de cellulie dermique, sont à rapprocher des états qualifiés de cellulites, mieux appelés cellulalgies et auxquels convient davantage encore le terme de cellulies. Névralgies réflexes et cellulies répondent de façon identique à l'injection intradermique d'eau distillée.

Le fait caractéristique de cette injection réside dans l'instantanéité de la disparition du syndrome douloureux ; il existe d'autre part un témoin local ; c'est la fonte de la plaque de cellulie.

Il y a un certain nombre de faits, qui gravitent autour des réactions douloureuses modifications de la contracture musculaire, disparition de l'impotence fonctionnelle. La fonte de placards celluliques ou de dermalgies réflexes permet de mettre en évidence des troubles fonctionnels que le malade analyse d'autant mieux qu'ils ont disparu : sensation de libération thoracique, retour à un jeu respiratoire normal, disparition d'une sensation d'angoisse.

(J. Paviot et H. Jarricot. A propos des viscéralgies : les dermalgies-réflexes. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 août 1932.)

Au cours de la tuberculose intestinale l'hémorragie se présente sous des formes diverses.

A une période avancée certains malades sont en proie à une diarrhée abondante, consistant en selles noires par adjonction de sang.

Dans d'autres cas on a affaire à un syndrome dysentériforme, lié à la localisation des lésions sur le gros intestin : épreintes, ténesme, selles glaireuses et striées de sang.

Parfois enfin se produit une hémorragie abondante, quelquefois foudroyante, accompagnée de réactions générales et de phénomènes de choc, finalement mortelle.

Sous toutes ces formes, les hémorragies sont relativement exceptionnelles, au cours de l'évolution de la tuberculose intestinale chronique.

Sans être d'une fréquence extrême, les hémorragies tiennent dans les formes aiguës de la tuberculose intestinale, incontestablement une place beaucoup plus importante. Elles apparaissent dans la granulie à forme typhoïde, au cours des recrudescences aiguës des formes chroniques de tuberculose pulmonaire ; elles peuvent faire partie, chez les tuberculeux aigus surtout, d'un véritable syndrome hémorragique à manifestations multiples ; hémoptysies, épistaxis, purpura.

Dans ces conditions et jusqu'à ces dernières années, l'entérorragie ne s'était vu reconnaître qu'un intérêt séméiologique médiocre. Des faits cliniques récemment publiés montrent que parfois elle peut acquérir une valeur diagnostique non négligeable et devenir même un symptôme révélateur de la tuberculisation de l'intestin et que, d'autre part, survenant chez des malades tuberculeux pulmonaires, avérés ou méconnus, elle ne constitue pas fatalement un élément aggravant de l'évolution et du pronostic.

(A. Cade et M. Milhaud. Les entérorragies au cours de la bacillose intestinale. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 août 1932.)

Chirurgie

La position verticale ou de Trendelenburg inversée offre de grands avantages dans la chirurgie du foie et des voies biliaires.

Elle supprime les oscillations respiratoires si incommodes et entraîne la descente utile des viscères de l'étage supérieur du ventre, ce qui rend plus apparents les organes situés dans la cavité sous-phrénique.

L'incision médiane sus-ombilicale s'associe heureusement à la position verticale.

Dix observations montrent les avantages de cette technique.

(Pérard. La position verticale dans les interventions dans l'étage supérieur de l'abdomen. *Maroc Médical*, 15 août 1932.)

Thérapeutique

La méthode de Whipple a une valeur pratique que l'on peut condenser en quelques notions :

L'anémie pernicieuse cryptogénétique n'est plus une maladie

à échéance fatale à la condition d'utiliser le foie à des doses suffisantes : jamais moins de 250 grammes par jour ou de 20 grammes d'extrait ; il est préférable de pécher plutôt par excès que par insuffisance Le traitement sera continué sans défaillance, les doses étant diminuées dans le rapport où l'examen du sang le permet.

Il est avantageux d'adjoindre à la méthode de Whipple un ou plusieurs des traitements suivants : régime, transfusion sanguine, acide chlorhydrique, fer.

Il peut être utile d'associer à l'opothérapie hépatique l'opothérapie gastrique et les injections d'acides aminés, ces deux dernières méthodes pouvant d'ailleurs suppléer la première en cas d'hépato-résistance.

Dans les anémies symptomatiques, graves ou non, en dehors du traitement étiologique, l'hépato-thérapie garde les mêmes indications générales, adaptées à l'intensité et à la cause du syndrome à traiter.

(G. Etienne et P. L. Drouet. L'opothérapie hépatique dans les anémies. (*Revue Médicale de l'Est*, 1er septembre 1932).

Le traitement des accidents d'hypersensibilité au venin d'abeilles se résume en quelques principes très simples, qu'il est indispensable de ne pas perdre de vue.

On évite, autant que possible, la résorption brutale du venin par l'application très précoce d'un lien serré si la piqûre siège sur un membre ou d'une ventouse correctement placée s'il est impossible de poser un garrot, sur la face ou au cou par exemple.

On lutte contre l'intoxication par le sérum antivenimeux anticobra de l'Institut Pasteur, dont la polyvalence permet une protection suffisante vis-à-vis du venin d'abeille. Si l'on n'en a pas sous la main, il suffit, la plupart du temps, de prélever sur un apiculteur solidement immunisé, sain et proche parent de préférence, 20 c. c. de sang que l'on réinjectera aussitôt dans les muscles du malade.

En l'absence de toute autre médication possible, il est recommandé d'administrer de l'alcool jusqu'à l'ivresse. Ce traitement empirique est utilisé couramment par les indigènes des régions où abondent les serpents venimeux. On connaît la résistance exceptionnelle des ivrognes aux piqûres d abeilles.

Une fois le malade protégé autant que possible par la sérothérapie ou par l'alcoolisation, on pourra seulement alors permettre la résorption du venin et enlever très progressivement les liens , les garrots ou les ventouses placés quelques minutes auparavant.

Ces manœuvres une fois faites, on appliquera une médication symptomatique : injections d'adrénaline, de sérum artificiel, d'huile camphrée ; administration de toni cardiaques et particulièrement de sulfate de spartéine, qui favorise l'action du sérum antivenimeux.

On couchera le malade dans un lit bien chaud, dans une salle aérée.

(M. Perrin et A. Cuénot. A propos de treize observations nouvelles d'hypersensibilité au venin d'abeilles. *Revue Médicale de l'Est*. 1er août 1932.)

Les injections intraveineuses d'émétique sont efficaces dans les cas d'ulcère phagédénique tropical.

La veille du traitement on donne 30 grammes de sulfate de soude.

Les injections se font aux doses et aux intervalles suivants :

1er jour.................	deux centigrammes
3e «	trois «
5e «	cinq «
7e «	dix «

et ensuite, tous les deux jours, dix centigrammes, jusqu'à la dose totale de 1 gr. 20, qu'il ne faut jamais dépasser.

On emploie une solution d émétique à 1 %, fraîchement préparée, stérilisée à l'autoclave, en injections rigoureusement intraveineuses.

On institue en même temps un traitement local : nettoyage consciencieux, désinfection soignée, bains locaux à la solution forte d'Alibour, pansements humides avec la même solution ou avec l'eau oxygénée, qui paraît supérieure.

Après la deuxième ou la troisième injection le processus phagédénique est toujours arrêté et après la quatrième ou la cinquième injection il a complètement disparu. Les injections sont continuées dans le but d'obtenir une guérison complète.

Pour un ulcère de dimension moyenne il faut injecter de 40 à 50 centigrammes d'émétique. Pour un ulcère étendu et souillé, il faut atteindre 80 ou 90 centigrammes.

Malgré sa toxicité on n'a pas observé d'accidents ; il ne faut pas dépasser la dose de dix centigrammes par injection ni pratiquer les piqûres à moins de quarante-huit heures d'intervalle.

(G. Moustardier. Traitement de l'ulcère phagédénique tropical par les injections intraveineuses d'émétique. *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale d'Indochine*, avril 1932.)

Pathologie exotique

Une enquête malariologique, faite à Ream, montre que l'*A. Ludlowi* peut désormais être considéré comme Anophèle pathogène sur la côte du golfe de Siam (Cambodge et probablement Cochinchine.)

Rien n'autorise à affirmer qu'il en soit de même pour les zones maritimes basses de la mer de Chine (Cochinchine, Sud-Annam) ; car, si le rôle pathogène de l'*A. Ludlowi* a été démontré aux Indes et en Malaisie, par contre aux Philippines, où d'autres variétés de la même espèce se rencontrent aussi assez fréquemment, aucun cas d'infection stomacale ou salivaire n'a été signalé jusqu'ici.

Rencontre-t-on en Cochinchine les mêmes variétés d'*A. Ludlowi* qu'aux Philippines ou bien au contraire ne trouve-t-on que l'*A. Ludlowi* de Malaisie ? Des recherches entomologiques ont été entreprises à l'Institut Pasteur de Saïgon afin d'éclaircir ce point particulier.

(Mesnard, Robin et Treillard. Enquête malariologique à Ream. *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, avril 1932.)

Aphorismes

d'E. Gaujoux et M. Bourret de Marseille, sur la syphilis

Nous ne connaissons aucun argument positif établissant, dans la cure régulière d'une syphilis, la valeur pratique des traitements fractionnés par cures intermittentes à rythme discontinu, dont l'action spirillicide se trouve de toutes façons compromise par des périodes de repos thérapeutique que rien ne justifie.

Nous avons tous présents à la mémoire le souvenir de malades instruits et qui, n'ayant suivi des années durant qu'une médication mercurielle simple (pilules de protoiodure, sirop de Gibert, etc.), sont restés positivement guéris, leur imprégnation tréponémique ayant été compensée par une imprégnation mercurielle prolongée et de ce fait suffisante. Ces malades ont vieilli sans incident ni accident.

La multiplicité des médicaments employés, l'incertitude du mode d'introduction médicamenteuse à préférer, l'élasticité des doses déclarées spirillicides constituent pour la pratique syphilithérapique un ensemble de problèmes dont il serait temps de hâter la solution.

J. LAFONT.

« Nos Facultés, de plus en plus désireuses de donner aux robes grenat le même prestige qu'à la robe rouge des sciences pures, de plus en plus jalouses de graviter dans l'orbite universitaires où les entraînent les professeurs non médecins, aujourd'hui partout en majorité, éloignées ainsi de plus en plus de la vraie médecine par le développement accordé à l'enseignement des sciences accessoires, nous conduisent sans détours dans la voie du mandarinat et des cumuls de diplômes. Elles ne feront pas les *praticiens*, au sens plein de ce beau terme, dont notre Société a besoin et que nous voulons avoir pour confrères. Mais alors ? Il faut dire nos aspirations et, selon notre droit strict, exprimer notre volonté. » (Maurice RENAUD. La nécessité d'une réforme des études. Le sens qu'il faut lui donner. *Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, septembre 1932.

« Nous devons mettre au premier rang des causes qui favorisent la formidable offensive de la tuberculose contre les hommes de couleur aux colonies, l'habillement systématique des populations... La bacillose acquiert une virulence toute particulière sur ces individus habitués au soleil brusquement habillés. Un teint cendré, une *dépigmentation*, symptomatique de la privation de lumière, la décèle tout d'abord. Le signe est pathognomonique ; vu une fois, il ne s'oublie plus. » (Docteur FOUGERAT, de David-de-Lastours. Hygiène. Nudité. Soleil aux colonies. Un vol. , Vigot, édit.).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre 1932

Résultats généraux de la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. — *M. Léon Bernard* publie la statistique personnelle des résultats qu'il a obtenus avec le thiosulfate d'or et de sodium ; statistique qui s'étend sur l'étude de 716 cas. L'auteur a employé la méthode de dose moyenne pour les cas aigus. Il pratique d'abord un traitement d'attaque, suivi d'un traitement d'entretien. Le traitement n'est interrompu qu'en présence d'incidents toxiques ou des résultats thérapeutiques acquis. Par cette méthode, l'auteur n'a plus jamais rencontré de désordres d'intoxication grave.

Ces résultats se manifestent non seulement par la disparition des symptômes cliniques et l'arrêt des poussées évolutives, mais encore par une régression des lésions qui peut aller jusqu'au nettoyage radiologique complet. Celui-ci ne s'obtient, en général, que longtemps après le début, parfois même à la fin du traitement.

La statistique montre que les résultats favorables comprenant les guérisons cliniques et les améliorations notables oscillent autour de 50 % des malades traités.

Léon Bernard pense que c'est surtout dans les formes évolutives que la chrysothérapie doit être mise en œuvre et dans les cas où le pneumothorax est impossible ou inopérant.

Rapport général sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées en France, en Algérie et dans les pays de protectorat pendant l'année 1931 et aux Colonies pendant l'année 1930. — *M. L. Camus.* — Compte tenu des vaccinations privées et des revaccinations publiques le nombre des primo-vaccinations de l'année 1931 est supérieur de 20.652 à celui de l'année 1930. Une diminution des primo-vaccinations a été enregistrée seulement dans 35 départements.

Les revaccinations sont plus nombreuses partout, sauf dans six départements ; leur augmentation pour l'année 1931 est de 122.650 par rapport à l'année précédente.

La présence de la *variole* n'a été signalée par les commissions départementales que dans trois départements : dans l'*Indre-et-Loire* (trois cas dont deux mortels), l'*Hérault* (deux cas qui ont guéri) et les *Bouches-du-Rhône* (deux cas qui ont guéri).

Dans les *Colonies* en 1930 on a observé plus de 13.000 cas de variole ; l'année précédente il n'y avait eu que 7.478 cas.

Des vaccinations ont été faites en très grand nombre (8.451.829 pour une population de 47.072.750 habitants).

Au *Maroc*, pour l'année 1931, on signale sept cent vingt-sept cas de variole (la moyenne des dernières années était seulement de trois cents cas) ; il n'y a eu que douze cas seulement parmi les Européens et quatre parmi les Français. Les vaccinations ont été intensifiées et l'épidémie a rapidement rétrocédé.

En *Tunisie*, qui compte 2 410.692 habitants dont 195.293 Européens, la variole diminue d'année en année ; dix-neuf cas seulement en 1931 dont quatre morts.

C'est une application méthodique et persévérante de la vaccination dans tous les *Contrôles civils* qui a permis d'obtenir ce beau résultat. Au cours de l'année 1931 il a été pratiqué 611.919 vaccinations.

Action de l'insuline sur les malades atteints de néphrite chronique — *MM. Pierre Mauriac, P. Broustet, Dubarry* ont soumis à la cure d'insuline des malades atteints de néphrite chronique ; ils ont étudié l'action immédiate de l'insuline sur l'azotémie dans les heures qui suivent l'injection, et l'action générale de l'insuline sur l'évolution de la maladie.

Dans les néphrites graves avec forte azotémie, le traitement est très bien supporté ; mais si l'azotémie décroît immédiatement après la piqûre d'insuline, il n'est pas possible d'affirmer que les malades en aient tiré grand bénéfice.

Dans les petites azotémies les injections d'insuline sont indiquées pour améliorer le métabolisme des lipides et du cholestérol, et aussi pour favoriser le métabolisme des glucides qui entrent pour une grande part dans l'alimentation des brightiques.

La collapsothérapie de la bronchiectasie. — *M. E. Rist.* — Ni le drainage bronchoscopique ni les opérations chirurgicales portant sur le parenchyme pulmonaire et dont la gravité est évidente ne peuvent être mis en balance avec le traitement collapsothérapique de la bronchiectasie. Plus celui-ci sera appliqué systématiquement et précocement, plus on accroîtra dans l'avenir la proportion — déjà fort appréciable aujourd'hui — des guérisons de cette redoutable maladie.

L'évolution des idées dans le domaine de la pathogénie, de l'étiologie et du traitement de l'asthme à « épine respiratoire » d'origine microbienne. — *M. Haibe.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 18 novembre 1932

Le cancer diffus de la totalité des voies biliaires. — *MM. Etienne Chabrol* et *Waitz* ont vu évoluer en moins de huit semaines, chez un homme de 52 ans, un grand ictère cholurique et une carcinose miliaire aiguë du péritoine, qui trouvaient leur origine dans une cancérisation massive de la totalité des voies biliaires : le cholédoque, le cystique, la vésicule, les ramifications de l'espace de Kiernan étaient uniformément envahis par une tumeur ligneuse, qui respectait l'ampoule de Vater, le pancréas et le parenchyme du foie en dehors des espaces porte. Les auteurs soulignent le caractère exceptionnel de cette angiocholite cancéreuse généralisée. Ils n'ont retrouvé aucune observation comparable dans la monographie de Gallavardin et Devic et dans la thèse de Salmon.

Névrite aiguë mercurielle grave, guérison après quatre mois. Traitement par la rechloruration. — *MM. Duvoir, Pichon, Layoni* et *Pautrat* signalent dans ce cas l'action certaine, mais modérée et passagère, de la rechloruration. Cette action bienfaisante s'est d'ailleurs compliquée d'œdèmes et d'épanchement pleural.

Diabète insipide suivi de diabète sucré. Influence de la grossesse et de la folliculine sur la sédation du diabète insipide. — *MM. Duvoir, Pollet* et *Cachni*.

M. Troisier signale également l'action de la folliculine à grosses doses, comparable à celle de la post-hypophyse. Cette action s'observe aussi bien chez l'homme et la femme, ce qui indique la possibilité de la nature bisexuelle de la folliculine.

M. M. Labbé émet l'hypothèse de l'existence d'une autre substance dans les préparations de folliculine. En ce qui concerne le diabète insipide et sucré, il croit que ce dernier est un diabète par suralimentation chez une femme polyphage.

Xanthomose cranio-hypophysaire. — *MM. E. Lesné, Robert Clément* et *P. Guillain* présentent la deuxième observation française du syndrome de Schüller-Christian.

Le retard de développement somatique et psychique avec infantilisme qui donne à cette enfant de 15 ans 1/2, l'aspect et la mentalité d'une fillette de 9 ans, le diabète insipide, l'exophtalmie à prédominance unilatérale avec dénivellation de l'œil et asymétrie faciale, les lacunes craniennes et l'hypercholestérolémie constituent les éléments capitaux du syndrome. Il existe en outre, une surdité bilatérale avec quasi-mutité, des troubles du caractère, une dent surnuméraire. Derrière le pavillon de l'oreille gauche, apparaît une masse tumorale ayant l'aspect et le volume d'une mandarine, de consistance pâteuse. Quelques gouttes de sérosité retirée par ponction de cette tumeur contenaient des cristaux de cholestérol identifiés au microscope polarisateur, et de grandes cellules vacuolaires bourrées de grains lipoïdiques, ayant tous les caractères de la cellule « spumeuse » ou « écumeuse », élément fondamental des réticulo-endothélioses xanthomateuses ; on peut donc admettre que ce n'est que l'extériorisation de l'infiltration xanthomateuse qui a détruit le squelette à ce niveau. L'hypercholestérolémie, la présence de cristaux de cholestérol dans la sérosité tumorale et dans les urines, la nature cholestérolique de la surcharge cellulaire donnent à la maladie de Schüller-Christian, son entité chimique et permettent de la différencier des autres réticulo-endothelioses xanthomateuses à cérébrosides (maladie de Gaucher) ou à phosphatides (maladie de Niemann-Pick).

Péricardite tuberculeuse et endocardite rhumatismale. — *MM. Laubry, Routier* et *Beerens* rapportent l'observation d'une malade porteur d'une double lésion valvulaire mitrale et aortique et qui fit une péricardite sèche dont

ils soupçonnèrent la nature tuberculeuse. Celle-ci fut vérifiée par inoculation du sang à des cobayes sensibilisés à l'infection tuberculeuse par des injections d'extrait ciro-graisseux de bacille de Koch.

La malade traitée par des injections intraveineuses d'antigène méthylique, guérit d'une façon remarquable. Non seulement les troubles fonctionnels et objectifs disparurent, mais le cœur énorme à la radioscopie, reprit ses dimensions primitives, ses diamètres accusant une diminution de plusieurs centimètres.

En dehors de ces résultats remarquables, les auteurs insistent sur la coïncidence des lésions cardiaques rhumatismales et tuberculeuses, et les rapprochent de faits analogues qui leur font émettre des doutes sur l'unicité originelle du rhumatisme évolutif.

Un nouveau cas de dysostose cranio-faciale de O. Crouzon. — *MM. Garcin* et *Rudaux*.

A propos de l' « épilepsie cardiaque ». Le rôle probable de l'infection rhumatismale et de la chorée de Sydenham dans l'étiologie de certaines épilepsies. — *M. Jacques Decourt* s'appuyant sur cinq observations, pense que le rhumatisme articulaire aigu compliqué de rhumatisme cérébral et la chorée aiguë de Sydenham peuvent engendrer l'épilepsie. La confirmation de cette notion éclairerait d'un jour nouveau certains faits d' « épilepsie cardiaque », en raison de l'affinité bien connue que présentent ces mêmes infections pour le cœur. Dans les cas rapportés par l'auteur l'épilepsie a pris l'allure d'un mal comitial banal. Mais il est possible que la maladie demeure, dans d'autres cas, latente, pour ne se révéler que tardivement, sous l'influence de la congestion œdémateuse encéphalique secondaire à l'insuffisance cardiaque.

Rapidité d'apparition d'un épithélioma spino-cellulaire post-traumatique — *MM. E. Duhot, G. Leygue* et ***Delacourt*** montrent qu'à la suite de coupure par fragment métallique un épithélioma spino-cellulaire peut chez un sujet jeune évoluer avec une rapidité extrême. Ils concluent qu'au point de vue médico-légal le délai minimum pour l'apparition des premiers signes d'un épithélioma cutané peut être abaissé à une dizaine de jours. La notion de délai même ne peut guère être conservée dans les cas où le traumatisme initial ne guérit pas et où l'on passe insensiblement de l'état inflammatoire qui paraît s'en suivre à l'état cancéreux démontré histologiquement.

Rhumatisme tuberculeux. Pyarthroses multiples. — *M. Pierre-P. Ravault* (Lyon) présente un cas qui constitue un type de transition entre le rhumatisme bacillaire proprement dit et les arthropathies tuberculeuses de caractère chirurgical.

M. E. Bernard souligne l'intérêt de ces cas qui sont rares.

M. Grenet pense que le rhumatisme articulaire aigu est très différent de ces affections tuberculeuses qui ne doivent pas être appelées : rhumatisme articulaire aigu tuberculeux.

A propos des gangrènes en plaques superficielles et curables des membres inférieurs. — *M. Jean Gaté* et ***Pierre P. Ravault*** (Lyon) dans trois observations signalent leur apparition, le plus souvent avec un cortège de phénomènes infectieux généraux chez des malades porteurs d'altérations veineuses anciennes et d'ulcères de jambes anciens ou récents. Ils pensent qu'il s'agit d'oblitérations artériolaires par une infection dont la porte d'entrée serait les lésions ulcéreuses préexistantes des membres inférieurs.

Michelle VALENTIN-ZAGDOUN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 novembre 1932

Les arthrites chroniques sacro-iliaques. — *M. Paul Barbarin*, à propos de la communication de Massart sur le traitement chirurgical de ces affections par la greffe, montre la fréquence et l'importance de la « dislocation » sacro-iliaque qui arrive à faire de véritables infirmes. Le traitement orthopédique suffit dans la plupart des cas. Quand on doit intervenir chirurgicalement, l'auteur est partisan de la greffe, soit par le procédé unilatéral d'Albee, soit par le procédé préconisé par Massart.

Cure non opératoire exceptionnelle d'une fistule biliaire persistante consécutive à une cholécystectomie par le cathétérisme de la fistule et du cholédoque. — *M. Dupuy de Frenelle* a obtenu la cure d'une fistule biliaire datant de quatre mois et demi de la façon suivante : à l'aide d'une sonde de courbure appropriée il est arrivé par le canal de la fistule jusque dans le cholédoque où il a injecté successivement une solution de chlorure de magnésium, puis une solution d'uroformine, puis de l'huile d'olive, puis du lipiodol. La radiographie montra que le lipiodol avait pénétré dans la deuxième portion du duodénum, puis était descendu dans la portion terminale de l'intestin. Un cathétérisme mené très doucement fut fait avec une sonde spéciale, de courbure appropriée, qui traversa le sphincter d'Oddi pour arriver jusque dans le duodénum. A la suite de ce cathétérisme, la fistule biliaire se referma en quelques jours.

La maladie du col vésical. — *M. Le Fur* montre, par un certain nombre d'observations, que l'affection désignée actuellement sous le nom de maladie du col vésical est un syndrome caractérisé par des difficultés progressives de la miction, pouvant provoquer la rétention complète ou incomplète, survenant chez des hommes, ordinairement jeunes et parfois âgés, exceptionnellement même chez des enfants, syndrome correspondant anatomiquement à une prostate, le plus souvent petite, dure et atrophiée, à une diminution de calibre du col vésical, par sclérose, barre, valvule, etc... et guérissant radicalement par la section ou mieux l'ablation complète du col vésical.

Le fauchage du genou. — *M. Robert Lœwy* décrit sous ce nom le symptôme suivant. Un blessé a eu une entorse même légère du genou : l'hydarthrose ou l'hémarthrose a disparu : il ne subsiste aucun symptôme clinique ni radiologique de lésion, ni douleur localisée aux extrémités osseuses ou aux ménisques, ni laxité articulaire, ni grosse atrophie du quadriceps. Ce blessé qui commence à reprendre sa vie normale sent brusquement, sans aucun motif appréciable, sa jambe se dérober sous lui et tombe.

Ce phénomène peut se reproduire jusqu'à dix ou quinze fois par jour au début, pour s'atténuer ensuite, persistant pendant des mois, mais n'apparaissant plus que lorsque le sujet est fatigué et qu'il se produit des abaissements de pression atmosphérique. Il a pu obliger des sujets qui en sont atteints à changer de profession.

L'auteur ignore la cause et le mécanisme de ce syndrome qu'il étudie depuis 1916 et contre lequel il préconise le port d'une forte genouillère. Il attire l'attention sur la valeur médico-légale de ce phénomène qui n'est signalé dans aucun barème d'invalidité (droit commun, accidents du travail, blessés de guerre).

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Combien de vitamines-D sont nécessaires pour guérir et prévenir le rachitisme. Par le Dr Johannès SOER, (Thèse, Leyden, 1931).

Le rachitisme est un des fléaux modernes de l'enfance. Soer en fait une étude importante et très documentée, et précise le moyen de le prévenir et de le guérir par la vitamine-D.

On peut administrer à l'enfant la vitamine elle-même *per os* ou en provoquer la formation en le soumettant à l'action des rayons ultra-violets.

Le véhicule de la vitamine-D est le plus souvent l'ergostérine soumise à l'irradiation ultra-violette. La condition essentielle de son activité est l'efficacité de son rayonnement. Ce dernier a été admirablement mis au point par Van Wijk et Reerink dans le laboratoire de physique des Usines Philips. Ils ont montré que l'ergostérine était transformée au maximum par un rayonnement d'environ 3.000 A. assez prolongé. Ils ont en outre réussi à être les premiers à obtenir la vitamine-D à l'état cristallin.

C'est cette vitamine, mise par les Laboratoires Philips à sa disposition, que J. Soer a expérimenté, soit dissoute dans l'huile, soit incorporée au beurre de cacao auquel on ajoute du chocolat van Houten qui rend cette médication particulièrement agréable aux enfants.

Les premières expérimentations ont porté sur une série d'enfants atteints de rachitisme, auxquels on a administré la vitamine-D de Philips dissoute dans l'huile. Chez une autre série d'enfants la vitamine-D fut donnée mélangée au chocolat : cette

seconde préparation se trouve dans le commerce sous le nom de dohyfral.

Les résultats furent identiques. L'avantage du dohyfral est de pouvoir administrer aux enfants une vitamine-D d'une pureté extrême et d'un dosage rigoureux. On obtient ainsi des cures rapides avec des doses très inférieures à celles utilisées jusqu'à présent.

Alors que jusqu'il y a quelque temps on administrait des doses minimum atteignant 4 milligr. de vitamine-D on peut avec le dohyfral limiter la dose à 0,005 milligr. de vitamine-D par jour.

La dose de 0,0001 milligr. par jour et par kgr de poids de l'enfant est suffisante.

Les observations publiées par l'auteur sont très démonstratives ; les résultats qu'ils publient sont rapides et constants et il n'a pas dépassé les doses variant de 0,010 milligr. par jour.

Dans la seconde partie de son travail, Soer a recherché la dose minima de vitamine-D nécessaire pour prévenir le rachitisme. Alors que pour le guérir il faut une dose de 0,020 milligr. par jour de vitamine-D, comme préventif, une dose moitié moindre suffit généralement.

Soer a comparé l'action de l'huile de foie de morue et du dohyfral Les résultats ont été supérieurs avec le dohyfral.

Il n'a jamais constaté aucun accident, aucune intolérance.

Le dohyfral semble être le traitement spécifique du rachitisme, tant à titre préventif qu'à titre curatif.

Contribution à l'étude du traitement de la ménopause et des troubles endocriniens chez la femme, par le Docteur Kramarz.

La thérapeutique des accidents de la ménopause s'est longtemps limitée à l'opothérapie ovarienne. Son peu d'efficacité et les récentes études sur les relations du sympathique et des glandes endocrines a orienté cette thérapeutique dans une voie nouvelle.

Dans son travail (Thèse de Paris, 1931), inspiré par A. Mocquot, Kramarz étudie les différents accidents survenant à l'occasion de l'arrêt du fonctionnement de l'ovaire, qu'il soit naturel (ménopause) ou brusqué (castration chirurgicale ou radiothérapique).

Il insiste particulièrement sur les troubles relevant du sympathique ; troubles vasomoteurs, bouffées de chaleur, parfois crises de froid (Dalché), phénomènes congestifs se traduisant par des hémorragies. Il faut encore citer l'hypertension de la ménopause, les angoisses précordiales, les troubles de sécrétion de la muqueuse stomacale ou intestinale.

Ces accidents sont en rapport avec une notable diminution de la calcémie et un trouble constant du métabolisme du phosphore et du calcium (Dalsace, Guillaumin).

Dans un important chapitre, Kramarz étudie l'influence du système neuro-végétatif sur les troubles endocriniens. Ils sont aujourd'hui démontrés. C'est ce que Guillaume appelle la « concatenation endocrino-sympathique ». C'est sur ce déséquilibre endocrino-végétatif que devra agir la thérapeutique des troubles de la ménopause. « La sécrétion interne de l'ovaire, dit Crainicianu, de concert avec les autres glandes endocrines, entretient le tonus végétatif, car, lorsque la sécrétion disparaît, le tonus s'abaisse. »

Kramarz a expérimenté contre les troubles de la ménopause, une médication qui répond à ces desiderata. C'est une association de chimiothérapie et d'opothérapie ; la chimiothérapie agit sur le tonus vagosympathique par le lactate de calcium, sur le métabolisme par le manganèse et le phosphore ; l'opothérapie comprend de l'extrait d'ovaire et surtout de l'extrait orchitique. Gley, puis Jouve et Pierra ont montré l'efficacité des hormones mâles chez la femme.

Ce complexe chimio-opothérapique est connu sous le nom de gynocalcion M.

« Cette thérapeutique, dit Kramarz, s'est montrée rapidement « active ; les règles irrégulières et intermittentes se régulari« sent ; la dysménorrhée s'atténue ou disparaît ; deux ou trois « séries de dix jours par mois, suffisent généralement dans les « cas ordinaires pour rétablir le rythme menstruel normal et « guérir la dysménorrhée.

« Chez les ménopausées, les troubles sympathiques et vaso« moteurs sont plus rebelles et exigent un traitement intensif « et parfois prolongé. »

Il conseille de donner dix jours par mois, trois fois par jour, quatre dragées de gynocalcion M.

Il a constaté que la ménopause chirurgicale est plus rebelle que la ménopause naturelle et exige un traitement plus long et souvent plus intense.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

« Les ridicules de notre formation médicale ». — *Détaché d'un article de M. Pierre Mauriac* : M. PAUL VALÉRY PARMI LES MÉDECINS (LA PRESSE MÉDICALE, 19 octobre 1932.)

... Soyons reconnaissants à M. Valéry de désigner d'un doigt impitoyable les ridicules de notre formation médicale.

J'applaudis à sa surprise et à sa sévérité quand il découvre les critères permettant de juger un candidat aux concours de l'internat et de l'externat : « Une leçon débitée devant un taximètre », dit-il. M. Valéry a-t-il jamais entendu ces moulins à paroles et à clichés que sont les malheureux candidats ? Pour notre honneur, et pour la considération qu'il nous témoigne, j'espère que non. A moins qu'il nous tienne en plus haute estime de n'avoir pas été absolument bêtifié par la torture intellectuelle qui nous est imposée. Là où il faudrait une intelligence libre pour faire un choix entre le bobard et la découverte, une férule tyrannique impose des questions, des schémas, des hypothèses que les candidats doivent apprendre sans discernement ; et par méfiance du jury, par méfiance des élites, un anonymat pudique assure à tous la justice et l'égalité. Les triomphateurs sortent de cette caverne sombre, la tête bourrée, mais les mains vides, n'ayant rien œuvré de leurs doigts, dépassés, submergés par la surproduction expérimentale de l'étranger. Car, dans ce domaine, il n'y a pas de barrières douanières, et la crise existe comme ailleurs ; nos exportations fléchissent lamentablement, cependant qu'un flot de faits expérimentaux bat nos frontières. Il y a trop à apprendre comme il y a trop de sucre ou de café dans le monde : « Il y a trop de faits voyez-vous, dit M. Valéry ... On ne sait plus comment ramasser tout ce que l'on gagne à la loterie de l'expérience. Tous les résultats parlent à la fois... Et c'est la confusion mentale... qui se confond avec la confusion de la réalité. »

Et pour s'y reconnaître, il ne serait pas trop de tout l'élan, de toute la virilité, de toute la fécondité d'une jeunesse que nos programmes et nos concours s'appliquent justement à brider, à émasculer, à stériliser.

M. Valéry s'étonnera sans doute du développement que je donne à sa pensée. Il a dit simplement sa surprise d'observateur « superficiel ». Et j'en profite pour dénoncer un mal « profond ».....

Les idées du Mahatma Gandhi sur la chasteté. — *Du Docteur Maurice Lebon dans* L'ŒUVRE (12 *novembre* 1932) :

Pour Gandhi, la clef de la santé est la chasteté. Se livrer à l'acte sexuel équivaut à une véritable dilapidation de notre énergie nerveuse. Seuls les hommes chastes sont forts. Pour un plaisir passager, nous sacrifions en un instant les réserves de notre vitalité accumulée. Ce sont les plaisirs de l'amour qui nous inoculent précocement le virus de la vieillesse.

Les hommes et les femmes, vraiment dignes de ce nom, sont ceux qui conservent leur énergie nerveuse jusqu'à un âge avancé et de qui l'intelligence demeure vive et s'affirme avec les ans.

Mais, dira-t-on, si tous les hommes et toutes les femmes demeuraient chastes, ne serait-ce pas la fin de l'humanité ? A cela Gandhi répond : « Sommes-nous donc des dieux que nous nous tourmentions si fort pour son avenir ? Celui qui a créé le monde pourvoira à sa conservation et ce n'est pas à nous d'aller voir si notre prochain observe ou non le *Brahmacharya* (la loi de chasteté) ».

En somme, ce que prêche Gandhi ce n'est pas l'abstinence complète, c'est la chasteté relative. Chaque homme a une provision de vitalité dont il doit se montrer avare.

Il convient de s'abstenir d'engendrer quand les conditions de santé des conjoints ne sont pas réunies. Il faut tenir pour un signe de la colère divine d'avoir des enfants délicats, sensuels, estropiés ou infirmes.

Enfin, le mari et la femme devraient se faire un devoir sacré de rester éloignés l'un de l'autre « depuis le moment de la conception jusqu'à celui où l'enfant ne tette plus le sein maternel ... des gens mariés ne doivent jamais violer la loi du *Brahma-*

charya (loi de chasteté) si ce n'est avec le désir de procréer et de perpétuer la race ».

Le célibat est l'état désirable par excellence. Si l'on se marie, que ce ne soit jamais avant 25 ou 30 ans. Les tout jeunes gens ne sont pas aptes à procréer de beaux enfants et à assumer les responsabilités et les soucis qu'entraîne la vie conjugale.

« La jouissance physique, dit Gandhi, loin d'être nécessaire au bon équilibre de la santé, lui est, au contraire, nettement préjudiciable. Toutes les forces physiques et intellectuelles qu'on a mis si longtemps à accumuler sont complètement perdues au moment où le fluide vital s'échappe. La force perdue est longue à recouvrer. »

Le Mahatma avoue qu'il fut marié de très bonne heure et qu'il eut un fils alors qu'il n'était encore qu'un enfant. « Si, dit-il, malgré vingt ans de plaisir sensuel, je suis encore bien portant et résistant, à quel résultat cent fois plus beau n'aurais-pu atteindre si j'étais resté pur pendant ces vingt années. Je suis entièrement convaincu que si j'avais vécu une vie entière de chasteté, mon enthousiasme et mon énergie eussent été mille fois plus grands et j'aurais pu alors les employer à la cause de mon pays aussi bien qu'à mon propre perfectionnement. Si l'on peut affirmer ceci d'un être aussi imparfait que moi, ne voit-on pas les merveilleux résultats physiques, intellectuels et moraux que nous rendra possible l'observance parfaite du *Brahmacharya* (loi de chasteté) ? »

L'adultère et la prostitution ne relèvent pour le Mahatma, que de la morale et de la religion. Ils provoquent une lente et victorieuse destruction de la race humaine.

Pour se conserver chaste, l'homme ne doit pas dormir avec sa femme. Les époux doivent coucher séparément. « Chaque fois qu'ils se sentiront pris de désir, ils se baigneront dans de l'eau froide pour apaiser ainsi la chaleur de la passion et la transformer en énergie d'activité vertueuse. C'est une chose dure ; mais nous avons été placés sur la terre pour lutter avec les difficultés et les tentations et pour les vaincre. Celui qui n'aura pas assez de volonté pour le faire ne jouira jamais de cette récompense suprême : la santé. »

Quelques souvenirs sur l'Académie de médecine. — *Extrait du discours de remerciements prononcé par le docteur Guéniot à l'occasion de son centenaire.*

..... Ah ! les souvenirs ! C'est le pain intellectuel du vieillard,

c'est le grand aliment de sa pensée, l'aliment qui nourrit son esprit et qui en retarde la déchéance.

Qu'il me soit permis d'en évoquer quelques-uns touchant cette Académie.

Créée par une ordonnance royale du 20 décembre 1820, on avait tout prévu, tout réglé pour elle, sauf un détail qui pourtant ne manquait pas d'importance. On avait simplement oublié de lui attribuer un domicile. Si bien que la pauvrette, tout fraîchement éclose, se trouvait sans abri.

Après avoir erré pendant trois ans à la recherche d'un local, elle finit par s'installer, en 1824, dans un hôtel particulier de la rue de Poitiers. Mais là, elle se trouvait privée de toutes les choses nécessaires à un bon fonctionnement, sans compter un état de délabrement qui n'inspirait aucune sécurité. Aussi, ce fut à la grande joie de tous ses membres que la Compagnie trouva enfin un refuge décent rue des Saints-Pères. Ici encore, elle était en location mais le propriétaire était de qualité : c'était l'Administration de l'Assistance publique qui, désireuse de lui venir en aide, mettait à sa disposition l'ancienne chapelle de l'hôpital de la Charité. L'Académie en prit possession le 9 septembre 1850.

C'est là que, pendant plus de cinquante ans, notre Compagnie remplit avec zèle toutes ses obligations statutaires en y ajoutant, non sans éclat, un abondant surcroît de travaux scientifiques. C'est là qu'en mars 1880 j'eus l'honneur de compter au nombre de ses membres, après avoir, pendant des années, souvent assisté au rang du public à ses séances.

« Tout nouveau, tout beau. » La nouvelle installation avait été joyeusement accueillie. Mais, à l'usage, on reconnut bientôt que le local était insuffisant, et que cette ancienne chapelle ne pouvait être pour l'Académie, qu'un campement provisoire au lieu d'un domicile définitif. Tous les services y étaient en souffrance ; les laboratoires, la bibliothèque, la salle des Commissions etc. Ce que l'on désigne sous le nom de *Salle des pas-perdus* n'existait qu'à l'état d'une *Entrée* de quelques mètres derrière la grande porte. Froide et mal éclairée, elle restait naturellement déserte.

Quant à la salle des séances, elle-même très insuffisante, elle contenait des sièges qualifiés de fauteuils, mais privés de bras. Etroitement accolés les uns aux autres, ils enserraient sur trois fronts la tribune ; et celle-ci, reléguée contre le mur du fond, avait encore à ses abords des membres jeunes et vaillants qui, faute de siège, se tenaient debout.

Le croirait-on ? Ce manque d'espace n'était pas sans effet utile sur le cours des discussions alors très fréquentes, animées, et parfois orageuses. Eh bien, dans cette assemblée compacte, l'orateur se faisait entendre sans effort ; aucune de ses paroles n'était perdue. Les conversations particulières n'existaient pas ; tout le monde écoutait, et c'est en silence que les contradicteurs fourbissaient leurs objections.

Qu'on ne s'étonne pas de cette fréquence habituelle des discussions, car, en ce temps-là, la matière ne faisait jamais défaut. On croyait depuis des siècles que notre organisme est le générateur de ses propres maladies. Les grandes épidémies de typhus, de variole, de choléra et autres fléaux de cette sorte étaient considérées comme la conséquence de conditions atmosphériques particulières. De la contagion, l'idée était très confuse et rarement envisagée. Les maladies, croyait-on, ne proviennent que de notre intérieur et non du dehors. Certain jour, j'ai même entendu Pidoux, clinicien de haute valeur, s'écrier à la tribune : « Oui, la maladie naît en nous, se développe en nous et se termine en nous ». Et cette pensée ne provoqua aucune contradiction. Aussi quand avec son armée de microbes, Pasteur vint renverser ces idoles, comment n'aurait-il pas rencontré une violente opposition ? C'était une révolution si profonde que jamais siècle n'en avait vu de pareille. De toutes ces erreurs, il ne laissait rien debout. Ah ! nos belles séances dans un local infime, quel contraste entre l'esprit et la matière ! C'est là un spectacle que l'on ne reverra plus.

Entre temps, l'Académie n'avait garde d'oublier que son installation manquait du plus strict nécessaire. Dès que l'évidence en avait été reconnue, le rêve de posséder en propre un immeuble approprié à ses besoins s'était emparé des esprits. Ce rêve importun dura cinquante ans. Chaque année, le Bureau de l'Académie allant au 1er janvier présenter ses vœux au ministre ne manquait jamais de solliciter en même temps son appui. A ce sujet, en 1881, notre Président sortant, Henri Roger, s'exprimais ainsi : « Depuis vingt ans, monsieur le Ministre, nous som-

P. L. M.

Pour voir la Côte d'Azur sous ses différents aspects, il faut parcourir, dans les autocars P. L. M. la magnifique route du littoral, qui passe par toutes les plages entre Marseille et Nice.

Prix : 85 francs pour le parcours simple dans l'un ou l'autre sens et 150 francs pour l'aller et retour.

On délivre tous billets ou coupons d'autocar dans les grandes gares du P. L. M. ou dans ses bureaux de Ville.

mes forcés à pareil jour de mêler à nos vœux pour le ministre nos doléances sur l'installation misérable de l'Académie et de ses collections. Nous serions heureux et très reconnaissants si enfin nous obtenions une installation digne de notre Compagnie. » Et M. le Ministre, en de réconfortantes paroles, éveillait de doux espoirs. Si bien qu'en nous rendant compte de cette visite du Bureau, le Président Roger (avec une naïveté quelque peu coutumière à ce grand esprit) ajouta en manière de conclusion : « Le ministre de la République s'est montré très bienveillant ; mais, à la différence de ceux du régime précédent, il n'a fait aucune promesse successive. *J'en conclus que nos affaires sont en bonne voie et qu'elles aboutiront.* »

Oui, elles aboutirent, mais vingt ans plus tard, après que vingt fois encore on eut présenté les mêmes vœux et les mêmes doléances. Enfin, notre installation dans ce confortable et luxueux hôtel eut lieu en grande pompe, le 25 novembre 1902, sous la présidence de M. Loubet, Président de la République, en présence du ministre de l'Instruction publique et de divers personnages.

Depuis trente ans, l'Académie est ainsi pourvue d'un domicile à sa convenance et favorable à son fonctionnement, domicile qui lui a permis, en 1920, de célébrer son Centenaire dans un cadre digne d'elle, et qui aujourd'hui permet de même cette splendide manifestation dont j'exprime à tous ceux qui veulent bien s'y associer mes sincères remerciements.

Comment Babinski devint chef de clinique de Charcot. — « ... Un événement fortuit, un de ces événements impondérables de l'existence, eut sur l'évolution de la vie scientifique de Babinski des conséquences que le recul du temps permet de juger décisives ; Babinski, qui n'avait pas été interne de Charcot, devint son chef de Clinique. Je tiens de mon collègue, le Dr Richardière, les circonstances peu connues qui permirent à Babinski d'entrer dans l'Ecole de Charcot ; je crois qu'elles méritent d'être rapportées. Charcot, en 1884, eut, à cause de la mort inopinée d'un de ses internes, une place vacante de chef de Clinique à la Salpêtrière ; Joffroy, médecin des hôpitaux et élève très écouté de Charcot, connaissait deux internes qu'il estimait, Babinski et Richardière ; tous deux concouraient alors pour le prix de l'Internat des hôpitaux, dit concours de la Médaille d'Or. Joffroy proposa à ces deux internes de faire agréer par Charcot comme chef de Clinique celui d'entre eux qui n'obtiendrait pas la première place au Concours du prix de l'Internat. Richardière fut le lauréat de ce concours et Babinski fut alors présenté à Charcot qui lui donna sa place vacante de chef de Clinique. Il me paraît que cette question mérite d'être posée au point de vue de la philosophie de l'histoire médicale : quel eût été l'avenir de Babinski, s'il n'avait pas vécu à la Salpêtrière avec Charcot, étudié plusieurs années avec lui, s'il n'avait pas participé à ses travaux sur l'hystérie ? »

(Professeur Georges GUILLAIN. — BABINSKI. — *La Presse Médicale* ; 12 novembre 1932.)

Le P. C. N. *Extrait d'une leçon de M. le Professeur Carnot, intitulée* : LA RÉFORME DES ETUDES MÉDICALES (PARIS MÉDICAL, 19 novembre 1932) :

Le *barrage par le P. C. N.* est, lui aussi, réel. Il a été très critiqué, et cependant il apparaît indispensable et il doit être renforcé plutôt que diminué. Depuis plusieurs années, la rigueur aux examens du P. C. N. se relâche, et surtout, il est certaines Ecoles où l'enseignement du P. C. N. et ses examens sont vraiment illusoires. Aussi paraît-il nécessaire qu'un contrôle réel s'exerce sur ces enseignements et ces examens, auxquels devraient participer des membres des Facultés des sciences et des Facultés de médecine.

On a reproché au personnel du P. C. N., étranger à notre profession, d'ignorer les besoins des futurs médecins, et, même, d'éviter systématiquement tous les sujets de biologie qui pourraient leur être utiles. Mais il s'agit là d'exceptions, et les Maîtres actuels du P. C. N. de Paris ont une conception beaucoup plus intelligente de leur rôle.

On a d'ailleurs déjà, très heureusement, obvié à ces critiques en chargeant de l'enseignement du P. C. N. plusieurs physiciens, chimistes ou naturalistes déjà médecins, voire même agrégés des Facultés de médecine : c'est là une voie à encourager qui donnerait à tous satisfaction.

Une commission mixte, issue des Facultés des sciences et de médecine, suffirait d'autre part à améliorer les programmes.

Enfin, il serait bon que, de même que, pour l'accès aux Facultés des sciences, il y a déjà une section spéciale (le S. P. C. N.), il y ait pour l'accès aux Facultés de médecine une section spéciale, que l'on pourrait appeler M. P. C. N.

Grâce à ces réformes, l'enseignement du P. C. N. peut rendre de grands services : il donne à nos étudiants des bases scientifiques indispensables. Enfin le barrage qu'il constitue est fort utile, en doublant celui du baccalauréat pour désencombrer la profession médicale.

« La médecine légale est une spécialité ». — Cet aphorisme, qui est devenu un lieu commun dans le monde scientifique n'est malheureusement pas une vérité qui a fait tout son chemin dans la pratique médicojudiciaire. On l'attribue classiquement à Chaussier. On peut lui assigner une origine plus loin-

taine encore, puisqu'on le retrouve sous la plume de La Fosse, qui, dans la *Grande Encyclopédie* de Diderot, a rédigé l'article « Médecine légale », à l'époque où Chaussier avait trente ans et s'en est sans doute inspiré. Malgré son ancienneté, et peut-être aussi à cause d'elle, cette formule est souvent oubliée de ceux qui commettent des experts . . . et, chose plus grave encore, de ceux qui sollicitent le titre d'expert.

« L'avis des experts en médecine devint une source de lumières pour les juges ; mais par une suite de la lenteur de nos progrès vers la raison, les experts eux-mêmes ne s'apperçurent point qu'ils avoient contracté l'obligation de s'éclairer pour éclairer les autres. Les connoissances vulgaires parurent suffire ; en exerçant une partie de la médecine, on se crut en état de résoudre les questions médico-légales qui la concernoient. Tout suppôt de cette profession répondit avec confiance lorsqu'il fut interrogé ; l'inattention étoit excusée par la rareté des occasions où d'autres connoissances eussent été nécessaires . . . »

En écrivant ces lignes au XVIII[e] siècle, La Fosse était sans doute loin de penser qu'elles seraient encore d'actualité, dans certains cas, deux siècles plus tard !

Que l'on ne s'en étonne point, et surtout que l'on se garde de s'en choquer ! Cela peut s'expliquer le plus naturellement du monde : il n'y a pas assez de médecins légistes spécialisés ; par suite, il y a trop de médecins légistes amateurs.

(Paul Provent. — Convient-il de créer un « corps d'experts ». *Paris Médical*, 19 novembre 1932.)

Médecins et communisme. Une anecdote. De M. Gabriel de la Rochefoucauld dans le Journal des Débats (27 novembre 1932) :

Un médecin, le docteur Truffert, faisait partie de la mission française en Russie pendant la guerre. En octobre 1917, il se trouvait à l'hôpital de Kief. Un matin, les médecins reçurent l'ordre du soviet des infirmiers de participer à l'entretien de l'hôpital. Les médecins durent empoigner le balai et se mettre, comme les camarades, à laver les dalles, à frotter les parquets, à lessiver les murs. Ils s'acquittèrent de cette besogne avec la philosophie qui accompagne les événements nouveaux. La curiosité n'encourage-t-elle pas singulièrement la volonté ? Pendant que les médecins s'adonnaient aux soins de propreté, les infirmiers donnaient les remèdes aux malades, changeaient les pansements. La machine, en somme, continuait à tourner, si bien qu'un certain optimisme régnait dans l'hôpital.

Le même jour, dans l'après-midi, on apporta sur une civière un malade. C'était un important personnage soviétique, membre d'un comité directeur.

Le malade souffrait, il geignait : une intervention chirurgicale s'imposait, elle semblait même urgente. Il fallait un chirurgien. Malheureusement, celui-ci était, comme les autres médecins, de corvée. Il répondit donc au camarade infirmier qui était venu le chercher que, étant de service pour le nettoyage, il ne pouvait abandonner son poste. Mais, avec infiniment de bonne grâce, il lui indiqua l'armoire où se trouvaient les instruments d'opération, bistouris et pinces. Il encouragea le camarade infirmier à se mettre à la disposition du membre directeur du soviet et à faire tout le nécessaire pour soulager cette infortune. Il commença même à lui donner quelques indications techniques. Le brave infirmier, un peu embarrassé, alla rendre compte de ce mandat au grand personnage, qui continuait à gémir sur sa paillasse.

Après une nuit de méditation, le membre du comité directeur demanda que l'on fît une modification dans le règlement intérieur. On alla, paraît-il, plus loin : on donna même une entorse à la doctrine, puisque, le lendemain, les médecins reprenaient leur service, et qu'on leur rendait leur automobile.

Mon interlocuteur ajouta : « Nous sommes, nous les médecins, les seuls qui véritablement ne seraient pas touchés par le communisme. »

Une anecdote sur Clemenceau lycéen. — De M. Gaëtan Sanvoisin dans le Journal des Débats (21 novembre 1932) :

C'est en octobre 1851 que le fils aîné du docteur Benjamin Clemenceau entra au lycée de Nantes. M. Gustave Geffroy raconte qu'il n'y joua pas le rôle de brillant élève, « plus enclin qu'il était aux récréations et aux jeux physiques qu'aux études patientes ». On le vit souvent revenir des distributions de prix les mains vides. A ce propos, voici une anecdote. Une année, voyant ses condisciples, heureux de se faire admirer, se promener à travers les rues de la ville, tenant sous le bras des livres dorés sur tranche et la tête ceinte des lauriers scolaires, le petit Georges se munit des tomes les plus rutilants qu'il put trouver dans la bibliothèque de son père, puis, lentement, solennellement, il arpenta ainsi chargé la rue Crébillon, qui était alors comme aujourd'hui la principale artère de Nantes. La colère paternelle fut grande, mais l'espièglerie qui avait inspiré l'escapade incita sans doute le docteur, au fond, à l'indulgence. Au reste, Georges travaillait fort aux veilles de compositions ou d'examens, il rattrapait farouchement le temps perdu et évitait les échecs prédits à son indiscipline.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

Ce Numéro a été tiré à 30.000 Exemplaires

Fondé en 1873. — N° 50 LE NUMÉRO : 5 FRANCS (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 8 DÉCEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

NUMÉRO CONSACRÉ A L'ENDOCRINOLOGIE

PUBLIÉ AVEC LA COLLABORATION DE MM. :

Justin BEZANÇON, Mme SCHIFF-WERTHEIMER et P. SOULIÉ.

H. BUSQUET, Professeur Agrégé.

Jacques DECOURT, Médecin des Hôpitaux.

Prof. Agrégé Guy LAROCHE, Médecin des Hôpitaux, et H. SIMONNET, Agrégé des Écoles Vétérinaires.

Maurice LOEPER, Professeur a la Faculté.

Le Professeur LOEPER, et F.-P. MERKLEN, Interne des Hôpitaux.

Professeur J. MAISIN, Directeur de l'Institut du Cancer de Louvain.

P. SAINTON et H. SIMONNET.

D. SANTENOISE, Professeur a la Faculté de Médecine de Nancy.

Prof. Agrégé H. VIGNES, Accoucheur des Hôpitaux, et Jacques LEMANT, Interne des Hôpitaux.

H. WELTI, Chirurgien des Hôpitaux, et Marthe LAMY.

P. WILMOTH, Chirurgien des Hôpitaux.

Paul BOYER, Médecin-Assistant de Saint-Lazare.

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

Le Centenaire de la Médecine d'Observation, par le Dr Pierre ASTRUC.

(Voir sommaire détaillé en 3e page.)

Ce Numéro a été tiré à 30.000 Exemplaires

FONDÉ EN 1873. — N° 50 LE NUMÉRO : 5 FRANCS (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 8 DÉCEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE



DÉSIR-MAGLOIRE BOURNEVILLE (1840-1909)

60e Anniversaire du " Progrès Médical "

1873-1932

A l'occasion du 60e Anniversaire du *Progrès Médical* un banquet a eu lieu le 23 novembre à l'Hôtel Lutétia sous la Présidence de M. A. DE MONZIE, Ministre de l'Education nationale.

Autour du Ministre avaient pris place Messieurs les Professeurs : Ch. ACHARD ; BALTHAZARD, doyen de la Faculté de médecine ; CARNOT ; H. CLAUDE ; A. CLERC ; J.-L. FAURE ; LENORMANT ; LEREBOULLET ; LOEPER ; MINET, de Lille ; NOBÉCOURT ; Charles RICHET ; ROUSSY ; TERRIEN ; H. BROCQ-ROUSSEU, membre de l'Académie de médecine, etc., etc., etc.

Différents discours furent prononcés :

M. ROUZAUD, après avoir esquissé l'historique du *Progrès Médical*, rappela l'œuvre de Bourneville. En cette soirée où l'on fêtait un anniversaire déjà ancien, puisque c'est le soixantième, nul nom ne méritait plus d'être à l'honneur que celui de BOURNEVILLE, trop souvent jugé avec parti pris et dont l'œuvre a survécu dans de multiples domaines.

Le Professeur LOEPER, Rédacteur en chef, prit ensuite la parole, Il remercia le Ministre de l'honneur qu'il faisait au *Progrès Médical* en présidant son soixantième anniversaire : « Je salue en vous, dit-il, l'Intellectuel autant que le membre du gouvernement. Je sais votre sympathie pour les « médecins, à qui vous avez prodigué déjà bien des éloges. Vous aimez en eux l'indépendanee, le dévouement « aux humbles, le libéralisme, l'esprit de coopération intellectuelle et le désir ardent de faire la vie belle et « bonne pour tous. Vous leur donnerez prochainement, « j'en suis sûr, la Faculté à laquelle ils ont droit, digne « à la fois d'eux, de la France et de Paris, et vous ferez « aboutir la réforme indispensable et tant attendue des « Etudes médicales. Je bois à votre longévité ministérielle, « Monsieur le Ministre, et aussi, comme disait jadis notre « vénéré Charles RICHET, au progrès du *Progrès Médical*. »

M. le Professeur ACHARD, après avoir rappelé les liens d'amitié qui l'unissent au *Progrès Médical*, exposa rapidement et éloquemment la façon dont il conçoit l'orientation future des études médicales.

M. le Doyen BALTHAZARD remercia le Ministre de l'énergie qu'il a apportée dans la question de la reconstruction de la Faculté et félicita le Professeur Loeper d'avoir su faire de l'Association de la Presse médicale française

une association féconde en réalisations et pleine d'avenir.

M. le Docteur FUMOUZE, en quelques phrases, d'une finesse charmante, apporta ses félicitations à la rédaction du *Progrès Médical.*

M. le Professeur Ch. RICHET, après quelques mots aimables pour le *Progrès Médical,* voulut bien faire à ses auditeurs l'hommage amical de cette poésie :

LE PLAISIR ET LA DOULEUR.

Quand la boîte des maux et des biens fut ouverte,
Loin des humains fixés au sol,
Tous vers les cieux prirent leur vol,
Et l'espoir seul resta dans la boîte déserte...
Cependant le Plaisir, richement habillé,
Monte jusqu'à l'Olympe même,
On l'accueille là-haut, on le célèbre, on l'aime,
Et le voilà déifié !
Mais bientôt on vit l'erreur grande,
A recevoir ainsi le brillant étranger.
Il parle haut, il est insolent, il commande,
Prend tout et veut tout diriger.
Le jour, la nuit, au lit, à table
Il fait vacarme épouvantable.
Au bruit de ses grelots, la douce Paix du cœur
S'enfuit en maudissant son turbulent vainqueur.
— « Oui-dà ! dit Jupiter en comprenant sa faute,
« Lâche Plaisir, misérable hôte,
« On te connaît, à cette heure ! Merci !
« Allons ! sacripant, hors d'ici !
« Va demander asile aux hommes sur leur boule ! »...
Et voilà le Plaisir qui de l'Olympe roule !
Mais comme l'Olympe était haut,
En roulant, il perd son manteau,
Manteau d'or, de pourpre et de soie,
Dont la frange en couleurs splendides se déploie !..
Ce manteau fut trouvé....
Par qui ?
Par la Douleur !
Elle avait en fuyant de la boîte enchantée
Cherché fortune aussi ; mais hideuse, édentée,
Partout infecte et nue, elle inspirait l'horreur,
Et partout, elle était repoussée avec peur.
Or elle a revêtu le manteau magnifique,
Et superbe, voilant sa carcasse tragique,
Elle franchit d'un pas hautain chaque portique,
Car les hommes, séduits par le manteau trompeur,
Croyant voir le Plaisir, accueillent la Douleur.

Puis M. A. DE MONZIE prit la parole. Voici son discours *in-extenso* :

Messieurs,

Je ne voudrais pas faire de reproches à M. ROUZAUD et au Professeur LOEPER qui m'ont convié à ce banquet, mais à l'ordinaire quand je suis l'invité de l'amitié médicale c'est à l'occasion d'un Centenaire. Aujourd'hui il ne s'agit que d'un 60e anniversaire du *Progrès Médical* ; je reviendrai pour le Centenaire. Mais auparavant, je suis bien obligé de dire comment je suis ici. Moi aussi je me pose la question que se posait le Professeur LOEPER avec tant d'esprit : Comment ? Pourquoi suis-je ici ? Parce que le Docteur VIGNES m'a invité ? Oui, certes, je ne peux pas résister à VIGNES auquel m'unissent des liens de voisinage et d'amitié ; habitant le même immeuble, nous nous sommes connus et nous nous sommes liés. Avec le Professeur LOEPER, nous avons cohabité le même lycée, mais en différant de nous lier jusqu'à la rencontre de ce jour. Ce n'est pas seulement à cause de VIGNES ou à cause de LOEPER que j'ai accueilli avec plaisir l'invitation faite. Ma présence a une autre explication d'ordre plus général. Quelqu'un, mi-sérieux, mi-plaisant, tout à l'heure a dit : « En somme, vous aimez les médecins sans qu'on sache trop pourquoi ! » Ce n'est pas comme malade en tout cas. La seule fois que j'ai été réellement malade, ce fut en Allemagne, comme si, par une involontaire précaution, j'avais tenu à échapper à la sollicitude des médecins français. Il n'y a dans mon cas ni intérêt politique, ni intérêt personnel, mais à vrai dire un puissant intérêt spirituel.

J'ai appris par l'expérience de ma vie provinciale que les médecins étaient les véritables mainteneurs d'une certaine indépendance dont j'ai le goût. L'avocat reste tenu de révérence envers le magistrat ; il n'aliène pas sa liberté, il la retient, il la contient dans les limites d'une politesse obligatoire. Le médecin, en dépit de la clientèle, garde pour les choses de l'esprit une curiosité qu'aucune considération n'arrête. Précisément parce que la science et la charité cantonnent son effort, il lui reste un disponible de pensée pour toutes les recherches et toutes les impatiences. Tout chirurgien porte dans sa trousse un violon d'Ingres symbolique.

N'est-il pas admirable qu'ayant pris sa retraite, l'illustre professeur RICHET se soit reposé en écrivant une Histoire universelle. Magistrat, il n'y eût pas songé. Politicien, il eût consigné en Mémoires les malices de son passé. Savant, il prend sa retraite dans la suite de Bossuet.

Jean-Louis FAURE, entre deux opérations, se transforme en Ministre des Finances pour son plaisir imaginatif et comble le budget par le sou du franc.

Le Docteur CATHELIN se distrait de la fréquentation de la prostate par la description du nid des oiseaux.

Le rassemblement de ces traits individuels constitue, à la louange de la profession médicale, un magnifique monument. Je ne parle même pas du médecin que sa popularité légitime induit en politique. Ah ! celui-là, je le connais bien, le cher médecin de nos campagnes, le confesseur laïque de nos paysans et de nos paysannes pour qui nul secret n'existe au village, qui distribue les remèdes avec les conseils et signe, après une ordonnance, une apostille.

Certes, il s'engage comme un autre dans une filière partisane, mais au sein du parti il conserve sa physionomie de praticien attentif à la misère des pauvres gens et à l'incertitude des pauvres sociétés. Médecins de mon petit pays du Quercy, combien de leçons je vous dois d'humanité sensible et de compréhension affectueuse. C'est de vous, sans doute que je tiens cette dilection particulière pour cette profession qu'honorent vos vertus quotidiennes. Sans doute ai-je approché naguère quelques-uns des hommes qui ont si grandement illustré en France la science médicale.

Il y a 25 ans, Chef de cabinet du Ministre de l'Instruction publique, j'ai eu l'honneur de travailler aux côtés du Professeur BOUCHARD, tout bougonnant et bienfaisant comme ce BOURNEVILLE dont il évoquait toujours le souvenir. Plus tard, en 1925, j'ai côtoyé comme Ministre de l'Instruction publique, tous les descendants de BOUCHARD, ceux qui avaient transposé sa tradition dans d'autres mœurs. C'est en 1925 que j'ai été appelé à célébrer le Centenaire de CHARCOT et parmi tous les orateurs qui célébraient la gloire du vieux maître, j'en ai distingué un, M. le Professeur ROUSSY, qui, depuis cette époque, a bien voulu assister de son expérience, ma bonne volonté. Le nom de ROUSSY me sert de transition pour vous parler du sujet qui vous intéresse et que j'avais précisément dessein de traiter en m'asseyant à cette table de banquet.

ROUSSY est l'un de ceux qui ont compris le plus vivement, le plus clairement la nécessité de donner à Paris une Faculté de médecine digne de notre Capitale, de ses ambitions et de ses besoins. Besoins grandissants ! Ambitions légitimes ! Tous les pays ont la coquetterie de leurs laboratoires et de leurs cliniques, même quand on fait une révolution à l'Est, une révolution où tout est mis en cause, il y a une exception pour la science et des égards spéciaux pour les sciences médicales. En 1925, allant à Copenhague, j'ai admiré l'effort danois inscrit dans les Palais de l'Ecole de médecine et de l'Ecole vétérinaire. Ministre de l'Education nationale en 1932, j'ai retrouvé dans mon souvenir des motifs de travailler à la réédification de la Faculté de Paris.

Entre temps, il s'était produit un événement dans la haute bienfaisance américaine : on nous avait offert une magnifique dotation en vue d'installer la Faculté sur un domaine de choix — c'est à-dire à la Halle aux Vins. Durant des mois et des mois mes prédécesseurs avaient escompté la possibilité de dégager de l'emprise commerciale le domaine de la Halle aux Vins qui mieux qu'aucun autre convenait au développement du Paris universitaire. Des mois et des mois durant, ils ont appris à mesurer le pouvoir de ce personnage qu'un médecin journaliste appelait « Monsieur Grand Bistrot ». Monsieur Grand Bistrot a tenu en échec la Faculté, l'Université, l'Académie de Paris et son recteur. Monsieur Grand Bistrot a usé, par sa résistance, les promesses du Gouvernement, et les espoirs de l'Université.

En cet état de la question, que devions-nous faire? Après nous être concertés, M. le Recteur et moi, nous avons estimé que notre premier devoir était, coûte que coûte, de tenir notre parole envers les donateurs américains. Puisque l'installation à la Halle aux Vins apparaissait impossible, vaille que vaille, il fallait sans plus de délai, obtenir la certitude d'une affectation immobilière susceptible, sinon de loger définitivement notre projet, du moins de l'entreposer. Une réunion s'est tenue au mois de juillet dans le cabinet de mon collègue, M. le Ministre de l'Intérieur, à laquelle ont participé :

M. le Contrôleur général SOUBEYRAND, directeur du Contrôle au ministère de la Guerre,

M. le Recteur CHARLETY,

M. le Doyen BALTHAZARD,

M. le Professeur ROUSSY,

M. le Conseiller LABEYRIE, président de la Commission de récupération des immeubles d'Etat, et enfin

M. RENARD, Préfet de la Seine.

Aux termes de la conférence il a été admis que l'ancien champ de manœuvres d'Issy-les-Moulineaux serait affecté au Ministère de l'Education nationale aux fins d'édification de la Faculté de médecine de Paris.

En sortant du cabinet du Ministre de l'Intérieur, échangeant nos pensées véritables, ROUSSY et moi, nous disions : « C'est un pis-aller, ou c'est une solution provisoire. Mais nous devons continuer à chercher un autre asile ». C'est vous dire, Messieurs, que les critiques et les protestations dont la Presse médicale a été remplie durant les mois de vacances, n'ont pas contrarié mon sentiment, ni contredit mes opinions. J'avouerai même que ces critiques et ces protestations devaient en définitive servir nos desseins. En place de les accueillir avec humeur, j'étais porté à les accueillir avec gratitude pour l'appui involontaire que vos collègues de la presse médicale apportaient ainsi au développement de notre diplomatie secrète.

Mea culpa ! j'ai fait de la diplomatie secrète ! Elle n'a pas été trop malchanceuse puisqu'aujourd'hui il nous est permis d'envisager en place du champ de manœuvres d'Issy-les-Moulineaux, si lointain, si mal commode, si impopulaire, cet asile Sainte-Anne dont M. le Préfet de la Seine a bien voulu envisager le transfert à l'Etat au profit de la Faculté de médecine de Paris. Entre temps que de petites et grandes difficultés ! que de petites et grandes objections ! N'a-t-on pas objecté qu'il était impossible de transférer hors Paris les pauvres fous de l'asile ! N'a-t-on pas invoqué la nécessité de les maintenir à proximité de leurs familles ! J'ai constaté, fort heureusement, que la piété des familles était assez vive pour leur permettre de pousser jusqu'à Villejuif leurs visites hebdomadaires.

Je dois à la bonne grâce du Conseiller municipal du quartier, M. Georges PRADE, d'avoir surmonté d'autres obstacles constitués par les habitudes du quartier. Il a eu du mérite à convaincre ses amis et ses électeurs, car nous le savons tous, une capitale n'est guère qu'une addition de provinces ou, pour parler plus exactement, la vraie province est à Paris. Il est plus malaisé de changer quoi que ce soit à Paris qu'à Cahors, où pourtant les changements ne vont pas sans quelque inconvénient municipal. C'est donc en toute sincérité que je remercie M. Georges PRADE d'avoir bien voulu faire confiance à l'effort que l'Université de Paris souhaite développer dans le cadre du quartier dont il est le représentant à l'Hôtel de Ville.

Et maintenant la Haute Assemblée municipale doit avoir la parole. Elle se fera honneur en adoptant les propositions dont elle sera saisie. Elle ne fera pas tort à ses

finances, ni à ses ressources générales puisque, à la faveur de la récupération immobilière à laquelle il a été procédé depuis 7 ans, nous possédons des éléments d'échange suffisamment intéressants pour la réalisation des progrès de l'urbanisme et notamment dans le voisinage de la gare de l'Est où les édiles parisiens se proposent d'ouvrir à la population des jardins de repos et de plaisance.

A Issy, on devait construire sur table rase. A Sainte Anne il faut utiliser plus que démolir. Certains établissements existants doivent et peuvent être adaptés ; il en est d'une admirable construction qui imposent à l'impétuosité des architectes et à l'économie des entrepreneurs un salutaire respect. Il va de soi que la question de dépenses restera décisive : question de dépenses, question de Gouvernement. Le Gouvernement devra faire choix entre l'inscription de cette dépense sur un programme spécial ou son inscription dans le programme d'Outillage National. Ce choix fait, il vous appartiendra, Messieurs, à vous les médecins, de vous faire, auprès de vos confrères de la Chambre et du Sénat, auprès des journalistes, auprès de tous, les avocats de votre propre cause.

Le mot d'ordre, c'est reconstruire l'édifice !

L'édifice matériel et aussi l'édifice intellectuel !

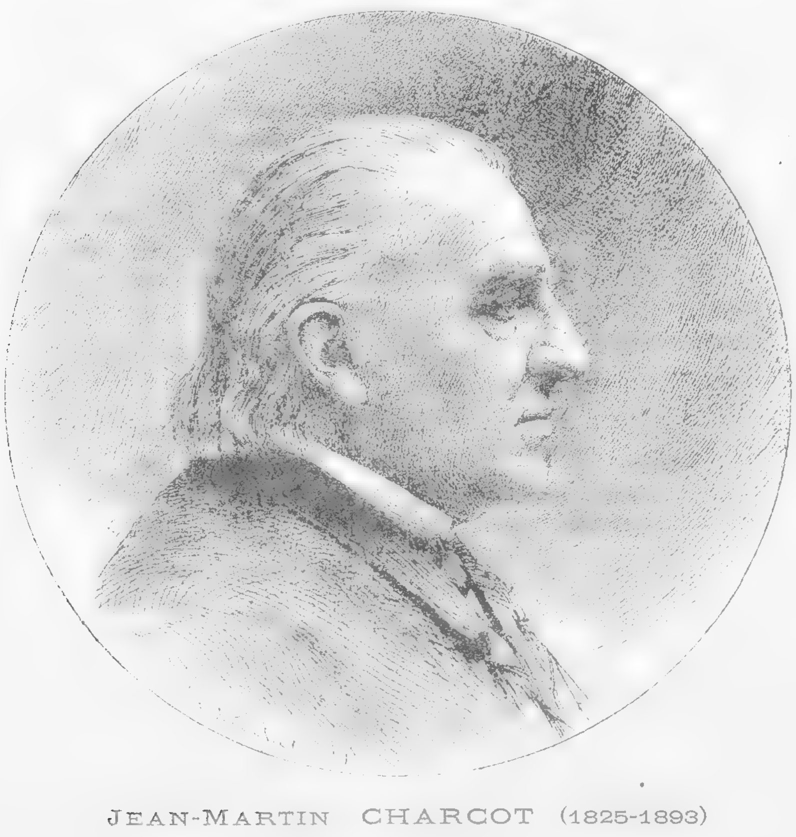
J'entends par là la réalisation de cette réforme des études médicales à laquelle je me référais dans un discours inaugural lors de la dernière session du Conseil supérieur de l'Instruction publique, à laquelle votre illustre aïenl, le Professeur BOUCHARD, donnait déjà ses soins en 1904, du temps que j'avais l'honneur d'écouter et de recueillir les propos de ce sage d'entre les sages.

Oui, il y a urgence à réformer les études médicales, c'est-à-dire à dégager une élite mieux triée, mieux sélectionnée, car par ailleurs une inaction prolongée risquerait de favoriser la formation d'un de ces prolétariats intellectuels dans lesquels se recrute d'ordinaire l'état-major des colères et des révoltes.

En vérité, Messieurs, il n'y a jamais de péril qu'en haut, il n'y a de risques que par écroulement au sommet. Les seuls responsables sont ordinairement ceux qui ont charge de la pensée et du savoir. Je voudrais qu'il y eut un certain synchronisme entre la reconstruction matérielle de la Faculté de médecine de Paris et la réforme d'ensemble, la réforme en profondeur des études médicales.

Excusez ces trop longues considérations. Si je suis un passant dans les affaires du Gouvernement, je suis encore davantage un intrus dans les affaires de la médecine. Mais je place sinon mon honneur, du moins ma coquetterie dans l'accomplissement de chacune des tâches qui me sont confiées, et c'est pourquoi j'ai accepté avec joie l'occasion que m'offrait ce banquet de définir l'une de ces tâches, la plus pressante, la plus noble, la plus utile.

Tout à l'heure, le Professeur LOEPER a parlé avec l'autorité qui s'attache au moins théoriquement aux harangues ministérielles. Renversant les rôles, prenant sa place, je me suis donné pendant ces quelques minutes l'illusion d'être l'un d'entre vous et de parler comme l'un d'entre vous dans le sens de votre intérêt professionnel, qui coïncide avec un intérêt national. C'est au service de ce double intérêt que je puis ressentir le plus enivrant orgueil de la fonction, l'orgueil de servir.



JEAN-MARTIN CHARCOT (1825-1893)

TRAVAIL DES LABORATOIRES DES PROFESSEURS MARCEL LABBÉ ET MAURICE VILLARET

Les bases physiologiques du traitement de l'exophtalmie basedowienne

Par MM. L. JUSTIN-BESANÇON, Mme SCHIFF-WERTHEIMER et M. Pierre SOULIÉ

Avant d'aborder les recherches expérimentales, qui nous ont permis d'envisager avec plus de précision la pathogénie de l'exophtalmie basedowienne, nous rappellerons certains de ses caractères cliniques, indispensables à bien connaître. Qu'elle soit minime ou très intense, l'exophtalmie des basedowiens ne s'accompagne ni de mydriase, ni d'œdème orbito-palpébral, ni d'augmentation de la tension oculaire.

L'absence de mydriase est un point capital et, fait remarquable, les différents expérimentateurs qui se sont attachés à l'étude de cette catégorie d'exophtalmies, l'ont régulièrement laissée dans l'ombre. Comme l'a bien montré M. Sainton dans la thèse de son élève Hartmann, il faut reconnaître ce fait clinique incontestable que, dans l'immense majorité des cas, l'exophtalmie des basedowiens ne s'accompagne pas de mydriase. C'est là une différence fondamentale avec l'exophtalmie liée à l'excitation du sympathique cervical.

Les autres caractères de l'exophtalmie permettent de la différencier aisément de toutes les autres saillies du globe oculaire telles que : les exorbitis liées à une tumeur ou par obstacle circulatoire rétro-orbitaire, les exophtalmies par œdème orbito-palpébral, comme celles qui se produisent dans l'intoxication par la para-phénylène diamine.

***

Pour comprendre le mécanisme de l'exophtalmie basedowienne, il convient, tout d'abord, de rappeler des données cliniques fondamentales.

***

I. Données cliniques :

Trois ordres de faits méritent d'être soulignés :

1° Il n'y a pas de parallélisme absolu entre l'intensité des signes d'hyperthyroïdie et le degré d'exophtalmie.

2° Il est fréquent d'observer des exophtalmies résiduelles considérables après un traitement efficace de l'hyperthyroïde dans la maladie de Basedow.

3° Il n'est pas rare d'observer des exophtalmies du type basedowien chez des malades présentant des perturbations neuro-végétatives isolées, en dehors de tout symptôme d'hyperthyroïdie.

***

A. Indépendance entre l'hyperthyroïdie et l'exophtalmie.

Nous passerons rapidement sur ce point qui a été particulièrement étudié et mis en évidence par notre maître le Professeur Marcel Labbé et ses élèves. On connaît bien actuellement ces malades dont le métabolisme basal ne s'élève jamais au-dessus de + 40 % et dont la tachycardie, l'amaigrissement restent modérés ; ces malades présentent pourtant dans certains cas une exophtalmie considérable. Inversement il est des cas de goitres diffus ou nodulaires accompagnés d'un amaigrissement intense, d'une élévation considérable du métabolisme basal et chez lesquels l'exophtalmie est des plus réduite.

Enfin il est bien établi qu'on peut administrer à un sujet des quantités massives de thyroxine (jusqu'à 10 mgr. par jour), qu'on peut provoquer ainsi une tachycardie marquée, ou un amaigrissement intense sans pour cela déclencher une protrusion du globe oculaire.

***

B. Les exophtalmies résiduelles après traitement de l'hyperthyroïdie.

Sans discuter ici la fréquence avec laquelle on obtient une cure efficace de l'hyperthyroïdie (par un traitement chirurgical, radiothérapique ou médical), il reste établi, qu'on observe en clinique un certain nombre d'exophtalmies résiduelles après rétrocession des signes toxiques.

On est alors en présence de malades qui ne présentent plus ni amaigrissement, ni élévation du métabolisme basal, ni même souvent de tachycardie notable. Certains d'entre eux, cependant, conservent une exophtalmie résiduelle. C'est d'une façon pour ainsi dire expérimentale que le traitement a, dans ces cas, isolé les symptômes oculaires basedowiens.

Ces exophtalmies residuelles peuvent être considérables et nous avons observé une malade qui vint solliciter aux Quinze-Vingts une blépharorrhaphie près de dix ans après un traitement radiothérapique. Ce traitement avait pourtant fait disparaître entièrement toutes les autres manifestations de la série basedowienne. Le métabolisme basal était retombé au chiffre normal.

Ces exophtalmies résiduelles sont extrêmement tenaces et persistantes.

Elles ne s'accompagnent pas de mydriase, même lorsqu'elles sont unilatérales.

***

C. Existence d'exophtalmie en dehors de la maladie de Basedow.

Depuis un an, dans les services des Professeurs M. Labbé et M. Villaret, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs

malades présentant des exophtalmies du type basedowien en dehors de toute hyperthyroïdie. Chez tous ces malades l'exploration du système nerveux neuro-végétatif nous a montré des perturbations importantes.

Nous rappellerons, à ce propos, trois observations particulièrement typiques :

Obs. 1. — Mme L... était venue nous consulter en 1930, pour des perturbations neuro-végétatives qui semblaient imposer le diagnostic de goitre exophtalmique ; en réalité, il n'existait aucune hyperthyroïdie : ni goitre, ni augmentation du métabolisme basal, etc ...

Par contre la dystonie vago-sympathique entraînait des troubles du rythme cardiaque (passant de 40 à 150 par minute suivant les examens), et, simultanément survenaient des modifications humorales extrêmement curieuses.

Or, cette malade présentait une exophtalmie bilatérale, et, dans l'instant même où elle apparaissait comme une basedowienne (avec tachycardie, tremblement) son exophtalmie ne s'accompagnait pas de mydriase, mais bien de myosis.

Il ne s'agissait donc pas d'une simple excitation de l'orthosympathique, mais bien de ces phénomènes complexes, qui, par leurs actions combinées, réalisent l'exophtalmie du type basedowien.

Obs. 2. — Mlle Low ... âgée de 23 ans, présente depuis sa naissance une exophtalmie considérable et un goitre important. Dans son histoire on ne relève ni amaigrissement, ni modification de la croissance, ni poussée de tachycardie (le pouls reste à 70-80). Le métabolisme basal est normal. Il s'agit d'une exophtalmie et d'un goitre congénitaux sans hyperthyroïdie.

Obs. 3. — Mme M... présente depuis trois ans une exophtalmie considérable, une tachycardie intense, du tremblement. Par contre : aucun amaigrissement, et il n'existe pas de goitre. Le métabolisme basal, plusieurs fois mesuré, se maintient entre + 10 et + 15 %.

Ces trois observations représentent les types schématiques de trois groupes de faits cliniques qui nous amènent aux deux propositions suivantes :

1° L'hyperthyroïdie n'est pas suffisante pour produire l'exophtalmie.

2° L'hyperthyroïdie n'est pas nécessaire à la production de l'exophtalmie.

***

S'opposant aux observations précédentes il est d'ailleurs d'autres faits cliniques qui établissent, incontestablement le rôle de l'hyperthyroïdie dans l'apparition de l'exophtalmie basedowienne.

Tout d'abord, l'argument de fréquence doit entrer largement en ligne de compte. Il est remarquable de voir l'hyperthyroïdie étroitement associée à l'exophtalmie dans un si grand nombre de cas, qu'il ait fallu les recherches cliniques de ces dernières années et l'appoint du métabolisme basal pour séparer de la maladie de Basedow les exophtalmies de type basedowien sans thyroïdie.

En second lieu, il existe quelques observations (Béclère, Morhead, Rist) dans lesquelles l'hyperthyroïdisation aurait bien été le facteur déclenchant d'une exophtalmie uni ou bilatérale.

Si l'on tient compte des faits précédents on doit admettre que l'hyperthyroïdie jouerait pour le moins un rôle favorisant dans la production de l'exophtalmie basedowienne.

L'expérimentation nous apporte toute une série de faits, qui jettent un jour nouveau sur ce problème.

II. Les données expérimentales.

En matière de physio-pathologie neuro-végétative, on ne saurait conclure sans réserve et sans critique de l'animal à l'homme. Aussi envisagerons-nous successivement les expériences poursuivies chez l'animal et les données de physiopathologie humaine.

A. Les recherches expérimentales sur l'animal.

Les recherches que nous poursuivons depuis trois ans avec la collaboration de Mlle D. Kohler nous ont permis de faire les constatations suivantes :

1° *Physiologie de l'appareil de protrusion du globe oculaire* :

Nous avons rejeté systématiquement toute expérimentation à l'aide de l'excitation du sympathique cervical.

Cette excitation ne saurait déterminer, comme l'ont établi les recherches classiques, qu'une exophtalmo-mydriase avec aplatissement de cristallin et augmentation de la tension intra-oculaire.

C'est à l'aide des méthodes pharmaco-dynamiques que nous avons abordé la physiologie très spéciale de l'appareil de protrusion du globe oculaire.

a) Nous avons montré d'abord, en utilisant différentes amines excitant électivement le sympathique, qu'on peut dissocier l'exophtalmie expérimentale des autres phénomènes déclenchés par l'excitation générale du sympathique.



Fig. 1

Exophtalmie éphédrinique chez une chienne endormie.

L'amine qui nous a donné les résultats les plus remarquables et les plus constants, parmi les divers sympathomi-métiques, est l'éphédrine. Son pouvoir mydriatique net est bien connu depuis les travaux de Mivra et de de Vriese. L'éphédrine donne par ailleurs une protrusion intense et durable du globe oculaire, lorsqu'on l'injecte à fortes doses (Guensburg).

D'autres substances sympathicotropes nous ont donné de belles exophtalmies.

Pour n'en citer que quelques-unes : la para-méthylphényléthanolamine, la tyramine, l'hordénine, l'extrait vasoconstricteur du genêt (H. Busquet).

Par contre l'adrénaline, à des doses qui n'entraînent pas d'exophtalmie marquée, provoque déjà une mydriase im-

portante. Il y a donc une indépendance incontestable entre la physiologie expérimentale de l'exophtalmie et celle de la mydriase. Nous avons rapporté ailleurs en détail les résultats de ces diverses expériences. Nous reproduisons ici la photographie d'une des plus belles exophtalmies (*fig.* n° 1) qui nous furent données par l'éphédrine.

b) En second lieu nous avons montré que l'administration antérieure d'un poison myotique par voie intraveineuse, à doses capables de produire un myosis intense, n'empêche pas la protrusion du globe oculaire déclenchée par les drogues qui excitent le sympathique.

Bien plus, si l'on injecte des substances myotiques après avoir administré certains excitants du sympathique, on peut réaliser expérimentalement une exophtalmie considérable s'accompagnant de myosis.

Nous avons ainsi, pour la première fois, fourni la preuve expérimentale que l'exophtalmie liée à l'excitation générale du sympathique peut être dissociée de la mydriase.

C'est ainsi que nous avons pu établir les points suivants :

1° *Il y a indépendance entre l'exophtalmie et les phénomènes cardio-vasculaires* :

a) Nous avons d'une part déclenché de fortes poussées hypertensives avec des excitants du sympathique tels que l'adrénaline, l'adrénalone, sans obtenir d'exophtalmie.

b) Nous avons, d'autre part, provoqué, chez un chien en pleine exophtalmie éphédrinique, des chutes de la tension artérielle (par la pilocarpine, par l'éphédrine à doses toxiques) : l'exophtalmie n'a pas rétrocédé.

2° Il est possible de réaliser chez l'animal une exophtalmie qui persiste après la mort comme l'exophtalmie basedowienne.

3° L'exophtalmie expérimentale s'accompagne d'une tendance à la divergence des globes oculaires : phénomène à rapprocher du signe de Moëbius. Ce phénomène est nettement visible sur la figure n° 3.

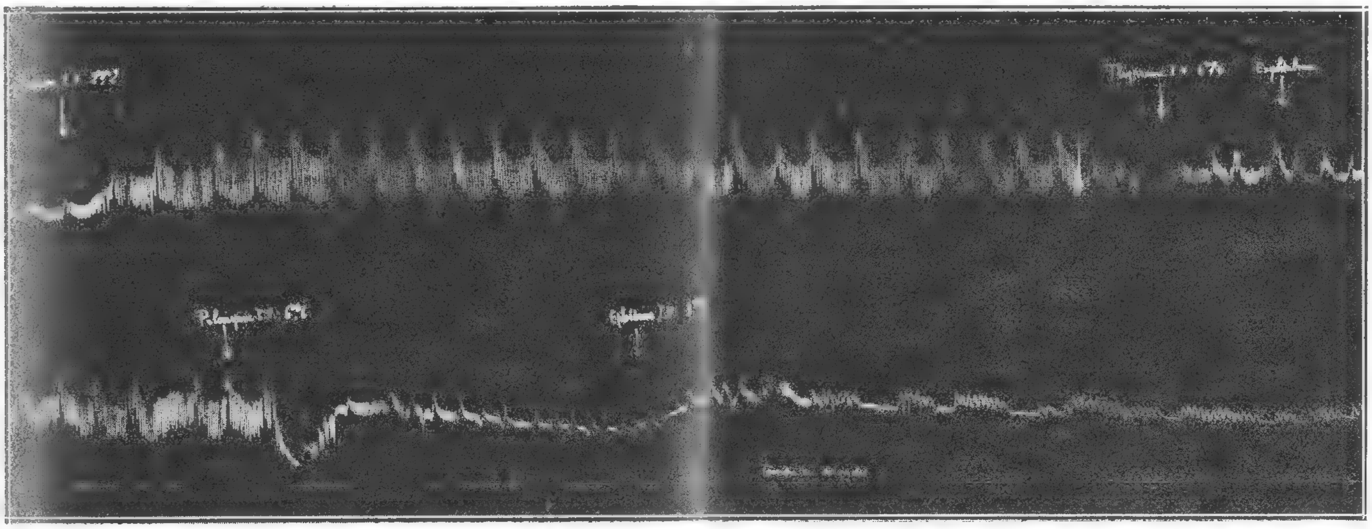


Fig. 2

Tracé de la pression artérielle d'un chien chloralusé. Faible hypertension après injection d'une dose d'éphédrine insuffisante pour produire l'exophtalmie. Injection consécutive de thyroxine : apparition de l'exophtalmie sans nouvelle modification cardio-vasculaire.

2° *Influence de la thyroxine* :

a) L'expérimentation nous permet de confirmer, après bien d'autres, que la thyroxine seule ne peut en aucune façon déclencher la moindre exophtalmie.

b) Par contre elle nous a montré deux faits intéressants :

D'une part, chez l'animal qui a reçu de fortes doses de thyroxine, il est plus facile de déterminer une exophtalmie expérimentale par les excitants du sympathique.

D'autre part, si l'on injecte à l'animal une dose d'éphédrine un peu inférieure à la dose minima exophtalmiante, une injection ultérieure de thyroxine fait apparaître nettement la protrusion du globe oculaire (*fig.* n° 2).

La thyroxine a donc incontestablement un rôle adjuvant peut-être seulement par sensibilisation des terminaisons sympathiques, peut-être aussi indirectement, par suite de ses effets adrénalino-sécréteurs.

3° *Observations générales sur l'exophtalmie expérimentale.*

Au cours de ces diverses expériences à l'aide de sympathomimétiques variés, nous avons fait encore un certain nombre de constatations intéressantes pour saisir l'indépendance relative dont jouit l'exophtalmie dans l'ensemble du syndrome basedowien.

4° L'exophtalmie ainsi réalisée ne s'accompagne : ni d'hypertension intra-oculaire, ni de modifications des vaisseaux rétiniens, ni d'œdème ou de congestion rétro-bulbaire.

5° On note enfin, dans ces conditions, un élargissement transversal du globe qui permet de fournir une nouvelle interprétation physiologique du signe de Stellwag.

4° *Régression expérimentale de l'exophtalmie* :

C'est là un des points qui intéresseront sans doute le plus directement la thérapeutique future de l'exophtalmie. En administrant un alcaloïde, qui paralyse électivement les terminaisons sympathiques, le chlorhydrate d'yohimbine (pur et d'activité vérifiée), nous avons pu obtenir une régression régulière des exophtalmies de type basedowien réalisées dans nos expériences.

Cette rétrocession est indépendante des phénomènes hypotensifs que l'injection de chlorhydrate d'yohimbine peut provoquer.

* * *

Données expérimentales chez l'homme

Les constatations physiologiques précédentes prennent

un intérêt considérable du fait que l'on peut, chez l'homme, faire des constatations parallèles.

Une des données physio-cliniques des plus probantes, est la remarquable observation de MM. Sainton, Didier Hesse et P. Martin. Ces auteurs réalisèrent chez une myxœdémateuse une véritable sommation thyroxi-adrénalinique par des injections, successives de thyroxine suivies, pendant deux mois, d'administration d'adrénaline par voie buccale (45 à 60 gouttes). Cette malade présenta :

1° Une amélioration du pouls qui atteint le chiffre de 107.

2° Une élévation de la pression artérielle et une exophtalmie manifeste.

Ainsi était réalisée une véritable exophtalmie expérimentale. M. Sainton avait d'ailleurs déjà montré la réalité de cette sommation thyroxi-adrénalinique dans ses recherches avec Simonnet sur les gallinacés.

Pour notre part, nous avons pu déterminer une protrusion du globe oculaire chez une malade ayant, pour des rai-



Fig. 3

Divergences des globes oculaires au cours de l'exophtalmie éphédrinique (phénomène à rapprocher du signe de Moebius).

sons particulières, absorbé des doses massives de thyroxine : l'exophtalmie apparut une première fois après injection d'éphédrine, une deuxième fois après administration d'éphédrone.

Chez des basedowiennes présentant une forte élévation du métabolisme basal sans exophtalmie, nous avons pu voir se développer celle-ci après administration d'éphédrine.

Enfin, chez quelques malades présentant une exophtalmie marquée en dehors de tout symptôme d'hyperthyroïdie, nous avons pu obtenir une régression très nette de l'exophtalmie sous l'influence d'alcaloïdes du groupe de l'yohimbine : ce sont là des faits que nous nous proposons de développer ultérieurement, lorsque des difficultés d'ordre technique auront été aplanies, et lorsque le recul du temps nous permettra d'apporter des résultats plus complets.

***

Les considérations physiologiques et cliniques précédentes présentent un intérêt thérapeutique évident. En présence d'une maladie de Basedow, il reste établi que le traitement de l'hyperthyroïdie doit être le premier acte thérapeutique. Mais il faut reconnaître que ce traitement, s'il suffit dans un très grand nombre de cas à réduire les phénomènes oculaires, reste dans d'autres entièrement impuissant contre l'exophtalmie.

Or, contre ces exophtalmies résiduelles, les interventions sur le sympathique cervical constituent, à notre avis, des erreurs physiologiques. D'une part, elles aboutissent souvent à des échecs partiels ou complets, d'autre part, lorsqu'elles sont efficaces, elles ne déterminent la rétrocession de l'exophtalmie qu'au prix d'une paralysie du sympathique cervical souvent fort gênante.

Le véritable traitement de l'exophtalmie basedowienne nous semble, pour ces raisons, devoir être orienté actuellement vers la recherche de médicaments susceptibles de paralyser électivement les terminaisons sympathiques.

C'est dans cette voie que sont dirigées actuellement nos recherches sur l'emploi des alcaloïdes du groupe de l'yohimbine.

BIBLIOGRAPHIE

1. Marcel Labbé, Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, Mlle D. Kohler, Mme Schiff-Wertheimer et M. P. Soulié. — Recherches préliminaires sur certaines protrusions du globe oculaire, en particulier sur l'exophtalmie basedowienne. *C. R. de l'Ac. des Sciences*, tome CXCIII, p. 260, séance du 27 juillet 1931.

2. Marcel Labbé, R. Boulin, L. Justin-Besançon et P. Soulié. — Sur une malade présentant des perturbations neurovégétatives et humorales. *Bull. et mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, n° 12, p 664, 27 mars 1931.

3. Marcel Labbé, Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et P. Soulié. — Etude sur la pathogénie des exophtalmies de type basedowien. *Soc. méd. des hôp. de Paris.* n° 35, p. 1897, séance du 4 décembre 1931.

4. Marcel Labbé, Raoul Boulin, Azerad et L. Justin-Besançon. — Exophtalmie et goitre congénitaux, sans hyperthyroïdie. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, n° 19, p. 852, 6 juin 1932.

5. L. Justin-Besançon, Mlle D. Kohler, Mme Schiff-Wertheimer et M. P. Soulié. — Recherches expérimentales sur l'exophtalmie de type basedowien. *Bull. et mémoires de la Soc. méd. des hôp.* n° 35, séance du 4 décembre 1931.

6. Paul Sainton et Didier-Hesse. — La transformation d'un myxœdème typique en goitre exophtalmique par la sommation thyroxino-adrénalinique. *Bull. et mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, n° 34, p. 1856, 4 décembre 1931.

7. H. Stévenin. — Le diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. *Paris Médical*, n° 28, 9 juillet 1932, p. 37.

8. P. Soulié. — Le rôle des perturbations vago-sympathiques dans les accidents cardiaques, dans l'exophtalmie de la maladie de Basedow et des syndromes para-basedowiens. Thèse, Paris 1932.

9. L. Justin-Besançon. — Les exophtalmies résiduelles après traitement de l'hyperthyroïdie dans la maladie de Basedow. *La Médecine*, n° 10, juillet 1932, p. 518.

10. L. Justin-Besançon. — Les exophtalmies de type basedowien en dehors de la maladie de Basedow. *Pratique Méd. Française*, n° 13, août 1932, p. 595.

11. L. Justin-Besançon. Mme Schiff-Wertheimer et P. Soulié. — De l'exophtalmie basedowienne. *Gazette Médicale de France*, n° 19, p. 757, 15 octobre 1932

Traitement du zona par la quinine et le salicylate de soude associés. — M. Langlet (S. de Th., 12 oct. 1932) obtient une évolution rapide vers la guérison des zonas en donnant pendant 4 à 5 jours et 10 fois par jour un des cachets suivants :

Sulfate de quinine : 5 centigrammes.
Salicylate de soude, 7 centigrammes.
F. S. A. pr. un cachet.

Sur quelques notions nouvelles relatives à l'hormone mâle

Par **H. BUSQUET**

Professeur agrégé a la Faculté de Médecine de Paris

L'hormone testiculaire a été surtout étudiée par rapport à ses effets sur l'apparition des caractères sexuels secondaires et le développement du tractus génital. Sur ce sujet, de nombreux articles ont été publiés et il serait fastidieux d'y revenir. Je me contenterai de résumer ici les faits relatifs à des questions moins connues, telles que l'évolution dans le temps, la répartition dans l'organisme, la chimie, le dosage et la pluralité des hormones testiculaires.

Évolution

On a coutume de considérer que l'hormone mâle apparaît dans le testicule à une époque déterminée de la vie, assez loin de la naissance et qu'on appelle la *puberté*. Cette notion est tellement classique que Pézard (*C. R. Ac. Sc.*, 1917, p. 234) parle de castration prépubérales et postpubérales. Chr. Champy (*C. R. Soc. Biol.*, t. 90, 1924, p. 81) s'est élevé contre ces termes qui s'appuient sur quelque chose de mal défini, la puberté. Comme l'a dit cet auteur, on ne sait jamais ce dont on parle quand on emploie ce mot et c'est préjuger que de parler de puberté avant d'avoir établi quand commence l'activité hormonique du testicule. Celle-ci, en effet, est extrêmement précoce, tout au moins chez les gallinacés. En effet, Chr. Champy et Kritch (*C. R. Soc. Biol.*, t. 92, 1925, p. 683) ont montré que l'élément important des variations de la crête, après la castration, est la disparition du tissu mucoïde ou, plus exactement, de l'œdème qui le caractérise. Or, chez le poussin, ce tissu existe bien avant le rougissement et le développement de la crête. Il n'apparaît pas si on pratique la castration immédiatement après la naissance ; il disparaît, chez le jeune poussin, dit impubère, si on enlève les testicules. Donc ces organes ont, dès la naissance, une action hormonique et il est probablement inexact de donner comme point de départ de l'activité testiculaire la période de la vie qu'on appelle la puberté.

On peut se demander également à quelle époque cesse la libération de l'hormone mâle. Mes observations personnelles sur un grand nombre de coqs très âgés m'ont permis de constater, chez ces animaux, la persistance de l'instinct sexuel presque jusqu'à la mort. Le coq, vers cinq ou six ans, perd son pouvoir fécondant, mais il continue à cocher, ce qui prouve la persistance de l'instinct sexuel et la continuation de l'activité testiculaire. Dans l'espèce humaine, on considère que la sécrétion endocrine de la glande mâle cesse chez la plupart des sujets aux environs de la soixantaine. Mais cette opinion repose sur une fausse interprétation des faits. L'impuissance des vieillards prouve simplement que le système de l'érection n'est plus récepteur de la stimulation hormonique, mais ne prouve pas que cette sécrétion est abolie. Il semble donc, d'après ces considérations, que l'évolution de la sécrétion interne du testicule dans le temps porte sur une période de la vie de l'individu beaucoup plus étendue qu'on ne le croit habituellement.

Répartition

En ce qui concerne la répartition, on peut se demander tout d'abord si les travaux récents ont modifié la théorie de l'interstitielle, d'après laquelle l'activité endocrinienne du testicule serait localisée exclusivement, non dans les cellules séminales, mais dans des cellules spéciales, dites interstitielles, découvertes par Leydig chez les mammifères. Les travaux Pézard, Caridroit, Champy, Orban, Bulliard ont montré que des nodules de tissu testiculaire de structure très différente peuvent avoir un effet hormonique sensiblement identique. Des nodules exclusivement formés de cellules épithéliales peuvent être aussi actifs, à poids égal, que des nodules spermatogènes, alors qu'ils renferment beaucoup moins de noyaux et même bien moins de tissu interstitiel. En résumé, il n'y a pas de rapport entre la sécrétion interne d'hormone et une structure cellulaire donnée (Ch. Champy, *Arch. Anat. microsc.*, t. 27, 1931, p. 392).

Une fois libérée par le testicule, l'hormone passe évidemment dans le sang et on peut, grâce à des techniques que j'ai indiquées ici (H. Busquet, *Le Progrès médical*, 11 juin 1932), arriver à l'y caractériser. Il est, en effet, facile de la déceler physiologiquement dans le sérum de taureau en prenant le coq comme réactif.

Le testicule conditionne, chez cet animal, le développement et le rougissement de la crête, le chant et l'ardeur sexuelle. Contrairement à une opinion communément répandue, le plumage du mâle (faucilles, lancettes, camail) et les ergots sont des caractères de neutralité. Ils persistent après extirpation des testicules et apparaissent chez la poule après l'ovariotomie. Chez cette dernière, le plumage du coq et les ergots n'existent pas, parce qu'ils sont inhibés par une chalone ovarienne. Pour prouver la présence d'hormones mâles dans le sérum de taureau, il faudra donc montrer que ce liquide est capable de rendre au chapon le complexus sexuel perdu, c'est-à-dire la crête, le chant et l'ardeur sexuelle.

En ce qui concerne la crête, les effets du sérum de taureau sont faibles et la raison en sera donnée plus loin. Au contraire, l'action sur le chant et l'ardeur génitale est des plus nettes. Au début de leur masculinisation, les castrats chantent seulement le matin, puis à la fois le matin et dans le courant de la journée. L'existence du chant se traduit par des particularités objectives au niveau du larynx. Calvet (*C. R. Soc. Biol.*, t. 91, 1932, p. 627) a montré que les cordes vocales sont atrophiées chez le chapon ordinaire. Au contraire, chez les chapons masculinisés par le sérum de taureau, le larynx présente un aspect normal ou voisin de la normale.

Enfin, on pouvait se demander si l'hormone testiculaire se détruisait dans le sang, à la manière de l'adrénaline, ou bien si elle se retrouvait dans les liquides excrétés. Funk et ses collaborateurs, ainsi que Lœwe, Butenandt

◆◆◆

l'ont décelé dans l'urine de l'homme. Mais elle s'y trouve en quantité infime puisque 25.000 litres d'urine ne fournissent que 0 gr. 015 d'hormone mâle.

Étude chimique

Les premiers essais d'isolement de l'hormone testiculaire ont été faits par Funk, Harrow et Lejwa, qui ont retiré de l'extrait chloroformique une substance huileuse agissant sur la crête du chapon. Une épuration plus avancée a été obtenue par Dodds, Greenwood, Allan et Gallimore, au moyen de distillations dans le vide entre 140 et 160 degrés; ces auteurs ont préparé de cette manière une substance active de consistance huileuse. Lœwe et Voss (*Deutsch. med. Wochens.*, t. 30, 1930) ont traité les extraits lipoïdiques par les solvants organiques (alcools méthylique, éthyliques, acétone) ; la dialyse et les précipitations fractionnées leur ont fourni une substance active qu'ils nomment *androkinine.* Mais c'est à Frattini et Maïno (*Archivio dell Instituto Biochimico Italiano*, 1930, n° 5) que revient le mérite d'avoir préparé pour la première fois l'hormone mâle cristalliné. Ils sont partis de macérations aqueuses de testicules de taureaux où ils ont précipité l'hormone par les sels neutres. Ensuite, ils l'ont purifiée par les sels des métaux lourds. Au dernier temps de la préparation, ils ont fait une extraction par l'éther et, par évaporation, ils ont obtenu l'hormone cristallisée. De 300 kilogrammes de glande masculine, on retire 0 gr. 250 d'hormone.

Elle se présente sous l'aspect d'aiguilles incolores qui se disposent en étoiles et en arborisations très élégantes dont certaines rappellent les plumes d'autruches. L'hormone mâle est peu soluble dans l'eau neutre ou acide, très soluble dans l'eau alcaline, dans tous les alcools concentrés, la benzine, l'acétone, le toluol, le chloroforme, l'éther acétylanitique ; elle est précipitée par les sels neutres, les sels des métaux lourds, le tannin et l'acide benzoïque. Dans l'étude de ses éléments constituants, on ne trouve pas d'azote.

Butenandt (*Zeitschr. f. angew. Chemie*, nov. 1931) a apporté des précisions nouvelles. Il confirme qu'il s'agit d'un corps non azoté qui fond à 215° et dont la formule serait $C^{16}H^{26}O^{2}$. Il estime que l'hormone mâle a des caractères chimiques très voisins de ceux de la folliculine, comme l'avaient, d'ailleurs, déjà affirmé Frattini et Maïno.

Le titrage physiologique

L'activité de l'hormone mâle cristallisée, tout comme celle des préparations complexes qui la contiennent, est appréciée par des essais physiologiques. De nombreuses méthodes ont été proposées. Beaucoup sont d'une précision et d'une facilité d'exécution très contestables. Je pense, comme Lorenzini (*Presse médicale*, 26 mars 1932), qu'il faut rayer des contrôles utilisables le test prostatique (prévention ou guérison de l'atrophie prostatique des rats castrés), le test de l'éjaculation (modifications de la coagulabilité du sperme des rats castrés), le test du canal déférent (régénération de l'épithélium atrophié par la castration), le test du reflexe d'étreinte chez la grenouille, le test de la parure de l'accouplement chez le gardon.

Une méthode plus pratique est celle qui est basée sur les constatations de Muto, Brouha et Simonnet relative à l'atrophie des vésicules séminales chez les rongeurs après la castration. Martins, Rocha et Silva (*Mém. Inst. Cruz*, Port., t. 9, 1929, p. 196), ainsi que Lœwe et Voss, ont titré les extraits testiculaires d'après la quantité nécessaire pour prévenir ou guérir cette atrophie. Il convient de faire une mention spéciale de la méthode histologique de Loewe qui étudie la régénération de l'épithélium des vésicules séminales après administration de préparations actives ; au bout de 48 heures, celles-ci font apparaître de nombreuses mitoses. Signalons, toutefois, que la méthode des vésicules séminales a été critiquée par Frattini et Maïno qui ont observé la régénération avec la folliculine et qui reprochent à cette méthode de ne pas traduire les effets d'une préparation spécifique.

Un autre test, qui jouit d'une grande faveur, est celui qui a été basé sur les travaux de Pézard relatifs au développement de la crête du coq castré sous l'influence de l'administration d'extraits testiculaires. On a même établi pour l'application de cette méthode, une *unité-coq* qui, d'ailleurs, est différente suivant les auteurs. Pour Funk, l'unité-coq est la dose d'hormone qu'on doit injecter tous les jours pour obtenir en 10 jours un accroissement de la crête de 10 millimètres. Pour d'autres, l'unité-coq est la quantité d'hormone qui, injectée tous les deux jours, provoque en une vingtaine de jours, un accroissement de la crête de 25 à 30 %.

A vrai dire, malgré sa prétention à une précision très grande, cette dernière méthode est encore très imparfaite. Il suffit de lire les protocoles d'expériences de Pézard pour constater qu'avec le même extrait, les divers chapons réagissent avec une rapidité très différente et que même certains ne réagissent pas du tout. Moi-même, dans mon étude de l'hormone mâle dans le sérum de taureau, j'ai obtenu avec le même sérum des résultats très dissemblables chez les divers castrats. Il faut se rappeler également que certains chapons à crête atrophiée ont des nodules de tison testiculaire au-dessous du seuil efficace, mais qui permettent à une faible quantité d'hormone, administrée artificiellement à l'animal, de produire la croissance de la crête. D'autre part, il convient de ne pas oublier que certains lipoïdes (Chr. Champy) provoquent un développement plus ou moins marqué de la crête et que, par conséquent, ce développement ne traduit pas toujours les effets d'une substance spécifique. Enfin, une autre critique plus grave peut être faite à la méthode, si on songe que l'action hormonique du testicule n'est pas due à une substance unique et que le développement de la crête ne traduit probablement pas, comme on va le voir, l'effet de l'hormone mâle proprement dite.

La pluralité des hormones testiculaires

Divers expérimentateurs se sont élevés contre la conception d'une hormone mâle unique. Un important argument contre la théorie uniciste est celui de Laqueur (*Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, t. 75, 1931, p. 1648) et ses collaborateurs Freud, de Jongh, Munch, Lachs, Kober (*Ber. Physiol.*, t. 61, 1931; *Proc. Kon. Acad. v. Wetensch.*, Amsterdam, 1929 et 1930), à savoir que le rapport entre l'unité-coq et l'unité-vésicules séminales est très variable avec les divers extraits. Martin est également arrivé à la conclusion que le testicule fournit deux hormones. Chez les cobayes castrés, il se développe dans l'hypophyse des cellules spéciales dites de castration. Or, Martin a vu se développer ces cellules chez des cobayes cryptorchides qui avaient leurs vésicules séminales de grandeur normale et qui produisaient certainement l'hormone spéciale présidant au développement du tractus génital, alors qu'une autre hormone, celle qui empêche les modifications hypophysaires, était absente. On peut donc conclure de ces faits à la dualité des hormones mâles.

D'autres arguments d'une très grande force ont été fournis par Chr. Champy. Cet auteur fait remarquer que








OVAIRE
(Vache)
LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
corps
jaune
Follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY 48, rue Théophile Gautier PARIS (XVIe)


DIGIBAÏNE
REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE
TONIQUE
CARDIAQUE
LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 RUE D'ASSAS PARIS

l'ovaire, tout comme le testicule, possède une hormone qui fait apparaître le tissu mucoïde dans la crête : c'est l'hormone *ambo-sexuelle*, commune au mâle et à la femelle. D'autre part, Chr. Champy a pu obtenir la croissance des organes génitaux des cobayes châtrés au moyen d'extraits testiculaires n'agissait pas sur la crête du coq. Enfin, il a démontré que, chez le poussin, il existe une hormone testiculaire présidant à l'apparition du tissu mucoïde dans la crête, alors que tous les autres caractères de masculinité sont absents chez ce jeune animal.

J'ai été moi-même conduit à la conception pluraliste par des expériences de masculinisation faites avec le sérum de taureau (*C. R. Soc. Biol.*, t. 109, 1932, p. 628). Celui-ci peut agir très faiblement ou même ne pas agir du tout sur la crête, alors qu'il influence très énergiquement le complexus psycho-sexuel (chant, ardeur sexuelle). Ce sérum est donc pauvre en hormone ambo-sexuelle et riche en hormone *uni-sexuelle*. Dans les expériences de greffe glandulaire, on fait apparaître au complet les caractères sexuels secondaires et il est malaisé de dissocier les effets des deux hormones testiculaires ; au contraire, la masculinisation par le sérum de taureau objective uniquement ou d'une manière prépondérante l'action de l'hormone mâle proprement dite. Assurément, les unicistes pourraient prétendre qu'il n'existe qu'une seule hormone et qu'elle agit à plus faible dose sur le chant que sur la crête ; mais, cette objection disparaît devant le fait que, dans les expériences de greffe ou d'injection d'extraits testiculaires, c'est toujours le développement de la crête qui se manifeste le premier. Si, dans une masculinisation de chapon, on observe l'apparition du chant et de l'ardeur sexuelle indépendamment de tout effet sur la crête, c'est que l'agent de masculinisation employé contient de l'hormone mâle et est dépourvu d'hormone ambo-sexuelle. En résumé, les résultats observés avec le sérum de taureau constituent un argument décisif en faveur de la pluralité des hormones testiculaires.

***

Cette conclusion est de nature à réduire considérablement la portée des faits déjà publiés sur l'isolement et le titrage de l'hormone mâle. Celle qu'on a isolée et titrée jusqu'à présent paraît être surtout l'hormone ambo-sexuelle, alors que l'uni-sexuelle semble être la plus intéressante. Le problème à résoudre reste donc à peu près entier ; les recherches nouvelles s'imposent pour dissocier les diverses hormones et étudier spécialement la plus importante, celle qui confère les caractères vraiment spécifiques de la masculinité.

L'« opothérapie » épiphysaire est elle justifiée ?

Par **Jacques DECOURT**

Médecin des Hôpitaux de Paris

Dès l'Antiquité l'épiphyse fut considérée, par Galien, comme une glande sécrétant un suc. Mais ses fonctions furent, au cours des âges, l'objet des hypothèses les plus fantaisistes. Descartes y plaçait le siège de l'âme ; Magendie soutint qu'elle avait pour rôle de fermer l'anus cérébral ou orifice supérieur de l'aqueduc de Sylvius ; Rabl-Rückhard y vit le rudiment d'un sens thermique, Fleisch un centre thermo-régulateur, tandis que Mathias Duval ne la considérait que comme un organe rudimentaire.

Les données de l'embryologie et de l'anatomie comparée ne simplifièrent pas, tout d'abord, l'idée que l'on pouvait se faire de la glande. En 1868, His démontra que l'épiphyse tire son origine d'une évagination supérieure du cerveau intermédiaire. Or, chez les reptiles, on voit ce diverticule pinéal s'allonger, traverser la voûte cranienne entre les pariétaux, et se renfler sous l'épiderme en une petite vésicule offrant une certaine ressemblance avec un œil, et munie d'un nerf. Ainsi fut-on tenté de ne voir dans l'épiphyse humaine qu'un rudiment de cet œil pinéal des vertébrés inférieurs.

En réalité l'on peut distinguer embryologiquement, sur la voûte du IIIe ventricule, trois diverticules qui sont, d'avant en arrière : la paraphyse, le diverticule pinéal et le diverticule épiphysaire.

La paraphyse ne présente aucun rapport génétique avec les deux autres organes ; elle prend part à la constitution de la toile choroïdienne moyenne ou supérieure.

Le diverticule pinéal aboutit, chez les reptiles, à la formation de l'organe pariétal. Il semble s'atrophier chez l'homme. Marburg a cru en trouver la trace dans une petite formation « neuro-ganglionnaire » accolée au tissu conjonctif de la glande.

Chez les oiseaux et les mammifères, par conséquent chez l'homme, c'est le diverticule épiphysaire qui se développe pour constituer l'épiphyse. Pour Krabbe cependant celle-ci naîtrait de la fusion des deux ébauches. Il semble bien, en tout cas, que la glande pinéale humaine ne présente aucune homologie avec l'organe pariétal des reptiles. Par contre nous verrons combien il est important de retenir ses rapports embryologiques avec le IIIe ventricule.

Comme il est habituel en matière d'endocrinologie, ce sont les données anatomo-cliniques qui ont, les premières, attiré l'attention sur les fonctions, ou les fonctions présumées de la glande pinéale.

Dès 1899, Ogle d'une part, Oestreich et Slawyk d'autre part, avaient rapporté les observations de deux jeunes garçons, respectivement âgés de 4 ans 1/2 et de 6 ans, qui présentaient, outre des signes cliniques de tumeur cérébrale, une croissance anormale rapide avec apparition des caractères sexuels secondaires. Dans les deux cas l'autopsie montra l'existence d'une tumeur pinéale compliquée d'hydrocéphalie interne.

Mais ce sont surtout les mémoires de Marburg (1909), de Von Frankl-Hochwart (1910), de Raymond et Claude (1910) qui établirent les rapports anatomo-cliniques unissant d'une part les tumeurs de la glande pinéale et d'autre part un syndrome somatique caractérisé par la rapidité de la croissance et l'apparition anormalement précoce des carac-

tères sexuels secondaires, syndrome auquel Pellizi donna le nom de *macrogénitosomie precoce*.

Il n'en fallut pas plus pour que l'on attribuât à l'épiphyse une sécrétion interne influant sur le développement somatique et sexuel.

Mais cette conception, un peu hâtivement adoptée par les cliniciens, manque encore de bases physiologiques. Bien plus, des observations anatomo-cliniques récentes sont venues remettre en question le rôle de l'épiphyse dans la pathogénie de la macrogénitosomie précoce. Non seulement, en effet, ce syndrome est très inconstant au cours des tumeurs de l'épiphyse, mais, fait plus suggestif encore, il peut se développer au cours de lésions cérébrales sans altérations de l'épiphyse.

On voit ainsi sur quelles bases encore fragiles s'appuierait le médecin qui voudrait utiliser, en thérapeutique humaine, les extraits épiphysaires, et l'on ne s'étonne pas que les rares tentatives faites dans ce sens n'aient pas fourni de résultats bien nets. Au cours des tumeurs pinéales cette « opothérapie » ne saurait d'ailleurs présenter qu'un intérêt minime, car la symptomatologie et l'évolution de ces tumeurs sont entièrement dominées par le syndrome d'hypertension intracranienne qui en fait toute la gravité.

Quelques auteurs ont signalé une heureuse action des extraits épiphysaires chez des arriérés intellectuels (L. Lévi, Cornell et Goddard, Berkeley, Lereboullet), dans la schizophrénie (Menninger), au cours des psychoses puerpérales (Prengowski). Ogle d'ailleurs signalait déjà que l'on vend en Angleterre des glandes pinéales pour le traitement du ramollissement cérébral, de la manie, de la démence. Mais les résultats enregistrés sont peu démonstratifs. Il serait vain de les exposer.

Il nous paraît plus intéressant de rechercher si les faits assemblés jusqu'à ce jour légitiment vraiment une « opothérapie » épiphysaire, et, tout d'abord, si l'épiphyse peut à bon droit être rangée parmi les glandes endocrines.

***

Interrogeons en premier lieu les données anatomo-cliniques puisqu'aussi bien ce sont elles qui, jusqu'à ce jour, ont pesé le plus dans la balance.

Il est un fait indiscutable : les tumeurs de l'épiphyse, lorsqu'elles se développent chez l'enfant avant la puberté, s'accompagnent assez souvent de troubles particuliers de la croissance, désignés par Pellizi sous le nom de *macrogénitosomie précoce*, et, plus récemment par Berblinger sous le nom de *protéléiose* (1).

Ce syndrome s'observe presque exclusivement dans le sexe masculin. Il est essentiellement caractérisé par :

1° L'accroissement rapide de la taille.

2° Le développement également rapide des organes génitaux externes.

3° L'apparition précoce de poils au pubis et parfois aux aisselles, à la face.

La taille progresse avec rapidité et dépasse de beaucoup celle qui correspond à l'âge normal de l'enfant. Cette progression se fait de façon harmonieuse, sans disproportion des différents segments du corps. La radiographie des os montre que les cartilages de conjugaison sont de dimensions trop réduites pour l'âge du sujet ; ils peuvent même se souder complètement, si bien qu'il n'y a pas à proprement parler de gigantisme : les sujets, s'ils survivaient, ne dépasseraient pas la taille d'un adulte normal. Il peut même y avoir nanisme relatif. Notons d'ailleurs que la dentition ne participe pas à cette évolution prématurée.

En même temps les organes génitaux externes acquièrent des dimensions excessives. Des enfants de huit ou dix ans présentent une verge qui ferait honneur à un adolescent, voire à un adulte. Par contre le développement des testicules est souvent moindre. On a noté dans quelques cas des érections et mêmes des éjaculations contenant des spermatozoïdes (Pellizi).

Le système pileux se développe aussi de façon anormalement précoce. L'existence de poils pubiens plus ou moins fournis est notée dans tous les cas. L'apparition de poils axillaires ou faciaux est plus rare. On observe parfois la mue de la voix, le développement du cartilage thyroïde.

On a noté dans quelques cas un développement intellectuel précoce ; mais bien souvent s'observe au contraire un déficit psychique, auquel le syndrome concomitant d'hypertension intracranienne n'est sans doute pas étranger.

Le syndrome somatique n'est pas toujours au complet. On peut observer, par exemple, l'accroissement de la taille et la pilosité sans développement anormal des organes génitaux.

Voici, pour illustrer cette description, quelques exemples :

Cas de Ogle. — Garçon de 6 ans. Testicules de volume normal. Pénis d'un garçon de 16 à 17 ans. Toison pubienne abondante. Erections. Masturbation.

Cas de Œstreich et Slawyk. — Garçon de 4 ans 1/2, mesurant 1 m. 08. Pénis de 9 centimètres. Testicules gros comme un œuf de pigeon. Toison pubienne abondante.

Cas de Frankl-Hochwart. — Garçon de 5 ans 1/2. Taille d'un enfant de 9 ans (1 m. 23). Pénis de 7 centimètres. Testicules de la grosseur d'une noisette. Poils pubiens. Erections. Développement intellectuel précoce : l'enfant parle de l'immortalité de l'âme et de l'au-delà, bien que rien dans son entourage ne l'incite à de telles pensées.

Cas de Raymond et Claude. — Garçon de dix ans. Taille d'un enfant de treize ans (1 m. 38). Toison pubienne d'un adolescent de quinze ans. Duvet sur la lèvre supérieure. Organes génitaux plutôt petits. Intelligence supérieure à la normale.

Dans ces différents cas, l'autopsie révéla l'existence d'une tumeur de l'épiphyse.

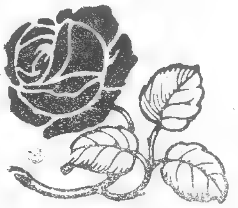
A la macrogénitosomie peuvent s'associer d'autres troubles, et notamment une obésité, un diabète insipide ; mais ces symptômes n'appartiennent pas en propre au syndrome dit épiphysaire. Nous passons également sous silence les signes d'hypertension intra-cranienne et les signes oculaires qui font partie du cortège habituel des tumeurs de l'épiphyse, mais dont l'étude n'a pas ici sa place.

En somme, nombre d'observations anatomo-cliniques permettent d'affirmer qu'il existe un rapport de causalité entre le développement de certaines tumeurs épiphysaires et l'apparition de ce syndrome particulier d'hyperplasie somatique et sexuelle qui constitue la macrogénitosomie précoce. D'après Marburg la glande pinéale, véritable glande endocrine, exercerait pas sa sécrétion un rôle frénateur de la croissance et de la puberté. Les tumeurs épiphysaires, en altérant la glande, réaliseraient un hypopinéalisme qui serait la cause de la macrogénitosomie. Inversement, d'après Dercum, il existerait un hyperpinéalisme qui serait la cause d'un infantilisme particulier.

Ces conclusions prématurées débordaient trop largement les faits pour pouvoir être définitives. On peut leur opposer de graves objections.

Il est difficile d'attribuer la macrogénitosomie précoce à un hypopinéalisme, car elle peut manquer lors même que l'épiphyse est complètement détruite. Krabe a rassemblé

(1) Si l'on donne à la maturité complète le nom de *téléiose*, on doit, selon Berblinger, donner au retard de la maturité le nom d'*atéléiose*, à la maturité précoce celui de *protéléiose*, et au développement exagéré de l'état de maturité chez l'adulte celui d'*hypertéléiose*.





neuf observations de ce genre (Coats, Zenner, Hoesslin, Neumann, Holzheim, Marburg, Morquio, Pappenheim, Williams). Inversement, nous le verrons, la macrogénitosomie peut s'observer alors que l'épiphyse est intacte.

D'après Askanazy le syndrome somatique ne résulterait pas d'un trouble de la sécrétion épiphysaire ; il tiendrait à la nature même de la tumeur. Presque toujours, en effet, les tumeurs de la pinéale sont des tératomes. Les différents tissus embryonnaires qui les constituent exerceraient une action physio-pathologique sur le reste de l'organisme, d'où résulterait la réaction de l'appareil sexuel. Ainsi s'expliquerait également le rôle de certaines tumeurs tératoïdes de l'ovaire, du testicule ou de la cortico-surrénale dans le développement du virilisme et de l'hirsutisme. Cette ingénieuse conception manque malheureusement de confirmation expérimentale.

Il convient aussi de remarquer que les néoformations nées de la pinéale ne peuvent se développer sans léser plus ou moins gravement les formations nerveuses voisines. La tumeur occupe généralement la cavité même du IIIe ventricule, qu'elle comble parfois totalement. Elle comprime ou envahit les tubercules quadrijumeaux, les pédoncules cérébraux, le pulvinar. Obturant précocement l'aqueduc de Sylvius elle réalise une hydrocéphalie considérable qui dilate les ventricules, comprime et refoule le plancher du IIIe ventricule, la région infundibulo-tubéro-hypophysaire et les hémisphères cérébraux.

Déjà l'on peut affirmer que l'adiposité et la polyurie, notées dans quelques observations, sont dues à l'altération des centres infundibulo-tubériens. Ne peut-on pas supposer que l'hyperplasie somatique et sexuelle résulte également de l'altération de centres nerveux adjacents ? Des faits récents viennent à l'appui de cette hypothèse, en montrant que la macrogénitosomie précoce peut accompagner des lésions cérébrales sans altérations décelables de l'épiphyse.

Heuyer, Lhermitte, de Martel et Cl. Vogt ont récemment publié l'observation d'un garçon de 6 ans, atteint d'arriération mentale, qui présentait la stature d'un enfant de douze ans, des organes génitaux très développés, des poils au pubis, une voix grave. L'autopsie ne montra pas de lésion de la pinéale. Il existait un épendymo-gliome développé au dépens des tubercules mamillaires et infiltrant la région infundibulo-tubérienne.

Toute lésion apparente de l'épiphyse manquait également dans un cas d'André-Thomas et Schaeffer concernant un enfant de douze ans, hydrocéphale, de taille normale, mais présentant des organes génitaux volumineux, des poils pubiens et une ébauche de moustache. L'examen anatomique montra non seulement l'intégrité de l'épiphyse mais encore l'absence de tout néoplasme intracranien. L'hydrocéphalie était secondaire à une symphyse triméningée cervico-bulbaire. Il existait des lésions inflammatoires étendues du plancher de l'aqueduc de Sylvius et de la région infundibulo-tubérienne.

Ces observations semblent démontrer que les altérations de l'épiphyse ne sont pas la cause de la macrogénitosomie précoce. L'apparition de ce syndrome au cours des tumeurs pinéales résulterait des lésions que le développement de ces tumeurs ne manque jamais de provoquer dans les centres nerveux avoisinants. Heuyer et Lhermitte, commentant leur observation citée plus haut, invoquent les altérations de la région ventrale du ventricule moyen et des tubercules mamillaires. Le cas d'André-Thomas et Schaeffer semble écarter le rôle des tubercules mamillaires et devoir faire incriminer les lésions de la région opto-pédonculaire, conformément à l'opinion déjà soutenue par Knud Krabbe.

Ainsi l'épiphyse, au nom des données anatomo-cliniques, semblerait devoir être dépossédée des fonctions trophiques qu'on tendait à lui attribuer jusqu'à ce jour, au profit de cette importante région infundibulo-tubérienne à laquelle ont été rapportées déjà des fonctions que l'on imputait jadis au lobe postérieur de l'hypophyse.

Est-ce à dire que la pinéale doive être considérée comme un organe sans intérêt, dépourvu de toute fonction physiologique, et notamment de toute fonction endocrinienne ? C'est ce qu'il importe maintenant d'examiner à la lumière d'autres faits tirés de l'anatomie microscopique et de l'expérimentation physiologique.

* * *

On sait que, pour prouver une sécrétion interne, trois conditions sont nécessaires :

1° Les cellules de l'organe étudié doivent offrir les caractères d'éléments glandulaires orientés par rapport aux vaisseaux efférents.

2° L'extirpation de l'organe doit réaliser un syndrome parfaitement caractérisé.

3° L'administration régulière d'extrait de cet organe et de ce seul extrait, ou la greffe, ou la transplantation doivent atténuer ou faire disparaître ce syndrome.

Ces deux dernières séries de faits doivent être constamment concordantes.

En ce qui concerne l'épiphyse aucune recherche systématique n'a été faite pour rassembler ce faisceau de preuves. Nous ne possédons que des données fragmentaires, parfois contradictoires, dont nous exposerons l'essentiel.

* * *

Les données de l'anatomie microscopique ne sont nullement incompatibles avec l'hypothèse d'une sécrétion interne épiphysaire. Envisagée dans son ensemble la glande pinéale possède trois parties : un corps, une base, un pédicule.

Le pédicule, ou pièce intercalaire, unit l'organe à la commissure postérieure. Sa structure est celle du névraxe : il n'est formé que de substance blanche, c'est-à-dire de fibres à myéline maintenues dans un treillis névroglique.

La base est également de constitution nerveuse. Elle est essentiellement formée de névroglie, plus fibrillaire que cellulaire, et paraissant douée de vitalité modérée.

Par contre le corps pinéal offre assez bien l'aspect d'une glande. De son enveloppe conjonctive partent des travées qui pénètrent à l'intérieur de l'organe pour y dessiner des lobules, mal individualisés chez l'enfant mais très distincts chez l'adulte. Ces travées contiennent les vaisseaux, artères, veines et lymphatiques — et du tissu névroglique dont l'importance croît avec l'âge.

La masse propre de la glande, ou parenchyme, est constituée par des cellules et des fibres dont l'étude doit nous retenir.

Les cellules sont de différents types. Les plus intéressantes sont les *cellules pinéales*, qui constituent l'élément caractéristique de l'organe. De forme cylindrique ou polyédrique par pression réciproque elles apparaissent nettement, en certains points, orientées par rapport aux vaisseaux, le noyau occupant alors le pôle périphérique de la cellule, de telle sorte qu'à un faible grossissement on est frappé par une disposition en collerette prenant l'aspect d'un anneau uniforme compris entre le vaisseau et le collier périphérique formé par les noyaux (Laignel-Lavastine).

Le protoplasma, plus ou moins homogène, peut contenir des granulations qui se groupent d'ordinaire à la périphérie, du pigment formé en majeure partie de lipochrome, ou des vacuoles.

Le noyau, très volumineux, arrondi ou en ferà cheval, parfois irrégulier, est presque toujours unique et périphérique. Par la méthode de Weigert, on distingue avec Dimitrowa : d'une part des noyaux clairs, pourvus d'un nucléole, et présentant des granulations chromatiques plus grosses chez l'enfant que chez l'adulte, et, d'autre part, des noyaux foncés, sans nucléole, les uns pourvus de volumineuses granulations, les autres homogènes. Fait intéressant : on peut trouver dans ces noyaux, et surtout dans les noyaux clairs, des enclaves teintées en gris par la méthode de Weigert, en rose par la safranine, en rouge brun par la méthode de Van Gieson. Peut-être faut-il voir dans ces enclaves, avec Dimitrowa, un produit de sécrétion destiné à être expulsé du noyau ? Une planche très suggestive de Laignel-Lavastine figure ce processus d'élaboration sécrétoire et d'évacuation nucléaire observé dans l'épiphyse d'un urémique.

On trouve encore dans la pinéale : des cellules névrogliques que Krabbe distingue nettement des cellules pinéales ; des cellules conjonctives occupant les travées interlobulaires ; des mastzellen, fréquemment rencontrés autour des vaisseaux ; des cellules épendymaires résultant de prolongements que le revêtement épendymaire envoie à l'intérieur de la glande ; et enfin des cellules dénommées par Krabbe « cellules de déblai » dont les unes, pourvues de granulations éosinophiles, répondent aux cellules paravasculaires de Galases cu et Urechia, et dont d'autres contiennent des granulations basiques, d'autres encore des granulat on lipoïdiques. Tous les auteurs sont d'accord sur l'absencede cellules nerveuses.

L'épiphyse contient encore des fibres de divers ordres : les unes conjonctives, situées dans la capsule et les tuniques vasculaires, n'apparaissant dans les travées interlobulaires qu'en cas de sclérose ; les autres névrogliques, toujours nombreuses, apparaissant tantôt en continuité avec les prolongements des cellules névrogliques, tantôt accolées aux cellules pinéales qu'elles enferment dans leur treillis, tantôt libres de toutes connexions cellulaires. L'existence de fibres nerveuses est douteuse, bien que Marburg ait décrit des fibres à myéline et Cajal des fibres sans myéline.

L'aspect de la glande varie d'ailleurs avec l'âge . Chez l'adulte on y trouve constamment des concrétions calcaires (acervuli) analogues à celles des plexus choroïdes, et fréquemment des kystes à revêtement épithélial ou épendymaire. Ces formations peuvent se rencontrer aussi chez l'enfant et ne sont peut-être pas étrangères au développement relativement fréquent des tumeurs. Avec l'âge le tissu conjonctif augmente, le sable cérébral s'accroît, les cellules névrogliques se multiplient alors que les cellules pinéales se raréfient. On admet généralement qu'à partir de la septième année la glande subit une involution. Mais celle-ci n'est jamais complète ; il reste toujours des cellules du type glandulaire ; et, pour Krabbe, Askanazy, l'on ne saurait parler d'involution véritable.

L'accord n'est pas fait sur la nature des cellules pinéales. D. et R. Anglade ont récemment soutenu qu'elles ne sont que des cellules névrogliques différenciées, sans nier d'ailleurs que ces éléments puissent être doués de fonctions endocriniennes. Pour la majorité des auteurs elles représentent bien des cellules parenchymateuses ou spécifiques (Rio del Hortega), douées de fonctions particulières.

Mais si l'on veut se faire une idée des fonctions de l'épiphyse en se basant sur ses caractères anatomiques, il convient de l'étudier aux époques de la vie où elle paraît présenter le maximum d'activité, c'est-à-dire chez le jeune enfant ou même chez le fœtus, comme l'ont fait Krabbe, Tilney et Warren, et tout récemment Globus et Silbert.

D'après ces derniers auteurs, au sixième mois de la vie fœtale le corps pinéal est constitué par un bourgeon bien développé qui présente l'aspect histologique d'une structure glandulaire primitive : sur un fond de cellules claires d'aspect embryonnaire se détachent des cordons épithéliaux formés de cellules cubiques ou cylindriques limitant des tubuli ramifiés.

Au septième mois, des canaux vasculaires apparaissent dans les zones claires dont les cellules s'accroissent en nombre et en dimensions.

A la fin de la vie fœtale la glande prend un aspect en mosaïque assez spécial : des cordons de petites cellules rondes munies de noyaux foncés et pauvres en cytoplasme morcèlent le territoire pinéal en plages polyédriques occupées par des cellules plus volumineuses et plus claires, dont l'aspect évoque déjà celui des cellules parenchymateuses de la glande pinéale adulte. A la périphérie de l'organe on voit de larges canaux sanguins offrant l'apparence d'hémorragies massives, et rappelant d'assez près l'aspect de la surrénale chez le nouveau-né.

Dans les premières semaines de la vie les cellules claires s'accroissent. C'est à leur niveau seulement que l'on observe des vaisseaux sanguins, ce qui semble bien démontrer la réalité d'une sécrétion interne.

Dans les stades ultérieurs les petites cellules sombres se raréfient, leurs cordons se disloquent. Au cinquième mois elles n'apparaissent plus que sous l'aspect de petits ilôts et se transforment en fibroblastes comme le montrent leur forme allongée et leurs réactions colorées. A la fin de la deuxième année apparaît la transition entre le type infantile et le type adulte : la disposition alvéolaire se dessine. On rencontre fréquemment à ce stade des amas de grandes cellules à granulations basophiles et parfois éosinophiles.

Vers la sixième année l'aspect rappelle beaucoup celui de la glande pinéale adulte, avec de gros amas cellulaires entourés par du tissu conjonctif. Et bientôt apparaissent des caractères régressifs, avec la formation de kystes , les dépots calcaires, l'hyalinisation et la fibrose.

Du point de vue histologique l'épiphyse semble donc offrir indiscutablement une structure glandulaire, au moins à certains moments de son développement. L'aspect tubulaire observé au sixième mois de la vie fœtale, la riche vascularisation de l'organe, la relation de ses éléments parenchymateux avec les vaisseaux, les analogies notées avec l'aspect de la surrénale, autant de caractères qui, à des stades différents, semblent trahir une fonction sécrétoire. Mais cette fonction, à ne considérer que la structure histologique, semblerait assez éphémère. Dès le deuxième mois de la vie apparaît une nouvelle architecture qui ne permet plus une interprétation fonctionnelle.

* * *

Malheureusement les faits expérimentaux assemblés jusqu'à ce jour ne nous permettent guère de préciser les fonctions de la pinéale.

Deux méthodes physiologiques ont été naturellement utilisées : l'extirpation de l'organe, et l'administration de ses extraits. L'une et l'autre, on va le voir, rencontrent des difficultés.

1° L'extirpation de la glande constitue une opération très délicate. De dimensions minimes (celles d'un pois ordinaire), profondément située à l'angle postéro-supérieur du III[e] ventricule, au-dessous du bourrelet du corps calleux, dans le sillon sagittal qui sépare les tubercules quadrijumeaux antérieurs, l'épiphyse est d'un accès très difficile. Au-dessus et en avant d'elle l'aqueduc de Sylvius vient s'aboucher dans le troisième ventricule. Entre l'aqueduc et la glande se trouve la partie postéro-supérieure des pédoncules cérébraux, elle même surmontée par les tubercules quadrijumeaux. Enfin, au-dessus du corps pinéal passe la toile choroïdienne qui renferme les veines de Galien.

L'extirpation de l'organe ne peut donc être réalisée sans de graves délabrements ; aussi la mortalité opératoire est-elle très élevée. Sans entrer dans le détail des techniques utilisées par les expérimentateurs, nous nous contenterons de mentionner les résultats obtenus, qui sont assez contradictoires.

Il convient de signaler tout d'abord les résultats négatifs. Boese et Exner, chez de jeunes lapins, ne constatent pas d'effets appréciables sur le poids ni l'évolution sexuelle. Mêmes résultats négatifs de Biedl et de Dandy sur le chien.

Christéa, sur trente jeunes coqs, voit se produire, après l'épiphysectomie, un retard du développement avec atrophie testiculaire. Mais des résultats opposés ont été plus généralement notés.

Foa, opérant chez des poussins de trois à cinq semaines, observe un développement général rapide avec précocité du développement sexuel (apparition du chant, développement de la crête). L'examen anatomique, pratiqué huit à onze mois après l'opération montre un développement des testicules beaucoup plus grand que chez les animaux de même âge non opérés. Ce développement porte à la fois sur le tissu interstitiel et sur le tissu séminifère. Le diamètre des canalicules est plus grand, leur lumière est plus large, et la masse des spermatozoïdes est accrue. L'espacement plus grand des canalicules indique l'hyperplasie du tissu interstitiel. A l'âge adulte les animaux opérés ne se distinguent plus des témoins Chez la femelle l'intervention n'est suivie d'aucun effet appréciable.

Sarteschi, opérant sur de jeunes chiens, lapins et chats, a également noté une augmentation précoce du développement somatique général et sexuel.

Horrax a obtenu des résultats similaires sur le cochon d'Inde et le rat.

Izawa, en 1926, a pu enlever la pinéale chez le rat blanc non pubère, avec une faible mortalité (10 %). En soumettant des animaux témoins à un traumatisme opératoire équivalent il a constaté que l'opération elle-même était sans effet sur la croissance du corps. Il a observé au contraire chez les animaux privés de pinéale une croissance exagérée, un développement accéléré des testicules et de l'épididyme chez les mâles, de l'utérus et des ovaires chez les femelles. L'ablation incomplète de la glande est sans action. Clemente a noté que les lapins et les cobayes femelles ayant subi l'ablation de la pinéale peuvent être fécondés, et que leurs fœtus présentent un développement normal ou même une croissance précoce.

Ces faits intéressants sembleraient appuyer les conceptions de Marburg prêtant à l'épiphyse un pouvoir frénateur de la croisance et de la puberté. Mais ils demanderaient de nouvelles confirmations. Il convient d'autre part d'observer que les effets obtenus après pinéalectomie ne pourront être légitimement attribués à la glande que si l'on prend soin de vérifier l'absence de lésions nerveuses voisines, condition bien difficilement réalisable en raison des difficultés de l'intervention.

2° L'administration d'extraits épiphysaires a fourni également des résultats contradictoires.

Del Priore, Pellizi ont observé chez le lapin jeune, sous l'influence d'injections répétées, un retard du développement en rapport avec un accroissement moindre des os longs.

Par contre Dana et Berkeley, expérimentant sur des chatons, des lapins et de jeunes chiens, provoquent une stimulation du développement physique. Mac Cord note également une accélération de la croissance et une maturité sexuelle précoce, dans les deux sexes mais surtout chez les mâles. De même Addair et Chidester ont observé que l'alimentation pinéale hâte la croissance des têtards et avance le moment de leur métamorphose.

Sisson et Finney au contraire, alimentant des rats albinos avec de la glande pinéale de veau, n'ont observé aucun effet sur le développemelnt.

Ces résultats contradictoires appellent de nouvelles recherches.

3° L'action pharmacodynamique des extraits épiphysaires administrés par voie intra-veineuse présente moins d'intérêt pour la question qui nous occupe. De Cyon n'avait noté aucune action sur la pression artérielle. Au contraire Ott et Scott, Dixon et Halliburton, Mac Cord, del Priore ont observé un léger abaissement de la pression sanguine. On a noté encore un accroissement de volume du rein et de la diurèse, une augmentation des contractions utérines chez la lapine gravide, et de la sécrétion lactée chez la chèvre (Ott et Scott), une augmentation de la calcémie et de la calciurie (de Canda). Des recherches inédites, entreprises avec André Lemaire dans le laboratoire du professeur Loeper, nous ont personnellement montré, chez le chien, par injection intra-veineuse d'un extrait désalbuminé, un léger abaissement de la pression sanguine, et une élévation des pressions veineuse et rachidienne, celle-ci proportionnellement plus forte que celle-là.

4° Différents auteurs se sont efforcés de préciser les rapports unissant la glande pinéale aux autres glandes à sécrétion interne. Mais là encore les résultats obtenus sont contradictoires.

Desogus, étudiant les lipoïdes de la pinéale parallèlement au cycle de l'ovulation chez les oiseaux et les mammifères, conclut que l'activité de la pinéale est parallèle à celle des glandes génitales, et en antagonisme avec le système thyro-surréno-hypophysaire.

Pelligrini note, après castration, l'hypertrophie de la pinéale.

Par contre Andriani observe son atrophie et sa régression chez le chien castré : le parenchyme est en grande partie détruit ; les cellules sont atrophiées et rares dans les mailles alvéolaires ; le tissu conjonctif est augmenté ; l'hypophyse au contraire présente des signes histologiques d'hyperactivité. L'atrophie de la pinéale est également notée, après la castration, par Biach et Hulles chez le chat, le cobaye, le lapin, et par Pende chez le taureau.

Après ablation de l'épiphyse chez le rat blanc, del Castillo n'a constaté acucune modification du cycle œstral, Akiyama aucun effet particulier sur la croissance et la structure histologique du corps thyroïde.

Signalons enfin que, chez l'homme, les tumeurs de l'épiphyse s'accompagnent parfois de la persistance ou de la réviviscence du thymus, et d'une hyperplasie cortico-surrénale (Raymond et Claude, Lereboullet).

Au total, ces faits épars manquent encore trop de cohérence pour permettre une interprétation du rôle de l'épiphyse dans la physiologie du corps humain. Seules de nouvelles recherches, basées sur une expérimentation rigoureuse suivie de résultats constants, établiront peut-être un jour la notion d'une sécrétion interne épiphysaire, sans laquelle ne peut se concevoir une « opothérapie » véritable.

* * *

Du présent travail, purement critique, il convient cependant de dégager quelques conclusions pouvant servir de base aux travaux ultérieurs.

1° L'épiphyse ne saurait être considérée comme un organe rudimentaire, simple homologue de l'œil pinéal des batraciens.

2° Sa structure anatomique porte les marques d'une activité physiologique, dont la nature sécrétoire paraît évidente à la fin de la vie fœtale et dans les premières semaines de la vie post-natale. L'aspect structural ultérieur ne permet plus d'interpréter les fonctions de l'organe. Mais celui-

ci, malgré l'apparition de caractères régressifs notés dès la septième année, conserve jusqu'à la fin de la vie les indices histologiques d'un pouvoir fonctionnel.

3° Les faits anatomo-cliniques assemblés jusqu'à ce jour ne permettent pas d'affirmer que l'épiphyse exerce une action sur la croissance et le déclanchement de la puberté. Il est certain que le développement d'une tumeur pinéale chez un jeune garçon avant l'âge de la puberté peut provoquer une accélération de la croissance et un développement prématuré des caractères sexuels secondaires. Mais il n'est pas démontré que ce syndrome ait pour cause une altération des fonctions propres de l'épiphyse. Des observations récentes établissent que la macrogénitosomie précoce peut résulter de lésions purement nerveuses portant sur les centres végétatifs de la région opto-pédonculaire.

4° Les méthodes physiologiques n'ont pas prouvé, jusqu'à présent, l'existence d'une sécrétion interne épiphysaire.

Différents auteurs ont observé, après extirpation de la pinéale chez des animaux mâles non pubères, une accélération de la croissance et un développement anormalement rapide des glandes génitales. Mais les résultats obtenus manquent encore de la constance que l'on doit exiger d'une expérience physiologique ; et il convient d'observer que les interventions pratiquées ont pu léser les centres nerveux voisins de la glande.

Les extraits épiphysaires sont capables d'exercer des effets pharmaco-dynamiques ; mais il n'est pas démontré qu'ils soient doués d'un pouvoir véritablement opothérapique. Leur administration à de jeunes animaux semblerait plutôt accélérer la croissance, notion qui contredit les effets imputés à l'épiphysectomie.

5° L'état présent de nos connaissances ne permet donc pas de parler d'opothérapie à propos de la pinéale. Aucune base précise ne permet encore d'orienter une utilisation thérapeutique des extraits épiphysaires.

Ces conclusions, strictement limitées aux données actuelles du problème, laissent ouvert le champ des investigations futures. Si quelques faits récents semblent déposséder l'épiphyse des fonctions qu'on lui avait un peu hâtivement prêtées, il serait excessif d'apporter aujourd'hui à la négation l'ardeur consacrée naguère aux hypothèses constructives.

Nous avons intentionnellement banni de ce travail toute interprétation personnelle. Qu'il nous soit cependant permis d'y ajouter quelques réflexions.

Emanée du cerveau intermédiaire, comme le lobe postérieur de l'hypophyse, la glande pinéale semble devoir être considérée comme une glande neurocrine, fonctionnant en synergie avec les centres nerveux annexés au troisième ventricule auquel elle appartient embryologiquement. Son produit de sécrétion doit être recherché non seulement dans les vaisseaux sanguins qui partent de la glande mais encore dans le liquide céphalo-rachidien qui la baigne de toutes parts.

Les faits de macrogénitosomie précoce sans lésions anatomiques visibles de l'épiphyse n'enlèvent pas à celle-ci toute participation à la production du syndrome. On a nié de même le rôle du lobe postérieur de l'hypophyse dans la génèse du diabète insipide ; il n'en reste pas moins que l'extrait post-hypophysaire est doué d'une singulière action sur la polyurie. Et, pour chercher ailleurs une comparaison, qui songerait à nier le rôle du pancréas dans la physio-pathologie du diabète sucré sous le prétexte que les ilôts de Langerhans ne présentent aucune altération visible au cours de cette affection, ou que le développement d'un adénome hypophysaire peut déclancher un diabète sucré ? Les problèmes physiopathologiques touchant aux fonctions générales de la nutrition débordent les limites formelles des entités anatomiques ; et tout organe individualisé reçoit du cerveau ses commandes. Sans doute l'épiphyse n'est-elle qu'un chaînon d'un système fonctionnel complexe, neuro-glandulaire ?

L'activité sécrétoire de l'épiphyse paraissant s'exercer dans les premières phases de la vie, il conviendrait d'expérimenter sur des animaux jeunes, que l'on veuille étudier les effets de la pinéalectomie ou ceux des extraits épiphysaires. Ces extraits eux-mêmes devraient être empruntés de préférence à des glandes d'animaux impubères, voire de fœtus. On voit toutes les difficultés d'une telle expérimentation.

Enfin l'on ne saurait conclure de l'inactivité des extraits épiphysaires à la carence fonctionnelle de l'organe. Qu'on veuille bien se rappeler combien de tentatives infructueuses ont préludé à l'isolement des hormones langerhansienne, parathyroïdienne et cortico-surrénale !

BIBLIOGRAPHIE

(1) J. ADDAIR et F. E. CHIDESTER. — *Endocrinology*, t. XII, 1928, p. 791.

(2) S. AKIYAMA. — *Folia endocrinologia japonica*, t. III, 1927, p. 43.

(3) S. ANDRIANI. — *Riv. di Patol. nerv. e ment.*, 1925.

(4) D. et R. ANGLADE. — *XXIVe Congr. des alién. et neurol. de France*. Lille, juillet 1930.

(5) W. BERBLINGER. — *Deuts. Mediz. Wochenschr.* 22 nov. 1929, p. 1956.

(6) BIACH et HULLES. — *Wien. klin. Wochenschr.*, t. XXI, 1912, p. 373.

(7) A. BIEDL. — *Innere Secretion*, t. II. Berlin.

(8) S. DE CANDA. — *Rev. franç. d'Endocrinol.*, t. IX, févr. 1931, p. 23.

(9) E. B. DEL CASTILLO. — *C. R. Société de biol.*, 1928, p. 1404.

(10) G. CLEMENTE. — *Endocr. e. patol. costituzionale*, janvier 1923, p. 44.

(11) E. DE CYON. — *Arch. des Sc. biol. de Saint-Pétersbourg*, t. XI, suppl., 1904, p. 297.

(12) DANDY. — *Journ. of expérim. Med.*, t. XXII, n° 2, août 1915, p. 237.

(13) C. L. DANA et W. N. BERKELEY. — *Med. Rec.*, t. LXXXIII, 1913, p. 835.

(14) V. DESOGUS. — *Monit. zoolog. ital.*, mars-avril 1928, p. 58.

(15) V. DESOGUS. — *Rev. Neurol.*, 1927, t. II, n° 4, p. 362.

(16) Z. DIMITROWA. — *Thèse de Nancy*, 1900-1901.

(17) W. E. DIXON et W. D. HALLIBURTON. — *Quaterly journ. of experim. physiolo.*, t. II. 1909, p. 283.

(18) G. FOA. — *Arch. ital. Biol*, t. LXXXI, 10 oct. 1929, p. 147.

(19) J. H. GLOBUS et S. SILBERT. — *Arch. of Neurol. and Psych.*, vol. XXV, n° 5, mai 1931, p. 937.

(20) HEUYER, LHERMITTE, DE MARTEL et Cl. VOGT. — *Rev. Neurol.*, août 1931, p. 194.

(21) Y. IZAWA. — *Amer. Journ. Physiol.*, t. LXXVII., juin 1926, p. 126.

(22) K. H. KRABBE. — *Biol. Meddelelser det kgl. Danske videnskab. Selskab.*, II. 1920.

(23) K. H. KRABBE. — Réunion neurol. internat. annuelle, 1922.

(24) K. H. KRABBE. — *Nouv. Iconogr. de la Salpêtr.*, t. XXIV, 1911, p. 257.

(25) LAIGNEL-LAVASTINE. — *L'Encéphale*, 1921, n° 5, 6, 7 et 8.

(26) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Traité de Physiol. normale et patholog.*, de H. Roger et L. Binet, t. IV. art. Glande Pinéale, Masson édit., 1928.

(27) P. LEREBOULLET. — Rapp. au 11e Congrès de l'Assoc. des Pédiâtres. Paris, 10-12 juillet 1922.

(28) C. P. MAC CORD. — *Trans. of the American. Gynécol. Soc.*, 1917, p. 41.

(30) C. P. MAC CORD et F. P. ALLEN. — *Journ. of expér. zoology*, t. XXIII, mai 1917, p. 207.

(31) E. MENNINGER, LER, CHENTHAL. — *Psych. neurol. Wochensch.*, t. XXXII, janv. 1930, p. 19.

(32) P. PRENGOWSKI. — *Psych. neurol. Wochenschr.*, t. XXXII, nov. 1930, p. 537.

(33) N. DEL PRIORE. — *Arch. ital. Biol.*, t. LXI, 30 juin 1914, p. 79.

(34) A. RAYBAUD. — *Marseille Méd.* n° 17, 15 juin 1927.

(35) U. SARTESCHI. — *Folia Neurobiolog.*, t. IV 1910, p. 675.

(36) P. SEIGNEUR. — *Thèse de Paris*, 1912.

(37) A. SEZARY. — Pathologie de la gl. pin., in *Nouv. Tr. de Méd.* de Roger Widal, Teissier, t. VIII. Masson édit. Paris, 1925.

(38) W. R. SISSON et J. M. T. FINNEY. — *Journ. of exper. Med.*, t. XXXI, mars 1920, p. 335.

(39) TILNEY et WARREN. — Monographie, in *The amer. anatom. memoirs.*, Philadelphie, 1919.

(40) A. THOMAS et SCHAEFFER. — *Rev. Neurol.* nov. 1931, p. 595.


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

Données récentes sur les hormones hypophyso-génitales

Les applications thérapeutiques

Par

Guy LAROCHE
Professeur agrégé a la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hopital Tenon

et

H. SIMONNET
Agrégé des Ecoles Vétérinaires
Chef de Laboratoire a la Faculté de Médecine

Le lobe antérieur de l'hypophyse joue dans l'économie un rôle important que la clinique et l'expérimentation ont bien mis en évidence. Par ses hormones, il agit sur la croissance générale, sur les glandes endocrines, sur la sphère génitale, enfin sur le métabolisme lipidique, azoté, hydrique. Nous bornant à l'étude de l'action sur la sphère génitale, on admet habituellement que l'anté-hypophyse détermine la série des effets suivants :

Chez la femelle :

1° le développement, la maturation, l'éclatement des follicules de de Graaf, avec éventuellement hémorragielocale ;
2° la lutéinisation des follicules non rupturés, c'est-à-dire la formation de corps jaunes atrétiques ;
3° le développement de la glande mammaire ;
4° le déclanchement de la menstruation.

Chez le mâle, on observe la stimulation de la glande interstitielle et de la spermatogénèse.

La démonstration de ces effets a été faite par des ablations d'hypophyse, par la méthode des transplantations d'organes et par l'étude des résultats des injections d'extrait anti-hypophysaire.

L'hypophysectomie a donné les résultats les plus constants chez les rats en opérant par la voie transphénoïdale, en arrière de la voie temporale.

On a constaté que les rats qui avaient subi l'ablation de l'hypophyse présentaient rapidement des signes de sénilité ; lorsqu'on opère un rat jeune, alors qu'il peut encore se développer, on constate que la croissance s'arrête, il y a une sorte de nanisme hypophysaire. De plus, l'animal présente des troubles génitaux extrêmement importants. Lorsqu'il s'agit d'une femelle encore impubère, l'animal reste du type infantile, il n'y a pas d'apparition des caractères sexuels secondaires, il n'y a pas de développement des organes génitaux externes, pas d'ovulation, pas de cycle œstral.

Si on a affaire à un animal qui est déjà pubère, il n'y a plus de rut, plus d'ovulation, l'animal fuit le mâle, il a perdu complètement l'appétit sexuel et l'on constate, à l'autopsie, des ovaires au repos qui ne présentent plus aucune ovulation. Si l'on fait cette opération sur une rate qui a été fécondée, l'avortement se produit ; par conséquent, l'ablation de l'hypophyse entraîne des troubles sexuels : elle arrête l'évolution pubérale, elle détermine la régression des caractères sexuels et enfin cette opération arrête la grossesse, lorsqu'elle est en cours.

Sur les mâles, on observe des effets du même genre, c'est-à-dire que sur les rats impubères, l'ablation de l'hypophyse arrête l'évolution pubérale, l'animal reste du type infantile, il ne devient pas adulte, et s'il s'agit d'un rat adulte, il perd ses caractères sexuels : le testicule s'atrophie, le pénis régresse et le sujet devient incapable de poursuivre les femelles.

On peut démontrer que c'est l'hypophyse antérieure qui possède cette action et il suffit qu'on enlève environ les deux tiers de cet organe pour que ces phénomènes apparaissent ; si au contraire, on enlève la moitié seulement de cette hypophyse antérieure, les phénomènes n'apparaissent pas.

La démonstration est complétée par la cure de ces troubles : on peut guérir les animaux opérés de deux façons : par des injections et par ce que l'on appelle des transplants.

Si on injecte des extraits hypophysaires de lobe antérieur aux rats opérés, on constate que les effets de l'opération disparaissent : l'animal qui était impubère ou dont la puberté était arrêtée, reprend son évolution au point de vue génital ; le cycle œstral chez la rate opérée réapparaît avec tous les caractères normaux, mais il faut remarquer que les injections d'extrait n'ont souvent qu'un effet tout à fait partiel et n'apportent pas la guérison complète de l'animal opéré.

Au contraire, si l'on s'adresse à une méthode très curieuse qu'on appelle la transplantation d'organe, on obtient des résultats excellents et le retour à l'état normal. La transplantation d'organe consiste à mettre chaque jour dans les muscles de l'animal une petite parcelle de la glande qu'on veut transplanter, c'est en somme une opothérapie avec les glandes totales, mais par une greffe qu'on renouvelle chaque jour ; on obtient ainsi des effets qui sont extrêmement intenses sur l'animal opéré et sur le rat normal.

Sur l'animal non opéré, on obtient des effets très curieux : si l'on prend des rats et des souris qui ne sont pas encore pubères, et si l'on fait des transplantations d'hypophyse antérieure, on détermine une puberté précoce tout à fait anormale. Le rat ou la souris femelles présentent de l'ovulation dès les premières semaines. On peut suivre cette transformation de l'animal par un examen du canal vaginal ; chez la souris et chez le rat qui sont impubères, le canal vaginal est fermé, les organes sexuels sont très peu développés, il y a une sorte d'atrésie du canal vaginal ; si on racle la muqueuse, on constate que les cellules sont des polynucléaires avec un peu de liquide muqueux. Chez le rat et la souris qui sont en cycle œstral, au moment du rut, il se produit une transformation des cellules de ce canal qui deviennent du type épithélial ; les polynucléaires disparaissent et sont remplacés par un épithélium qui prend le type kératinisé sans noyau : ces cellules forment une sorte de caséum, caractéristique de l'œstrus. La méthode de transplantations détermine ce cycle que l'on peut suivre par l'examen du mucus vaginal et la formation du caséum, avec une rapidité tout à fait extraordinaire.

Chez la souris, la maturité sexuelle survient vers 2 mois 1/2 à 3 mois ; or, sur des souris de 10 à 15 jours, on peut déterminer par ces transplantations le cycle œstral, c'est dire l'influence formidable que peuvent avoir ces extraits ou ces substances hormonales sur les souris impubères. Si on sacrifie ces animaux, on constate que l'ovaire est couvert de follicules de de Graaf avec des points hémorragiques qui indiquent qu'il y a là une germination également extrêmement intense, une multiplication du processus d'ovulation tout à fait curieuse. Les cornes utérines en même temps sont développées et très congestionnées, très augmentées par rapport à celles de l'animal normal. Cette excitation du système ovarien est tellement intense que si on fait l'expérience sur un rat gravide ou sur une souris gravide, l'ovulation est reprise malgré la grossesse ; c'est un phénomène tout à fait anormal puisque l'ovulation est arrêtée sur les animaux gravides ; même dans ces conditions la transplantation force l'ovaire à reprendre l'ovulation.

Phénomène tout à fait caractéristique et spécial, si on injecte ces extraits ou si on transplante ces lobes antérieurs d'hypophyse à des animaux castrés, on ne voit rien survenir : un rat qui a perdu ses testicules, une rate qui a perdu ses ovaires, ne réagissent absolument pas aux transplantations. Que doit-on en conclure ? C'est que ces hormones agissent sur l'organisme, non pas directement, mais indirectement, par le système ovarien ou testiculaire et c'est là une caractéristique tout à fait spéciale des hormones qui sont sécrétées par l'hypophyse ; elles s'opposent par conséquent à la folliculine qui a une action excitatrice directe des voies génitales.

Ces expériences physiologiques permettent de conclure que le lobe antérieur exerce une action sur les testicules et les ovaires qu'il excite ; secondairement, en excitant ces testicules et ces ovaires, il provoque la sécrétion d'autres hormones, en particulier pour l'ovaire, de la folliculine qui détermine l'apparition de caractères sexuels secondaires, de sorte qu'on peut expliquer l'action de l'hypophyse par deux hormones : l'une, qu'on peut appeler gonadotrope, c'est-à-dire excitatrice de la fonction gonadale ; l'autre, qu'on peut dire lutéinisante — qui règle l'évolution des corps jaunes.

Il faut ajouter une action secondaire mais intéressante aussi au point de vue thérapeutique sur la menstruation. En général, on admet que la menstruation ou que le rut, bien que les deux phénomènes ne soient pas identiques, sont déterminés par l'évolution d'un follicule de de Graaf, mais certaines expériences montrent que les extraits d'hypophyse chez la guenon — nous ne le savons pas chez la femme — est capable de déterminer, si on les injecte à haute dose, la menstruation sans qu'il y ait évolution de follicules de de Graaf. Le fait est intéressant parce qu'on peut se demander si on ne pourrait pas créer des menstruations non accompagnées d'ovulation.

***

L'étude des propriétés physiologiques et chimiques des extraits ante-hypophysaires à action génitale permet de séparer : 1° une hormone gonadotrope (Prolan A de Zondek) ; 2° une hormone lutéinisante (Prolan B de Zondek).

L'action gonadotrope est caractérisée par le développement des follicules de de Graaf, l'ovulation, la formation de points hémorragiques chez la souris et l'évolution de corps jaunes vrais.

Le titrage du principe gonadotrope est variable suivant les auteurs.

Zondek et Aschheim ont défini une unité comme étant la plus petite dose d'une préparation capable, quand on l'injecte en six fractions à la souris femelle impubère de 6-8 grammes, de déterminer, cent heures après le début du traitement, le développement et la maturation des follicules avec leurs conséquences : développement de l'utérus et signes cytologiques vaginaux de l'œstrus. Cette unité correspond en moyenne à 10 milligrammes d'antéhypophyse fraîche.

Lœser propose de se baser sur l'action œstrale obtenue cent heures après injection intramusculaire d'une seule dose de la substance. La dose unité chez le rat femelle de 35-40 grammes est d'environ 35 milligrammes de poudre de lobe desséché.

Nous avons proposé la définition suivante : la dose unité est la dixième partie de la plus petite quantité de la préparation capable de déterminer sur la moitié de trente souris impubères l'apparition de caséum quand la dose est administrée en dix injections réparties sur trois jours, l'examen ayant lieu le cinquième jour qui suit la première injection. Cette préparation doit, par ailleurs, être inactive sur le rat ou la souris ovariectomisée, ce qui démontre que l'effet obtenu n'est pas dû à la folliculine, mais relève bien d'une action gonadotrope.

L'hormone lutéinisante détermine la lutéinisation massive et rapide des follicules, son action ne s'exerce que sur ceux qui ont atteint un certain degré de développement conduisant à la formation de corps jaunes atrétiques renfermant un ovule. Administrée pendant de longues périodes, cette hormone peut déterminer un état de stérilité au moins temporaire.

On peut en titrer l'activité en étudiant la formation des corps jaunes chez le rat ou l'arrêt de la ponte chez les volailles.

L'hormone gonadotrope se trouve dans le lobe antérieur de l'hypophyse, dans le placenta de femme, dans le sang et l'urine de femme en état de gestation.

On la trouve aussi en moindre concentration et non constamment dans l'urine (ou le sang) de femme ménopausique ou castrée, dans l'urine de sujets mâles ou femelles atteints de tumeurs malignes génitales (chorio-épithéliome par exemple) ou de certaines extra-génitales.

Elle manque constamment dans l'urine ou le sang de l'homme normal ou de la femme, en dehors des cas indiqués plus haut, des animaux domestiques (sauf peut-être pendant une courte période chez la jument en gestation).

L'hormone lutéinisante se trouve dans l'urine de femme enceinte, et, d'après Zondek, elle serait seule caractéristique de la grossesse, tandis que le principe gonadotrope se trouverait seul chez les sujets porteurs de tumeurs malignes.

Le principe lutéinisant n'est pas encore utilisé en clinique. Il faut noter d'ailleurs que tous les auteurs n'admettent pas ces deux principes. Pour Aron il y aurait une action quantitative plus que qualitative de l'extrait antéhypophysaire, selon la dose injectée.

Au point de vue chimique, les extraits alcalins, préparés selon la technique d'Evans, à action somatotrope, seraient surtout lutéinisants et n'auraient pas d'action gonadotrope.

L'hormone que nous avons utilisée dans nos expériences a été préparée soit à partir du lobe antérieur de l'hypophyse, soit à partir de l'urine de grossesse.

Dans le premier cas, les glandes finement broyées sont épuisées par l'alcool acide, les substances lipo-solubles sont éliminées par des épuisements répétés par l'éther ; l'extrait aqueux précipité à pH 6,5 est remis en solution et filtré sur bougie.

Dans le second cas l'entraînement par l'acide benzoïque est réalisé en additionnant l'urine de benzoate de sodium que l'on précipite par acidification au moyen de l'acide chlorhydrique. Le précipité est redissous dans l'eau alcaline et, après plusieurs redissolutions et précipitations successives, épuisement par l'éther, précipitation par l'alcool, les solutions sont filtrées sur bougie.

Cet extrait ne contient pas de folliculine ni d'hormone somatotrope ; il ne contient que des traces de principe lutéinisant. Il n'a pas d'effet thyrotrope appréciable.

***

L'administration de l'hormone gonadotrope nécessite la connaissance du mécanisme hormonal régulateur du développement et du fonctionnement du tractus génital, en particulier les actions successives de deux hormones : la folliculine et la lutéine qui agissent sur le développement du follicule, la ponte ovulaire, la formation du corps jaune et sans doute aussi la menstruation.

Le cycle génital est réglé directement par la sécrétion alternante de folliculine et de lutéine, mais l'évolution des formations ovariennes est elle-même sous la dépendance de l'anté-hypophyse.

Mais, inversement, l'état du tractus génital réagit sur l'anté-hypophyse soit au cours du cycle ovarien, soit pendant la grossesse. Il existe de ce fait une remarquable interrelation entre l'antéhypophyse et l'ovaire dont toute interprétation physiologique ou pathologique doit tenir compte.

Enfin, à l'action de l'hypophyse est intimement liée celle du système nerveux tubérien dont les effets sur le système génital sont indubitables, sans qu'il soit encore possible d'établir dans quelle mesure le système nerveux tubérien régularise les pontes ovulaires ou est régularisé par elles.

Il est nécessaire en tout cas d'opposer l'action des deux variétés d'hormones : folliculine et lutéine d'une part, hormone gonadotrope d'autre part. La folliculine et la lutéine exercent une action directe et qui peut être brutale sur le tractus génital. L'hormone hypophysaire au contraire exerce une action surtout indirecte, de sorte que, même si on l'emploie à doses fortes, le facteur ovarien intervient comme régulateur, puisque l'hormone anté-hypophysaire agit par l'intermédiaire de l'ovaire. La différence essentielle entre les deux hormones : hormone folliculaire et hormone gonadotrope, est donc que la folliculine que l'on administre à une malade remplace sa propre folliculine insuffisante, alors que l'hormone gonadotrope stimule une fonction ovarienne déficiente.

***

Nous avons traité une centaine de malades par les injections d'extrait gonadotrope ; un certain nombre — une cinquantaine — ont pu être suivies assez régulièrement pour qu'il soit permis de faire état de leurs observations.

Si l'on ne considère que la statistique globale, nous avons constaté des résultats favorables dans 75 % des cas : ce simple chiffre indique l'intérêt exceptionnel de la méthode.

Les injections ont été faites à la dose de vingt unités par jour, en général tous les jours, exceptionnellement tous les deux jours. Elles ont été prescrites d'abord durant les dix ou quinze jours qui précèdent la date d'apparition présumée des règles, puis dans la période qui s'étend du dixième au vingtième jour à dater du début des règles précédentes. Il est difficile actuellement de décider laquelle des deux techniques donne les meilleurs résultats.

Pour comprendre les raisons qui peuvent faire opter pour l'une ou pour l'autre technique, il faut se reporter aux notions que nous avons exposées plus haut, concernant le cycle menstruel avec ses phases successives : formation de follicules de de Graaf, ponte ovulaire, formation de corps jaune et menstruation.

L'hormone gonadotrope peut, en effet, exercer son action sur l'une quelconque de ces phases.

Donnée peu après les règles, elle active la maturation du follicule ; donnée dans les dix à douze jours qui précèdent les règles, elle agit sur le corps jaune. Les deux modes d'emploi nous ont donné de bons résultats. Peut-être y aurait-il intérêt à faire deux petites séries : l'une du huitième au dix-septième jour, l'autre huit jours avant les règles suivantes. Il est encore impossible de préciser d'une façon définitive les indications respectives de ces modes opératoires. Bien souvent d'ailleurs, lorsque la date des règles ne pourra être fixée, il y aura intérêt à faire des séries de dix à dix-huit jours, assez longues, soit à la dose d'une ampoule par jour en une série de dix jours, soit à la dose d'une ampoule tous les deux jours en une série de vingt jours, de façon à agir sur une ébauche de formation folliculaire ou lutéinique que l'opothérapie pourra activer.

En tout cas il faut chercher à reproduire par l'excitation hormonale artificielle le processus physiologique normal, c'est-à-dire provoquer des excitations discontinues sur le système génital, entrecoupées de périodes de repos permettant à celui-ci d'exercer à son tour des actions secondaires sur les autres glandes (hypophyse, corps thyroïde, surrénales, etc.).

L'action de l'extrait hypophysaire est tantôt immédiate, tantôt à échéance lointaine. Il est probable que les phénomènes observés dépendent du moment où se produit l'activation hormonale : agissant sur une phase folliculaire ou sur une phase lutéinique, l'hormone ne peut avoir les mêmes effets.

Cette remarque permet de comprendre pourquoi, dans certains cas qui paraissaient très résistants, alors qu'aucun repère ne pouvait plus être donné concernant la date des règles, l'action put être cependant immédiate. Ainsi en était-il de cette jeune fille de 21 ans, mal réglée depuis l'âge de 15 ans, aménorrhéique depuis quatre ans, chez laquelle, après deux injections d'extrait hypophysaire, les règles survinrent et durèrent trois jours.

Au contraire, dans d'autres cas, l'action favorable se fera sentir à distance ; lorsque l'hormone est donnée peu après les règles, la menstruation suivante sera améliorée : il est probable que dans ces conditions l'action hormonale s'est fait sentir sur la phase folliculaire.

Il y a lieu de remarquer que l'hormone gonadotrope ne fait en général pas avancer le flux menstruel d'une façon importante. Alors que les injections de folliculine ou d'extrait ovarien ont si souvent cet effet d'ailleurs fort gênant de faire avancer les règles de quatre à huit jours, au moins si on les donne d'une façon assez intensive, cet effet est exceptionnel avec l'hormone hypophysaire qui semble avoir une action physiologique plus douce et plus régulière : cela se comprend puisqu'elle a une action seulement excitatrice des phénomènes physiologiques et non pas cumulatrice.

L'action favorable de l'hormone hypophysaire, d'après nos observations, se fait sentir sur le flux menstruel et les phénomènes pathologiques qui l'accompagnent, c'est-à-dire sur la durée du flux, sur son abondance, sur la coloration du sang, sur les douleurs associées. Dans certains

cas nous avons noté la suppression de la fétidité de l'écoulement et l'arrêt de pertes minimes post-menstruelles. Dans deux cas l'amélioration locale a été accompagnée de la suppression de troubles généraux circulatoires très gênants. Dans un de ces cas, il s'agissait d'une femme de 43 ans qui présentait depuis deux ans des troubles circulatoires des mains et des pieds se manifestant par des crises d'hypoesthésie avec fourmillements et sensation de doigt mort ; ses règles, normales jusque-là, avaient diminué énormément dans le même temps, au point de n'être plus représentées que par un écoulement insignifiant, d'odeur fétide. Après six injections d'hormone hypophysaire, les règles surviennent, durent trois jours, abondantes et sans odeur. En même temps les troubles circulatoires disparaissent. Un an après, les règles restaient normales et les troubles circulatoires minimes ou absents. Dans d'autres cas, nous avons noté la suppression des bouffées de chaleur et des sueurs.

La durée de l'amélioration déterminée par l'hormone hypophysaire peut être plus ou moins longue, mais en général celle-ci s'épuise peu à peu et les règles diminuent à ce moment. Il faut qu'une nouvelle série d'injections réactive la fonction ovarienne déficiente. Dans quelques cas, la réactivation donna d'aussi bons résultats que la première série d'injections. C'est ainsi que chez une obèse de 40 ans, dont les règles minimes ne duraient depuis trois ans qu'une demi-journée, six injections d'extrait hypophysaire firent apparaître les règles très abondantes durant cinq jours. Les cinq périodes suivantes furent analogues, puis les règles diminuèrent. On les réactiva par une série de six injections d'extrait ; les règles redevinrent normales et conservèrent ce caractère durant les dix mois suivants.

Dans d'autres cas, cette opothérapie semble épuiser son action ; il faut pour réactiver les fonctions ovariennes des doses plus fortes d'extrait ou lui associer d'autres hormones (folliculine, lutéine, etc.).

D'après les observations des malades que nous avons traitées, il semble que ce soient les aménorrhées et les dysménorrhées de jeunes filles et de jeunes femmes qui réagissent le mieux aux injections d'hormone gonadotrope. L'effet fut particulièrement net dans le cas de cette jeune fille citée plus haut, chez laquelle les règles avaient disparu pendant quatre ans. Ni la folliculine, ni les opothérapies associées thyroïdo-ovaro-hypophysaires, données par voie buccale à plusieurs reprises, n'avaient donné de résultats, tandis que deux injections d'hormone gonadotrope suffirent à amener un flux menstruel. Cependant, même dans l'aménorrhée des jeunes, les résultats ne sont pas toujours favorables et nous eûmes dans un autre cas un échec complet. Il s'agissait, il est vrai, d'un cas particulièrement résistant, puisque les organes génitaux étaient très peu développés.

On comprend qu'au moment de la puberté l'hormone hypophysaire puisse exercer une action particulièrement efficace ; l'appareil génital d'un organisme jeune, insuffisamment développé ou même légèrement altéré, réagira plus aisément que celui d'une femme adulte déjà fatiguée par des grossesses ou ayant subi l'atteinte de toxi-infections multiples au cours d'une vie déjà longue.

Le fait est d'autant plus facile à comprendre que l'hypophyse exerce une double action sur le soma et le germen ; peut-être y aurait-il lieu d'agir dans certains cas à la fois avec les extraits somatotropes et gonadotropes associés.

Pendant la vie sexuelle, sont justiciables de cette hormonothérapie les états d'insuffisance ovarienne (oligoménorrhée, aménorrhée, dysménorrhée, etc.). Seuls les états ménorrhagiques doivent inviter à la prudence, la plupart d'entre eux relevant d'une hypersécrétion de folliculine par suite de déréglages glandulaires.

Lors de la *ménopause*, on peut se trouver en présence d'ovaires incapables de répondre à l'excitation hormonale : dans ces cas, l'opothérapie hypophysaire ne peut avoir aucun effet utile. Si, au contraire, les ovaires ont conservé quelque vitalité, ils peuvent répondre à l'excitation hormonale, et il peut être utile en certains cas de faire revenir les règles durant une nouvelle période. Il s'agit là de cas d'espèces et l'on ne peut ici donner de règles générales.

Il y a lieu de signaler à ce propos que certaines femmes qui nous paraissaient en état d'insuffisance hormonale sont au contraire trop riches en principes folliculaires ou gonadotropes. Les travaux de Zondek ont mis le fait en évidence, peut-être un peu schématiquement. Zondek distingue au cours de la ménopause une phase hyperhormonale avec excès de folliculine, une phase oligohormonale et une phase hyperhormonale, par excès d'hormone gonadotrope. Il est évident qu'un traitement opothérapique rationnel doit s'inspirer de ces données et qu'il conviendrait de s'assurer avant tout traitement que l'on n'est pas en présence d'un sujet saturé d'une de ces hormones.

Il semble bien que, dans certains cas, il y ait intérêt à associer l'opothérapie antéhypophysaire à l'administration de folliculine ou de lutéine. L'action de l'hormone lutéinique fut particulièrement nette dans deux cas.

Chez une jeune basedowienne de 28 ans, dont les règles étaient minimes ou absentes, une première série d'injections d'extrait hypophysaire antérieur fit apparaître des règles normales ; mais lors d'une deuxième série, puis d'une troisième et d'une quatrième, l'effet s'épuisa nettement et progressivement. Les deux mois suivants, on cessa tout traitement, et les règles disparurent. On essaya alors des injections d'hormo-flavéine associées à de l'antélobine : à la suite de cette médication, les règles survinrent abondantes et restaient normales après huit mois.

D'autres fois, c'est la folliculine dont l'association amène un heureux résultat, qu'on l'administre par injections, par ovules ou par voie buccale.

En cas d'association polyhormonale, il faudra donner l'hormone lutéinique à la fin de la période précataméniale et pendant les règles, et l'hormone folliculaire durant les deuxième et troisième septénaires, à compter du début des règles précédentes, c'est-à-dire pendant la période qui correspond à l'évolution normale du follicule et à la ponte ovulaire.

Chez certains malades présentant des signes de déréglages glandulaires, il est nécessaire de traiter ceux-ci soit séparément soit simultanément.

Ainsi chez une grande obèse dont les règles avaient progressivement diminué, l'extrait hypophysaire n'eut son plein effet que le jour où on l'associa à l'opothérapie thyroïdienne, à la dose de 0 gr. 05 par jour : cet effet est d'autant plus remarquable que très souvent l'opothérapie thyroïdienne exerce une action plutôt empêchante sur les règles, au moins chez des sujets d'apparence normale, surtout dans la période précataméniale et cataméniale. Les raisons de cette action n'apparaissent pas clairement, mais il semble qu'on puisse les rattacher aux interrelations étroites qui existent entre l'antéhypophyse et le corps thyroïde.

Les contre-indications au traitement par l'hormone antéhypophysaire sont peu nombreuses. Il faut surtout éviter de provoquer des réactions congestives chez des femmes ayant des inflammations pelviennes. Un examen


hépatrol
TOUTES ANÉMIES ET
INSUFFISANCES HÉPATIQUES
Hépatrol
EXTRAIT DE FOIE DE VEAU
METHODE DE WHIPPLE
ADULTES ET ENFANTS
SANS CONTRE-INDICATIONS

gynécologique devra être pratiqué avant la prescription de cette opothérapie.

Un de nos mauvais résultats concerne une jeune femme atteinte de salpingo-ovarite chronique avec règles minimes : douze injections d'extrait hypophysaire firent apparaître des règles assez abondantes, mais accompagnées de douleurs pelviennes avec vomissements symptomatiques d'une réaction congestive du bassin que nous eûmes garde de provoquer une seconde fois.

Ces injections ne nécessitent aucune précaution spéciale ; la douleur est en général nulle, pourvu que l'injection soit bien intra-musculaire profonde ; exceptionnellement un sujet a présenté des réactions congestives douloureuses locales au point injecté, avec de véritables hématomes, mais il s'agissait d'une réaction particulièrement vive de tissus qui se comportaient de la même façon à l'égard de tout autre produit biologique.

Dans trois cas sur plusieurs centaines d'injections, nous avons observé une réaction fébrile qui nous a obligé à cesser le traitement. Dans un des cas, la fièvre s'éleva à 39° et localement se produisit une réaction pseudophlegmoneuse qui se résorba en quelques jours. Il s'agit évidemment là de réactions sans gravité, mais très désagréables de sujets hypersensibles à des traces minimes de produits organiques, de nature protéique auxquelles la plupart des malades sont totalement indifférentes. L'allure de ces réactions qui se produisent dans les heures qui suivent l'injection et qui sont passagères permet de les rapprocher des réactions à l'égard des substances protéiniques.

On a soulevé l'hypothèse de choc pour expliquer l'action des injections d'antéhypophyse.

Cette hypothèse ne parait pas valable dans nos observations, car il n'y a aucune corrélation entre les améliorations observées et ces réactions de type protéinique. Elles peuvent être rapprochées de celles que l'on observe parfois avec l'insuline même très purifiée. Le degré de purification et d'élimination des protéines doit cependant jouer un rôle et il faut espérer qu'avec l'amélioration des techniques de fabrication de ces produits de telles réactions deviendront de plus en plus rares.

L'opothérapie rénale

Par **Maurice LOEPER**

L'opothérapie rénale est de nouveau à l'ordre du jour, et quelques documents intéressants tant biologiques que cliniques ont été fournis récemment à son actif. Mais il semble que son domaine se soit étendu et que le rein soit à la fois un médicament du rein et un médicament général. Je ne ferai pas certes une étude complète de la question : je me bornerai à montrer, sous ces deux aspects, les espoirs qu'elle autorise et leur légitimité.

Je considérerai d'abord l'opothérapie rénale dans les néphrites, c'cst-à-dire le traitement du rein par le rein. Je verrai ensuite l'action générale.

L'opothérapie rénale dans les néphrites constitue un chapitre extrêmement important de biologie, de physiologie et de thérapeutique générale qui a fait depuis bientôt 40 ans l'objet de bien des discussions.

Pour démontrer la valeur thérapeutique des extraits de rein, il faut rappeler l'importance de ses fonctions internes, la valeur du rein, en un mot, comme organe endocrine. Justin Besançon y est revenu il y a quatre ans dans une très belle thèse (1).

Cent preuves ont été données de la sécrétion interne du rein, mais toutes ont été discutées et aussi quelques-unes réfutées.

La sécrétion interne du rein en effet n'a jamais été mise en évidence de façon patente, aucune hormone rénale n'a été découverte, qui put être comparée à la thyroxine ou à l'adrénaline ; mais le rein agit certainement sur les produits que lui apporte le sang :tandis qu'il élimine certains d'entre eux par l'urine, il en modifie d'autres et les rend au sang ainsi modifiés.

De ce travail endocrinien, voici d'ailleurs des exemples. Le coefficient azotémique et le coefficient azoturique qui sont l'un et l'autre, comme on sait bien, le rapport de l'azote total à l'urée des deux liquides, sont assez différents même à l'état normal. L'un est de 0,62 à 0,70 et l'autre de 0,80 à 0,82. Une telle différence n'existerait pas si le rein était un simple filtre. Elle prouve — ainsi que Noël Fiessinger l'a bien remarqué — que le rein a une action lui aussi sur les produits azotés qui lui arrivent du sang et qu'il peut encore faire passer à l'état d'urée une certaine quantité d'azote ou de substances azotées, augmentant ainsi le coefficient azoturique par rapport au coefficient sanguin.

Un autre exemple est apporté par le rapport du soufre. Ainsi que je l'ai vu avec Tonnet, Decourt et Garcin, le rapport du soufre, c'est-à-dire du soufre oxydé au soufre neutre n'est pas le même dans le sang et dans l'urine. (1) Il est plus élevé dans l'urine que dans le sang, témoignant d'une nouvelle oxydation du soufre et par conséquent d'une action glandulaire du rein.

Et en voici un troisième exemple, connu depuis longtemps : la réalisation de l acide hippurique par combinaison de l'acide benzoïque et du glycocolle qu'il est à peine besoin de rappeler.

Ces trois exemples suffisent à prouver que le rein n'est pas un simple filtre et qu'il donne sa touche personnelle aux substances apportées par le sang et ils pourraient suffire.

On a trouvé aussi dans le rein des ferments. Phosphatase, sulfatase, qui naissent, semble-t-il, dans la cellule elle-même. Justin Besançon y a signalé une invertase qui transforme le saccharose en glucose. D'autres auteurs des corps oxydants qui font passer le sucre à l'acide lactique, et même qui détruisent les corps cétoniques.

Il est vrai que depuis longtemps on connaissait dans l'urine la présence de ferments nombreux mais dont l'ori-

(1) Justin BESANÇON. — Les fonctions internes du rein. Thèse de Paris, 1929.

1) M. LOEPER. — La thiémie. *Progrès Médical*, 1925.

gine rénale n'était pas démontrée. L'amylase certes, comme la pepsine, vient dans sa plus grande partie du sang, mais il n'est pas certain que la lipase et l'érepsine ne puissent venir en partie de la cellule rénale elle même.

Il serait encore désirable de pouvoir mettre en évidence des substances nouvelles ou de proportion plus considérable dans le sang efférent que dans le sang afférent. Mais pareille reeherche qui eut satisfait le regretté Gley, pratiquée pour la surrénale, le foie, la thyroïde même, n'est guère ébauchée pour le rein.

Quoiqu'il en soit, le rein semble bien doué de fonctions internes et c'est ce caractère endocrine que l'on exploite dans l'opothérapie rénale, que cette opothérapie soit faite avec le sang de la veine rénale, veine efférente, ou avec l'extrait de l'organe lui-même.

Je vais commencer par les extraits de rein, je verrai ensuite le sérum de la veine rénale. Ainsi apparaîtra après l'action expérimentale, l'action thérapeutique, pratique et clinique.

***

C'est à Brown-Séquard surtout et à un de ses élèves Gabrieli qu'on doit la mise en évidence de l'action *diurétique* des extraits de rein. L'injection à des animaux d'une certaine quantité de macération de rein dans l'eau salée ou glycérinée, provoquait une élimination rénale abondante et, chose curieuse, quelquefois aussi une modification de la tension artérielle. Le Professeur Roger a voulu vérifier cette action sur les vaisseaux et utilisé les extraits spontanément autolysés et les extraits lysés par un acide fort.

L'autolysat chlorhydrique lui a paru hypotenseur, l'autolysat aseptique et spontané est hypertenseur. L'acide chlorhydrique dissout donc des produits hypotenseurs. L'autolyse spontanée fait naître au contraire des hypertenseurs, La conclusion qu'on entrevoit aisément est que dans certains accidents de néphrite, la seule résorption des produits d'autolyse rénale pourrait être une cause d'hypertension.

Et l'on peut supposer que le rein contient encore une substance *vasotonique*.

Mais il exerce aussi une action *antitoxique*. Des expériences le prouvent : la ligature des artères rénales, l'ablation du rein, la ligature des deux uretères entraînent dans un délai de 90 heures au maximum la mort de l'animal, plus rapide dans l'ablation du rein et la ligature des artères, je l'ai remarqué bien souvent, que dans la ligature des uretères.

Or l'injection de sérum de veine rénale aux animaux ainsi voués à la mort rapide prolonge leur survie jusqu'à 182 heures.

Les expériences de Brown-Séquard et d'Arsonval, et d'autres encore, sont sur ce point très démonstratives et Meyer avait vu dès 1893 que l'injection de rein faisait disparaître la respiration de Cheyne-Stokes. Il semble donc que l'extrait de rein a non seulement une action diurétique et vaso-tonique, mais encore une action antitoxique.

Il y a plus : le rein a aussi, du moins quand il provient de reins jeunes, une action *cytopoiétique*, c'est-à dire sur le développement et la multiplication des cellules rénales. On sait que l'ablation d'un rein provoque l'hypertrophie de l'autre, et la multiplication dans ses cellules des figures de karyokynèse.

On sait encore que des lésions étendues mais limitées d'un rein provoquent l'hypertrophie du parenchyme resté sain, *hypertrophie* que l'on a justement nommée vicariante. Mais c'est à Carnot que revient le grand mérite de démontrer et de façon très précise, l'action cytopoiétique de certains extraits rénaux.

La multiplication des noyaux, l'abondance des figures de karyokynèse, l'élargissement des tubes qui forment des sortes de plasmodium où de nombreux noyaux se pressent sur un protoplssme de limitation incertaine sont très démonstratives.

Il est vrai, je le répète, que cette action cytopoiétique appartient non aux extraits de rein normal, mais aux extraits de reins jeunes et même fœtaux.

Mais il est bien probable que, à des degrés moindres, le rein normal agit aussi à titre cytopoiétique.

Toutes ces recherches prouvent, justifient, l'utilisation des extraits de rein dans les néphrites où ils pourront exercer une triple action de suppléance, d'excitation secrétoire et de réparation.

Malheureusement, l'extrait de rein n'a pas paru, dans les expériences, déjà anciennes de Castaigne et Rathery, absolument dépourvu de *toxicité*. L'injection pourrait, au moins chez l'animal, déterminer des lésions très électives des cellules nobles telles que disparition de la bordure en brosse, modifications cytoplasmisques et réactions nucléaires.

Il y a lieu de se demander si cette action cytotoxique, néphrotoxique est spécifique et constante et si elle suffit à prohiber l'extrait rénal en thérapeutique.

Beaucoup d'auteurs, à la suite des travaux ci-dessus rappelés, ont considéré cette médication comme une arme à double tranchant pouvant faire beaucoup de bien et beaucoup de mal et dont nous ne savons pas bien où commence l'action efficace et où se termine l'action nocive. On ne discute plus aujourd'hui. La *toxcité des extraits de rein est due à leur richesse en albumines* et l'on tend à croire que les extraits désalbuminés sont dépourvus de toxicité. On revient donc à l'opothérapie rénale et l'on escompte son action bienfaisante. Avant de donner les travaux les plus modernes, il n'est pas mauvais de refaire un peu l'historique de la question.

***

C'est Teissier de Lyon qui utilisa le sérum de la veine rénale et prétendit en avoir obtenu des résultats dans l'urémie. Dans des expériences faites à cette époque le sérum de la veine rénale paraît avoir modifié la respiration de Cheynes Stokes ; Thévenot lui attribue un effet polyurique. Des auteurs étrangers ont même été jusqu'à dire qu'*in vitro* le sérum de la veine rénale était capable de neutraliser les poisons des brightiques ; mais les résultats n'ont jamais paru indiscutables. Ils sont même souvent nuls et précaires et le sérum n'est plus employé aujourd'hui.

Il n'en est pas de même des *extraits* : les premiers ont été préparés par Rénon à la demande de Dieulafoy. J'ai presque vécu cette époque : on faisait des macérations de reins de porc dans la glycérine ou dans l'eau salée : 200 gr. de rein dans 3 à 500 gr. de glycérine. Malgré de très grandes précautions de propreté on ne pouvait empêcher cette macération d'avoir un goût et une odeur désagréables. Aussi le malade la prenait-il avec répugnance. Le résultat était rarement probant, souvent médiocre, parfois mauvais, pas nul cependant : il enthousiasma les auteurs de la méthode qui y voyaient déjà la preuve certaine de l'efficacité de cette thérapeutique et la vérification de leur ingénieuse hypothèse. Mais les critiques étaient nombreuses et un auteur étranger, Stern, présenta des faits contradictoires si défavorables qu'il jeta bas toutes ou presque toutes les conclusions des auteurs français.

Ceux-ci cependant ne se tinrent pas pour battus.


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex. – PARIS (IVe)

Raphaël Dubois admet l'efficacité des macérations dans l'eau simple ; M. Renaut, de Lyon (1903) marqua sa confiance en la méthode.

Les *extraits secs* un jour remplacèrent les macérations. Un auteur étranger du nom de Donavan, proposa la poudre de rein desséchée et aujourd'hui encore beaucoup de médecins donnent aux néphrétiques des cachets de rein de porc à des doses de 1 à 5 grammes.

Il y eut des résultats encourageants, mais parfois des accidents : diarrhée, intolérance gastrique, vomissements qu'il faut expliquer ; parfois, ce qui est plus grave, recrudescence de l'albuminurie qu'il faut interpréter. Castaigne qui pensait déjà à incriminer les protéines hétérogènes eut l'idée d'injecter les extraits associés aux ferments de pancréatiques. Il pensait par cette digestion préalable en réduire la toxicité, mais ses expériences sont assez peu nombreuses et l'hypothèse seule est intéressante.

Certains plus hardis ont injecté sous la peau les extraits rénaux. Bien entendu à petites doses. La néphrine de Dieulafoy et Carrion est un de ces extraits injectables. Je me rappelle avoir fait préparer pendant la guerre par Dausse une suspension colloïdale de un tiers de milligramme de rein et avoir, avec ce produit, amélioré des albuminuries, facilité la diurèse, mais quelquefois aussi provoqué de légères hématuries.

A dose si faible parfois cette suspension déterminait un léger choc ; à dose forte les injections sont souvent toxiques et l'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître que cette toxicité tient à leur richesse en albumines (1). Il suffisait de supprimer ces albumines.

On a débarrassé l'extrait des lipides et des protides par la méthode de Cohn ou d'Honorato et on l'a injecté sans aucun incident et à dose élevée.

Casalis et Dejust ont pu donner jusqu'à 100 c.c. d'un extrait correspondant à 1 kgr. 250 de rein frais impunément à un lapin de 3 kilos. A vrai dire la désalbumination n'est pas toujours totale et complète. Il reste des traces de produits protéiques. J'ai fait doser par M. Tonnet un de ces produits commerciaux les plus connus qui nous a donné encore 2 gr. 10 de protéine pour mille. Cette proportion pour l'ingestion me paraît négligeable et pour l'injection souscutanée peu génante. Elle le serait pour des injections veineuses. En outre la proportion d'acides aminés est de 1,20 (en azote), ce qui est au contraire élevé et représente à peu près ce que donne une quantité égale de foie.

Les résultats sont en général favorables. Il y a des échecs, des résultats négatifs certes. Il n'y a pas d'accidents. L'albuminurie ne subit jamais de recrudescence. La tension ne s'élève pas. Parfois l injection détermine une forte vaso-dilatation faciale qui n'est qu'un peu désagréable et une légère éosinophilie qui est assez habituelle avec toute organothérapie.

Et l'on peut enregistrer l'abaissement de l'urée sanguine, l'accroissement de la diurèse, la diminution des œdèmes, parfois même l'accroissement de l'acide urique (2). Le taux de l'albumine urinaire s'abaisse parallèlement. J'ajoute qu'il m'a semblé augmenter la puissance des diurétiques comme la théobromine, c'est-à-dire qu'il réalisait ce que j'ai appelé *auxothérapie endocrinienne* (3).

Il faut cependant distinguer les cas.

D'après les recherches du Docteur Wolf, de Strasbourg, dans les :

Néphroses lipoïdiques : l'action est très favorable sur la diurèse et sur la cholestérinémie qui s'abaisse deux fois sur trois,

Dans la *néphrite hydropigène pure* l'action est favorable sur la diurèse dans deux cas sur trois :

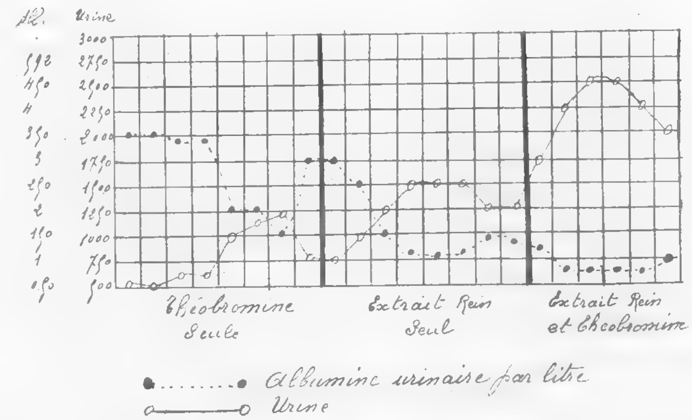
Dans les *néphrites inflammatoires avec éléments microscopiques dans les urines* : les résultats sont très inconstants.

Dans les *néphroscléroses* et *néphrites hypertensives* : les résultats sont toujours très précaires (1).

J'ai dit qu'il y avait dans ces extraits des acides aminés. Il doit y avoir autre chose, l'élément quintessentiel du rein, un élément spécifique portant à la fois son action sur le fonctionnement cellulaire et sur la diurèse. Je l'ai cherché avec Tonnet dans de multiples dosages et n'ai rien pu isoler ni corps xanthique ni autre à quoi pût être attribuée l'influence au moins élective de l'extrait.

De nouvelles recherches sont nécessaires et que nous poursuivons.

Quoi qu'il en soit les extraits de rein désalbuminés sont d'une activité difficilement contestable quoique variable ;



COURBE I

L'action diurétique de l'extrait rénal désalbuminé avec ou sans théobromine. L'association des deux médicaments fait plus que chacun d'entre eux.

ils ne paraissent pas nocifs et peuvent être ingérés ou injectés sous la peau.

Reste à savoir s'ils n'ont pas aussi une action générale.

∴

Les néphrétiques sont souvent anémiés et les injections du rein peuvent provoquer chez eux le relèvement des hématies.

On peut donc supposer que l'extrait rénal contient des produits d'action réparatrice voisins de ceux que contient le foie.

Dans leurs recherches déjà anciennes mais si remarquables, Whipple, Minot et Murphy, Cohn, ont bien montré que cette action hématopoiétique du rein cru ou de ses extraits, pour moindre que celle du foie et même de la rate, était encore assez marquée et indiscutable.

L'administration de l'extrait de rein est donc non seulement autorisée dans les anémies des néphrites mais, dans les autres anémies générales, associé ou non à d'autres extraits de foie, de surrénale, de rate, etc. La réparation du sang semble nettement accélérée.

A cette réparation concourent évidemment les acides aminés comme ils y concourent dans le foie. Le rein d'après un dosage de Tonnet contient 70 p. 1000 d'albumine ; il contient du soufre, 0,08 à 0,10 ‰, de la cholestérine

(1) Casalis et Dejust Defiol. — Société de Biologie, 24 octobre 1931.
(2) Dejust Defiol. — *Presse médicale*, 1932.
(3) M. Loeper, Lemaire et Soulié. — L'auxothérapie. *Presse médicale*, octobre 1931.

(1) Le médicament utilisé est l'Inorénol.

1,50 à 1,80, du phosphore et aussi des acides aminés en proportion assez voisine de celle du foie. Sont-ce les mêmes ? Dans le foie Fontes et Thivolle (1) ont reconnu le tryptophane et l'histidine et les ont rendus responsables de la réparation globulaire. Pour affirmer leur présence dans le rein il faudrait une étude qui n'est pas faite mais l'hypothèse est vraisemblable. Je puis dire en tous cas, d'après les recherches faites dans mon service, que l'extrait de rein modifie certains troubles généraux et certaines anémies globulaires non seulement chez les néphrétiques, mais chez d'autres malades et qu'il a une *action générale*.

J'ai vu chez les uns et les autres la même amélioration de l'anémie, de 1500.000 à 3.000.000, une certaine augmentation du poids de 500 grammes à 1 kgr. et aussi une fois, mais une fois seulement, un accroissement des albumines sériques comme celui qui produit l'extrait hépatique et aussi l'extrait de muqueuse gastrique (2).

Je conclus :

1° Le rein semble bien doué d'une fonction endocrinienne.

2° L'extrait de rein agit sur le rein avec élection et l'opothérapie rénale est utile dans les affections du rein. Si l'existence d'une hormone rénale diurétique n'est pas encore démontrée, il semble bien pourtant que les produits rénaux sont diurétiques et peuvent agir dans certaines néphrites.

3° Ces extraits sont injectables et, pour qu'ils ne soient pas toxiques, ils doivent être soigneusement désalbuminés.

4° Le rein agit aussi sur la nutrition générale et sur l'anémie, tant dans les maladies du rein que dans les maladies générales ; mais son action est incontestablement inférieure à celle des extraits de foie.

5° Il est aussi impossible de dire à quelle substance l'extrait de rein doit son action sécrétoire, qu'il est impossible de dire à quels acides aminés il doit son action réparatrice.

L'action thérapeutique des Extraits désalbuminés de muqueuse gastrique

Par M. LOEPER et F.-P. MERKLEN

L'opothérapie gastrique, c'est-à-dire le traitement des affections de l'estomac par les extraits de muqueuse gastrique, est connue depuis plus d'un siècle. C'est en effet en 1830 que J. Corvisart recommanda l'usage de la pepsine et en obtint, malgré l'insuffisance de sa préparation, des résultats déjà remarquables.

Ce fut la première opothérapie raisonnée. Aucune n'a joui d'une plus grande vogue, et plus précoce et plus durable. Le succès ne s'en est pas ralenti. Bien au contraire, de nos jours, le domaine s'en est singulièrement étendu.

La pepsine fut dès l'abord administrée par voie buccale sous forme de cachets, de pilules ou de vin, associée dans des proportions optima à l'acide chlorhydrique ou citrique qui en renforce l'activité. Ces préparations, absorbées pendant le repas à une dose qui doit être élevée, exercent en effet une action supplémentaire; mais, administrées avant le repas, ainsi que l'un de nous l'a montré avec Baumann (3) à une dose qui peut être réduite à quelques centigrammes, elles exercent une action excitante.

A vrai dire, la pepsine que l'on utilise est plus un extrait de la muqueuse qu'un ferment pur. Elle contient encore certaines protéines. Elle agit néanmoins à titre de ferment et ces protéines semblent assez négligeables, quand elle est prise par voie buccale. Il n'en est plus de même quand, au lieu d'être ingérée, elle est injectée sous la peau.

La méthode parentérale est de date récente. Elle a fait l'objet de communications de Glaessner (4) à Vienne et de nous-mêmes avec Debray, Michaux et Sainton (5).

(1) FONTES et THIVOLLE. — Le sang, 1929.
(2) M. LOEPER, MERKLEN et TONNET. — Société de Biologie, 28 juillet 1932.
(3) LOEPER et BAUMANN. — Comment il faut donner la pepsine et M. LOEPER. — Leçons de pathologie digestive, 5e série, Masson, 1925.
(4) GLAESSNER. — Travaux résumés in *Presse Méd.*, 1931.
(5) M. LOEPER, DEBRAY, MICHAUX et SAINTON. — *Presse Médicale*, octobre 1930.

Elle utilise tantôt une solution de pepsine à 5 % privée par la dialyse de ses albumines, tantôt une solution de pepsine totale simplement neutralisée. Les deux produits diffèrent donc par la présence ou l'absence des protéines. Tous deux ont donné néanmoins entre les mains des auteurs précités, dans l'ulcus et l'hyperchlorhydrie des résultats semblables et encourageants, qui peuvent aller jusqu'à 90 % d'améliorations et 70 % de guérisons durables.

Au dire de Glaessner, la pepsine exerce sur la réparation de la plaie gastrique une action assez analogue à celle qu'elle exerce sur la réparation de certaines plaies cutanées.

Pour nous, la pepsine possède une action véritablement spécifique : elle agit certes comme médication protéique, mais surtout comme produit glandulaire homologue, et comme agent désensibilisant et c'est ainsi qu'elle est cicatrisante. Contrairement à l'ingestion buccale qui est excito-sécrétoire ou supplémentaire, l'injection n'excite pas la sécrétion ; elle la réduit même dans 30 % des cas. Une telle conclusion est un peu surprenante, pour ne pas dire paradoxale. Mais elle est absolument vraie en pratique. En théorie elle préjuge déjà d'une action générale de la pepsine et des extraits de muqueuse gastrique. Il n'est pas certain qu'à cette action, les dérivés protéiques de la muqueuse ne prennent une part importante, bien qu'ils ne soient pas de la pepsine.

Les cellules gastriques sont assez spéciales, assez différenciées, du moins dans le fundus, pour qu'on leur attribue une valeur générale autant que digestive, en un mot, comme je l'ai soutenu après Edkins (1), comme Carnot l'a montré avec Lelièvre (2) une valeur endocrinienne. Nous

(1) M. LOEPER. — La sécrétion interne de l'estomac. *Semaine médicale* 1910 et Leçons de pathol. digestive, 1re série, Masson éditeur.
(2) CARNOT et LELIÈVRE. — Société de Biologie, 1909.



nous sommes même demandés si, dans la genèse des accidents généraux des maladies de l'estomac, n'intervenait pas un facteur endocrinien, comme intervient un facteur exocrinien dans la genèse des troubles fonctionnels, et si la thérapeutique ne pouvait l'exploiter. Nous avons donc étudié non plus la seule pepsine, non plus la muqueuse totale, mais **l'extrait désalbuminé abiurétique,** et nous dirons ici quelle est son influence d'abord sur l'animal d'expérience, ensuite sur l'homme malade, atteint ou non d'affection digestive.

Nos recherches se rapprochent de celles de Castle mais leur but est différent.

Dès 1930 et 1931 Castle (1) a indiqué l'emploi de la muqueuse de l'estomac de porc dans l'anémie pernicieuse.

Wilkinson a suspecté dans cette muqueuse l'existence d'un principe analogue à celui que contient le foie. Pour Henning et Stieger (2), ce principe ne serait qu'une enzyme capable par son action sur la viande de faire naître une hémopoïétine. Ganslen (3) pense à une action directe puisqu'il utilise l'extrait de muqueuse par voie parentérale et Gautenberg (4) apporte à sa méthode une confirmation puisqu'il obtient quelques résultats dans le traitement des gastrites chroniques même sans anémie.

C'est par voie veineuse ou sous-cutanée que nous avons injecté les extraits désalbuminés de muqueuse gastrique. Nous allons dire les résultats.

***

La préparation de cet extrait a été faite par M. Hugon que nous tenons à remercier ici de son obligeance, suivant la technique même proposée pour les extraits désaminés de foie, de testicule ou de rein, et à partir de la muqueuse gastrique du porc.

Les ampoules stérilisées sont de 5 à 10 c.c.

Chaque centimètre cube correspond à 5 gr. de muqueuse fraîche, soit à 1 gr. de muqueuse desséchée. L'ampoule totale répond donc à 25 ou 50 grammes de muqueuse désalbuminée. L'action digérante de cet extrait est nulle : il ne contient donc pas de pepsine. Les protéines sous forme de peptones y atteignent à peine quelques milligrammes : il est vraiment désalbuminé.

La proportion de corps azotés abiurétiques est moindre certes que celle des extraits de foie, de rein, de testicule vendus encore dans le commerce, mais elle est très notable :

Voici les dosages faits comparativement à notre Laboratoire par M. Tonnet :

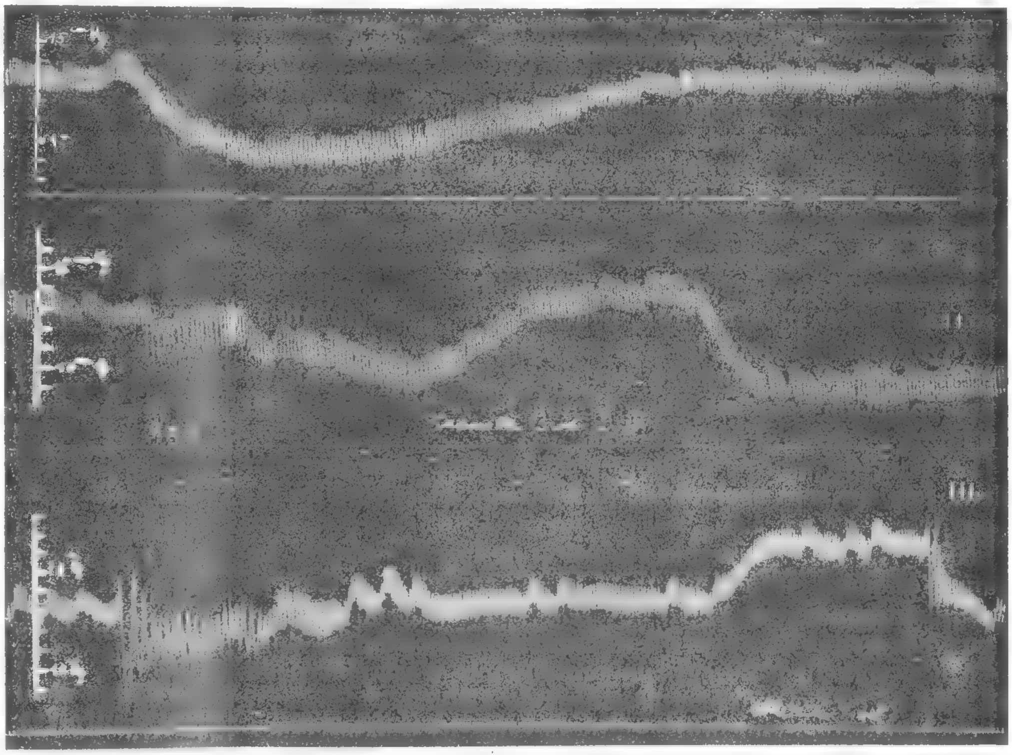
	alb.	Corps abiurétiques en glycocolle	en azote
Estomac	0	2,25	0,42
Foie	traces	5,25	1,015
Rein	2,10	5,065	1,013
Testicule	0,48	3,15	0,58

(1) Castle. — *American journal of med. sciences*, 1931, p. 741.
(2) Henning et Stieger. — *Klinische Wochenschrift*, 9 nov. 1930.
(3) Ganslen. — *Verhandlung der Deutsch. Ges. fur innere Medicim*, 1931 p. 85.
(4) Gautenberg. — *Klinische Wochenschrift*, 1931, II, p. 2197.

Nous n'avons pu encore déterminer la nature de ces composés abiurétiques et la proportion respective d'acides aminés vrais, d'aminoalcools ou de phénolalcools, histidine, choline, ou tryptophane qu'ils contiennent. Toujours est-il que l'absence de pepsine élimine de cet extrait l'action digérante et l'absence d'albumines, l'action de choc. Restent les produits abiurétiques qui peuvent avoir sur les troubles généraux des affections gastriques une action parallèle à celle qu'exerce la pepsine dans leurs manifestations locales.

Avant d'introduire cette préparation sous la peau, nous avons voulu étudier expérimentalement ses propriétés chez le chien et chez le lapin (1). Les résultats que nous avons obtenus sont de plusieurs ordres : action sur la tension artérielle, sur le pouls, sur le réflexe oculo-cardiaque ; action sur la cholestérine, le sucre, les albumines sanguines.

Chez le chien l'injection sous-cutanée n'a aucune action **cardio-vasculaire** ; mais l'injection veineuse d'un c.c. du produit, soit l'extrait désalbuminé de 5 grammes de muqueuse gastrique, détermine une *hypotension artérielle* immédiate, accentuée, et d'une durée moyenne de trois à quatre minutes. Cette hypotension n'est exactement proportionnelle ni à la dose injectée, ni au poids de l'animal en expérience ; nous l'avons étudiée chez onze chiens, à des doses allant de 1/2 à 15 c.c. ; elle peut atteindre 5 à 7 cm. de Hg et persister six à quinze minutes. L'hypotension est plus accentuée que celle provoquée par 0 gr. 10 de pepsine, (2) mais elle est certainement moindre que celle que produirait



Courbe I. — Injection de 5 c. c. d'extrait désalbuminé de muqueuse gastrique à un chien de 12 kilogr. En haut la chute de la pression artérielle ; au milieu Réflexe oculo-cardiaque et Epreuve d'occlusion et de désocclusion des Carotides primitives au-dessous du sinus carotidien avant l'injection ; en bas mêmes épreuves après l'injection. La bradycardie produite par la compression oculaire ou la désocclusion carotidienne est beaucoup plus accentuée après l'injection qu'avant elle.

(1) L'extrait ne contient pas de glycérine ; les résultats obtenus ne peuvent donc être attribuables qu'aux produits abiurétiques.
(2) Loeper et Debray et Chailley-Bert. — L'action de la pepsine sur la tension artérielle. *C. R.* Soc. de Biologie 1921.

une dose de 0,10 cgr. seulement de muqueuse totale (1). On peut lui opposer les minimes perturbations de la courbe de la pression artérielle déterminée par des doses analogues et mêmes supérieures de certains acides aminés (tryptophane et histidine Roche par exemple.) La comparaison entre ces divers produits ne peut d'ailleurs être rigoureuse, car leur composition est très différente : si l'extrait total de muqueuse gastrique, en effet, contient encore une proportion importante de protéines, la pepsine même une proportion appréciable, l'extrait désalbuminé dont nous nous sommes servis n'en renferme pas.

Le *rythme cardiaque* est peu modifié par l'introduction même dans la veine d'extrait désalbuminé de muqueuse ; cependant l'hypotension s'accompagne quelquefois d'une bradycardie légère. Il faut encore signaler l'action sur l'excitabilité vagale qui n'est pas négligeable chez certains animaux puisque, au cours de quelques expériences, nous avons pu constater une *augmentation* nette du *réflexe oculo-cardiaque* et de la réponse bradycardique à l'excitation mécanique du *sinus carotidien* produite par la désocclusion des deux carotides primitives.

Il est difficile de dire si ces modifications cardio-vasculaires sont dues à des amino-acides ou à des amino-alcools d'ordre banal, ou si elles sont dues au contraire à des produits spécifiques. Leur action se manifeste encore après vagotomie double ou atropinisation, ce qui semble éliminer le vague; mais l'accroissement de la bradycardie provoquée par la compression oculaire ou la désocclusion des carotides primitives porte à incriminer l'intervention de substances vagotonisantes. Nous ferons pourtant remarquer que la brusquerie avec laquelle notre extrait abaisse la tension diffère nettement de la lenteur avec laquelle agit la vagotonine de Santenoise (l'hypotension se produit ici après 2 ou 3 minutes seulement et se montre lente, peu marquée, mais durable).

Voyons maintenant les **actions chimiques** de l'extrait désalbuminé de muqueuse gastrique. Elles sont, même après injection veineuse, chez l'animal d'expérience, chien ou lapin, en général assez faibles.

Le taux du *glucose* sanguin s'est abaissé chez le chien deux fois sur sept seulement, de 0,20 cgr. et encore de façon très passagère.

Nous n'avons vu aucune variation de la *cholestérine*. Le taux des *albumines* du sérum et leurs proportions même se modifient par contre de façon très évidente. Etudiée dans deux cas avant et après 10 injections sous-cutanées de 2 à 4 c.c. soit 10 à 20 cgr., la protéinémie s'est élevée de 61,50 à 65,80, soit un accroissement de 4,30.

Ces variations sont importantes et nous les retrouverons plus marquées encore chez l'homme Elles sont d'ailleurs parallèles à celles de l'équilibre globulaire.

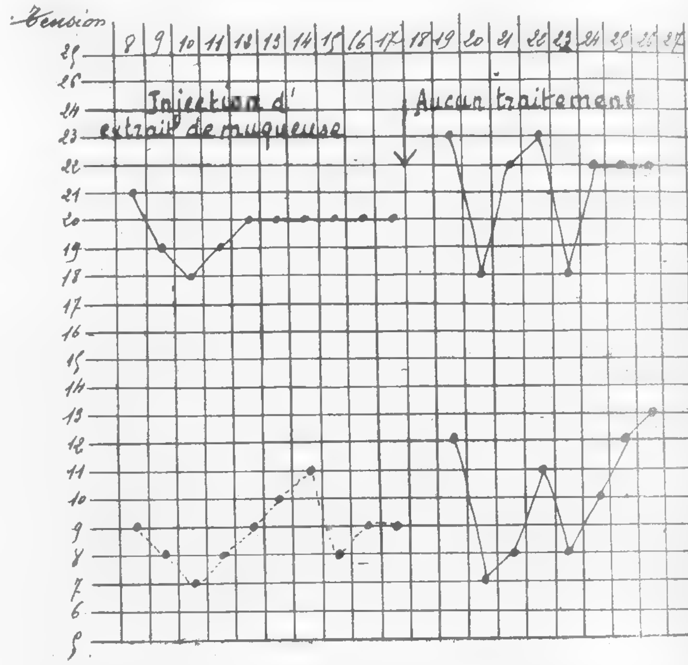
L'augmentation du nombre des *hématies* peut en effet atteindre 500.000 alors que le taux des leucocytes varie peu, et le taux des éosinophiles s'accroît notablement.

***

Ces recherches préliminaires nous incitaient à étudier l'action de l'extrait CHEZ L'HOMME. Nous avions l'assurance qu'il ne se produirait aucun incident, et nous avions déjà de nombreuses raisons de croire qu'il en pourrait résulter des enseignements thérapeutiques.

Nos injections, sauf exception que nous indiquerons, ont été faites par voie intramusculaire à la dose de 5 c. c. corcorrespondant à vingt-cinq grammes de muqueuse. A part une légère sensibilité locale, parfois un minime mouvement fébrile, assez souvent une certaine congestion de la face, elles n'ont provoqué aucun incident : elles sont sans effet sur la tension artérielle du sujet normal ou presque, à l'inverse des injections de pepsine qui dans nos expériences avec Mougeot et avec Vitanson (1) l'abaissent parfois de 1 à 2 centimètres.

Chez les hypertendus au contraire, l'*effet hypotensif* est indiscutable, persistant, et surtout équilibrant et stabilisant. La courbe ci-contre est très démonstrative.



COURBE II. — La courbe de la tension artérielle d'un hypertendu avec et sans injection d'extrait de muqueuse. En haut la tension maxima ; en bas la tension minima. L'extrait de muqueuse stabilise la tension chez ce malade.

Cette hypotension va peut-être avec la congestion de la face que nous signalions tout à l'heure.

Le *ralentissement du pouls* est assez habituel mais non constant, précoce et fugace en général après une demi-heure et pendant une demi-heure au plus.

Voyons maintenant l'action sur la *composition du sang*, c'est-à-dire les variations de la cholestérine, du glucose, des albumines. Une fois le taux de la *cholestérine* s'est notablement abaissé. Il s'agissait d'une femme lithiasique dont la cholestérinémie passa de 2,40 à 1,80 tandis que, chose assez curieuse et frappante, l'évolution de la lithiase et de la cholécystite était remarquablement améliorée. Il est vrai que la pepsine a donné à Debray des résultats analogues rappelés récemment au Congrès de Vichy (2).

Les modifications de la *glycémie* sont plus appréciables, semble-t-il, chez l'homme que chez l'animal, et aussi chez le sujet diabétique que chez le sujet normal. Par la voie hypodermique même, elles sont appréciables, plus peut-être que par voie intramusculaire : elles représentent chez un de nos malades diabétiques un abaissement de 0,30 à 0 40 et chez un néoplasique du pancréas, un abaissement de 0,10. Elles sont nulles chez cinq autres.

Un tel résultat est assez frappant pour qu'on cherche à

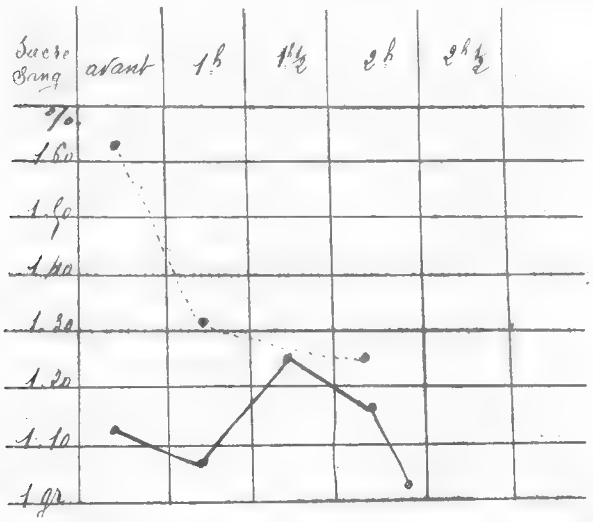
(1) M. LOEPER. — Action vasotonique des produits de la muqueuse gastrique. Leçons de pathol. digestive, série I.

(1) LOEPER et MOUGEOT. — L'action de la pepsine sur la tension artérielle. (Soc. méd. des hôpitaux, 1924. — VITANSON. — Thèse de Paris, 1931.

(2) M. DEBRAY, ANTONIOU et HADGIGEORGE. — Soc. méd. des hôpitaux, 1931, Congrès de Vichy, 1932 et *Progrès Médical*, 15 octobre 1932.

savoir s'il est fréquent dans le diabète ou s'il se produit seulement dans certains diabètes, électivement.

Mais les modifications les plus importantes sont celles de la *protéinémie*. Elles sont aussi les plus fréquentes et sept fois sur neuf, le taux total de ces albumines s'élève. Vers la huitième ou dixième injection, il atteint 8 à 10 % de son chiffre initial, moindre certes, mais encore évident quand ce chiffre initial est déjà élevé. L'augmentation porte sur la sérine dans six cas sur neuf : sur la globuline dans trois sur neuf ; sur les albumines acétoprécipitables aussi dans cinq cas sur huit.



COURBE III. — Le sucre du sang après l'injection d'extrait de muqueuse. En haut chez un diabétique. En bas chez un sujet non diabétique.

Les chiffres que nous avons obtenus sont reproduits dans le tableau suivant où nous avons distingué deux catégories : celle des maladies gastriques, et celle des maladies non-gastriques :

		Poids	Protéinémie			
A Ulcus et Dyspepsies			AAP	AT	S	G (1)
1) Dallery	avant	60.600				
ulcus	après	61.250		75,20	56,96	18,24
	avant	61.500		82,50	50	32,50
	après	61.700				
2) Doniol	avant	63.700	6,10	80,8	61,6	19,2
ulcus	après	65	6,28	85	62,4	22,6
3) Klaus	avant	—	6,20	87,9	70	17,9
ulcus	après	—	4,50	78,9	64,15	13,8
4) Bonnafous	avant	64	5,20	76,50	53,20	23,20
Dyspepsie	après	68	4,30	83,20	59,92	23,28
B Divers		Poids	AAP	AT	S	Gl
1) Citrain	avant	—	4,28	71	46,8	24,19
Hypertension	après	—	5,20	73,20	51,5	21,7
2) Klein	avant	58	3,52	51,90	34,40	18
anémie	après	60	6	62	38,50	24,5
3) Delaplace	avant	—	7,20	70,80	49,28	21,52
Cholécystite	après	—	7,14	66,90	48,16	18,74
4) Mignot						
Amaigrissement	avant	33	2,50	73,50	59,80	13,70
	après	32	4,60	78	65,90	12,20
5) Mayer	avant	60	7,46	78,50	62,50	15,80
Périviscérite	après	58	9,34	86,50	69,05	17,45

Nous ajouterons un dernier effet des extraits désalbuminés et qui comporte les mêmes interprétations, le relèvement du taux des *hématies*.

En suivant avec exactitude la courbe de ces globules rouges nous la voyons se relever progressivement quinze fois sur seize, non seulement chez l'ulcéreux, mais chez l'anémique grave, le tuberculeux, l'hypertendu, même chez le cancéreux digestif. Parallèlement la leucocytose, la poynucléose subissent peu de variations, mais le taux des éosinophiles neuf fois sur seize se trouve notablement accru.

A. Ulcus et Dyspepsies		Hématies	Leucocytes	Formule leucocytaire			
				P	EO	L	Mon. (1)
1) Dallery	avant	4.000.000	9.000	70	3	3	24
ulcu	après	4.500.000	9.000	66	4	9	21
2) Doniol	avant	4.000.000	6.000	62	6	12	20
ulcus	après	4.500.000	7.000	66	2	11	21
3) E. Klaus	avant	4.000.000	9.000	75	1	7	17
ulcus	après	4.100.000	7.000	59	2	14	25
4) Bonafous	avant	4.020.000	9.500	68	1	10	21
dyspepsie	après	4.450.000	8.000	63	7	3	27
5) Burrat	avant	4.300.000	13.000	65	9	9	17
dyspepsie	après	4.420.000	8.000	59	15	9	17
6) Ozouf							
ulcus duodénal	avant	3.700.000	3.500	60	2	11	27
	après	4.350.000	9.000	62	2	11	25
B. Cancers.							
1) Benoit	avant	3.670.000	7.000	71	3	8	18
cancer pylore	après	3.960.000	7.000	59	2	14	25
2) Deschantes	avant	3.780.000	7.500	—	—	—	—
cancer face	après	3.900.000		78	2	10	11
3) Mine	avant	3.460.000	6.500	71	2	15	10
cancer pylore	après	3.950.000	7.500	74	3	7	16
C. Divers.							
1) Klein	avant	1.830.000	6.000	63	2	9	25
anémie	après	2.100.000	5.500	61	3	15	21
2) Delaplace	avant	3.530.000	8.000	65	2	9	24
cholécystite	après	3.900.000	6.500	69	1	13	17
3) Mignot	avant	4.400.000	8.000	79	3	13	5
amaigrissement	après	4.500.000	6.000	69	5	12	14
4) Meyer	avant	3.900.000	9.500	77	3	9	11
Périviscérite	après	4.000.000	8.500	62	5	10	23
5) Roger	avant	4.240.000	5.500	60	0	26	14
Dolichocolon	après	4.300.000	7.500	70	2	9	19
6) Lenoir	avant	4.200.000	8.000	57	6	8	29
hypertension	après	4.050.000	6.500	75	4	6	15
7) Cit.	avant	3.700.000	7.000	64	2	8	25
hypertens.	après	3.980.000	6.000	68	1	10	21

L'augmentation des éosinophiles est, ainsi que l'ont remarqué Lepsky, P. Schiff et Glaessner, presque un stigmate de l'opothérapie ; elle n'a donc pas grosse valeur. Celle des hématies a quelque chose de plus spécifique car elle traduit une réparation globulaire qui va de pair avec la protéinémie et qui comporte la même interprétation.

Cherchons si possible cette interprétation.

L'augmentation des albumines a été vue avec la pepsine par Debray (2) et un de ses élèves. Comme cette pepsine contient d'autres substances protéiques et comme notre extrait désalbumine ne contient pas de pepsine, c'est aux corps abiurétiques qu'il faut, à notre sens, attribuer cette augmentation.

C'est à eux aussi qu'on doit attribuer le relèvement des globules rouges, qui, pour plus marqué qu'il soit chez l'ulcéreux et l'hémorragique que chez les autres sujets, est encore indiscutable chez l'anémique grave, chez le fatigué, même chez le cancéreux, chez l'hypertendu et chez l'animal normal.

Il ne s'agit donc point d'une simple coïncidence, mais d'un effet thérapeutique. Reste à savoir si cet effet est direct ou indirect, s'il porte, en un mot, sur la réparation

(1) A. A. P. : Albumines acétoprécipitables ; — AT : Albumines totales ; — S : Sérine ; — G : Globuline.

(1) P : Polynucléaires ; — EO : Eosinophiles ; — L : Lymphocytes ; — M : Gros mononucléaires.

(2) M. DEBRAY. — Action de la pepsine sur les albumines du sang. Soc. Méd. des hôpitaux 1931.

du sang (1) ou sur la réparation de la lésion entraînant *de plano* une modification secondaire de l'état général.

La discussion vautlapeine. Disons de suite qu'elle tend à notre avis à affirmer l'hypothèse de l'action directe.

Il est évident que les extraits désalbuminés, aussi bien et mieux peut-être que la pepsine, et nous y reviendrons, facilitent la cicatrisation des ulcus. Mais cette cicatrisation n'entre en ligne de compte que lorsque la plaie existe. Or cette plaie gastrique cicatrisable fait défaut chez l'anémique, chez le tuberculeux ganglionnaire, chez l'hypertendu, chez le cancéreux et pourtant l'action générale se produit, là comme ailleurs : augmentation fréquente des hématies, modification possible des protéines sériques et aussi modifications du poids.

Pour ces raisons nous croyons que les extraits désalbuminés de muqueuse gastrique agissent sur le sang et l'état général comme agissent les extraits de foie, quoique avec une moindre activité.

Nous conclurons :

1° Le syndrome général des affections de l'estomac peut bénéficier d'un traitement par les extraits désalbuminés de muqueuse gastrique ;

2° Ces extraits, qui contiennent des substances abiurétiques et n'ont point de pouvoir digérant, sont injectables dans les masses musculaires à la dose de 5 c. c. contenant l'extrait de 25 grammes de muqueuse.

3° Leur action est souvent hypotensive et légèrement bradycardisante mais il est difficile de dire actuellement si elle est spécifique ou non, c'est-à-dire fonction d'une substance vagotonisante spéciale ou de produits aminés banaux.

4° Même s'il s'agit de produits aminés banaux il faudrait encore démontrer que leur abondance dans la muqueuse gastrique n'est pas intéressante, à défaut de leur qualité.

4° L'action de ces produits se fait sentir aussi sur la *nutrition générale*; elle se traduit par une augmentation du poids, une diminution de l'anémie, un relèvement du taux des protéines du sérum et des hématies ; elle semble bien à la fois réparatrice du sang comme les extraits de foie, et réparatrice des lésions de la muqueuse gastrique comme les extraits peptiques.

6° Les extraits désalbuminés de muqueuse gastrique constituent à notre sens une médication intéressante et souvent efficace des accidents généraux des maladies de l'estomac. Ils peuvent agir sur le syndrome général comme la pepsine agit sur le syndrome fonctionnel etsur la lésion.

Au sujet du Traitement médical et de l'Organothérapie des Cancers

Par **J. MAISIN**

Directeur de l'Institut du Cancer de Louvain

I. L'évolution clinique du cancer nous montre que le cancer n'est curable par nos moyens actuels, chirurgie, radiologie, diathermocoagulation, qu'au premier stade de son évolution, avant qu'un essaimage métastatique un peu étendu se soit produit.

Pour guérir un cancer largement ensemencé, il nous faut chercher d'autres moyens, si possible des moyens médicaux.

On ignore encore la nature exacte du cancer. Quelques acquisitions récentes dans le domaine de son étiologie sont pourtant capitales. Ainsi on sait qu'un corps chimique pur, le dibenzène anthracène en position 1-2-5-6 est indiscutablement un agent cancérigène d'une grande puissance, produisant des épithéliomas par badigeonnage de la peau chez lasouris et des sarcomes par injections sous-cutanées chez le rat.

Au point de vue chimie physiologique Warburg a montré que les cellules cancéreuses différaient des cellules normales par le fait qu'elles présentent une glycolyse aérobie et anaérobie importante, qui serait la conséquence d'un ralentissement des processus oxydatifs de la cellule avec disparition plus ou moins complète de la réaction de Pasteur-Meyerhof produisant la resynthèse du glycogène à l'aide de l'acide lactique provenant de la glycolyse.

On ignore si un microorganisme quelconque (microbe ou virus) intervient dans le déclenchement du processus, soit comme agent secrétant d'une substance cancérigène spécifique de l'ordre du dibenzène-anthracène, dont la présence ne serait pas nécessaire à la pousse du cancer une fois que lacellule a subi la transformation maligne, soit comme agent vivant en symbiose avec la cellule maligne et étant donc la vraie raison de la croissance néoplasique. La généralité des chercheurs se basant sur les recherches actuelles ne croient pas à la présence d'un être animé comme agent causal du cancer.

Que le cancer soit infectieux ou dû à un processus d'ordre purement chimio-physiologique on peut se demander si des réactions organiques d'ordre général déterminent l'apparition de la tumeur ou tout au moins l'influencent nettement, ou bien si le cancer est une lésion d'ordre simplement local, dans l'évolution duquel le chimisme organique ne joue qu'un rôle tout à fait effacé.

Si l'on admet la première conception on conçoit qu'il soit possible de découvrir la nature de la déficience en cause et d'y pallier comme Minot l'a fait pour l'anémie pernicieuse.

Si au contraire cette conception est erronée on ne saurait guère imaginer comme cure générale du cancer qu'une cure chimiothérapique très spécifique pour la cellule cancéreuse. Etant donnée la diversité des types histologiques de cancer on se demande si on peut espérer de découvrir une substance unique agissant sur toutes les tumeurs. Un des rares faits qui plaident en faveur de la possibilité d'une thérapeutique unique c'est le trouble du métabolisme des hydrates de carbone qui à un degré plus ou moins marqué est l'apanage de toutes les tumeurs. Il suffirait de découvrir une substance inhibant ou supprimant la glycolyse des cellules cancéreuses. Comme c'est la glycolyse qui est

(1) M. Loeper, F.-P. Merklen et J. Tonnet. — Variations des albumines acéto-précipitables du sang. *C. R.* Biologie, 23 juillet 1932.

leur principale source d'énergie, on conçoit qu'en supprimant celle-ci on puisse gêner considérablement leur existence.

II. Depuis longtemps on a cherché à découvrir des substances organiques agissant sur le cancer, lors de la mise en évidence des premières hormones on a crup ouvoir trouver une substance semblable agissant sur le cancer. Le même espoir est né lorsque Ide et Wildiers firent connaître au monde savant le bios et que bientôt on décela l'existence de vitamines douées de propriétés diverses : cette espérance jusqu'ici est retée vaine. Récemment Minot et Murphy mirent au point une organothérapie d'un type nouveau très efficace dans l'anémie pernicieuse. En poursuivant leurs recherches Minot et Castle ont montré que, en dernière analyse, l'anémie pernicieuse était la résultante de l'absence dans l'organisme d'une substance X provenant de la digestion normale des albumines dans l'estomac, substance qui s'accumule dans le foie, mais qu'on retrouve en plus ou moins grande abondance dans de nombreux organes. L'atrophie plus ou moins complète de la paroi gastrique des anémiques pernicieux serait donc la raison même de leur affection.

Dès 1926 après les travaux de Minot, nous entreprîmes une série de recherches du même ordre dans le but de voir si une organothérapie quelconque dans le sens de Minot aurait une influence sur le cancer expérimental du goudron. Nous nous rendîmes rapidement compte : 1° que le régime au foie total active nettement l'évolution du cancer expérimental mais que cette action défavorable n'est pas due à la substance anti-anémique de Minot, mais est due à d'autres substances. Nous avons montré avec Mademoiselle François ensuite que les substances activantes n'étaient pas éthérosolubles, celles-ci ayant plutôt un caractère légèrement inhibant sur l'évolution du cancer. Poursuivant nos travaux dans ce même ordre d'idées, nous avons trouvé que divers organes pris *in toto* avaient une action inhibante sur le cancer du goudron, notamment le cerveau et le thymus. La fraction éthéro-soluble de ces organes semble bien renfermer les substances inhibantes. Cette fraction etherosoluble renferme évidemment une très grande variété de lipides, dont certaines activent l'évolution du cancer, telle que la cholestérine. Les extraits éthérosolubles décholestérinés sont plus actifs que ceux non décholestérinés (1). Nos expériences sur le cancer du goudron de la souris nous montrent que ces extraits retardent fortement l'apparition du cancer et que de nombreux animaux échappent à celui-ci. Voici quelques résultats expérimentaux exprimés en chiffres (recherches de notre élève le Dr Ronsse) :

Influence prophylactique du régime sur l'évolution du cancer du goudron de la souris. % absolu du cancer.

Jours écoulés depuis le début de l'expérience	Animaux de contrôle	Animaux nourris au foie	Animaux nourris au cerveau	Animaux nourris au thymus	Animaux nourris aux muscle
90	1 %	0 %	0 %	0 %	2 %
120	2,5	10	0	2	2
150	18	40	2	10	15
180	40	70	8	19	36
210	58	77	18	41	52
240	67	85	30	5	62

(1) J. MAISIN et Y. POURBAIX : Au sujet de la technique de préparation des extraits lipoïdiques d'organe employés dans le traitement du Cancer, in : Comptes rendus Séance. Soc. de biologie, 28 mai 1932, section belge. Tome CX page 606.

Influence prophylactique des extraits éthérés en injection sur l'évolution du cancer du goudron de la souris. % absolu du cancer.

Jours écoulés depuis le début de l'expérience.	Animaux de contrôle	Animaux injectés d'extrait de cervelle	Injectés d'extrait de thymus	Injectés extrait de rate	Rate plus cervelle	Rate plus cer. plus thymus
120	14	5	5	2	0	6,6
150	32	20	10	12	21	13
280	75	47	43	32	57	19,8
360	97	47	53	48	64	25

Des recherches semblables montrent que d'autres organes tels que la moelle osseuse, la surrénale, l'hypophyse renferment des substances éthérosolubles inhibantes pour le cancer du goudron (VASSILIADIS). Employés en thérapeutique contre le cancer expérimental du goudron déjà établi, ces extraits retardent l'évolution du cancer, diminuent le pourcentage des métastases et dans quelques cas rares amènent la guérison (1/10) d'après notre expérience).

Toutes ces recherches seront publiées *in extenso* dans la thèse de notre élève le Docteur Ronsse.

Ayant obtenu des résultats encourageants sur animaux, nous avons essayé ces mêmes extraits chez l'homme, comme palliatif dans des cas désespérés ; associés à d'autres moyens thérapeutiques dans des cas graves ; nous l'avons essayé comme thérapeutique unique dans quelques cas de petits cancers de la peau spinocellulaires ou basocellulaires.

Nous avons publié les résultats obtenus par l'emploi des extraits comme seul moyen thérapeutique dans le *Bulletin* de l'Association française pour l'étude du cancer (1). Depuis la parution de ce travail nous avons pu obtenir encore quelques cicatrisations complètes.

Aucun cas ne subit une action défavorable suite à cette thérapeutique, de très nombreux cas continuent leur évolution à un rythme ralenti, enfin, comme nous venons de le dire, quelques cas peuvent guérir complètement. C'est donc pour le moment une méthode d'exception lorsque employée comme seul moyen thérapeutique, par contre associée à d'autres procédés c'est une méthode d'appoint de très grande valeur. A l'heure actuelle c'est toujours une méthode peu pratique parce que, d'une part, pour rester actifs ces extraits doivent être conservés en glacière, d'autre part la durée de la cure est toujours très longue : deux mois et plus à raison de 2 à 3 injections sous-cutanées par semaine. Etant donnée la conception qui est à la base d'une telle thérapeutique, nous pensons même que dans des cas graves, on devrait la continuer toute la vie du malade. Si en effet on fait ainsi une sorte d'opothérapie, il y a nécessité de la continuer longtemps, voire pendant toute l'existence du malade pour prévenir une récidive ou l'apparition d'un autre néoplasme. Je tiens à dire que j'ai vu des récidives se produire chez des animaux guéris, par contre j'observe depuis plus de cinq mois un animal guéri d'un spinocellulaire étendu, et bien qu'on ait cessé toute thérapeutique, il reste jusqu'ici vierge de toute tumeur.

Quelles sont les substances actives dans ces extraits ? Il est impossible à l'heure actuelle de répondre à une telle question, est-ce une lipase, est-ce un phosphatide, un glucoside ou un acide gras ? Nous continuons nos recherches à ce sujet. Comment agissent ces substances ? C'est un nouveau point d'interrogation.

Des recherches faites ici à l'Institut semblent indiquer (Picard) que ces extraits agissent sur la différenciation

(1) J. MAISIN, H. VASSILIADIS, E. PICARD. — Essai d'organothérapie et de métallothérapie des cancers de la peau chez l'homme, in : Bull. Assoc. fr. pour étude du cancer. Tome XXI n° 4 Avril 1932.

tissulaire semblant redifférencier les éléments dédifférenciés des néoplasmes.

L'observation clinique des processus de guérison au niveau de la peau est d'un très grand intérêt. Comme les résultats sont lents à obtenir on peut suivre facilement tous les stades évolutifs.

Certains néoplasmes disparaissent complètement au point que la peau où ils furent redevient tout à fait normale, et à peine cicatricielle. Des biopsies en ces endroits ne montrent plus trace de lésions. D'autres cas, les plus intéressants à notre avis, sont ceux qui, largement ulcérés sont d'abord après quelques semaines d'injections, entravés dans leur évolution, puis par après on les voit cicatriser très lentement : une peau parfaitement saine venant recouvrir les bourgeons néoplasiques. Ceux-ci subsistent de nombreux mois sous un épiderme intact en s'affaissant lentement. Nous avons suivi un cas d'épithélioma de l'oreille de cet ordre pendant plus d'un an. A l'heure actuelle l'épithélioma entièrement cicatrisé se présente sous forme de quelques bourgeons dévitalisés représentant 1/10e environ de la masse primitive qui était de 2 × 3 × 1 cm. Ce processus de guérison est fréquent.

La méthode telle qu'elle est à l'heure actuelle doit rester dans le domaine expérimental. Nous connaissons trop peu de choses au sujet de la nature de la substance active et de son moyen de conservation pour pouvoir proposer même un simple essai d'industrialisation du procédé. Dans nos services nous l'employons couramment en renouvelant les extraits chaque semaine et en les conservant en glacière.

III. Conjointement à nos travaux d'organothérapie, nous étudions depuis près de 10 ans l'action de divers métaux sur l'évolution du cancer dans l'espoir de trouver peut-être une métallothérapie plus ou moins efficace. La question est aride vu la grande diversité des cancers et vu aussi l'intime parenté des tissus néoplasiques avec les tissus sains qui les entourent. Pourtant ainsi que nous l'avons fait remarquer aussi, tous les cancers à un degré plus ou moins avancé présentent des anomalies dans leur énergétique cellulaire parce qu'ils ont une glycolyse anormale comparativement à leur tissu souche. Peut-être serait-il possible en s'attaquant à cette anomalie de détruire les cellules cancéreuses en respectant les tissus sains.

Après une longue série de recherches sur de très nombreux métaux — recherches qui continuent — nous sommes arrivés à découvrir des métaux agissant d'une façon très nette et à doses très petites sur le métabolisme des cellules cancéreuses. Ces métaux sont le barium, le stroncium, et le cadmium. Il est vraisemblable qu'il en existe d'autres ainsi que semblent nous l'indiquer nos recherches actuelles.

Pour préciser notre pensée, exposons brièvement l'action du barium qui est la plus typique.

Donné d'emblée à doses loin encore d'être des doses toxiques, il active nettement la pousse des cancers. Ainsi si on donne à une souris chaque jour 1/300.000e à 1/30.000e de gramme de «*chlorure de Ba*» on provoque une pousse nette du cancer du goudron. Si on cesse brusquement son administration on voit la tumeur subir une liquéfaction brutale, liquéfaction suivie quelque temps après d'une repullulation.

Si on donne des doses dix fois moindres que la plus petite soit : 1/3.000.000e de gramme on ne produit plus de pousse brutale mais on observe parfois un effet retardant.

Si on donne une dose dix fois moindre encore soit 1.30.000e de milligramme par jour et si on augmente progressivement ces doses jusqu'à donner 1/3.000e de milligr. par jour on peut voir exceptionnellement des tumeurs disparaître entièrement pour récidiver peu après. Il y a donc là une action indubitable du baryum sur le processus tumoral et à des doses très faibles. Ce point est d'une grosse importance à notre avis, au point de vue thérapeutique générale puisque jusqu'ici on n'avait pu enregistrer aucune action des métaux non radioactifs sur les tumeurs si ce n'est à des doses très voisines des doses toxiques.

Poursuivant nos recherches sur le baryum nous avons remarqué que la nature de l'anion n'était pas indifférente.

Nous avons essayé l'action de divers sels organiques de la série grasse, nous avons essayé aussi l'action du lactate de l'acétate de monoiodacétane, du gluconate, du sucrate et du saccharate. Jusqu'ici notre attention a été attirée surtout sur le saccharate et sur le gluconate.

A l'aide du saccharate nous avons pu obtenir par les très faibles doses progressives indiquées plus haut des cicatrisations complètes de petits cancers du goudron dans la proportion de 1/10e. Ces petits cancers peuvent rester cicatrisés pendant des semaines, parfois ils récidivent sur place malgré la continuation du traitement. Dans ce cas les récidives ne sont pas jugulées par cette thérapeutique, mais simplement retardées à leur évolution.

Nous avons appliqué à l'homme cette thérapeutique à l'aide de doses infinitésimales de baryum et nous avons obtenu quelques succès encourageants. Nous avons vu disparaître par cette seule thérapeutique plusieurs petits cancers cutanés et des nodules cutanés récidivés, de cancer du sein. A côté des succès, les insuccès sont évidemment très nombreux. Certains cas après avoir obéi pendant un très long temps récidivent. Peut-être est-ce une question de doses. Quand un cas a répondu au traitement il ne faut cesser l'emploi du baryum que quand on est certain de la disparition complète de toute trace de tumeur, parce que la suppression du médicament précipite la récidive si la tumeur n'était pas entièrement disparue. Les disparitions de tumeurs si elles se produisent surviennent très lentement, souvent après plusieurs mois de traitement. Pendant les premières semaines la tumeur continue à pousser, puis se produit un arrêt, et dans quelques cas rares une rétrocession.

Les doses doivent être maniées avec prudence. **Il est de toute nécessité d'employer la forme *saccharate*.** Il faut commencer chez l'homme par 1/100e de milligr. par jour donné le matin à jeun dans un peu d'eau distillée (pour éviter la précipitation en sel insoluble), augmenter *très lentement* la dose jusqu'à arriver à donner 1/10 de milligr. par jour, dose généralement très suffisante, et qu'on peut continuer indéfiniment puisque, en un an, le malade ne reçoit ainsi que 36 milligrammes de baryum. Nous avons vu se cicatriser une tumeur de la peau chez l'homme avec une dose de 1/40e de milligr. continué pendant quatre mois.

Il se peut qu'en maniant bien les doses suivant une progressivité très soigneusement étudiée on arrive à obtenir de meilleurs résultats en faisant supporter une dose journalière plus forte que 1/10e de milligr. Nous avons quelques résultats qui nous encouragent à essayer dans cette voie. Nous ne pourrions toutefois trop recommander la prudence étant donné nos résultats expérimentaux, montrant nettement qu'il y a des doses non toxiques excitant sûrement la pousse néoplasique lorsque données d'emblée. Par contre ces mêmes doses peuvent être utiles si on y arrive progressivement. Il se peut aussi que l'on trouve des formes plus actives que les saccarates et les gluconates.

A l'aide du strontium sur animaux on obtient des résultats comparables, mais moins nets dans les deux sens (activation et retard de croissance). Du fait que le stron-


UVÉSTÉROL
VITAMINE D
ASSOCIATION
ERGOSTÉRINE & CHOLESTÉRINE
TUBERCULOSE LYMPHATISME RACHITISME DÉCALCIFICATIONS
LES PREMIERS PRODUITS FRANÇAIS IRRADIÉS PAR RAYONS ULTRA-VIOLETS
SANS CONTESTATION POSSIBLE
C. R. SOC. BIOL. NOVEMBRE 1924
GOUTTES
UVÉ
SELS MÉTALLIQUES
NI ARSENIC, NI STRYCHNINE
TOUTES LES ANOREXIES
POUR VOS ESSAIS
ÉCHANTILLONS
A VOLONTÉ
Laboratoires des Produits UVÉ 18, Rue St Amand PARIS (XVe)


FOLLICULINE OVARIENNE
CRINEX
ACTIVE "PER OS"
"FIXE UN JOUR FIXE"
ÉCHANTILLONS
A
VOLONTÉ
LABORATOIRES DES PRODUITS "CRINEX" 18, Rue St Amand PARIS 15e

tium active moins la croissance il n'est pas impossible qu'il devienne par la suite aussi intéressant ou plus intéressant à manier que le baryum. Nos recherches continuent dans ce sens. Nous cherchons aussi des formules actives d'association de divers métaux.

Ne seraient-ce les résultats évidents que l'on obtient sur la pousse des tumeurs à l'aide de petites doses de baryum on pourrait croire que ces travaux sont fantaisistes et dénier toute espèce de valeur à l'action de doses aussi petites de métaux. Aussi nous avons voulu étudier *in vitro* l'action exercée par des traces de baryum sur la glycolyse des tumeurs, pour montrer aussi l'action réelle exercée par ce métal sur le métabolisme des cellules néoplasiques.

Les travaux de notre laboratoire de chimie (Pourbaix) ont montré que les tissus normaux ne sont pas influencés dans leur glycolyse par de petites doses de baryum. Par contre les tumeurs le sont nettement et leur sensibilité au baryum est très variable suivant le type histologique. Les tumeurs dédifférenciées du sein chez la femme ont leur glycolyse nettement augmentée encore si on les plonge dans des dilutions de chlorure de baryum à 1/200.000e et même à 1/2.000.000e.

En augmentant les concentrations du sel souvent la glycolyse baisse quand on arrive à des doses considérables comme 1/20.000e ou 1/2.000e. L'observation se prolonge généralement pendant une heure ou deux. Quand on étudie l'action de concentration plus faible encore que 1/2.000.000e, il arrive que l'on note une diminution de la glycolyse, mais cette action n'est pas constante. Un fait est certain c'est que, aux environs de la concentration de 1/200.000e, on note toujours une augmentation nette de la glycolyse, donc une action évidente sur le métabolisme tumoral. Peut-on expliquer d'après cela l'effet noté sur les tumeurs *in vivo* ? L'effet néfaste, oui, puisque plus une tumeur épithéliale est maligne plus elle glycolyse.

Comment expliquer l'action inhibante nette que l'on observe parfois, l'action thérapeutique notée chez les animaux et l'homme ? C'est difficile d'après les données expérimentales *in vitro*. Si on notait souvent une diminution de la glycolyse aux doses infinitésimales on pourrait s'appuyer sur ces données pour expliquer les bons résultats. Une autre façon de comprendre les bons résultats par l'interprétation de la glycolyse, serait d'admettre que le barium, s'éliminant peu ou pas de l'organisme, y reste accumulé et continue à agir de façon permanente. Les petites doses introduites par leur longue durée d'action produiraient ainsi un effet inhibant de la glycolyse comparable à ceux obtenus par les grosses doses agissant pendant un temps court, comme celui que donne une expérience *in vitro*. Il se pourrait aussi que l'action soit toute différente de celle que nous soupçonnons et tout à fait indirecte. De nombreux travaux sont nécessaires pour élucider ces divers points.

Il n'en reste pas moins vrai que l'action de certains métaux à des dilutions semblables à celles que nous avons indiquées, est d'autant plus intéressante qu'elle était insoupçonnée et permet des espoirs nouveaux dans le monde de la métallothérapie.

Conclusions

1° Une thérapeutique médicale des cancers est possible.
2° L'organothérapie dans le sens que nous venons d'indiquer a donné des résultats encourageants puisque employée seule, elle nous a donné quelques disparitions intégrales des tumeurs.

Dès maintenant employée conjointement à d'autres moyens thérapeutiques, c'est une méthode d'appoint très précieuse. Elle ne donne jamais de réaction ni de phénomènes désagréables. Employée seule elle n'est nullement à conseiller à l'heure actuelle puisqu'elle ne réussit qu'exceptionnellement. Quand elle est efficace le traitement est toujours long : plusieurs mois.

3. La métallothérapie par doses infinitésimales de saccharate de baryum est une méthode toute nouvelle qui nous paraît pleine d'espoir. C'est une arme à deux tranchants qu'il faut savoir bien manier selon des règles bien précises et qui ne doit être employée que par des mains très expérimentées. C'est une thérapeutique des plus simples qui mérite d'être approfondie vu les résultats déjà obtenus.

Étude des variations de la teneur en iode total et en iode thyroxinien

(iode acido-insoluble après hydrolyse alcaline)

dans les thyroïdes pathologiques

Par P. SAINTON et H. SIMONNET

Depuis que Baumann a effectué, en 1895, les premiers dosages de l'iode contenu dans la glande thyroïde, des travaux nombreux ont été publiés sur la teneur de la glande en iode à l'état pathologique.

D'après les recherches classiques, la teneur en iode total serait au-dessous de la normale dans la thyroïde des sujets atteints de goitre simple, d'hypothyroïdie ; cette teneur serait également très basse dans l'hyperthyroïdie.

Dans les premiers cas, le fait serait dû à ce que l'apport d'iode dans l'organisme est insuffisant ; dans les seconds, l'iode de la glande est élaboré sous forme d'hormone jetée immédiatement dans le courant circulatoire, autrement dit le sang du basedowien serait riche en iode, alors que sa glande thyroïde en est pauvre ou dépourvue, parce qu'elle ne sait pas le fixer.

Cependant toutes les recherches faites sur le contenu iodé des thyroïdes pathologiques ne sont pas concordantes ; il a été constaté, dans certains cas, que la teneur en iode des glandes de certains goitreux et de certains basedowiens était presque égale à celle des thyroïdes normales. Le

tableau I permet de se rendre compte des chiffres donnés par différents auteurs pour les teneurs en iode total exprimées en tissu sec (*s*) ou en tissu frais (*f*).

TABLEAU I

Auteurs	Glande normale	Goitre simple	Basedow
Baumann (1896).....	0,033 (s)	0,009 (s)	»
Riggs et Beebe (1909).	0,033 (f)	»	0,008 (f)
Marine et Lenhart 1909	0,215 (s)	0,177 (s) (colloïde). 0,300 (s) (parenchymat.)	
Wegelin et Abelin (1921)	»	traces-0,104 (s)	0,11 (s)
Zunz (1921).........	0,229 (s)	»	»
Tobler (1924)........	»	»	0,009 (f)
Jansen et Robert (1927)	0,041 (s)	0,022	0,028
Sainton et Simonnet (1930)	»	0,010-0,215 (s)	0,010-0,267(s)

L'examen de ce tableau montre que l'étude de l'iode total dans les thyroïdes ne donne pas des résultats constants Dans le mémoire que nous avons présenté à la Société de Chimie Biologique en 1930 nous faisions déjà remarquer que les variations de l'iode dans les goitres simples 0,010-0,215 pour 100 de matière sèche étaient très voisines de celles que nous avions trouvées dans les goitres basedowifiés 0,010 et 0,267. Le minima est le même, le maxima est un peu supérieur.

Des examens de Quervain et Breitner sur le sang des veines thyroïdiennes ont donné des résultats absolument contradictoires de sorte que l'étude de l'iodémie, pas plus que celle de l'iode glandulaire ne donne des résultats précis sur l'état pathologique de la glande thyroïde.

* * *

Nous nous sommes demandé si, au lieu de se borner à l'étude de l'iode total dans les thyroïdes pathologiques, il ne fallait pas faire porter cette étude non seulement sur la teneur en iode, mais aussi sur l'iode thyroxinien, c'est-à-dire sur l'iode acido-insoluble de l'hydrolyse sodique, l'iode acido-soluble étant déterminé par différence. Weir a, en effet, signalé en 1925 qu'il avait trouvé dans 13 cas d'adénome thyroïdien que la teneur en thyroxine était réduite proportionnellement à la teneur en iode total.

Il n'est pas inutile de rappeler ici à quel état se trouve l'iode dans la glande thyroïde : une faible partie, 2 % de l'iode total est sous forme d'iode lipidique non déterminée ; la plus grande partie est combinée aux protides. Si l'hydrolyse acide ne permet de retirer de la glande thyroïde qu'un produit iodé mal défini l'iodothyrine de Baumann, l'hydrolyse alcaline permet d'extraire une certaine quantité d'iode engagée dans une combinaison bien définie, la thyroxine acido-insoluble et une autre combinaison iodée, importante, la diiodotyrosine qui constitue la fraction iodée soluble dans les acides.

Il existe des relations indiscutables entre ces deux substances si bien que Harington pense que la diiodotyrosine ou iode acido-soluble est la substance mère de la thyroxine.

Nos recherches sur la teneur en iode total et en iode acido-insoluble après hydrolyse alcaline ont porté sur 37 goitres provenant de sujets présentant simultanément des troubles endocriniens ou indemnes de ceux-ci. Elles nous ont permis d'établir la teneur en iode total et la teneur en iode thyroxinien. Les échantillons étaient recueillis immédiatement après l'intervention : une faible partie en était prélevée pour l'estimation du tissu sec, tout le tissu restant a été traité par la méthode de Harington et de Randall, afin d'en déterminer la teneur en iode total et en iode acido-soluble après hydrolyse alcaline. Le dosage de l'iode a été pratiqué suivant la méthode de Fabre et Penau.

Nos résultats sont consignés dans le tableau suivant où se trouvent notées les caractéristiques anatomopathologiques du goitre après examen histologique : la teneur en extrait sec, en iode total pour 100 grammes d'extrait sec, en iode acido-soluble et acido-insoluble pour 100 grammes d'extrait sec, rapport de l'iode acido-soluble et acido-insoluble à l'iode total.

TABLEAU II

Caractéristique histo-pathologique et clinique	Poids du prélèvement	Extrait sec. p. 100	Iode total p. 100 sec.	Iode acido-solub. p. 100 g. secs.	Iode acido-insolub. p. 100 g. secs.	Iode acido-soluble p. 100 g. de	Iode acido-insoluble l'iode total.
A) GOITRES SIMPLES SANS TROUBLES ENDOCRINIENS.							
a) *Goitres colloïdes*	70	15,10	0,0084	»	»	»	»
	157	23,40	0,0400	0,0170	0,0230	42,5	57,5
à petites vésicules	310	36,60	0,0199	0,0135	0,0640	67,0	33,0
kystique	170	23,30	0,0627	0,0339	0,0288	54,0	46,0
	130	24,40	0,0086	0,0027	0,0058	32,0	68,0
	140	33,10	0,0170	0,0089	0,0081	52,3	47,7
	»	23,16	0,0054	0,0045	0,0009	83,3	16,7
b) *Goitres parenchymateux* :							
avec kyste hématique	90	31,60	0,1050	0,0520	0,0520	50,0	50,0
avec dégénérescence kystique et hypoplasie	75	22,31	0,0208	0,0114	0,0154	42,4	57,6
avec dégénérescence kystique	110	20,43	0,0049	0,0036	0,0013	72,8	27,2
à petits vésicules	140	20,30	0,0120	0,0091	0,0029	75,8	24,2
kystique	40	25,40	0,1205	0,0708	0,0497	58,7	41,3
scléreux	35	20,40	0,0287	0,0249	0,0038	86,8	13,2
c) *Goitres adénomateux simples* :							
adénome kystique	»	19,80	0,0620	0,0424	0,0196	68,5	31,5
adénome simple	»	24,73	0,1460	0,0800	0,0660	54,8	45,2
adénome simple	»	31,13	0,0675	0,0253	0,0422	37,5	62,5
adénome kystique	»	17,79	0,0536	0,0268	0,0268	50,0	50,0
adénome simple	»	18,32	0,0114	0,0041	0,0072	36,6	63,4
d) *Goitre scléreux* :							
avec légère hypoplasie myxœdémateuse.	47	26,00	0,1020	0,0876	0,0144	85,0	15,0
		20,85	0,0639	0,0327	0,0312	51,2	48,8
kystique	»	20,34	0,0430	0,0244	0,0186	56,7	43,3

Caractéristique histo-pathologique et clinique	Poids du prélevement	Extrait sec p. 100	Iode total p. 100 g. sec	Iode acido-soluble p. 100	Iode acido-insoluble sec	Iode acido-soluble p. 100 de l'iode total.	Iode acido-insoluble p. 100 de l'iode total.
B) GOITRES BASEDOWIFIÉS							
adénomateux	»	18,35	0,0570	0,0410	0,0160	71,9	28,07
d°	»	18,13	traces	traces	—	—	—
d°	»	20,40	0,0287	0,0269	0,0380	86,8	13,2
d°	»	23,46	0,0561	0,0316	0,0245	56,3	43,7
adénomateux avec tendance à la basedowification	60	29,70	0,1200	0,0860	0,0340	28,0	72,0
adénomateux avec hyperplasie basedowienne	30	27,00	0,1370	0,0210	0,1160	15,3	84,7
adénomateux avec légère hyperplasie basedowienne	15	25,10	—	0,0654	—	—	—
parenchymateux avec hyperplasie basedowienne	145	25,00	0,0910	0,0679	0,0131	74,6	25,4
colloïde avec légère hyperplasie basedowienne	17	25,3	0,1430	0,0750	0,0680	52,6	47,5
Goitres adénomateux	»	27,5	0,0533	0,0264	0,0269	49,5	50,5
Goitres adénomateux, végétations papilliformes nombreuses	»	17,27	0,1082	0,0888	0,0184	82,0	18,0
C) GOITRE EXOPHTALMIQUE VRAI (adénome diffus).							
adénomateux diffus	57	23,3	0,0465	0,0315	0,0150	67,7	32,3
adénomateux diffus		29,8	0,0641	0,0548	0,0093	85,5	14,5
D) GOITRE AVEC MYXŒDEME	113	10,3	0,0520	—	— —	—	—

Tels sont les chiffres observés pour chaque cas particulier. Pour les rendre plus compréhensifs, nous avons résumé dans le tableau suivant III les moyennes extrêmes des valeurs obtenues.

TABLEAU III

Teneurs moyennes en iode total et en iode thyroxinien du tissu thyroïdien pathologique.

	Nombre de cas	*Iode total* — Moyenne arithmétique des valeurs trouvées en p. 100 de tissu sec.	*Iode total* — Valeurs extrêmes des teneurs en iode total p. 100 de tissu sec.	*Iode thyroxinien* — (Moyenne) arithmétique des valeurs trouvées en p. 100 de l'iode total	*Iode thyroxinien* — Valeurs extrêmes des teneurs en iode thyroxinien (en p. 100 de l'iode total
A) *Goître sans troubles endocriniens* :					
a) goitres colloïdes	7	0,033	0,0084-0,1050	45,55	16,73-68,00
b) goitres parenchymateux	6	0,049	0,0049-0,1205	32,69	13,24-57,60
c) goitres adénomateux	5	0,068	0,011 -0,146	50,53	31,50-63,42
d) goitres scléreux	3	0,069	0,043 -0,102	35,70	15,00-48,83
B) *Goitre basedowifié*	11	0,090	0,053 -0,143	43,40	13,24-84,70
C) *Goitre exophtalmique vrai*	2	0,055	0,0465-0,0641	23,40	32,30-14,51
D) *Goitre avec myxœdème*	1	0,052	»	»	»

La conclusion qui se dégage de l'examen de ces résultats nous montre que de même que l'iode total, les valeurs en iode thyroxinien sont très variables dans les thyroïdes de goitreux simples ou basedowiens ; ces valeurs sont très faibles, surtout dans les goitres parenchymateux ; mais le fait n'est pas absolu, car dans certains cas elles sont aussi élevées que dans les glandes normales, quelle que soit la catégorie à laquelle appartient le goitre.

Ces conclusions nous forcent à admettre qu'il est impossible de faire état de la teneur en iode total ou thyroxinien pour juger de l'état fonctionnel d'une glande pathologique en présence de résultats aussi discordants.

Le fait est à noter parallèlement aux examens histologiques. Dans tous les cas cités ici, les coupes histologiques ont été pratiquées sur des fragments extrêmement étendus, de façon à avoir sous les yeux les différentes parties de la glande. Les examens ont montré dans la plupart des cas les aspects les plus divers se coudoyant, s'intriquant et s'entre-mêlant dans la même préparation, de sorte qu'il est de toute évidence que dans ces cas, les éléments thyroïdiens ont un potentiel d'absorption et de sécrétion différent, que l'évacuation de la sécrétion peut être modifiée, suivant le point de la glande considérée. La sécrétion totale qui en résulte paraît devoir être la résultante de ces états thyroïdiens complexes, existant côte à côte.

D'ailleurs les valeurs très voisines que nous constatons dans les glandes des hyperthyroïdiens et des goitres simples ne nous expliquent pas pourquoi des thyroïdes ayant la même teneur en iode amènent ou n'amènent pas des réactions biologiques identiques sur les animaux. Les modifications de la teneur en iode total ou thyroxinien ne résument donc pas la pathologie thyroïdienne.

BIBLIOGRAPHIE

BAUMANN, 1896, *Ztsch. fur physiol. Chem.*, 22, 1.
RIGGS et BEEBE, 1909, *Journ. biol. Chem.*, 6, 41.
MARINE et LENHART, 1909, *Arch. int. Med.*, 4, 440.
WEGELIN et ABELIN, 1921, *Arch. fur exp. Path. Pharmakol.*, 89 219.
ZUNZ, 1921, *Arch. Internat. Physiol.*, 16, 288.
TOBLER, 1924, *Mitt. Grenzgeb. Med. Chir.*, 37, 622.
JANSEN et ROBERT, 1927, *Deutscher Arch. Lkin. Med.*, 157, 224.
SAINTON et SIMONNET, 1930, *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 12, 773.
WEIR, 1925. *Amer. Journ. Med. Sc.*, 169, 860.
HARINGTON et RANDALL, 1929, *Quart. Journ. of Pharm. Pharmacol.*, 2, 50
FABRE et PENEAU, 1923, *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 5, 341.

Spécificité de la vagotonine

Par **D. SANTENOISE,**

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Nous sommes parvenu, par une longue série de recherches patiemment et minutieusement poursuivies, à établir que le pancréas sécrète et déverse dans l'organisme, concurremment à l'insuline, une autre hormone à laquelle nous avons donné le nom de vagotonine, en raison de l'importance de son action sur l'activité fonctionnelle du vague et du parasympathique.

L'individualité de c tte hormone est actuellement bien établie sur un grand nombre de preuves.

Elle se distingue, en effet, nettement, non seulement de l'insuline, mais encore de diverses autres substances que l'on peut extraire du pancréas, telles que la choline et ses dérivés, l'histamine, l'acide adénosine-phosphorique, l'angioxyl et la kallicréine, etc....

Preuves du caractère hormonal spécifique de la vagotonine

Si l'on peut obtenir, en partant du pancréas, un assez grand nombre de substances douées d'intéressantes propriétés pharmacodynamiques, il n'a pu être fait juqu'alors, la preuve de leur caractère hormonal, sauf pour l'insuline.

Nos recherches nous ont permis de démontrer expérimentalement que la vagotonine peut et doit être considérée comme une véritable hormone pancréatique au même titre que l'insuline.

En effet, l'ablation du pancréas est suivie d'une diminution de l'excitabilité réflexe vagale, que l'on peut rétablir soit par transfusion de sang efférent de la veine pancréatique d'un donneur vagotonique, soit par injection au chien préalablement dépancréaté d'une quantité suffisante de vagotonine.

De plus, on peut rértablir l'activité fonctionnelle des centres parasympathiques, modifiée à la suite de la pancréatectomie, par transfusion, non point seulement du sang efférent de la glande, mais encore du sang circulant fémoral ou carotidien d'un donneur vagotonique.

Toutes les conditions physiolgiques exigées par E. Gley pour reconnaître à une substance la qualité d'hormone sont donc remplies en ce qui concerne la vagotonine.

Des objections avaient pu être formulées parce que nous avions utilisé lors de nos premières recherches, comme test de l'activité réflexe pneumogastrique, le réflexe oculo-cardiaque, dont certains discutent la valeur et la précision

Ayant depuis utilisé, pour interroger l'activité réflexe vagale, l'effet cardio-modérateur du réflexe de Héring, nous avons vu se confirmer, de point en point, nos conclusions concernant la sécrétion par le pancréas d'une hormone régulatrice de l'activité réflexe vagale :

a) L'ablation du pancréas est rapidement suivie d'une diminution du réflexe de Héring et de l'excitabilité faradique du nerf de Héring ;

b) La transfusion de sang veineux pancréatique ou de sang circulant d'un donneur vagotonique, de même que l'injection de vagotonine, sont suivies d'un retour à une excitabilité réflexe normale.

De plus, ayant observé des faits analogues, non seulement pour l'effet cardio-modérateur du réflexe de Héring, mais encore pour l'effet dépresseur proprement dit, nous avons pu conclure que la vagotonine n'est pas seulement régulatrice de l'activité réflexe vagale mais encore de l'activité réflexe parasympathique en général.

Enfin, l'application à l'étude des réflexes végétatifs, des méthodes de Lapicque, nous a permis d'établir sur des preuves électro-physiologiques difficilement discutables, l'importance du rôle joué par le pancréas et la vagotonine sur la régulation de l'activité réflexe vagale et parasympathique.

Nous avons de plus précisé grâce à 'étude électro-physiologique des réflexes de Héring et de Cyon, chez des animaux normaux et dépancréatés, que le pancréas et la vagotonine exercent leur action spécifiquement sur les centres réflexes : en effet, l'ablation du pancréas, la transfusion du sang efférent du pancréas ou l'injection de vagotonine, ne sont suivies d'aucune modification notable de la chronaxie du nerf de Héring ni de la chronaxie du pneumogastrique. Par contre, après ablation du pancréas on note, avec généralement une certaine élévation du seuil, un accroissement notable du nombre des excitations nécessaires au déclenchement du réflexe. Inversement, l'injection de vagotonine ou la transfusion du sang efférent du pancréas sont suivies de modifications centrales tendant à rendre le réflexe peu ou non itératif.

Aucune de ces actions n'étant produite par l'insuline, ainsi que nous l'avons établi, il est légitime de conclure que le rôle régulateur exercé par le pancréas sur l'activité réflexe parasympathique doit être attribué à une hormone différente, qui est la vagotonine.

D'ailleurs un grand nombre d'autres preuves confirment la notion de la spécificité de la vagotonine.

Preuves chimiques et physico-chimiques de la spécificité de la vagotonine

Ayant pu obtenir en partant du pancréas un extrait vagotonisant très purifié et en particulier bien désinsulinisé, nous avons pu obtenir des preuves chimiques et physico-chimiques de l'individualité de la vagotonine.

A. L'examen des méthodes de préparation nous ayant permis d'obtenir la vagotonine suffit à éliminer l'attribution des effets physiologiques de la vagotonine à des corps comme la choline ou ses dérivés, l'histamine, l'acide adésine-phosphorique etc., dont les propriétés pharmacodynamiques donnent d'ailleurs lieu à des effets très différents de ceux que l'on obtient avec la vagotonine.

De plus, la réaction de Florence est toujours négative avec la vagotonine.

B. Nos techniques de préparation nous ayant permis d'obtenir de la vagotonine exempte d'insuline et de l'insuline exempte de vagotonine, nous avons pu préciser un certain nombre de caractères différentiels chimiques et physico-chimiques de ces deux hormones.

a) Lors de la première étape de préparation, (précipitation par le chloroforme) l'insuline est précipitée en majeure partie tandis que la vagotonine reste dissoute dans le liquide surnageant.

b) La vagotonine est peu soluble dans l'alcool à 80°, alors qu'à ce titre la solubilité de l'insuline est considérable.

c) Après lavage des extraits pancréatiques par l'alcool neutre ou acide à 80°, l'insuline se retrouve dans le liquide et la vagotonine dans les culots de centrifugation ;

d) La vagotonine en solution aqueuse paraît ne précipiter qu'en présence de traces d'électrolytes, alors qu'en solution aqueuse, l'insuline précipite régulièrement au point iso-électrique ;

e) Les sels neutres précipitent l'insuline et la vagotonine à des concentrations différentes. On peut ainsi, par des précipitations fractionnées successives, séparer les deux hormones.

f) L'insuline traverse aisément les bougies de porcelaine même assez dures, tandis que la vagotonine est, en majeure partie, retenue, pour le même pH de la solution.

g) Il en va de même pour les passages sur ultra-filtres : alors que l'insuline traverse aisément à pH 4,2 des membranes de collodion à K 1.500, la vagotonine ne traverse pour le même pH que des membranes à K 3.000.

h) La vagotonine résiste à un contact prolongé avec de la soude, alors que l'insuline purifiée est détruite et inactivée aux mêmes concentrations, mêmes températures et pour des contacts beaucoup moins longs.

Ces diverses propriétés chimiques et physico-chimiques nous autorisent à conclure à l'individualité de la vagotonine par rapport à l'insuline.

Preuves physiologiques de la spécificité de la vagotonine

L'étude des propriétés physiologiqnes et pharmacodynamiques de la vagotonine nous a permis de déterminer un certain nombre de propriétés de cette hormone établissant aussi nettement sa spécificité.

a) Action de la vagotonine sur le parasympathique.

L'injection de vagotonine est généralement rapidement suivie d'un accroissement de l'excitabilité réflexe et du tonus vagal. Ces modifications se traduisent par une augmentation du réflexe oculo-cardiaque, par un accroissement de l'effet cardio-modérateur du réflexe de Héring et du réflexe de Cyon, et souvent par un ralentissement net du rythme cardiaque.

La vagotonine exerce son action non seulement sur l'excitabilité réflexe vagale, mais accroît l'excitabilité réflexe parasympathique ainsi que le montre l'augmentation d'intensité des effets vaso-dépresseurs des réflexes de Héring et de Cyon.

La choline, l'acétylcholine, l'histamine, l'acide adénosine-phosphorique n'exercent aucune action comparable. Leur administration est généralement plutôt suivie d'une diminution de l'excitabilité réflexe parasympathique (diminution du R. O. C., diminution des réflexes de Héring et de Cyon).

Il en va de même pour divers extraits pancréatiques tels que l'angioxyl ou la kallicréine dont l'injection est aussi généralement suivie d'une diminution des effets réflexes vagaux et parasympathiques.

L'injection d'insuline, bien purifiée, et en particulier bien débarrassée de vagotonine, n'est jamais rapidement suivie d'une augmentation de l'excitabilité ou du tonus vagal. Au contraire, on note souvent, surtout avec des doses un peu fortes, une diminution rapide de l'excitabilité réflexe vagale.

L'analyse électro-physiolgique du mode d'action de la vagotonine nous a permis de constater qu'elle agit non point sur les voies afférentes ou les systèmes efférents, mais sur les centres et probablement sur les neurones d'association (aplatissement de la loi des nombres).

L'insuline, par contre, semble modifier, non point les centres, mais plus particulièrement les caractéristiques d'excitabilité du système pneumogastrique-cœur.

b) Action de la vagotonine sur le sympathique.

L'administration de la vagotonine est suivie, tardivement d'ailleurs, d'une diminution de l'excitabilité et du tonus sympathiques, traduite par une diminution du tonus des accélérateurs, une diminution du réflexe solaire, et une diminution du tonus vaso-constricteur.

Rapprochant ces faits des expériences de Heymans, de Héring et de Tournade, qui ont montré que l'excitation du nerf de Héring s'accompagnait d'une diminution du débit adrénalinique, nous pensons que la vagotonine facilite l'inhibition des centres adrénalino-sécréteurs.

Nous atttribuons la diminution de l'excitabilité sympathique à la diminution de l'adrénalinémie physiologique.

Or, avec l'insuline, on observe des réactions bien différentes du système sympathique. Cannon a montré que l'injection d'insuline était suive d'une augmentation de l'excitabilité du système sympathique. Houssay et Molinelli ont, de leur côté, montré par la méthode des anastomoses que l'injection d'insuline était suivie d'une décharge d'adrénaline.

c) Action de la vagotonine sur la pression artérielle

L'injection de vagotonine intra-veineuse ou sous-cutanée, est suivie d'une chute lente et progressive de la pression artérielle. Quelles que soient les doses que l'on emploie, on n'obtient jamais de chute brusque ; de plus, l'abaissement de pression consécutif à l'injection de vagotonine n'est jamais suivi d'hypertension réactionnelle.

Nous avons montré que l'hypotension consécutive à l'administration de vagotonine était due à l'accroissement de la puissance de freinage des réflexes dépresseurs issus des zones réflexogènes carotidiennes et aortiques, ainsi qu'à la diminution du tonus vaso-constricteur.

Par ses caractères, et son mécanisme, l'hypotension consécutive à l'administration de vagotonine, se distingue nettement de l'hypotension consécutive à l'administration, soit de substances chimiquement définies telles que la choline, l'histamine, l'acide andénosine-phosphorique, soit de la peptone, soit des extraits d'organe en général, soit de certains extraits pancréatiques hypotenseurs comme l'extrait pancréatique de Gautrelet, l'extrait de Farini-Roncato, les extraits pancréatiques de Noyons, les extraits pancréatiques insuliniens, l'extrait pancréatique désinsuliné de Gley et Kisthinios ou la kallicréine de Frey et Kraut, etc...

En effet, les hypotensions obtenues avec ces diverses substances sont immédiates, brutales et souvent suvies d'hypertension réactionnelle.

De plus, la vagotonine agit toujours par l'intermédiaire du système nerveux parasympathique ; son action hypotensive est empêchée par l'injection préalable de doses faibles d'atropine.

Par contre, les substances précitées semblent avoir un point d'attaque purement périphérique.

Enfin, la vagotonie possède un pouvoir hypoglycémiant propre que ne possèdent pas les substances hypotensives extraites du pancréas.

d) ACTION DE LA VAGOTONINE SUR LE MÉTABOLISME DES HYDRATES DE CARBONE.

L'administration de vagotonine est toujours suivie, chez l'animal, dont le vague a répondu à la vagotonine, d'un enrichissement du foie en glycogène.

L'administration d'insuline proprement dite est généralement rapidement suivie d'un appauvrissement du foie en glycogène (Mac Cormick et Macleod, Dudley et Marrian, Laufberger, Bodo et Marks, Bürger et Kramer, Cori, Collins et Murlin, Rathery et Kourilski, etc.)

La vagotonine possède un pouvoir hypoglycémiant propre que l'on peut mettre en évidence à l'aide d'extraits pancréatiques vagotonisants désinsulinés par lavages à l'alcool, par ultra-filtrations, par précipitations fractionnées, par traitement à la soude.

L'action hypoglycémiante de la vagotonine désinsulinée, est généralement progressive et d'assez longue durée mais relativement peu intense, ne dépassant pas une limite compatible avec l'exercice normal des fonctions organiques.

L'action hypoglycémiante de l'insuline est, par contre, rapide, et intense, mais d'assez courte durée chez les animaux en bon état de nutrition, à réserves hydro-carbonées normales.

L'action hypoglycémiante de la vagotonine ne se manifeste avec toute son intensité que chez les animaux dont les vagues sont intacts et dont les centres parasympathiques ont répondu à l'action vagotonisante de l'hormone.

L'action hypoglycémiante de l'insuline, au contraire, se manifeste indépendamment de l'activité fonctionnelle vagale : elle est souvent même plus accentuée (probablement par suite de la disparition de la réserve glycogénique hépatique) chez les animaux à vagues coupés.

e) CONDITIONS D'ACTION DE LA VAGOTONINE.

Les caractères et l'intensité de l'action physiologique de l'insuline paraissent assez étroitement liés à la dose administrée, tandis qu'il ne semble pas en être exactement de même pour la vagotonine : une fois atteint un certain seuil, variable suivant les animaux, l'accroissement des doses de vagotonine ne semble pas suvi de l'accroissement de l'intensité de l'action pharmacodynamique de la vagotonine mais seulement de sa durée.

Les caractères individuels des sujets, l'état humoral, et l'état fonctionnel des centres nerveux paraissent conditionner la réponse à la vagotonine beaucoup plus que la quantité d'hormone administrée.

La vagotonine semble en particulier inefficace chez les sujets en acidose et acétonuriques.

L'administration de la vagotonine par voie entérale (duodénum ou rectum) est efficace, suvie d'une augmentation du R. O. C., d'un ralentissement du rythme cardiaque et d'une diminution du taux de la glycémie, alors qu'il est admis par la plupart des auteurs que l'insuline administrée par voie digestive est inefficace.

***

Telles sont très brièvement résumées les propriétés physiologiques et pharmacodynamiques de la vagotonine ainsi que les principaux caractères différentiels existant entre cette hormone pancréatique et diverses substances auxquelles on pourrait attribuer certaines des actions produites par son administration.

Nous n'avons pu, dans le présent article, entrer dans le détail des recherches qui ont abouti à ces résultats. C'est pourquoi nous joignons les références biblographiques des principales publications parues sur le sujet.

Nous pensons que ces recherches offrent non seulement un intérêt théorique concernant la physiologie du pancréas, la régulation du système nerveux de la vie végétative et le métabolisme des hydrates de carbone, mais permettront deplus des applications thérapeutiques dans certaines affetions dans lesquelles sont perturbés des mécanismes physiologiques influençables par la vagotonine.

BIBLIOGRAPHIE

D. SANTENOISE et J. TINEL. — Glycosurie alimentaire et système neurovégétatif. *C. R. Soc. Biol.*, 16 juin 1923, t. LXXXIX, p. 148.

J. TINEL et D. SANTENOISE. — Rôle de l'équilibre vago-sympathique dans quelques processus de pathologie générale. *XVII*e *Congrès français de médecine*, Bordeaux, 27-29 septembre 1923.

L. GARRELON et D. SANTENOISE. — Action de l'insuline sur l'excitabilité du pneumogastrique. *C. R. Soc. Biol.*, 23 février 1924, t. XC, p. 470.

L. GARRELON, A. LE GRAND et D. SANTENOISE. — Action du pancréas sur le tonus et l'excitabilité du pneumogastrique (note préliminaire) *C. R. Soc. Biol.*, 14 novembre 1925, t. XCIII, p. 1239.

P. MENUAU. — Contribution à l'étude de la glycosurie alimentaire, p. 1239. (Rôle du tonus végétatif). *Thèse*, Legrand édit.

D. SANTENOISE, A. LEGRAND et M. VIDACOVITCH. — Rôle du pancréas dans l'hypervagotonie. Essai d'applications thérapeutiques dans quelques psychoses et névroses. *Soc. de Psychiatrie*, 18 mars 1925. *Encéphale*, 1926, n° 4, p. 280.

D. SANTENOISE. — Recherches expérimentales sur les rapports fonctionnels du pneumogatrique et des glandes endocrines, pancréatiques et thyroïdiennes. *Mémoire présenté par l'Agrégation de Physiologie*, 1926.

D. SANTENOISE. — Considérations physiologiques sur la notion de vagotonie *Réunion neurologique annuelle*, 2 juin 1926. *Revue neurologique*, t. 1, n° 6.

L. GARRELON, D. SANTENOISE et A. LE GRAND. — Sécrétine et sécrétion interne vagotonisante du pancréas. *C. R. Soc. Biol.*, 23 octobre 1926, t. XCV, p. 1022.

D. SANTENOISE. — Pneumogastrique et glandes endocrines, 1927, Legrand édit.

D. SANTENOISE. — Pancréas et activité cérébrale. *Société de Psychiatrie*, 18 octobre 1928.

D. SANTENOISE, G. FUCHS, G. et P. VARE, H. VERDIER, M. VIDACOVITCH, DELOW et GROSPERRIN. — Démonstration de physiologie nerveuse. *Soc. de Psychiatrie*, 22 novembre 1928. *Encéphale*, 1928, n° 10, p. 951.

G. FUCHS, L. GARRELON, D. SANTENOISE, M. VIDAÇOVITCH. — Nouvelles recherches sur l'action vagotonisante de l'insuline. *C. R. Soc. Biol.*, 8 décembre 1928, t. XCIX, p. 1780.

D. SANTENOISE, P. VARE, H. VERDIER, M. VIDACOVITCH. — Recherches sur la régulation de l'activité fonctionnelle de l'aire psychomotrice par certaines glandes endocrines. *Encéphale*, 1er janvier 1929, n° 1, p. 50;

D. SANTENOISE, P. VARE, H. VERDIER, M. VIDACOVITCH. — Pancréas et activité cérébrale. *Acad. de médecine*, 22 janvier 1929, t. CI, p. 111.

L. GARRELON, D. SANTENOISE, H. VERDIER, M. VIDACOVITCH. — Pancréas et excitabilité pneumogastrique. *Acad. des sciences*, 20 janvier 1930, t. CXC, p. 213.

D. SANTENOISE, H. VERDIER, M. VIDACOVITCH. — Vagotonine pancréatique et glycogène hépatique. *C. R. Acad. des sciences*, 24 février 1930, t. CXC, p. 519.

T. BRIEU, G. FUCHS, D. SANTENOISE, M. VIDACOVITCH. — Tonus vagal et glycémie *C. R. Soc. Biol.*, 1er avril 1930, t. CIII, p. 1245.

H. VERDIER. — Insuline et excitabilité réflexe des centres pneumogastriques. *Thèse*, Legrand éd., 1930.

D. SANTENOISE. — Sécrétion par le pancréas d'une hormone vagotonisante (vagotonine) différente de l'insuline *C. R. Soc. Biol.*, 3 juin 1930, t. CIV, p. 765.

D. SANTENOISE, H. VERDIER, M. VIDACOVITCH. — Vagotonine et glycogène hépatique *C. R. Soc. Biol.*, 3 juin 1930, t. CIV, p. 770.

D. SANTENOISE, H. VERDIER, M. VIDACOVITCH. — Insuline et glycogène hépatique *C. R. Soc. Biol.*, 3 juin 1930, t. CIV, p. 773.

T. BRIEU, G. FUCHS, M. VIDACOVITCH. — Action de la vagotonine sur la glycémie. *C. R. Soc. Biol.*, 3 juin 1930, t. CIV, p. 768.

D. SANTENOISE, H. VERDIER, M. VIDACOVITCH. — Isolement d'une nouvelle hormone pancréatique régulatrice de l'activité vagale (vagotonine). *Revue française d'endocrinologie*, juin 1930, t. VIII, n° 3.
H. PENAU, D. SANTENOISE. — Isolement et préparation de la vagotonine. *Acad. des sciences*, 18 août 1930, t. CLXXXXI, p. 342.
D. SANTENOISE. — La dualité hormonale de la sécrétion interne glyco-régulatrice du pancréas. *Presse Médicale*, 12 novembre 1930, n° 91.
P. LOUYOT. — Premières recherches cliniques sur l'action hypoglycémiante de la vagotonine., *Thèse*, 1930, Nancy.
D. SANTENOISE, P. LOUYOT et M. VIDACOVITCH. — Application de la vagotonine au traitement du diabète. Académie de médecine, 10 février 1931.
D. SANTENOISE, T. BRIEU, G. FUCHS, P. LOUYOT, M. VIDACOVITCH. — Premiers résultats obtenus chez certains diabétiques par l'association de la vagotonine à l'insuline. *Revue française d'endocrinologie*, août 1931, t. IX, n° 4.
J. MASSOULIER. — Contribution à l'étude de l'action de la vagotonine sur le pneumogastrique. *Thèse*, 1931, Paris.
Fr. RATHERY et M. DEROT. — Essai clinique de la vagotonine de Santenoise chez les diabétiques. *Société médicale des hôpitaux*, 30 octobre 1931.
E. ZUNZ. — Action de l'insuline sur la teneur du sang en glutathion réduit. *C. R. Soc. Biol.*, 18 juillet 1931, t. XCVIII, p. 223.
E. ZUNZ. — Influence de la vagotonine sur la teneur du sang en glutathion réduit. *C. R. Soc. Biologie*, avril 1932, t. CX, p. 93.
D. SANTENOISE. — Individualité hormonale de la vagotonine. *C. R. Acad. des sciences*, 8 février 1932, t. CLXXXXIV, p. 572.
L. MERKLEN, D. SANTENOISE, M. VIDACOVITCH. — Action de la vagotonine sur le réflexe dépresseur de Cyon. *C. R. Soc. Biol.*, 20 février 1932, t. CIX, p. 542.
D. SANTENOISE, T. BRIEU, G. FUCHS, M. VIDACOVITCH. — Sur l'action hypoglycémiante propre de la vagotonine. *C. R. Acad. de médecine*, 1er mars 1932, t. CVII, n° 9, p. 302.
D. SANTENOISE, G. FUCHS, L. MERKLEN, M. VIDACOVITCH. — Efficacité de la vagotonine par voie entérale. *C. R. Soc. Biol.*, 15 mars 1932, t. CIX, p. 1201.
D. SANTENOISE, G. FUCHS, M. VIDACOVITCH. — Action de la soude sur la vagotonine *C. R. Soc. Biol.*, 15 mars 1932, t. CIX, p. 1203.
D. SANTENOISE, L. MERKLEN, Y. PORC'HER, M. VIDACOVITCH. — Vagotonine et excitabilité réflexe cardio-modératrice. *C. R. Soc. Biol.*, 15 mars 1932, t. CIX, p. 1197.
D. SANTENOISE, G. FUCHS, STANKOFF, M. VIDACOVITCH. — Synergie fonctionnelle glyco-régulatrice de l'insuline et de la vagotonine. *C. R. Acad. de médecine*, 23 mars 1932.
JOCCOTON. — Contribution à l'étude de l'administration des hormones pancréatiques par la voie entérale. *Thèse*, Paris 1932.
L. GARRELON et T. GALIET. — Variations du taux du glutathion dans le sang sous l'influence d'injections de vagotonine. *C. R. Soc. Biol.*, 16 avril 1932, t. CIX, p. 1195.
D. SANTENOISE, C. FRANCK, L. MERKLEN, M. VIDACOVITCH — Vagotonine et hypertension adrénalinique. *C. R. Soc. Biol.*, 19 avril 1932, t. CX, p. 82.
D. SANTENOISE, L. MERKLEN, Y. PORC'HER, M. VIDACOVITCH. — Vagotonine et pression artérielle. *C. R. Soc. Biol.*, 19 avril 1932, t. CX, p. 84.
D. SANTENOISE, L. MERKLEN, Y. PORC'HER, M. VIDACOVITCH. — Action de la vagotonine sur le système nerveux végétatif parasympathique et sympathique chez l'homme. *C. R. Soc. Biol.*, 24 mai 1932, t. CX, p. 617.
D. SANTENOISE. — Mise en évidence et isolement de la vagotonne. *C. R. Acad. de médecine*, 31 mai 1932.
D. SANTENOISE, C. FRANCK, L. MERKLEN. M. VIDACOVITCH. — Action de la vagotonine sur le tonus vasculaire. *C. R. Soc. Biol.*, 14 juin 1932, t. CX, p. 1169.
D. SANTENOISE, C. FRANCK, L. MERKLEN, M. VIDACOVITCH. — Vagotonine et effets dépresseurs des réflexes de Cyon et de Héring. *C. R. Soc. Biol.*, 14 juin 1932, t. CX, p. 1171.
H. BENARD et F. P. MERKLEN. — Vagotonine et nerf de Héring. *C. R. Soc. Biol.*, 18 juin 1932, t. CX, p. 521.
D. SANTENOISE et H. PENAU. — Sur la préparation de la vagotonine. *C. R. Acad. de médecine*, 21 juin 1932.
D. SANTENOISE, C. FRANK, L. MERKLEN, M. VIDACOVITCH. — Vagotonine et régulation de la pression artérielle. *C. R. Acad. de médecine*, 1932.
D. SANTENOISE, V. BONNET, A. RICHARD et M. VIDACOVITCH. — Etude électrophysiologique de l'action de la vagotonine sur l'excitabilité réflexe parasympathibqnue *C. R. Soc. Biol.*, 15 octobre 1932.

Le prolandiagnostic de la grossesse

Par

Henri VIGNES et **Jacques LEMANT**

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX DE PARIS

INTERNE
DES HÔPITAUX DE PARIS

Depuis les travaux qui ont permis à PIERRE MARIE de rattacher l'acromégalie aux lésions de l'hypophyse ou, plus exactement, de son lobe antérieur, on a compris que cette glande exerce un effet sur la croissance : son insuffisance est apparue comme étant la cause de certains nanismes et sa suractivité comme étant la cause de certains gigantismes localisés ou généralisés. Cette notion a été précisée par T. BRAILSFORD ROBERTSON : l'action de l'hypophyse sur la croissance est une activation ; elle s'exerce seulement pendant les périodes où, normalement, il se produit dans un organe ou un système d'organe un processus de croissance. Au même titre qu'elle favorise la croissance de n'importe quel organe, elle peut favoriser la croissance des organes génitaux et elle le fait, semble-t-il, en particulier, toutes les fois qu'il y a une poussée de croissance, ce qui est le cas, chaque mois, pour la maturation du follicule ou, ce qui est le cas à la puberté, ou encore, ce qui est le cas pendant la grossesse.

Mais, à cette notion d'une activation banale, est venue s'ajouter la notion d'une activation spécifique. CUSHING et GOETSCH, sont, à ma connaissance, les premiers à avoir soutenu cette théorie, qui se fondait sur les constatations anatomo-cliniques faites au cours de la dystrophie adiposo-génitale de FRŒHLICH et sur l'atrophie extrême des organes génitaux après hypophysectomie. Cette notion a été consolidée et amplifiée par les travaux de SMITH et ENGLE (1) et par ceux d'ASCHHEIM et ZONDEK.

La méthode générale de ces chercheurs a consisté à faire une opothérapie préhypophysaire intense par l'implantation répétée de petits fragments de préhypophyse. Voici comment on peut résumer leurs observations et leurs théories :

Premier point: l'ovaire (et le placenta) est l'excitant spécifique des voies génitales, il déclanche l'hypérémie salpingo-utéro-vaginale et le rut chez la souris castrée.

Deuxième point: l'ovaire ne peut entrer automatiquement en activité, l'injection d'extrait ovarien n'est pas excito-ovarienne.

Troisième point: ni la thyroïde, ni le thymus, ni l'hypophyse, ni la cortico-surrénale, ni la médullo-surrénale, ni le lobe postérieur de l'hypophyse, ni l'introduction parentérale

(1) PHILIP E. SMITH et EARL T. ENGLE. — Experimental evidence regarding the role of the anterior pituitary in the development and regulation of the genital system. *Americ. journal of Anatomy*, 1927. t. XL. p.159, — E. T. ENGLE. — Pregnancy following super-ovulation in the Mouse. *Proc. of the Soc. for . exp. Biol. and. Med.* 1927, t. XXV, p. 84. — E. T. ENGLE. — Gonad-stimulating hormone of anterior pituitary and betero. sexual ovarian grafts. *Proc. of Soc. for exp. Biol. and. Med.* 1927, t. XXV-p. 83.

d'albumine n'ont le pouvoir de déclancher dans l'ovaire le cycle ovulaire.

Quatrième point: le lobe antérieur de l'hypophyse déclanche le cycle ovulaire, il provoque la puberté précoce chez la femelle impubère (même s'il s'agit d'une glande prélevée chez un mâle ou chez une femelle après la ménopause) ; il peut amener la maturation simultanée d'un nombre considérable de follicules avec ovules susceptibles d'être fécondés (1).

Cinquième point: l'implantation de préhypophyse ne détermine ni rut, ni puberté précoce chez l'animal castré : l'ovaire est, donc, un élément intermédiaire indispensable.

Il y a, donc, une action spécifique de l'incrétion préhypophysaire sur l'ovaire. L'ovaire ne peut déclancher son propre fonctionnement et c'est l'hypophyse qui est le moteur habituel de l'ovaire, les autres causes de mise en train de l'ovaire étant des causes accidentelles.

Dans les expériences ultérieures, ZONDEK et ASCHHEIM ont précisé que l'extrait hypophysaire exerçait sur l'ovaire trois effets : 1° maturation du follicule et apparition d'une cavité folliculaire ; 2° hypérémie du follicule ; 3° apparition des corps jaunes. Ils ont supposé alors (et la plupart des auteurs admettent avec eux) l'existence de deux hormones génitales, le prolan I qui est l'excitant du stade folliculaire et le prolan II qui est l'excitant du stade lutémique (2), ces deux substances étant, d'ailleurs, difficiles à isoler l'une de l'autre (3).

A ces notions est venue s'ajouter la constatation d'un effet analogue sur les organes génitaux mâles, constatation due à FELS et à STEINACH et KUN, c'est à savoir que l'hypophyse exerce une action assez comparable sur le testicule : le tissu interstitiel augmente d'importance sous l'influence des implants et, par l'intermédiaire de cette hypertrophie testiculaire, il se produit une hypertrophie des voies génitales mâles.

***

On en vient ainsi à l'hypothèse qu'il existe plusieurs hormones hypophysaires, cinq au moins.

La *première* est l'hormone de croissance (4). Cette hormone de croissance serait différente des hormones génitales : H. M. EVANS et M. E. SIMPSON ont démontré même qu'elle serait antagoniste. Quand les secondes entrent en jeu, la première est inhibée et, réciproquement, l'injection de la première à forte dose inhibe les secondes. Les extraits alcalins d'hypophyse seraient riches en hormone de croissance et les extraits acides en hormones génitales. L'hormone de croissance serait produite par les cellules éosinophiles et l'hormone génitale par les cellules basophiles. De même, ZONDEK n'a pu stimuler la croissance par son prolan (1).

La *deuxième hormone* hypophysaire déclanche la première phase de l'activité ovarienne, caractérisée par l'élaboration de folliculine qui aboutit à la kératinisation de l'épithélium vaginal (prolan A).

La *troisième hormone* hypophysaire déclanche la lutéinisation et l'aptitude à la nidation (prolan B).

Une *quatrième hormone* a été signalée par ARON et par CREW et WISNER (2) : elle aurait pour effet de favoriser l'activité thyroïdienne.

Une *cinquième hormone* agirait sur le métabolisme. On a décrit sous le nom d'action dynamique spécifique l'élévation du M. B. après un repas d'épreuve : or, l'extrait du lobe antérieur augmente cette élévation.

Cette multiplicité d'hormones me laisse rêveur et je ne puis m'empêcher de croire à une hormone unique qui activerait des phénomènes déjà déclanchés, d'une manière absolument non spécifique, ou qui agirait de façon différente suivant différents mordançages par d'autres substances actives. Mais ce n'est point le moment de discuter cette hypothèse et l'hypothèse contraire.

***

L'intérêt théorique de ces faits se renforce d'une application pratique extrêmement intéressante due à ASCHHEIM et ZONDEK (3), c'est à savoir que l'on trouve une substance ressemblant singulièrement à l'hormone hypophysaire dans le sang (4) et dans l'urine de la femme enceinte et que le dosage de cette substance par les procédés biologiques exposés plus loin, permet de dire si une femme est enceinte ou non.

Nous allons exposer la technique et les résultats des diverses réactions fondées sur ce procédé : réaction de Z. et A. où le réactif est l'ovaire de la souris impubère, réaction de BROUHA, HINGLAIS et SIMONNET, où le réactif est la vésicule séminale du souriceau impubère, réaction de FRIEDMAN où le réactif est l'ovaire de la lapine adulte.

Réaction de la souris impubère (5)

Le *principe de la réaction* est de provoquer la puberté chez une femelle impubère.

L'*animal employé* est la souris femelle impubère âgée de

(1) Du même ordre d'idées sont d'autres actions des implants hypophysaires : les greffons empêchent l'atrophie par hypophysectomie (SMITH et ENGLE) ; les greffons hypophysairesassociés aux greffons ovariens favorisent la greffe ovarienne. (ENGLE) ; les greffons peuvent provoquer la maturation ovulaire malgré la gestation (ZONDEK et ASCHHEIM) ou malgré l'hibernation (LÖWE). Les extraits acido-alcooliques de lobe antérieur d'hypophyse de bœuf déterminent l'ovulation chez la lapine hypophysectomidée par décébration, chez la lapine en état oestral de pseudo-gestation, chez la lapine impubère. (HILL et PARKES). Studies on ovulation : induction of ovulation in the hypophysectomized rabbit by administration of anterior lobe extracts. *J. of Physiol.* t. LXXI, 1931, p. 36.)

(2) Pour ZONDEK (Uber die Hormone des Hypophysenvorderlappens. I. Wachstumshormon, Folikelreifungshormon. (Prolan A), Luteinisierungshormon (Prolan B), Stoffwechselhormon. *Klinische Wochenschrift*, t. IX, 8 février 1930), l'unité-rat de prolan A est la quantité qui, répartie en six doses, au cours de 36 heures, est juste suffisante pour obtenir en 100 heures, l'apparition, chez un rat femelle infantile, de la maturation du follicule et l'unité-souris du prolan B est la quantité qui, répartie en six doses, au cours de 36 heures, est juste suffisante pour obtenir en 100 heures, l'apparition, chez une souris de corps jaune.

(3) Pour A. MAHNERT (Ueber die Wirkung des Vorderlappenhormons. Prolan auf die Ovarien Infantiler Nager. *Zentralblatt fur Gynakologie* t. LIV, n° 28 ; 12 juillet 1930), le prolan ne provoque pas une vraie maturité sexuelle précoce, les animaux ainsi traités ne sont pas fécondables ; il y a suractivité momentanée des follicules puis dégénérescence lutéinique sans formation de corps jaune.

(4) BRAILSFORD ROBERTSON qui l'avait déjà étudiée a démontré à nouveau l'action de cette hormone en 1925 : il a obtenu par son injection une accélération de la croissance d'abord et ensuite un excès de croissance. Entre temps, en 1921, EVANS et LONG avaient réalisé de tels excès de croissance. H. M. TEEL et CUSHING (Propriétés physiologiques des extraits préhypophysaires, provoquant la croissance. *Endocrinology*, tome XIV, n° 5, juin 1930), par l'emploi d'extraits hypophysaires, ont obtenu, chez le chien, un état semblable à l'acromégalie humaine, s'accompagnant d'une splanchnomégalie remarquable à prédominance génitale. Ils ont précisé chez ces animaux, le métabolisme de l'azote, du phosphore, du calcium, de l'eau et le métabolisme basal : l'injection d'extrait détermine une chute de l'azote non protéinique du sang liée à la fixation de l'azote par les tissus, une rétention de phosphore, une excrétion de calcium et une diminution des échanges respiratoires.

(1) P. V. BOTCHKAREFF et A. P. PRÉOBRAJENSKY (L'hormone hypophysaire de Zondek exerce-t-elle une action sur le développement de l'organisme ? *Endocrinology*, tome XIV, n° 3, juin 1930) arrivent aux mêmes conclusions. NEUMANN et PETER sont arrivés à cette même conclusion, en constatant que l'injection de 50 unités souris d'hormone préhypophysaire inhibait la croissance des animaux mâles, retardait la maturation des organes génitaux et l'apparition de la fonction génitale. Par contre, les vésicules séminales seraient plus grosses. (*Zentralblatt fur Gynäkologie*, tome LVI, n° 12, 2 janvier 1932.)

(2) F. A. E. CREW et B. P. WISNER, *British Medical journal*, 26 avril 1930. Par ailleurs, JOS. SCHOCKAERT (de Louvain) a constaté qu'une injection d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse de bœuf à des jeunes canards, répétée quatre à huit jours, amène une diminution notable du poids des lobes thymiques. (*Soc. Belge de biologie*, séance du 27 septembre 1930.)

(3) Il faut louer très haut l'intuition géniale de ZONDEK et ASCHHEIM et la patience méthodique avec laquelle ils ont mené leurs travaux. Sans doute, aussi, faut-il louer l'esprit de recherches dont fait preuve l'obstétrique et la gynécologie allemande ; car elle est plus fructueuse qu'une certaine paresse intellectuelle et un certain scepticisme qui se pare, à tort, du vocable d'esprit critique.

(4) K. EHRHARDT (Contribution à la réaction du lobe antérieur de l'hypophyse, principalement en ce qui concerne le diagnostic de la gestation par la réaction d'Aschheim- Zondek *Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 44, 29 octobre 1929, p. 2044) a constaté que l'hormone se retrouve dans le liquide d'exsudat provoqué par une vésicatoire et que le liquide céphalo-rachidien, même celui des femmes enceintes n'en contient pas. Cependant, avec le liquide céphalo-rachidien de trois éclamptiques, il a constaté la réaction.

(5) On réserve, plus particulièrement, le nom de réaction de Z. et A. à cette technique.

trois semaines, pesant sept à huit grammes (au delà de neuf grammes, les souris sont pubères et présentent des follicules ; au-dessous de sept grammes, elles supportent mal l'injection). La puberté de la souris a lieu vers la cinquième ou sixième semaine, alors que l'animal pèse douze grammes. Le maximum de huit grammes donne toute garantie contre les écarts maxima par rapport au poids moyen. Les souris de moins de six grammes sont trop infantiles pour être employées et, de plus, elles supportent mal l'injection.

Pour obtenir des résultats variables, il faut employer des animaux de même poids et ne pas dépasser le poids maximum de huit grammes. Or, il est nécessaire, pour satisfaire à cette condition, d'avoir un élevage important (1). Je sais pertinemment que les résultats déconcertants, fournis par certains laboratoires (du commerce ou des hôpitaux) tiennent à l'insuffisance des élevages.

Le nombre d'animaux qu'il faut employer est de cinq. C'est un point sur lequel Z. et A. ont insisté et la plupart des auteurs qui ont une réelle expérience de la réaction ont confirmé l'importance de ce détail. Il faut employer cinq souris pour s'assurer contre le risque de mort par intoxication (2) et contre le risque de non-sensibilité à la réaction (les différences individuelles étaient très grandes).

Préparation du liquide. — L'urine à injecter est l'urine du matin en raison de sa concentration élevée en hormone (3). On peut employer l'urine en nature, le procédé entraîne une mortalité par intoxication, qui n'est pas négligeable. Aussi Zondek conseille-t-il d'agiter l'urine avec de l'éther ou de filtrer au Berkefeld.

D'autre part, comme la réaction est particulièrement belle chez les diabétiques gestantes, il ajoute 3 % de sucre à l'urine ce qui permettrait une réponse vingt-quatre heures plus tôt.

La *dose* employée est de 0,2 à 0,4 cc., elle est répétée matin et soir pendant trois jours (quantité notable 1,2 cc. à 2,4 cc).

L'animal est sacrifié au sixième jour, c'est-à-dire quarante-huit heures après la dernière injection. Il arrive que la réaction ait pu être obtenue de façon plus précoce ; par exemple, Hirsch-Hoffmann a eu des résultats dès la vingt-huitième heure (4). Mais ceci est inconstant et il est imprudent de sacrifier trop tôt les animaux, si l'on veut être sûr du résultat.

Le test consiste à apprécier (à l'œil nu ou à la loupe, ou au microscope) la réaction des ovaires. On peut observer trois réactions :

réaction I : maturation des follicules, qui, si elle est seule observée, ne permet pas d'affirmer la grossesse ;

réaction II : hémorragie des follicules, qui se présente sous forme de tâches purpuriques et qui permet d'affirmer la grossesse ;

réaction III : production de corps jaunes, qui se traduit par l'apparition de tâches jaunâtres qui permet d'affirmer la grossesse, mais qui n'est pas indispensable.

Souvent, l'examen à l'œil nu suffit pour apprécier la réaction. S'il y a un doute, on examinera des coupes microscopiques en série. Pour éviter inclusion et coupe, on a proposé d'écraser l'ovaire entre lame et lamelle dans la glycérine, avant de pratiquer l'examen microscopique.

Il suffit qu'un seul animal donne la réaction II ou la III pour que le résultat soit considéré comme positif. En effet, Z. et A. sont partis de la constatation qu'aucune substance autre que le prolan II n'est capable de provoquer l'ovulation et la lutéinisation.

Accessoirement, on constate une réaction des voies génitales due à l'action de la folliculine : hyperémie des trompes et de l'utérus, disparition des graisses utérines, hypertrophie des muqueuses, épaississement et kératinisation du vagin.

La réaction apparaît habituellement à la sixième semaine, mais elle peut être plus tardive, et, aussi, plus précoce : par exemple, Liese et Auer ont eu un résultat positif, confirmé par l'évolution ultérieure, dès le vingt-huitième jour après les règles et E. von Ammon (1) dès le vingt-sixième jour.

En principe, il ne faut pas s'étonner si l'on a des résultats négatifs à la cinquième semaine et E. von Ammon, sur 79 grossesses à l'extrême début, a seulement obtenu 72 réponses exactes.

La réaction persiste une semaine environ après l'accouchement ou après la mort *in utéro.*

On a proposé un certain nombre de modifications techniques dans l'esprit d'abréger le temps nécessaire pour obtenir une réponse. Robert T. Frank injecte, respectivement, 0,2 cc., 0,25, 0,35 et 0,4 cc. à quatre souris : deux injections le premier jour, trois le second et une le troisième ; il sacrifie les animaux le quatrième (2).

Ehrhardt a cherché à abréger la durée de la réaction en modifiant les circonstances physiologiques du fonctionnement ovarien :

1° étant donné que la pulpe splénique possède des propriétés inhibantes à l'égard du développement des caractères sexuels primaires et secondaires, il a recherché si la splénectomie fait apparaître plus vite la réaction ; les résultats ont été négatifs ;

2° il a supprimé un ovaire pour voir si l'hormone agirait plus efficacement sur l'ovaire restant ; résultats négatifs ;

3° l'ablation totale de l'utérus sans l'ovaire a, par contre, une influence empêchante sur l'apparition de la réaction ;

4° l'élévation de la température extérieure n'a pas raccourci le temps nécessaire pour obtenir un résultat ;

5° des greffes de lobe antérieur ou des injections d'extraits de lobe antérieur faites au même moment que des injections d'autres hormones ont donné des résultats, dont on ne peut tirer des conclusions utilisables ;

6° l'extrait d'ovaire inhibe la réaction ;

7° l'injection d'une grande quantité d'urine n'a pas d'influence sur la réaction.

Heinz Küstner, pour raccourcir la durée de la réaction, soumet les souris à des lumières de diverses longueurs d'onde, en les faisant vivre dans des caisses bleues, vertes, oranges et rouges. Il faut mettre, les quelques jours précédant l'épreuve, la souris dans une caisse en verre orange ou rouge, chauffée vers 33°. En procédant ensuite avec la technique habituelle, après 72 heures, la réponse est des plus nettes ; déjà après 55 heures, elle apparaît, mais peu précise. En somme, par cette méthode, K. obtient le même pourcentage que les autres, mais en gagnant deux jours (3).

La réaction donne un pourcentage de réponses exactes qui n'est pas loin de 100 %, qu'il s'agisse de réponses positives en cas de grossesses ou de réponses négatives en cas de gros-

(1) Haupstein signale qu'avec un élevage de 100 à 200 souris blanches, on n'arrive pas toujours à couvrir les besoins. (Hauptstein. — Kritische Betrachtungen zur Schawangerschaftsreaktion nach Zondek und Aschheim und ihre Bedeutung in diagnostich eshwierigen Fällen. *Zentralblatt fur Gynäkologie,* tome L V, n° 19, 9 mai1931.

(2) L'intoxication à laquelle succombent certaines souris est un fait bien curieux ; il appelle des recherches qui fourniraient probablement des renseignements utiles. L'intoxication est particulièrement fréquente en cas de maladie de Basedow et en cas de mort de l'œuf, comme si des produits de résorption augmentaient cette toxicité.

E. Von Ammon considère que la mortalité est un peu moins grande chez les animaux donnant un résultat positif (5,6 %) que chez les animaux donnant un résultat négatif (4, 1 %) Il remarque aussi que, sur 17 cas de grossesse extra-utérine, quatre fois les animaux sont morts. Sur 305 cas, R. T. Franck en a eu 27 où tous les animaux ont succombé. Il s'agissait de ses premières expériences ; ultérieurement, grâce à la filtration de l'urine, la mortalité est devenue négligeable.

(3) Dans certains cas où la réaction est douteuse, il peut y avoir intérêt à la recommencer après avoir réduit le volume des urines par restriction des boissons.

Robert T. Frank a proposé une méthode de concentration de l'hormone dans 40 c. c. de *sang* qui lui a permis de déceler la dite hormone en dehors de la grossesse, avant l'époque de l'ovulation, c'est-à-dire du sixième au neuvième jour après le début des règles. (A method of demonstrations prépituitarmaturity hormone in the blood of the non-pregnant women. *Proc. of the Soc. for exp. Biol. and med.* 1931, T. XXVIII, p. 999)

(4) Hircsh-Hoffmann — Mécanisme des hormones du lobe antérieur et accélération de la réaction. *Zentralb fur Gyn* 12 mars 1932, p. 655.

(1) Ernest v. Ammon. — Indikation, Technik und Ergebnisse der Schwangerschaftsreaktion nach Aschheim u. Zondek. *Zentralblatt fur Gynekologie,* tome LV, 21 mars 1931.

(2) Robert T. Frank, M. A. Goldberger et G. Felshin. — The value and limitation of the A. Z. pregnancy test. *Journ. of lab. and. clin. med.* 1931, XVII, p. 61.

(3) Heinz Küstner. — *Zentralblatt fur Gynakologie,* t. LV, n° 41, 10 octobre 1931.

sesse. A tout seigneur, tout honneur, voyons d'abord les résultats de A. et Z : 197 grossesses, 193 réponses positives 98 % de résultats exacts), 200 femmes non enceintes, 196 réponses négatives (98 % de résultats exacts). Et dans une statistique ultérieure, A. et Z., sur 1.007 urines, relèvent 2 % d'erreur, dont 8 réponses négatives sur 459 grossesses et 4 réponses positives chez 548 femmes non enceintes.

Beaucoup d'autres chercheurs ont eu des résultats analogues.

Robert T. Frank, sur 321 grossesses, a eu 10 résultats négatifs (soit 3,1 %). Quelques-uns étaient devenus positifs à un examen ultérieur. Jamais il n'a eu de résultats positifs au cas de non-grossesse. — Ehrhardt, sur 400 cas, a eu moins de 2 % d'erreurs. — Louria et Rosenzweig, de un à trois mois, ont eu 96 % de résultats positifs et 100 % après trois mois. Sur 45 femmes non enceintes, ils ont eu un résultat positif, 41 résultats négatifs et 3 résultats douteux. — Wermbter (1), sur 109 cas, a eu deux réponses négatives (une grossesse prolongée à terme avec résultat négatif et une annexite avec résultat négatif). — Czyzak (2) a obtenu sur 50 cas, 50 résultats exacts. — Wahl (3) a appliqué la méthode dans 129 cas dont 89 grossesses qui ont donné 88 réponses positives. Dans 5 cas de grossesse extra-utérine, la réaction a été deux fois positive. Dans 33 cas où il n'y avait certainement pas gravidité, la réponse a été trente-trois fois négative. — White et Severance (4), sur 191 réactions, trouvent vingt erreurs (soit 89,5 %) : 97 femmes enceintes, une seule réaction négative (99 % de réponses exactes) ; 69 femmes non enceintes, cinq réactions positives (92,8 % de réponses exactes) ; 29 grossesses extra-utérines ou avortement incomplet, quatorze erreurs. — Hugo Selheim a obtenu 98,8 % de réponses exactes (5). — Parvey a obtenu d'excellents résultats dans 370 cas. — Bruehl estime qu'un résultat négatif exclut la grossesse de façon absolument certaine (6). — Peralta Ramos, sur 16 grossesses, a eu seize résultats positifs.

Pour terminer, nous résumerons une enquête à laquelle s'est livrée la *Deutsche med. Wochenschrift*, en 1929, auprès des gynécologues allemands, enquête organisée par le professeur Wagner (7). Wagner, dans 459 cas de grossesse normale, a obtenu une réponse positive 451 fois. Dans six des cas négatifs, il a obtenu la réaction I pour laquelle il est toujours nécessaire de renouveler l'épreuve ; un autre des cas négatifs remonte au début de ses recherches. Sur 458 épreuves pratiquées dans des cas où il n'y avait pas grossesse, le résultat a été positif quatre fois, dont une fois chez un homme et deux fois en cas de cancer avancé. — Les résultats de Hornung ont été exacts 98 fois sur 100. — Kriele, sur 12 cas, a eu une réponse inexacte après un retard de règles de deux semaines. — Schmidt, sur 171 grossesses a eu toujours des réponses positives. Chez 68 femmes non enceintes, il a eu des réponses négatives sauf deux fois où la réaction I a été donnée en cas de cancer du col avancé. Dans deux cas de tumeur hypophysaire avec acromégalie, la réponse a été négative. — Pankow a eu des réponses exactes cent fois sur cent, dans la seconde moitié de la grossesse, sauf l'exception d'une femme irradiée pour fibrome et chez laquelle la grossesse est survenue après aménorrhée provoquée. — Martius, sur 74 grossesses, a eu 73 réponses positives ; sur 118 réactions chez des femmes non enceintes, il y a eu six résultats erronés qui, d'ailleurs, remontent tous aux premiers temps de ses recherches. — Gragert, sur 28 femmes enceintes, a toujours obtenu des résultats positifs. — H. Futh a eu 81 résultats positifs sur 83 grossesses et chez 56 femmes non enceintes, des résultats négatifs. — Siebke n'a procédé à l'épreuve que lorsqu'il y avait grossesse très récente. Sur 51 épreuves, il y a eu 35 réponses positives et 16 négatives, toutes exactes. — E. Kehrer a procédé à 102 recherches avec réponses toutes exactes. — C. Karg, sur 77 cas de grossesses, a eu 77 réponses positives et aucune réponse positive sur 26 cas de non-grossesse. — Esch, sur 49 épreuves, n'a eu aucune réponse inexacte. — Baisch n'a constaté que des résultats exacts. — Hellmuth, sur 36 cas, n'a constaté aucune réponse inexacte.

Cependant certains observateurs ont obtenu des résultats moins constamment satisfaisants. Mazer et Hoffman, sur 150 femmes enceintes, ont obtenu seulement 109 réactions positives (soit 73 %). Ils font d'ailleurs remarquer que presque toutes les femmes avaient des grossesses très jeunes (1) et qu'ils avaient employé deux ou trois souris, au lieu des cinq conseillées par A. et Z. De même Brouha, Hinglais et Simonnet ont donné la statistique suivante : 164 femmes enceintes, 88 réponses positives (53,6 % de concordance) ; 56 femmes non enceintes, 46 réponses négatives (82,1 % de concordance) ; en tout, sur 220 cas, 60 % seulement de bons résultats.

Un certain nombre des résultats inexacts tiennent à des fautes de technique ; la preuve en est que les auteurs ayant une longue expérience de la réaction, ont eu tous leurs résultats inexacts ou presque tous au début de leur pratique ou lorsqu'ils employaient des variantes de la réaction.

Les principales fautes de techniques sont les suivantes : emploi d'animaux mal sélectionnés (trop jeunes ou trop vieux), emploi d'animaux pas assez nombreux, trop grande précocité de l'autopsie, négligence de l'examen microscopique dans les cas où l'examen était douteux. Sur 425 cas étudiés par E. von Ammon, l'examen microscopique n'a été utile que cinq fois. Au contraire, pour Brouha, Hinglais et Simonnet, la vérification histologique est indispensable dans 40 % des cas.

Les autres résultats inexacts par négativité en cas de grossesse tiennent à des circonstances inhérentes à l'évolution particulière de la grossesse : grossesse extra-utérine, grossesse avec enfant mort, grossesse trop jeune. Nous en ferons plus loin l'étude détaillée.

Les résultats inexacts par positivité en cas de non-grossesse tiennent à des troubles hormonaux, les uns qui réalisent une production exagérée de prolan, les autres qui sont liés à une production exagérée de folliculine. Nous aurons à nous expliquer sur ces divers points.

Conclusions : dans l'ensemble, la réaction d'Ascheim-Zondek lorsqu'elle est négative, semble permettre d'éliminer à coup sûr la grossesse ; lorsqu'elle est positive, sa valeur tout en étant moins absolue, est encore très grande.

La réaction de la rate impubère. — Probstner a proposé une variante de la réaction de Z. et A. qui consiste à employer, au lieu de souris, des femelles de rats impubères. L'avantage serait une mortalité beaucoup moins considérable des animaux et la possibilité d'en employer seulement deux. La sensibilité serait aussi grande. — R. Bourg a employé une méthode analogue (2). Il se sert de rats impubères mâles et femelles de un mois environ. Leur résistance aux injections est beaucoup plus grande que celle des souris. Il leur injecte quotidiennement 1 cc. de l'urine à examiner et il les sacrifie le cinquième jour.

Hannan (3) emploie des rats blancs femelles, âgés de 6 à 8 semaines. Il injecte 3 cc. d'urine en une fois à un seul animal et fait l'autopsie 96 heures (quatre jours) plus tard. Sur 41 femmes enceintes, il a eu trois résultats inexacts (7,3 %). Sur 15 femmes non enceintes normales, tous ses résultats ont été exacts. Sur 42 femmes non enceintes, malades, il a eu

(1) Wermbter et Schulze. — Untersuchungen uber die Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn nach Zondek und Aschheim. *Klinische Wochenschrift*, t. VIII, n° 21, 21 mai 1929, p. 970.

(2) Jozef Czyzak. — Rozpoznawanie wczesnej ciazy zapomoca wyazykwania hormonow przysadri mozgowej. *Ginekologja Polska*, 1931, t. X. n° 1-3, p. 98.

(3) F. A. Wahl. — Erfahrungen mit der Schwangerschaftsprobe nach Aschheim Zondek. *Zentralblatt fur Gynakologie*, t. LIV, n° 21, 24 mai 1930.

(4) Milo R. White et Alvin O Severance. — Comparaison of pregnancy test. *Journal of the American Medical Assoc.*, volume XCVII, n° 18 31 octobre 1931.

(5) Hugo Seillheim. — Diagnose der Schwangerschaft. *Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 50, 12 décembre 1930.

(6) R. Brueil. — Die Zondek-Aschheim'sche Schwangerschaftsreaktion. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LV ; n° 17 ; 26 avril 1929.

(7) Wagner, Hornung, Kriele, Schmidt, Pankow, Martius, Gragert, Futh, Siebke, E. Kehrer, C. Karg, Esch, Baisch, Mayer et Hellmuth. Die Diagnostische Bedeutung der Schwangerschaftzreaktion nach AschheimZondek. *Deutsche medizinische Wochenshrift*, t. LV, n° 51, 20 déc. 1929.

(1) Si l'on se rapporte au tableau I de M. et H., on constate qu'au cours de la première semaine après les règles absentes, il y a 12 résultats positifs sur 20 ; — au cours de la deuxième, 18 sur 31 ; — au cours de la troisième, 16 sur 20.

(2) R. Bourg. — Un procédé nouveau d'application de la réaction d'Aschheim-Zondek. Etude biologique et clinique. *Revue française de Gynécologie et d'obstétrique*, tome XXVI, n° 2, février 1931.

(3) John H. Hannan. — The detection of the presence of the hormone of the anterior pituitary body in the urine as an aid to the diagnosis of pregnancy. *Proc. Roy. Soc. Med.* t. XXIII.

douze résultats inexacts (28 %) dus à la ménopause, à un fibrome, à un cancer génital ou à une maladie de Basedow.

La réaction de Porges et Pollatschek consiste à pratiquer à la femme une injection dermique d'une préparation de lobe antérieur d'hypophyse : la réaction est nulle en cas de grossesse. D'après Deutsch, la réaction a été positive aussi souvent chez les femmes enceintes, que chez les autres (1).

La réaction du souriceau mâle (2)

Le *principe de la réaction* est que le sérum (3) et l'urine des femmes enceintes, comme l'extrait hypophysaire, est un excitant de l'appareil génital mâle. Il produit une augmentation du testicule qui est légère et une hypertrophie des voies génitales qui est considérable (4). Il y a, donc, une différence avec la réaction de Z. et A. où les modifications ovariennes sont l'essentiel.

Le testicule réagit par une hypertrophie de l'interstitielle, sans action sur la lignée spermatique. La vésicule s'hypertrophie en ce qui concerne sa muqueuse et sa musculeuse et sa sécrétion augmente (5).

L'*animal employé* fut, d'abord, la lapine impubère, puis, plus simplement, la lapine adulte. Brouha (6) emploie des lapins de deux à trois mois, Brindeau et Hinglais (7) des lapines pesant de 900 à 1.500 grammes. Mais le point important est que l'animal ait été isolé du mâle pendant quinze jours au moins. Pour plus de sécurité, on peut faire, au début de l'expérience, une laparotomie qui permet de vérifier l'état des ovaires.

Le *nombre des animaux* qu'il faut employer est de un, car il est très rare que la lapine succombe.

Préparation du liquide : filtration.

La *dose employée* est de 5 cc. que l'on injecte dans la veine marginale de l'oreille. La voie intra-veineuse réalise une action plus énergique. On a proposé de pratiquer une seule injection. Mais il est plus prudent de répartir quatre injections sur quarante-huit heures.

L'animal est sacrifié quarante-huit heures après la dernière injection, soit trois ou quatre jours après le début de l'expérience. C'est le plus rapide des procédés.

Le test consiste à observer à l'œil nu l'apparition des follicules hémorragiques, de larges taches rose vif, de plus en plus saillantes, jusqu'à atteindre parfois le volume d'un petit pois, et dont la teinte vire au rouge sombre, au violet, puis au bleu-noir.

La *réaction apparaît* de façon précoce.

La réaction disparaît rapidement après l'accouchement.

On a proposé un certain nombre de modifications. Chavarria et Vargas (1), en injectant 3 cc. d'urine épurée à l'éther, toutes les dix à douze heures, ont réduit, de vingt-quatre à trente-six heures, la durée de cent heures nécessitée par l'épreuve sur la souris. Brown injecte (2) de 2 à 5 cc. de sérum dans la veine marginale après l'avoir laissé reposer quatre heures au moins. On examine vingt-quatre à trente-six heures après l'injection.

La réaction donne un pourcentage de réponses exactes qui n'est pas loin de 100 %. Brouha, sur cent quatre-vingt-dix expériences, Brindeau et Hinglais, sur cent quarante, n'ont jamais obtenu de réponses positives en dehors de la grossesse. White et Severance, sur vingt-deux femmes enceintes ou non enceintes, eurent des réponses justes, à l'exception d'un seul cas, lequel était une grossesse normale au trente-deuxième jour après la dernière menstruation ; dans quatre grossesses ectopiques deux résultats positifs et deux négatifs ; sur quatre avortements complets, quatre réponses positives.

Conclusion. — La méthode à la lapine est aussi exacte que les deux autres et permet d'obtenir une réponse un peu plus précoce. On se sert d'un seul animal ; mais celui-ci a l'inconvénient d'un prix un peu plus élevé.

La réaction du souriceau mâle aurait la supériorité d'être liée à la présence du prolan B et de ne pas se produire quand il existe seulement du prolan A.

La *réaction apparaît* de façon très précoce au cours de la grossesse.

La *réaction persiste* peu de temps après l'accouchement, elle s'efface progressivement en quelques jours, et devient négative entre le quatrième et le huitième jour. Il en est de même après l'expulsion du placenta et du fœtus et aussi, en cas de grossesse interrompue par un avortement. Lorsque le fœtus meurt *in utero* et s'y trouve retenu, la réaction devient négative après un délai très variable. La disparition de l'hormone dans les urines n'est pas en effet, le témoin de la mort du fœtus : elle est le témoin de la mort du placenta. Or si, dans certains cas, les deux phénomènes se suivent d'assez près, il arrive, également, de façon assez fréquente, que les éléments plasmodiaux survivent plus ou moins longtemps au fœtus.

On a proposé un certain nombre de modifications. Bourg emploie le rat au lieu de la souris, celui-là étant plus résistant que celle-ci. Gostimirovic aurait, avec une technique qu'il se réserve de publier ultérieurement, obtenu en cent heures, une réaction positive chez des souris mâles impubères (3).

La réaction donne un pourcentage de réponses exactes qui n'est pas loin de 100 %. — Sur une statistique de 400 cas établie par Brouha, Hinglais et Simonnet, une seule erreur fut trouvée, encore était-elle due à une erreur de technique. C'est dire que l'exactitude a été de 99,7 %. White et Severance eurent des réponses positives, sur un lot composé de 60 grossesses normales, 10 grossesses extra-utérines et 9 avor-

---

(1) Alfred Deutsch. — Uber die Verwenbarkeit der Porges-Pollatschek'schen Schwangerschaftsprobe. *Zentralb. fur Gynäkol*, t. LIII, n° 46, 16 novembre 1929.

(2) On a proposé pour cette technique le nom de Fels qui en a découvert le principe ; mais c'est Simonnet, avec ses collaborateurs Brouha et Hinglais qui a proposé et mis au point son application au diagnostic.

(3) Fels (*Arch. für gyn.* 1927, CXXX, p. 606), Steinach et Kun (*Mediz. Klin.* 1928, n° 4) ont fait des constatations analogues sur le rat.

(4) Brouha, Hinglais et Simonnet. — *Bull. de l'Ac. de Méd.* 1930, t. CL, p. 160.

(5) Heinz Boeters. —(Prolanversuche an jungen männlichen Ratten *Deut. med. Wschr,* LVI, 1082, 15 août 1930), en injectant du prolan, a accéléré le développement testiculaire, chez les rats infantiles. Mais cette accélération n'a pas été très normale ; il y a des productions désordonnées de cellules, des phénomènes régressifs et pas de spermatogénèse. Le tissu interstitiel se développe considérablement en sorte que les testicules augmentent de poids, ainsi que l'épididyme, la vésicule séminale, la prostate, la vessie, etc ...

E. J. Kraus. (Die Wirkung des prolans Aschheim-Zondek auf die mannlichen Geschlechtsorgane. *Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 32, 9 août 1930), en utilisant du prolan, a pu chez des rats et chez des souris mâles, provoquer une augmentation de volume des vésicules, des glandes prépuciales, des cellules interstitielles, mais il n'arrive pas à déclancher précocement la spermatogénèse, à faire apparaître des mouvements chez les spermatozoïdes ... Dans un mémoire ultérieur (Zur Frage der positiven Samenblasenreaktion mit dem Harn nicht gravider Frauen *Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 33, 14 août 1931) il note que le prolan A, extrait d'urine de femme castrée ou cancéreuse, par la méthode de Zondek, ne donne pas la réaction de la vésicule. Les réactions obtenues chez les mâles et chez les femelles n'est pas toujours d'accord. Il y a des différences entre les effets de l'urine et ceux du prolan extrait de cette même urine. En général, quand on obtient la réaction I de Aschheim-Zondek, on obtient aussi une réaction des vésicules. D'autre part, l'urine qui donne la réaction I donne parfois aussi, quand elle est concentrée, la lutéinisation des follicules (réaction III), même quand elle provient d'une femme enceinte. Le fait a même été constaté par l'urine d'homme atteint de tumeur cérébrale. Mais les urines qui provoquent la lutéinisation des follicules contiennent du prolan B et provoquent une réaction nette des vésicules séminales en même temps qu'une augmentation des cellules interstitielles. Dans ces conditions, la réaction des vésicules doit être attribuée au prolan B à l'exclusion du prolan A. Cette différence d'action entre l'urine en nature et l'urine concentrée, est attribuable à ce que les effets du prolan A qui tendent à diminuer le volume des vésicules, disparaissent au profit de ceux du prolan B. En tout cas, en trois jours, avec de l'urine concentrée, on fait apparaître la réaction des vésicules avec l'urine d'une femme castrée pour cancer comme avec l'urine originale d'une gestante.

(6) *C. R. de la Soc. de Biol.* 1931, t. CVI, P. 6.

(7) *Gynécologie et Obstétrique*, mars, 1932.

(1) Chavarria et Vargas. — Etude et modification de la réaction d'Aschheim-Zondeck. *Repertorio de Medicina y Cirugia*, Bogota, t. XXII, n° 4, avril 1931, p. 156.

(2) T. E. Brown. — Modification du test d'Aschheim et Zondek. *Amer Journal of Obst. and Gyn.* mars 1932, t. KXXIII, P. 379.

(3) D. Gostimirovic. — Schawngerschaftsreaktion bei der juvenilen mänulichen Maus durch Nachweis des hypophysenvorderlappengeschlechts hormons im Harn. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° II, 13 mars 1931.

tements incomplets. Toutefois, sur 27 non-gestantes, 10 réactions furent faussement positives. Quatre d'elles présentaient de l'hypertrophie de l'endomètre : trois souffraient d'irrégularité cataméniale et une de salpingite tuberculeuse.

Conclusions. — Cette méthode est aussi exacte que celle de la souris impubère. Les animaux sont plus faciles à sélectionner, moins fragiles. L'examen microscopique suffit. Mais la réponse est plus longue à obtenir puisqu'il faut huit à dix jours pour avoir un résultat valable.

Réaction de la lapine adulte (1)

Principe de la réaction. — Les follicules ovariens de la lapine, arrivés à maturité, ne se rompent pas spontanément. Normalement, ils se rompent sous l'influence du coït. Mais, expérimentalement, PARKES a montré que l'extrait préhypophysaire provoquait cette rupture. Or, FRIEDMAN obtint le même résultat avec l'urine de femme enceinte (2).

L'*animal employé* est le souriceau mâle, âgé de moins de cinq semaines, pesant de 6 à 10 grammes. On a donc une grande marge de choix.

La réaction serait encore exacte, disent certains, avec des souriceaux adultes. Pourtant, d'après BROUHA et HINGLAIS (3), le choix des souriceaux est un facteur absolument essentiel dont dépend toute la valeur des résultats. Pour motiver le choix, ils ont étudié l'évolution de la puberté chez les souriceaux mâles : chez le souriceau mâle, la secrétion testiculaire a, pour témoin de son activité, le développement progressif de certaines glandes accessoires communément désignées sous le nom de vésicules séminales et l'on peut, en suivant la croissance de ces glandes, suivre l'installation de la puberté et juger de l'état de maturité sexuelle plus ou moins avancé des animaux. B. et H. se sont appliqués à peser les vésicules séminales d'un grand nombre de souriceaux, prélevés dans un élevage rigoureusement suivi. En procédant ainsi, ils ont vu que la puberté se déclanche, chez le plus grand nombre des animaux, entre la cinquième et la sixième semaine, aux environs du trente-huitième jour. L'âge leur est donc apparu comme un critérium extrêmement sûr pour le choix des animaux. La seule connaissance du poids corporel n'offre pas les mêmes garanties, car ils n'ont pas trouvé, entre le poids des souriceaux et leur âge, aucune relation bien nette ; il n'existe donc aucune relation certaine entre le poids des souriceaux et le poids de leurs vésicules séminales.

Le *nombre d'animaux* qu'il faut employer est de trois.

La *dose employée* est de 0,3 cc. par jour. Elle est répétée chaque jour pendant huit à dix jours.

L'animal est sacrifié le jour de la dernière injection, soit le huitième ou dixième jour. Mais on pourrait obtenir un résultat dès le sixième jour. Cependant, d'après BROUHA et HINGLAIS, on ne peut guère réduire la durée de l'expérience. Le temps est un facteur essentiel : la réaction commence à se manifester quarante-huit heures en moyenne après le début du traitement et le développement des vésicules se fait ensuite de façon très progressive. Au bout de huit à dix jours, le développement est tel que la réponse ne peut plus être douteuse. Un opérateur habitué peut, cependant, répondre plus tôt, si l'on emploie des souriceaux en élevage rigoureusement organisé.

Le test consiste à apprécier le volume des vésicules : au lieu d'être petites et cachées derrière la vessie, elles ont quintuplé ou décuplé de volume et font saillie. L'examen histologique n'est jamais nécessaire.

BROUHA et HINGLAIS ont étudié le poids des vésicules séminales des souriceaux ayant reçu des injections d'urine de femmes non enceintes normales. Ils n'ont trouvé, sur les 310 animaux examinés, aucun animal qui présentât les caractères de la puberté. Ils ont, ensuite, examiné les poids observés chez les animaux ayant reçu des injections d'urine de femmes non enceintes malades : il s'agissait de femmes atteintes d'affections gynécologiques diverses, ayant dans la plupart des cas fait croire à la possibilité d'une grossesse. B. et H. n'ont obtenu aucun résultat pouvant faire croire à l'existence d'une grossesse ou ayant même laissé le champ à une interprétation douteuse. Enfin, les poids des vésicules séminales de souriceaux ayant reçu des injections d'urine de femmes enceintes leur ont donné des hypertrophies constantes.

Conclusions

Le pourcentage de résultats exacts obtenus avec les trois réactions est à peu près le même. Pour ma part, je crois, comme me l'a enseigné SIMONNET, qu'il est préférable d'employer les trois réactions simultanément. Si, par hasard, il y a discordance entre les résultats obtenus, il est possible qu'il faille tirer des notions utiles de ces discordances.

Nous étudierons, dans deux articles ultérieurs, l'utilisation clinique de la méthode et le mécanisme par lequel se produit la réaction.

Les enseignements de la thyroïdectomie pour maladie de Basedow

Par **H. WELTI** et **Marthe LAMY**

La thyroïdectomie pour maladie de Basedow fournit au chirurgien des données de premier ordre pour l'étude du fonctionnement de la thyroïde, et chaque opération joue le rôle d'une véritable expérience. En effet, c'est au cours du goitre exophtalmique que le dysfonctionnement thyroïdien présente son maximum d'intensité, et les résurrections qui suivent l'opération montrent toute l'importance physiologique de cette glande. Les nombreuses constatations faites par nous après thyroïdectomie, nous ont donc permis peu à peu de nous mieux familiariser avec les troubles thyroïdiens, et nous avons acquis la certitude que des perturbations de même ordre et de même origine que celles notées au cours de la maladie de Basedow, bien que moins intenses, sont fréquentes dans la pathologie journalière.

Les observations suivantes en feront la preuve.

* * *

LES TROUBLES DIGESTIFS sont pour ainsi dire constants au cours du goitre exophtalmique et leur origine thyroïdienne est indiscutable ; leur disparition complète après thyroïdectomie tend parfaitement à le prouver. De plus, d'intéressants travaux ont permis d'établir que la thyroïde est responsable, en dehors de la maladie de Basedow, d'accidents

(1) La réaction de la lapine adulte est le plus habituellement, désignée sous le nom de réaction de FRIEDMANN.

(2) FRIEDMANN. — Mechanism of ovulation in the rabbit. *Amer. journ. of physiology* 1929, t. 90, p. 617, Voir aussi, FRIEDMANN Humoral mechanism concerned in ovulation in the rabbit. *Endocrinology*. t. XIV, 1931, p. 328. Dans cette revue, FRIEDMANN rappelle que, par un mécanisme humoral, on peut provoquer l'ovulation chez la lapine, pour laquelle l'ovulation n'est naturellement provoquée que par la copulation.

(3) L. BROUHA et H. HINGLAIS. — Le diagnostic de la grossesse par la réaction de Brouha-Hinglais-Simonnet. *Gynécologie et obstétrique*, tome XXIV, n° 1, juillet 1931.)

digestifs semblables. Cependant dans beaucoup de cas, leur nature exacte reste méconnue.

Ainsi, nous avons opéré une malade qui souffrait depuis des années de troubles dyspeptiques. Ses digestions étaient lentes, pénibles, s'accompagnaient d'éructations et de ballonnement. Au cours des périodes menstruelles survenaient, le matin, à jeun, des vomissements bilieux. Les médications alcalines, puis une ceinture pour ptose, ne lui avaient procuré aucun soulagement. A la suite d'une grande fatigue, une crise sévère d'hyperthyroïdie se manifesta, avec augmentation du corps thyroïde, exophtalmie, tachyarythmie, amaigrissement, en même temps que les troubles gastriques subissaient une recrudescence marquée. La malade fut opérée, et la thyroïdectomie suivie d'une guérison rapide et complète de tous les troubles de la série basedowienne : mais, le plus surprenant, fut de voir disparaître aussi les troubles gastriques dont cette malade souffrait depuis des années, et dont l'origine thyroïdienne put être ainsi démontrée rétrospectivement. Au stade médical de l'affection, l'opothérapie aurait peut-être réussi, là, où les alcalins et les régimes n'avaient donné aucun résultat, et il est sans doute logique d'admettre que certains troubles gastriques de la pratique médicale courante sont souvent de même nature.

La diarrhée est une manifestation pour ainsi dire constante de la maladie de Basedow.

En dehors des crises d'hyperthyroïdie, il ne s'agit généralement que de selles pâteuses, au nombre de 2 à 3 par jour. Mais, au cours des poussées thyroïdiennes la diarrhée est souvent profuse. Après thyroïdectomie elle disparaît très rapidement, et nous sommes persuadés que cette origine thyroïdienne de nombreuses crises diarrhéiques est souvent méconnue. Rien n'attirant l'attention du médecin du côté du corps thyroïde, glande non augmentée de volume, rythme cardiaque normal, la véritable origine de ces troubles n'est pas suspectée, et ce n'est alors dans certains cas que l'apparition secondaire d'une maladie de Basedow ou le succès de l'épreuve thérapeutique par le lugol, l'hématoéthyroïdine ou l'opothérapie qui orientent le diagnostic et font la preuve de la véritable nature de ces diarrhées inexpliquées et rebelles aux médications banales.

Une de nos malades présentait ainsi une diarrhée tenace qui avait résisté à plusieurs cures hydrominérales. Les régimes, les médicaments les plus variés, n'avaient donné aucun résultat appréciable. Un examen mircroscopique des selles ayant fait découvrir quelques parasites intestinaux, le médecin institua un traitement arsenical intensif. Cette thérapeutique intempestive déclencha une crise sévère d'hyperthyroïdie et la thyroïdectomie fut pratiquée. A la suite de l'opération les crises de diarrhée disparurent complètement et définitivement, et cette constatation démontra bien leur origine.

Certaines *constipations* sont, elles aussi, de cause thyroïdienne : une de nos opérées qui présentait un goitre compliqué d'accidents toxiques fut toute surprise de voir, après l'intervention, disparaître une constipation qui jusqu'alors avait résisté à toutes les médications.

Signalons encore que certains de nos malades avaient été soignés à tort pour cholécystite, périduodénite, et que plusieurs avaient été appendicectomisés sans raison.

***

Les signes cardiaques de l'hyperthyroïdisme sont en général associés à d'autres manifestations cliniques qui facilitent le diagnostic. Mais, chez certains malades âgés dont le myocarde est déficient, les toxines thyroïdiennes retentissent de façon élective sur le muscle. Dans ces circonstances, les autres troubles thyroïdiens sont discrets et facilement méconnus. Ces « thyréo-cardiaques » suivant l'expression de Lahey sont cependant susceptibles d'être guéris par la thyroïdectomie et il est de toute importance de reconnaître l'origine des accidents qu'ils présentent.

***

Les troubles menstruels font chez la femme partie intégrante de la maladie de Basedow.

Le plus souvent il s'agit d'*aménorrhée* ; quelquefois au contraire l'abondance des menstruations est excessive.

Ces troubles peuvent exister sans que le goitre exophtalmique soit net et précis. Mais s'il est bien démontré que certaines *métrorragies* reconnaissent une origine ovarienne il est également probable que, d'autres dont la cause reste à prouver sont sous la dépendance d'un dysfonctionnement thyroïdien. C'est ainsi peut-être que bien des *métrorragies de la puberté* seraient sous l'influence de l'hyperactivité thyroïdienne. L'irradiation de la thyroïde amènerait alors la suppression de ces hémorragies chez des jeunes filles dont le métabolisme basal est augmenté. L'insuline, préconisée par Cotte dans ces mêmes circonstances, agirait, elle aussi, en exerçant une action frénatrice sur la thyroïde : l'on connait bien d'ailleurs l'action inhibitrice du pancréas à l'égard de la thyroïde.

L'action remarquable de la thyroïdectomie sur les troubles menstruels de la maladie de Basedow montre, en tout cas, l'influence considérable de la sécrétion thyroïdienne sur la fonction ovarienne.

Dans le même ordre d'idées, l'*instinct sexuel* est souvent diminué chez l'homme au cours du goitre exophtalmique et l'impuissance est fréquente. Après thyroïdectomie cette insuffisance génitale disparaît ainsi que nous l'avons souvent noté.

Un de nos malades, par contre, présentait un appétit sexuel exagéré que l'opération ramena à la normale.

***

La sécrétion lactée subirait l'influence de la sécrétion thyroïdienne. Moussu et Lanz ont démontré expérimentalement qu'après extirpation de la glande thyroïde chez une femelle en gestation, la montée laiteuse pouvait ne pas se produire. Inversement, le lait est plus abondant en cas d'hyperthyroïdie. Nous avons pu noter dans une de nos observations les effets de l'hyperactivité thyroïdienne sur la sécrétion mammaire.

Il s'agissait d'une femme présentant un adénome toxique du corps thyroïde consécutif à une grossesse.

En même temps que le goitre s'était développé, un écoulement séreux était apparu au niveau du sein droit. Cet écoulement était intense et nécessitait le port permanent d'un pansement. Il s'exagérait à l'approche des règles et au cours de celles-ci devenait nettement hémorragique. Après la thyroïdectomie les hémorragies disparurent et l'écoulement rétrocéda. Ceci est donc une constatation intéressante.

En effet, les auteurs qui ont étudié les affections de la glande mammaire ont méconnu jusqu'à ces dernières années l'importance des lésions d'origine endocrinienne. Deux chapitres semblaient englober toutes les altérations pathologiques du sein, celui des infections d'une part, celu des tumeurs d'autre part, et ce qui n'était pas mammite devait être tumeur. La maladie kystique de Reclus fut ainsi classée successivement dans l'un ou l'autre de ces deux cha-

pitres. En réalité un troisième chapitre, celui des altérations d'origine endocrinienne, doit être individualisé. Certaines poussées douloureuses congestives mammaires qui s'observent au moment des règles ne sont pas des mammites : elles reconnaissent une origine ovarienne. Cutler a insisté sur leur fréquence. Huguenin les a bien décrites au point de vue histologique. De même, certains écoulements sanglants du sein ne sont pas en rapport avec des adénomes végétants intracanaliculaires mais ils sont la conséquence d'une perturbation glandulaire fonctionnelle. Cette notion n'est pas nouvelle, mais notre observation en est une véritable confirmation expérimentale, et cette pathogénie des « mamelles saignantes » mérite d'être signalée.

***

Le corps thyroïde intervient encore dans les circonstances les plus diverses. Certaines *insomnies* sont d'origine thyroïdienne. Elles sont fréquentes chez les Basedowiens, et disparaissent après thyroïdectomie. Il en est de même pour certaines *myopathies* et la fonction musculaire est profondément troublée au cours du goitre exophtalmique.

Des hyperthermies inexpliquées peuvent être en rapport avec l'hyperactivité du corps thyroïde. En effet, et sans doute à cause de son importance dans la régulation des échanges, il tient sous sa dépendance, au moins partiellement, la régulation thermique. Au cours de l'insuffisance thyroïdienne la température s'abaisse. Les crises d'hyperthyroïdisme se compliquent au contraire de poussées thermiques impressionnantes. Le plus souvent ces hyperthermies sont facilement diagnostiquées ; elles ne sont qu'un phénomène secondaire associé à d'autres manifestations caractéristiques de l'hyperthyroïdie. Mais, lorsque les troubles de la régulation thermique se manifestent seuls, leur cause est facilement méconnue.

Ainsi, nous avons opéré une malade qui depuis des mois présentait un état fébrile inexpliqué. La température était de 37°5 en moyenne le matin, de 38°2 le soir, et à cette hyperthermie se joignaient fatigue et amaigrissement. Un examen radioscopique ayant montré quelques concrétions au niveau des hiles pulmonaires, le diagnostic de tuberculose fut porté à tort. Il s'agissait d'une hyperthermie thyroïdienne. En effet, la malade avait, 8 ans auparavant, été soignée pour un goitre exophtalmique, et la radiothérapie n'avait procuré qu'une guérison incomplète. Une thyroïdectomie fut décidée, et après celle-ci la température redevint rapidement normale.

***

Certains TROUBLES OCULAIRES reconnaissent eux aussi une origine thyroïdienne. Plusieurs de nos opérés avaient au début de leur affection consulté l'ophtalmologiste pour des picotements dans les yeux, des névralgies sus-orbitraires, des crises de larmoiement, des conjonctivites à répétition, et, dans un cas même, une conjonctivite tuberculeuse avait été diagnostiquée à tort. Ces troubles divers avaient précédé l'apparition de l'exophtalmie, ou ils étaient restés les seuls symptômes oculaires de la maladie mais ils disparurent après thyroïdectomie. Friedgood a insisté récemment sur le *blépharospasme* des basedowiens. Ainsi une de nos malades se plaignait d'un blépharospasme particulièrement pénible. Il s'agissait d'une institutrice, et, l'occlusion involontaire de ses paupières à l'occasion d'une contrariété, de la désobéissance d'une élève par exemple, l'empêchait de surveiller sa classe.

***

Les *angines à répétition* sont également fréquentes chez les Basedowiens. Dans certains cas il s'agit d'angines véritables, mais souvent de fausses angines en rapport avec un trouble vaso-moteur de la muqueuse pharyngée, et c'est ainsi que certaines pharyngites choniques de la pratique médicale journalière reconnaissent probablement une même origine.

***

Les *modifications du caractère* au cours de la maladie de Basedow montrent enfin le rôle du dysfonctionnement endocrinien dans le domaine psycho-pathologique. Nous valons ce que valent nos glandes, et celles-ci influent sur nos réactions psychiques. En effet, quoi de plus démonstratif que les constatations faites après la thyroïdectomie ; il suffit d'extirper une glande, peu importante en apparence, pour voir un malade , nerveux, impatient, insupportable pour son entourage, tout particulièrement pour ceux qui se préoccupent le plus de son état, devenir l'être le plus calme et le plus paisible. Cette transformation est vraiment impressionnante, ainsi que les réconciliations familiales auxquelles elle peut donner lieu et dont nous avons été si souvent le témoin.

***

La thyroïdectomie pour maladie de Basedow met ainsi en évidence et dans les domaines les plus divers le rôle de la thyroïde. Les constatations chirurgicales n'établissent aucun fait nouveau, mais elles permettent d'apprécier d'une façon positive l'importance de cette glande, et en général celle des glandes à sécrétion interne.

La chirurgie de celles-ci est susceptible de contribuer d'une façon importante au progrès de l'endocrinologie (1). Les recherches médicales actuelles sont exclusivement basées sur l'expérimentation animale ; or, celle-ci ne permet pas malheureusement de réaliser des conditions comparables à celles de la pathologie humaine. Au contraire la maladie, et l'opération qu'elle nécessite sont de « splendides expériences que la nature nous offre ou nous permet de faire, et dont il y a lieu d'observer les suites physiologiquement. ». Il importe de suivre ce conseil de Leriche et en faisant le bilan exact pré et postopératoire de chaque malade, cliniciens, biologistes, chimistes et physiologistes qui s'intéresseront à cette expérience nouvelle pourront faire de rapides progrès dans la connaissance et la thérapeutique des maladies en général, et, plus particulièrement dans celle des maladies endocriniennes.

(1) De janvier 1928 à novembre 1932, 258 opérations pour goître ont été pratiquées par l'un de nous. Dans 89 cas il s'agissait de goîtres simples, dans 118 cas ayant nécessité 169 opérations il s'agissait de goitres exophtalmiques. Cette série opératoire n'a comporté aucune titanie, aucun myxœdème et une seule mort dans une forme sévère d'hyperthyroïdisme, soit une mortalité de 0,39 % pour la statistique globale, et de 0,59 % pour la maladie de Basedow.

Les greffes parathyroïdiennes

Par **P. WILMOTH**
Chirurgien des Hôpitaux

En 1912, Louis Morel donnait comme conclusions à une remarquable étude sur la physiologie et la pathologie des glandes parathyroïdes : « La greffe parathyroïdienne est toujours indiquée chez tous les sujets présentant un degré quelconque d'une forme quelconque, ancienne ou récente, d'insuffisance parathyroïdienne. » Mais, treize ans plus tard, dans un mémoire du *Journal de Chirurgie* de 1925, Charbonnel, après avoir constaté que les résultats thérapeutiques en face d'une tétanie postopératoire sont « aléatoires », écrit : « La greffe parathyroïdienne, facile à pratiquer, si elle ne sert pas, ne sera au moins pas nuisible, et dans l'incertitude actuelle, on ne doit pas en refuser le bénéfice au malade. » En treize ans, l'optimisme de Louis Morel a fait place au scepticisme de Charbonnel ; en treize ans, aux dix observations de greffes parathyroïdiennes pour tétanie postopératoire, d'autres observations sont venues s'ajouter ; les chirurgiens n'ont plus seulement pour but de s'attaquer à la *tétanie parathyréoprive*, mais encore ils tentent par cette greffe de combattre la *tétanie essentielle*, et aussi la *maladie de Parkinson*. Le but de cet article est d'examiner les indications de la greffe parathyroïdienne, les résultats de la greffe, la technique de la greffe.

Les indications de la greffe parathyroïdienne.

I. On conçoit aisément que ce soient les *tétanies postopératoires* ou *parathyréoprives*, qui aient engagé les chirurgiens à greffer des corpuscules parathyroïdiens. Là, point de discussions de pathogénie, semble-t-il a priori : les glandes parathyroïdes sont extirpées, la fonction secrétrice parathyroïdienne est supprimée de ce fait, la tétanie postopératoire est inévitable. Il est donc logique de chercher à rétablir la fonction parathyroïdienne par la greffe ; et de fait il y a des exemples probants de tétanie postopératoire heureusement influencée par la greffe parathyroïdienne. Cependant on a fait remarquer :

— Qu'il y a des exemples indiscutables de guérison spontanée de cas de tétanie postopératoire.

— Que la greffe parathyroïdienne ne peut remplir son rôle qu'au bout d'un laps de temps de six à huit semaines (Louis Morel.)

— Que pendant les semaines nécessaires à l'adaptation de la greffe parathyroïdienne à l'organisme, il est indispensable de recourir à l'opothérapie parathyroïdienne en y adjoignant l'administration de calcium soit par la bouche, soit par voie veineuse, et l'exposition aux rayons ultra-violets.

— Que l'opothérapie seule dans certains cas, que la médication calcique (lactate de calcium) dans d'autres cas à l'exclusion de toute autre thérapeutique ont suffi pour juguler la tétanie postopératoire (Jackson, de Madison).

Ces objections doivent être retenues, mais pour qu'elles aient toute leur valeur, il faut se souvenir que la tétanie postopératoire se présente en clinique sous quatre formes d'inégale gravité : *tétanie suraiguë*, *tétanie aiguë*, *tétanie subaiguë*, *tétanie chronique*. Cette discrimination est indispensable ; en effet : la *tétanie suraiguë* qui fait son apparition dans les vingt-quatre heures qui suivent la thyroïdectomie extracapsulaire est au-dessus des ressources de n'importe quelle tentative thérapeutique ; l'opothérapie, l'ingestion de calcium sont impuissantes ; il tombe sous le sens que la greffe ne peut être efficace, puisque pour devenir active, la greffe doit d'abord s'adapter, puis séjourner plusieurs semaines dans l'organisme.

— La *tétanie aiguë* pour grave qu'elle soit, permet, grâce à son évolution, à l'opothérapie et à l'administration de calcium, d'agir efficacement en attendant que la greffe se soit réellement incorporée à l'organisme.

Quant aux *formes subaiguës et chroniques de la tétanie postopératoire* elles comportent habituellement un pronostic immédiat relativement favorable ; la greffe est utile, mais l'opothérapie et la médication calciques suffisent dans un grand nombre de cas à faire disparaître les contractures.

Comment, après une thyroïdectomie extracapsulaire, n'observe-t-on pas toujours une attaque de tétanie suraiguë ? Comment, après certaines thyroïdectomies subtotales, observe-t-on l'attaque de tétanie ?

Comment et pourquoi les tétanies *subaiguës* et chroniques sont-elles susceptibles de guérir spontanément ou après l'opothérapie ou la médication calcique ?

On peut donner comme explication que l'anatomie et la physiologie des glandes parathyroïdes manquent encore d'une certaine précision. Si les glandes parathyroïdes inférieures sont assez volumineuses pour être reconnues au cours de l'intervention, si leur présence est plus souvent constatée que celle des parathyroïdes supérieures dans les dissections et sur les coupes histologiques, il n'en reste pas moins qu'elles peuvent manquer. D'autre part, Lorin conclut de ses recherches, que les parathyroïdes ont chacune une artère indépendante et que la circulation parathyroïdienne et celle du corps thyroïde sont anatomiquement indépendantes. Si une thyroïdectomie extracapsulaire expose le chirurgien à la blessure ou à l'extirpation des parathyroïdes, une thyroïdectomie sous-capsulaire pourrait exposer aux mêmes dangers (certes bien moins souvent), puisque les artères parathyroïdiennes sont des artères terminales et que leur blessure est possible.

Mais aussi, il existe des *parathyroïdes dites internes*, c'est-à-dire situées à l'intérieur de la gaine thyroïdienne et non plus dans l'épaisseur de cette gaine. Ces parathyroïdes, dites internes, ont un rôle entièrement comparable à celui des parathyroïdes externes, semble-t-il. F. W. Wichmann recherchant chez un malade atteint d'ostéite fibreuse généralisée de Recklinghausen un adénome parathyroïdien, n'en trouve pas ; il a l'idée d'inciser le parenchyme thyroïdien, il y trouve un adénome long de 13 millimètres qui à la coupe a été reconnu comme étant un adénome parathyroïdien. Au point de vue anatomique, il est bien difficile d'affirmer la coexistence de parathyroïdes externes et de parathyroïdes internes et par conséquent de conclure que le groupe externe pourra suppléer le groupe interne et inversement. La même incertitude doit être admise en ce qui concerne les rapports physiologiques entre le corps thyroïde et les glandes parathyroïdes. C'est à propos des guérisons spontanées des cas de tétanie subaiguë et de

tétanie chronique que l'hypothèse du *dualisme* ou de la *vicariance* ont été soulevées. L'hypothèse du dualisme a été émise par Gley en 1891-92 ; ses expériences de laboratoire, sur le lapin, lui ont montré que l'ablation du seul corps thyroïde (chez cet animal thyroïde et parathyroïdes sont nettement distinctes) n'est pas suivie de myxœdème, que l'ablation des seules glandes parathyroïdes n'est pas suivie de tétanie ; il conclut que l'un et l'autre parenchyme glandulaire sont susceptibles, l'un des deux étant supprimé, de remplir les deux fonctions distinctes. On se souvient de la célèbre controverse entre Gley et Moussu partisan de la fonction unique, chacun des partisans étant resté sur ses positions.

Si nous voulons nous en tenir aux faits cliniques, nous voyons que la tétanie postopératoire est relativement fréquente en Allemagne et rare en France. Or, les chirurgiens allemands font volontiers la thyroïdectomie extracapsulaire, les chirurgiens français ne font presque toujours que des thyroïdectomies ou mieux des lobectomies subtotales. Cette relation n'est pas niable, entre l'étendue de la thyroïdectomie et l'apparition de la tétanie.

Si la thyroïdectomie extracapsulaire effectuée, la tétanie est avérée, faut-il pratiquer l'*opothérapie* et la *calcithérapie*, faut-il pratiquer la *greffe parathyroïdienne*, faut-il associer les deux méthodes ? Examinons les résultats publiés.

1. V. Eiselsberg (1) le premier, en 1906, chez un malade atteint de tétanie chronique (la thyroïdectomie datait de vingt-sept ans) greffe des parathyroïdes humaines prélevées au cours d'une opération pour goitre. Guérison complète.

2. Dainelsen, tétanie aiguë quatre jours après résection du lobe thyroïdien droit, de l'isthme et de la moitié inférieure du lobe gauche. Greffe sous péritonéale de deux parathyroïdes prélevées le même jour au cours d'une opération pour goitre. La guérison se maintenant sept mois après la greffe.

3. Garré et Krabbel, tétanie postopératoire, apparue le quatrième jour et persistant pendant sept ans. Greffe dans la moelle tibiale de glandules prélevées au cours d'une opération pour maladie de Basedow. Echec. Un an après, greffe sous-péritonéale de parathyroïdes dont la provenance n'est pas indiquée. Les crises de tétanie cessent, mais réapparaissent à chaque période menstruelle.

4. Brown, tétanie postopératoire. Greffes de parathyroïdes humaines (aucune précision sur le nid de la greffe). La guérison se maintenait 10 ans après.

5. Pool et Turmure, malade ayant subi deux opérations sur le lobe gauche ; trois jours après la lobectomie droite (huit ans après la première opération), apparition de la tétanie ; trois jours après, greffe sous-péritonéale de parathyroïdes prélevées chez un opéré de goitre ; la tétanie disparaît le surlendemain.

6. Pool, tétanie postopératoire. Homogreffe sous-cutanée. Guérison (pas de précision).

7. Pool, tétanie postopératoire. Homogreffe sous la peau de l'oreille. Guérison.

8. Czerny, tétanie postopératoire. Homogreffe intrasplénique. Mort le sixième jour après la greffe. (Pas de précision.)

9. Bosc, tétanie postopératoire. Homogreffe dans le muscle grand-droit de l'abdomen. Guérison.

10. Kocher, tétanie postopératoire. Homogreffe intratibiale. Guérison.

11. R. H. Kummer, tétanie postopératoire. Homogreffe sous la clavicule. Amélioration pendant huit jours. Mais les crises recommencent ; K. admet que l'ingestion d'oranges a suffi pour supprimer les bons effets de la greffe. On doit faire remarquer que l'amélioration s'est produite huit jours après la greffe, qu'elle n'a duré que huit jours ; vraisemblablement l'amélioration ne put être mise au compte de la greffe.

12. Landois, tétanie deux mois après l'ablation partielle du corps thyroïde. « Greffes de parathyroïdes dans la gaine des droits et par suture vasculaire sur l'artère radiale gauche (?) ». Mort douze jours plus tard.

13. Bürk. Au cours d'une thyroïdectomie B. voit sur la pièce opératoire une parathyroïde ; il la réimplante immédiatement dans la plaie opératoire. Malgré l'opothérapie immédiate la tétanie apparaît quinze heures après l'opération. A la trente-cinquième heure, greffe de trois parathyroïdes, prélevées sur un cadavre une demi-heure après la mort, dans les muscles de la paroi abdominale. Cessation des contractures pendant quatre jours. Mort le huitième jour. A l'autopsie on constate que la greffe faite dans la plaie opératoire baigne dans le pus et que les tissus greffés dans les muscles de la paroi abdominale ne contiennent pas traces de tissu parathyroïdien.

14. Billroth, tétanie postopératoire. Greffe (sans précisions d'origine ni de la place du greffon). Guérison pendant cinq ans. Nouvelle greffe (sans précision). Mort. L'autopsie ne montre pas traces de parathyroïdes au niveau des nids de greffe.

15. Billroth, tétanie postopératoire à allure chronique. Trois greffes en vingt ans sans succès.

16. A. E. Brown, tétanie postopératoire subaiguë, puis chronique *après lobectomie droite*. Fait paradoxal, une grossesse interrompt la tétanie. Après l'accouchement reprise de la tétanie. Huit ans après plusieurs homogreffes soit dans les muscles de la paroi abdominale, soit dans le muscle sternomastoïdien procurent des améliorations passagères. Mort un an après la dernière greffe ; à l'autopsie on constate que l'isthme thyroïdien est hypertrophié ; les greffons intrasternomastoïdiens apparaissent dégénérés sur les coupes histologiques.

17. Greppin, bilobectomie en deux temps. Après la seconde lobectomie, quatre jours après tétanie. Greffe (sans précision) dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Pas d'amélioration. Mort cinq ans après, à l'autopsie on trouve des traces de tissu thyroïdien scléreux, mais pas de traces de parathyroïdes.

18. Gaudier, Swinghedauw, Morel. Thyroïdectomie sous-capsulaire. Deux jours après tétanie ; le lendemain greffe de trois (?) parathyroïdes de cheval. Chloroformisation, transfusion de sang, calcithérapie ne font cesser que momentanément les contractures. Mort le septième jour.

19. Krecke, tétanie postopératoire aiguë. Greffe de parathyroïde de cheval. Cessation des contractures huit jours après l'opération. La guérison se maintenait un an après.

20. Krecke, tétanie postopératoire aiguë. Greffe de parathyroïdes de cheval le dix-neuvième jour après la thyroïdectomie. La guérison se maintenait un an après.

21. Krecke, tétanie postopératoire subaiguë (?). Greffe de cheval au troisième mois de la tétanie. Légère amélioration.

22. Krecke, tétanie postopératoire chronique datant de dix-huit mois. Greffe de parathyroïdes de cheval. La guérison se maintenait huit mois après.

23. Krecke, tétanie postopératoire chronique datant de six ans. Greffe de parathyroïdes de cheval ; aucune amélioration.

(1) V. Eiselsberg a observé 36 heures après une thyroïdectomie partielle un cas de tétanie qui guérit spontanément.

24. CHARBONNEL. Thyrodectomie extracapsulaire pour goître malin. Le soir même de l'opération apparition des crampes. un mois après greffes de deux parathyroïdes de cheval dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. *Deux crises épileptoïdes.* Calcithérapie, opothérapie ovarienne et thyroïdienne. Amélioration, puis guérison de la tétanie; huit ans après, en 1932, la tétanie n'a pas reparue, mais la malade présente un myxœdème fruste.

25. WILMOTH. Thyroïdectomie extracapsulaire pour goître suspect de malignité (l'examen histologique infirme le diagnostic de malignité). Le jour même de l'opération, opothérapie parathyroïdienne qui est supprimée le quatrième jour ; le cinquième jour tétanie typique avec hyperthermie ; immédiatement greffe de deux lobes thyroïdiens munis chacun de leur parathyroïde bien visible, dans le muscle grand-droit de l'abdomen et dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; en même temps l'opothérapie parathyroïdienne et la calcithérapie sont reprises pendant trois jours ; dès le lendemain de la suppression de cette médication reprise de la tétanie, alors reprise de l'opothérapie, de la calcithérapie et irradiations ultra-violettes ; au bout de douze jours toute cette médication est interrompue et dès lors les crises de tétanie ne se reproduiront plus. La malade, revue dix-huit mois après la greffe, n'a plus jamais présenté de contractures. Au niveau de la cicatrice abdominale, là où la greffe a été placée, on ne perçoit rien à la palpation.

Nous ne pouvons tenir compte des cas de Jackson (de Madison) qui dit, sans donner aucun détails ni chiffres, avoir greffé plusieurs parathyroïdes pour tétanie postopératoire. Il dit n'avoir éprouvé que des échecs et c'est pour cela qu'il se déclare partisan du seul traitement opothérapique.

En résumé, dans les vingt-cinq cas de tétanie parathyréoprive la greffe parathyroïdienne a donné les résultats suivants :

— Un cas de tétanie suraiguë, greffe, mort.

— Douze cas de tétanie aiguë, greffe, neuf guérisons, un échec, deux morts.

— Trois cas de tétanie subaiguë, greffe, une guérison, deux améliorations.

— Neuf cas de tétanie chronique, greffe, deux guérisons, une amélioration, trois échecs, trois morts.

Il ressort de cette statistique que les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas de tétanie aiguë. Nous convenons volontiers que, si le diagnostic de tétanie suraiguë et de tétanie chronique est facile à porter, la distinction entre la tétanie aiguë et la tétanie subaiguë peut être délicate, mais au demeurant cela n'a pas une extrême importance. Ce qui est beaucoup plus important, à notre avis, c'est le nombre des morts dans la tétanie chronique : neuf cas, trois morts ; malheureusement les observations ne sont pas très explicites, il faudrait établir que l'issue fatale (survenue douze ans après la greffe — un an après la deuxième greffe — cinq ans après la greffe) est la conséquence de la tétanie chronique. On ne saurait donc donner des conclusions formelles en ce qui concerne la greffe parathyroïdienne. Au cas de tétanie parathyréoprive, on remarquera simplement que la greffe semble donner les meilleurs résultats dans les cas de tétanie aiguë et subaiguë.

II. Dans la *tétanie dite essentielle* la greffe parathyroïdienne a été faite trois fois seulement ; cela peut s'expliquer du fait que la pathogénie de ce syndrome n'est pas encore bien établie ; à l'heure actuelle quatre théories sont en présence *t. parathyréoprive*, *t. calciprive*, *t. de l'alcalose*, *t. toxique* (par la guanidine). Voici les trois observations de greffes.

1. ROTH. Dans un cas de tétanie chez une femme enceinte, greffe dans la gaine d'un muscle grand-droit de l'abdomen, deux parathyroïdes prélevées au cours d'une parathyroïdectomie. Les crises de tétanie cessent et cette femme accouche sans aucun incident.

2. FRUGONI et SCIMONI. Dans un cas de syndrome complexe de tétanie chronique et d'épilepsie chez une hérédo-syphilitique, les deux auteurs confient leur malade au professeur Comolli. Celui-ci prélève chez une jeune fille atteinte de goitre parenchymateux diffus une glande parathyroïde ; il la transplante dans la vaginale testiculaire du malade. Les crises tétaniques cessent soudainement, le signe de Chvostek persiste, mais il est très atténué, le taux du calcium sanguin remonte ; cinq mois après l'opération la greffe est encore perceptible.

3. WILMOTH. Une jeune femme de 24 ans est prise au réveil d'une crise de tétanie. Les crises se répètent assez fréquemment. Les signes de Trousseau et de Chvostek sont positifs. Dans le muscle grand-droit de l'abdomen les deux lobes thyroïdiens d'un cheval abattu une heure auparavant sont introduits après avoir été tailladés ; sur l'un des lobes thyroïdiens la glande parathyroïde est bien visible. Dix jours après, élimination sans suppuration d'une partie de la greffe. Par la suite, les crises de contractures ne se reproduisent pas, mais le signe de Chvostek persiste six mois après la greffe.

Ces trois cas seraient donc en faveur du traitement de la tétanie par la greffe parathyroïdienne. Il semble bien démontré que l'homogreffe est supérieure à l'hétérogreffe.

III. *Les greffes parathyroïdiennes dans la maladie de Parkinson.* Là encore la greffe serait justifiée, si l'on admet, à l'exemple de V. Eiselsberg, que la maladie de Parkinson est le résultat d'un hypofonctionnement de l'appareil parathyroïdien.

1. BREITNER dans cinq cas de maladie de Parkinson a greffé des parathyroïdes de veau, qui sont, d'après lui, très faciles à découvrir au niveau de la corne thymique dont elles se distinguent par leur couleur rouge. Dans les cinq cas, le résultat a été soit un échec, soit une amélioration très passagère.

2. KUHL a utilisé dans des cas de maladie de Parkinson des parathyroïdes de veau et de cheval. Comme dans les cas de Breitner le résultat a été soit un échec, soit une amélioration de courte durée. Mais K. ne donne aucun chiffre.

Jusqu'ici donc, les greffes parathyroïdiennes ne semblent pas avoir une heureuse influence sur la maladie de Parkinson.

Peut-être ces résultats seraient-ils meilleurs si, contrairement à ce qu'ont fait Breitner et Kuhl, les hétérogreffes étaient remplacées par des homogreffes.

La technique opératoire de la greffe parathyroïdienne.

Louis Morel, faisant état des expériences de laboratoire et de dix observations de greffes parathyroïdiennes chez l'homme, a formulé les préceptes suivants :

— La parenté entre greffon et greffé doit être aussi intime que possible ; *l'autoplastie est la meilleure des transplantations.*

— L'*hétéroplastie parathyroïdienne* est une mauvaise opération ; elle semble dans la plupart des cas expérimentaux n'avoir pas une valeur supérieure à celle de l'ingestion ou de l'injection des produits parathyroïdiens ; l'amélioration qui est certaine ne saurait être que momentanée ; elle dure aussi longtemps que la glande greffée met à se résorber.

— La *greffe homoplastique* est capable de rétablir la fonction glandulaire compromise. On n'obtient pas par l'ingestion ou l'injection prolongée de produits parathyroïdiens ce qu'on obtient par la courte survie d'*une greffe homoplastique.*

— Toute greffe superflue est vouée à l'insuccès. Cristiani et Halstedt ont montré que l'animal receveur doit être dans un état d'insuffisance parathyroïdienne supérieure à 50 %, pour que les greffes se trouvent dans les conditions de la réussite, donc il ne faut pas, en principe, greffer plus de deux glandes parathyroïdes.

— Dans les cas de tétanie suraiguë parathyréoprive la greffe parathyroïdienne est vouée à l'échec.

— Si par l'administration de chaux ou de magnésium, on enraye momentanément l'autointoxication parathyréoprive, la greffe parathyroïdienne a le maximum de chances de réussir.

— Pour qu'une greffe parathyroïdienne réussisse, il faut que les conditions suivantes soient réalisées : *exécution rapide, ne pas manipuler la greffe, hémostase parfaite du nid, aucun antiseptique ne doit être employé au cours de l'intervention.*

Charbonnel en arrive aux mêmes conclusions : « D'après l'expérimentation et malgré la confusion des résultats publiés, on peut conclure qu'ici comme ailleurs, en fait de greffes, les greffes autoplastiques sont les meilleures au point de vue biologique ; les transplants deviennent de véritables greffons. » Et Charbonnel ajoute : « Il faut réimplanter les propres parathyroïdes de l'opéré puisque ces glandes chez les *goitreux* comme chez les *Basedowiens* sont saines. » Si l'on admet le postulat de Charbonnel, il reste à démontrer qu'il est facile de prélever sur la pièce opératoire les glandes parathyroïdes. Or, il semble bien que cela ne soit pas toujours aisé ; en effet, Borchers, sur onze pièces de thyroïdectomie totale, trouve *huit fois des parathyroïdes accessoires, une fois un ganglion, une fois un peloton graisseux, une seule fois une vraie parathyroïde.* L'autoplastie parathyroïdienne n'est donc pas toujours possible ; il en est de même de l'*homoplastie;* c'est pourquoi, à défaut de l'autoplastie et de l'homoplastie, l'hétéroplastie peut être utile ; de toute évidence elle n'a pas la même valeur que les deux précédentes, mais en cas d'urgence, lorsqu'elle est seule possible, elle doit être employée.

Sur quels animaux prélever la greffe ? Sur le chien et le lapin elles seraient faciles à prélever, mais elles sont de très petites dimensions, et d'autre part les vétérinaires font remarquer que ces animaux sont souvent parasités. D'après Breitner et Kuhl, comme nous l'avons vu plus haut, il existe au niveau de chaque corne du thymus une glande parathyroïde *chez le veau*, glande facile à identifier parce qu'elle tranche par sa couleur rouge. Chez le *cheval*, il y a de chaque côté du canal laryngo-trachéal un gros lobe thyroïdien auquel est annexée une glande parathyroïde de la même couleur rouge foncé et de la grosseur d'un haricot. Il est facile de prélever aseptiquement tout l'appareil thyro-parathyroïdien d'un cheval. L'animal abattu, l'équarisseur prélève par une seule incision, la langue, le larynx et la trachée. Larynx et trachée sont entourés d'une épaisse couche de graisse ; on incise cette capsule adipeuse ; on change d'instruments et on prélève chaque lobe thyroïdien muni de sa glande parathyroïde, le tout est recueilli dans un tube stérile. En un laps de temps qui ne dépasse pas une heure, le prélèvement de la greffe hétéroplastique et sa mise en place chez le malade atteint de tétanie peuvent être effectués.

Où faut-il placer la greffe ? Il semblerait logique de placer la greffe dans la plaie opératoire de thyroïdectomie. Burk réimplante immédiatement une glande parathyroïde du sujet dans la plaie opératoire. Malgré trois homogreffes, l'opéré meurt de tétanie ; à l'autopsie, Burk constate que la greffe dans la plaie cervicale baigne dans le pus.

Nous relevons dans les observations de greffes parathyroïdiennes que le transplant a été placé : dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les muscles (muscles de la paroi abdominale, muscle sterno-mastoïdien), dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans le grand épiploon, dans la rate, dans le rein, dans la vaginale testiculaire, dans la moëlle osseuse du tibia. En voici les résultats :

— La greffe dans le tissu cellulaire sous-cutané, quatre cas, a donné : deux guérisons, une amélioration, un échec.

— La greffe intramusculaire, six cas, a donné : trois guérisons, une amélioration, un échec, une mort.

— La greffe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal : six cas, a donné : quatre guérisons, deux améliorations.

— La greffe dans le grand épiploon ne peut être retenue, il n'y a aucun détail, aucune précision.

— La greffe dans la rate, un cas, a donné : une mort.

— La greffe dans le rein : aucun renseignement.

— La greffe dans la vaginale testiculaire, un cas : un succès complet.

— La greffe dans la moelle osseuse, deux cas, a donné : une guérison, un échec.

En principe, la greffe parathyroïdienne faite dans le but de combattre une tétanie parathyréoprive ou une tétanie essentielle, devra être une greffe autoplastique ; elle devra être faite aussi précocement que possible ; elle devra être placée soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, soit dans le muscle grand droit de l'abdomen. Il faut agir sans retard et placer la greffe dans des tissus qui l'adopteront facilement ; placer la greffe dans la rate ou dans la cervelle osseuse nous paraît une erreur, puisque, comme l'a très justement recommandé Louis Morel, il est indispensable qu'au niveau *du nid de la greffe* l'hémostase soit parfaite. A défaut de greffe autoplastique, il faut prélever une greffe homoplastique ; mais il n'est pas toujours aisé de prélever le même jour une parathyroïde au cours d'une opération pour goitre ; d'autre part, la législation française ne nous autorise pas à prélever sur les cadavres, même une heure après la mort, la greffe nécessaire ; donc, à défaut de la greffe homoplastique, la greffe hétéroplastique doit être employée. Leur doit-on les succès qu'on leur impute, cela est possible, (mais comme il est avéré que la greffe ne peut agir qu'au bout de plusieurs semaines, il faut, dès que les crises convulsives sont avérées, instituer l'opothérapie et la calcithérapie). Comme l'a dit Charbonnel, dans l'incertitude actuelle, on ne doit pas en refuser le bénéfice au malade. Dans les cas de tétanie chronique parathyréopive et essentielle, il n'y a plus urgence, et c'est vraiment dans ces deux cas que la greffe parathyroïdienne devrait faire ses preuves.

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1931-1932

(2e semestre 1931 et 1er semestre 1932) *(suite)* [1]

Par le Dr **Paul BOYER**
MÉDECIN-ASSISTANT DE SAINT-LAZARE ET DE LA MATERNITÉ

Modificateurs du système nerveux périphérique

Excitants du sympathique

Adrénaline

Tiffeneau (*Paris méd.* 1931, XXI, 81) montre qu'en ce qui concerne les actions typiques sympathomimétiques de la surrénale, actions qui ne constituent il est vrai qu'une partie des applications opothérapiques de cette glande, il n'y a pas, à dose comparable, de différence essentielle entre la surrénale et son principe constitutif, l'adrénaline. Sauf la noréphédrine, dont l'action hypertensive en quelque sorte batarde, n'est pas strictement sympathomimétique, mais mitigée d'actions secondaires principalement musculotropes, toutes les bases synthétiques construites sur le modèle plus ou moins exact de l'adrénaline sont moins actives que celle-ci ; les seuls avantages que peuvent présenter certaines d'entre elles concernent soit la plus longue durée d'action (adrénalone), soit la possibilité d'effets après administration par voie buccale (éphédrine).

Langeron et Paget (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 24 nov. 1931) rapportent les résultats des dosages de l'adrénaline surrénale pratiqués quelques heures après la mort chez deux malades diamétralement opposés : un grand hypertendu et un addisonien hypotendu, les deux étant morts presque subitement. Chez le premier il y avait une quantité d'adrénaline très supérieure à la normale, tandis qu'on n'en trouvait pas de traces chez le second. Les auteurs soulignent cette opposition tout en faisant remarquer que, de leurs recherches antérieures, ils ne peuvent néanmoins conclure formellement au parallélisme étroit et constant entre tension artérielle et adrénaline surrénale, la question appelant de nouvelles recherches.

Villaret, Justin-Besançon et Cachera (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 391) montrent que la vagotomie et l'atropinisation suppriment seulement les dénivellations systolodiastoliques déclenchées par l'adrénaline sans agir sur l'hypertension des pressions artérielles générale et récurrente, mais suppriment par contre l'hypertension veineuse adrénalinique.

Tournade (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 114) a constaté que l'adrénaline en injection intraveineuse à dose forte ne stimule pas l'adrénalino-sécrétion.

Hermann, Portes et Jourdan (*C. R. Soc. Biol.*, CVII, 1541) montrent que tous les dérivés chlorés du méthane, CH^3Cl, CH^2Cl^2, CCl^4, sont aptes à produire chez le chien la syncope mortelle par fibrillation ventriculaire quand on les associe à l'adrénaline.

Angelesco et Chauchard (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 459) ont constaté que l'adrénaline diminue la chronaxie du nerf splénique et le temps de sommation du système itératif nerf-rate.

Barry et Chauchard (*C. R. Soc. Bio.*, 1932, CIX, 281) montrent que toutes les fois que, par un procédé quelconque, on empêche le déversement de la sécrétion glandulaire surrénale dans la circulation générale, ce qui a pour effet d'abaisser la teneur en adrénaline dans le sang circulant, on note une augmentation de la chronaxie du nerf splanchnique et de la constante de temps de l'appareil vaso-constricteur. Au contraire, lorsqu'on augmente le taux de l'adrénaline par injection de cette substance, on observe une diminution des deux constantes de temps.

Raymond-Hamet (*Acad. Sc.*, 7 mars 1932) a constaté que des doses d'adrénaline, qui élèvent fortement la pression artérielle, reserrent les vaisseaux du rein alors qu'elles dilatent ceux de la patte. Il s'effectue ainsi une sorte de compensation vasculaire qui tend à diminuer l'hypertension cardiaque. Aux doses très fortes, l'adrénaline détermine une vasoconstriction générale et provoque alors des troubles du cœur.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 713), montre que la diminution par la bivagotomie de l'action vasoconstrictrice rénale de l'adrénaline est due simplement à l'augmentation de pression qui résulte de l'abolition de la bradycardie réflexe, cette diminution n'est qu'apparente et il en est de même toutes les fois que la bradycardie réflexe adrénalinique est diminuée ou abolie. Quand une substance supprime ou diminue la bradycardie réflexe adrénalinique en même temps qu'elle affaiblit la vasoconstriction rénale apparente produite par l'adrénaline, il ne semble pas qu'on puisse en déduire que cette substance exerce sur les vasomoteurs rénaux sympathiques une action inhibitrice.

Santenoise, Franck, Merklen et Vidacovitch (*C.R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 82) signalent que l'administration préalable de vagotonine modifie l'allure de la courbe de l'hypertension adrénalinique : élévation moindre de la maxima, élévation nettement moindre de la minima, action cardiomodératrice très marquée, retour rapide à la pression normale. La vagotonine paraît agir, non point en neutralisant l'action hypertensive de l'adrénaline, mais en rendant plus sensible les mécanismes de défense vis-à-vis de l'hypertension. Elle n'est efficace que si elle a été administrée un temps assez long avant l'adrénaline pour permettre son action sur les mécanismes régulateurs de la pression artérielle.

Drouet, Florentin et Mlle Entcheva (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 73) constatent que la splénocontraction adrénalinique provoque l'élimination presque complète des hématies contenues dans l'organe, la mobilisation intense des cellules des cordons lymphoïdes (lymphocytes et monocytes), l'occlusion des artérioles et l'élargissement des sinus. L'examen histologique confirme le mécanisme intime de la splénocontraction dont les facteurs primordiaux sont la contraction des muscles lisses de la capsule et des travées et la suppression presque totale du débit sanguin, sous l'influence directe d'une vasoconstriction artérielle. Les effets immédiats de la rétraction du parenchyme splénique sont l'enrichissement rapide du sang veineux en hématies, en polynucléaires et en mononucléaires d'origine splénique.

Pour Pasteur Vallery-Radot, Albeaux-Fernet et Dela-

(1) Voir *Progrès Médical* des 29 octobre, 5 et 19 novembre et 3 décembre 1932.

mare (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 850) les lésions rénales, déterminées par les injections intraveineuses d'adrénaline à doses massives, chez le lapin (de nature congestive, parfois même hémorragique, histologiquement), sont provoquées par une action directe de l'adrénaline sur l'épithélium rénal. Il est possible, d'autre part, que la sérosité œdémateuse épanchée dans les alvéoles pulmonaires, étant reprise par le torrent circulatoire, puisse devenir une albumine étrangère et nocive pour le rein.

Labbé, Fabrykant et Petresco (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 1089) constatent que les injections intramusculaires d'adrénaline provoquent une diminution du taux du phosphore minéral dont une partie se transforme en phosphore organique non lipidique dont le taux est constamment augmenté. Les chiffres du phosphore total et du phosphore lipidique restent sensiblement fixes.

Brûlé et Althausen (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 1437) étudiant l'épreuve de l'hyperglycémie adrénalinique dans l'insuffisance hépatique, montrent qu'après injection d'adrénaline les modifications de la glycémie sont inconstantes et variables dans les maladies du foie cependant sévères et bien caractérisées alors même qu'il est prouvé par d'autres épreuves que le foie a perdu son pouvoir de maintenir la glycémie à son niveau optimum. Seul le retard dans l'apparition de l'hyperglycémie a peut-être une signification dans la recherche de l'insuffisance hépatique.

Benhamou et Gille (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 1546) contestent que l'hypercholestérinémie provoquée par l'adrénaline est supprimée par la splénectomie.

Benhamou et Nouchy (*Paris méd.*, 1931, XXI, 117) montrent l'intérêt de la leucocytose adrénalinique dans nombre de maladies, maladies de la rate, du sang, du foie, des glandes à sécrétion interne, maladies cutanées (mycosis fongoïde, dermatite de Dühring) et maladies infantiles. C'est un procédé commode d'établir le bilan du tableau sanguin, d'étaler ses réserves et de faire apparaître des éléments cachés susceptibles parfois d'éclairer un diagnostic hésitant.

Joltrain *Cong. intern. de l'Asthme, le Mont-Dore*, 4-5 juin 1932) étudie les divers traitements de l'asthme et insiste tout particulièrement sur l'adrénaline, avec ou sans adjonction d'hypophyse, qui reste actuellement le médicament le plus généralement efficace contre la crise d'asthme.

Albeaux-Fernet (*L'Hôpital*, 1932, XX, 126) passe en revue toutes les applications pratiques de l'injection souscutanée d'adrénaline.

Ephédrine

Van Bogaert (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 1131 et 1932, CX, 700) montre que l'éphédrine gauche est un poison musculaire qui a une affinité particulièrement marquée pour le muscle lent (augmentation de sa chronaxie) et qui n'agit sur le nerf moteur qu'à de fortes concentrations. L'éphédrine augmente la chronaxie transversale plus que celle du myocarde du cœur de grenouille, le faisceau s'intoxique le premier, mais reste le dernier empoisonné.

Desplas (*Soc. de Chir.*, 13 janvier 1932 préconise l'éphédrine avant la rachianesthésie pour pallier à la chute importante de la tension artérielle qui suit toute anesthésie rachidienne.

Mouzon (*Presse méd.*, 1931, n° 106, 1908) signale les bons effets de l'éphédrine dans la narcolepsie, bons résultats, mais traitement symptomatique provisoire.

Dihydroxyphényléthylamine

Raymond-Hamet (*Arch. internat. Pharm. et Ther.*, 1931, XL, 427) étudie les propriétés sympathomimétiques de la dihydroxyphényléthylamine, l'action de cette substance se rapprochant beaucoup plus de celle de l'adrénaline que de celle de la tyramine.

Genêt

Busquet et Vischniac (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 403 et *Progrès méd.*, 1931, n° 52, 2305) montrent que l'action hypertensive adrénalinique de l'extrait de genêt découverte par eux il y a bientôt 10 ans n'est pas due à la présence de tyramine signalée dans cette plante par Schmalfuss et Heider, en effet action hypertensive du genêt au moins cinq fois plus grande que ne le permettrait de prévoir son titre de tyramine ; pas de syncope tyraminochloroformique, alors que le genêt déclenche comme l'adrénaline chez l'animal chloroformé une syncope mortelle.

Inversion de l'effet hypertenseur du genêt comme celui de l'adrénaline par la yohimbine, diminution seulement de l'effet hypertenseur de la tyramine. Si ces deux produits ont le caractère commun d'élever la pression artérielle, ils diffèrent donc sous beaucoup d'autres rapports. Le genêt contient en dehors de la tyramine une substance qui lui confère ses propriétés adrénaliniques, il est également possible que la tyramine ne se trouverait pas comme telle dans le genêt, mais sous forme d'un dérivé peu stable, possédant les propriétés de l'adrénaline et qui, au cours des manipulations assez brutales de son extraction, aboutirait à la tyramine.

Busquet et Vischniac (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 1044) ont constaté également que comme le genêt à balai, le genêt d'Espagne possède un pouvoir vasoconstricteur, mais trois fois moins marqué, et détermine, comme l'adrénaline et le genêt à balai, au début de son action hypertensive une bradycardie importante supprimée par l'atropine et de même origine. Son effet hypertenseur est également inversé par l'yohimbine. Par contre absence de syncope chloroformique et pas d'effets sur les contractions de l'intestin isolé, mouvements respiratoires rapides, amples et convulsifs au début de l'action du genêt d'Espagne s'opposant à l'arrêt respiratoire durant quelques secondes provoqué par le genêt à balai. Toxicité plus élevée du genêt d'Espagne. Apparition *post-mortem* avec le genêt d'Espagne de contractions musculaires, analogues à celles déterminées par les alcaloïdes du groupe de la pelletiérine ces phénomènes ne s'observant pas avec le genêt à balai.

Nicotine

et substances nicotiniques

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 895) montre que si l'action hypertensive de l'adrénaline est généralement augmentée par les doses moyennes de nicotine, elle est très fortement diminuée par les doses très fortes de cet alcaloïde, mais même en employant des doses énormes de nicotine il est impossible de la supprimer et à plus forte raison de l'inverser.

Binet et Zamfir (*Presse méd.*, 1931, n° 69, 1283) ont pu accoutumer des Cyprins dorés à des solutions de nicotine et à des macérations de tabac. Les effets toxiques du tabac s'exercent sur l'appareil circulatoire et le système nerveux central.

Janot et Faudemay (*Bul. Sc. Pharm.*, 1932, XXXIX, 288) signalent que l'hordénine donne avec l'acide silicotungstique un composé cristallisé jaune chamois, de formule définie, qui permet d'isoler et de doser l'hordénine dans des solutions aqueuses après une approximation de 1 %.

Tournade et Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 654) montrent que chez le chien chloralosé, ayant ses vagues coupés au cou, et soumis à la respiration artificielle, les doses d'anagyrine qui provoquent normale-

ment une forte hypertension et une vasoconstriction nette du rein, déterminent au contraire, quand l'animal a reçu une dose d yohimbine suffisante pour inverser l'action hypertensive des doses moyennes d'adrénaline, une hypotension marquée avec diminution passive du volume du rein. Tant par son action chez le chien yohimbinisé que par l'ensemble de ses effets physiologiques, l'anagyrine appartient donc au groupe des substances nicotiniques.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 1064) a constaté que l extrait de *Muira puima* (olacacée du Brésil) n'inverse pas les effets hypertenseurs de l'adrénaline et ne doit donc pas son action physiologique à la présence de yohimbine comme le pense Ettore. En outre cet extrait augmente à doses moyennes et diminue à doses fortes les effets hypertenteurs de l'adrénaline, il abolit les effets cardio-inhibiteurs de l'excitaion du vague ; son principe actif est donc probablement de nature nicotinique.

Paralysants du sympathique

Yohimbine

Mercier et Raymond-Hamet *C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 1117) signalent que la yohimbine détermine presque toujours une diminution du volume du rein.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 131, CVIII, 965) montre par des expériences de perfusion sur la patte postérieure *in situ* du chien qu'une dose d'adrénaline qui provoque une vasoconstriction très nette chez l'animal normal, provoque au contraire de la vasodilatation chez l'animal qui a été soumis à l'action de la yohimbine, il réalise ainsi une démonstration expérimentale de l'inversion par la yohimbine de l'action vasoconstrictrice de l'adrénaline.

Raymond-Hamet (*C.R. Soc. Biol*,, 1931, VIII, 1046) signale que les substances alcaloïdiques (yohimbine, alloyohimbine, iso-yohimbine) considérées comme des isomères de la yohimbine, exercent sur le système nerveux sympathique une action identique (transformation en hypotension de l'action hypertensive des doses moyennes d'adrénaline).

Ergot et ergotamine

Raymond-Hamet (*Acad. Sc*,, 9 nov. 1931) montre que l'action de l'ergot sur les vaisseaux dépend non seulement de l'action propre de ce médicament classique des hémorragies, mais encore de la teneur du sang en adrénaline. Chez les sujets dont le sang est pauvre en adrénaline, l'ergot produit une vasoconstriction si forte qu'elle aboutit parfois à la gangrène ; au contraire chez ceux dont le sang est très riche en adrénaline, l'ergot produit une vasodilatation qui se traduit par une augmentation des hémorragies.

Tzanck (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 3 juillet 1931) préconise depuis quatre ans l'ergotamine dans le traitement des migraines avec des résultats très satisfaisants, et une innocuité complète quand le traitement est conduit avec prudence.

Formol

Vignes (*Soc. Obs. et Gyn. de Paris*, 9 nov. 1931 et *Progrès méd.*, 1932. n° 1, 9) partant de l'hypothèse déjà soutenue par lui, que beaucoup de contractures utérines sont affaire d'hypersympathicotonie, a eu l'idée d'utiliser l'action « antisympathique » du formol, signalée par Gautrelet. Il a employé les bains tièdes formolés pour certains accouchements qui ne progressaient pas du fait de la contracture, avec résultats particulièrement favorables.

Excitants du parasympathique

Pilocarpine

Chauchard (*C.R. So. Biol.*, 1932, CIX, 848) étudie l'action de la pilocarpine sur l'excitabilité de l'appareil sécréteur corde du tympan-glande sous-maxillaire : On constate presque toujours une augmentation de la rhéobase avec variations légères de la chronaxie et abaissement marqué du temps de sommation, effets inverses de l'atropine. L'action activante de la pilocarpine sur la sécrétion salivaire est donc due à une augmentation de rapidité de l'élément sécrétoire et l'action inhibitrice de l'atropine est la conséquence du ralentissement que cette substance provoque dans ce même élément.

Dodel (*Congr. internat de l asthme, Le Mont-Dore*, 4 et 5 juin 1932) soumet un cobaye à des vapeurs de chlore suffisantes pour produire une bronchite légère mais insuffisantes pour entraîner la mort, il injecte ensuite à cet animal une dose de pilocarpine égale à la moitié ou au quart de la dose mortelle. L'animal meurt en une heure environ, après avoir présenté une dyspnée avec type respiratoire instable La pilocarpine à dose mortelle tue le cobaye neuf en dix ou douze heures et l'on ne peut mettre en évidence de semblables troubles respiratoires. Le poison vagotrope paraît donc, dans ces expériences, avoir été orienté vers l'appareil respiratoire par l' « épine organique » que constitue la bronchite.

Monnerot-Dumaine (*Soc. méd. Hôp. de Paris*,, 24 avril 1932) a obtenu d heureux résultats en traitant la grippe, dès son début, par les injections de pilocarpine à la dose de 1/2 centigramme, qui provoquent une diaphorèse artificielle.

Cain et Oury (*Soc. méd Hôp, de Paris*. 20 mai 1932) signalent à nouveau que dans les rétentions d'urine d'origine réflexe et indépendantes d'une origine mécanique, l'injection d'un centigramme de pilocarpine provoque au bout de quelques minutes une miction rapide ou progressive. Les injections peuvent être répétées plusieurs jours de suite sans inconvénient permettant ainsi d éviter le cathétérisme urétral, notamment au cours des rétentions qui suivent les interventions abdominales et les rachi-anesthésies

Jouis (*Thèse méd. Paris*, 1932) a constaté que le Jaborandi (extrait hydroalcoolique éthéré) n'a pas d'action sur les glandes qui sécrètent le suc gastrique alors qu'il présente des propriétés hypercriniques généralisées. Il diminue même l'acidité chlorhydrique du suc gastrique dans une proportion de 60 % des cas par action paradoxale sur le vague et surtout par voie indirecte, par réflexe duodéno-alcalin qui fait refluer la bile dans l'estomac, le jaborandi étant un excellent cholagogue. Dans toutes les dyspepsies hyperchlorhydriques cet extrait est capable en plus du soulagement qu'il procure d'abaisser le taux de l'acidité gastrique.

Esérine

Tourneux, Petel et Gouzi (*Soc. Méd. Chir. et Pharm. de Toulouse*, nov. 1931) préconise les injections sous-cutanées de prostigmine contre les petits accidents dûs à la « crise des gaz » observés fréquement chez les opérés ; dans les heures qui suivent l'injection, augmentation très nette du péristaltisme intestinal aboutissant rapidement à l'émission spontanée de gaz, l'évacuation des matières s'effectue le deuxième ou le troisième jour sans qu'il soit besoin de la faciliter par l'adjonction d'un lavement.

Acétylcholine

Villaret, Justin-Besançon, Mme Schiff-Wertheimer et Gallois (*Arch. d'Ophtalmol.* 1932, XLIX, n° 3) insistent sur l'action heureuse de l'acétylcholine sur les spasmes de l'artère rétinienne, l'action de l'acétylcholine est également favorable dans le glaucome et peut être prolongée longtemps en cas d'évolution chronique.

Gallois (*Soc. Ophtalmol. de Paris,* 18 juillet 1931) rapporte une action heureuse de l'acétylcholine chez un asthmatique présentant un spasme de l'artère rétinienne surajouté à une artérite chronique consécutifs à un traitement adrénalinique suivipendant neuf ans ; l'acétylcholine, chez ce malade, a rétabli en effet la circulation rétinienne, mais cependant pas encore la vision.

Laignel-Lavastine, Baillart et Boquien (*Soc. méd. Hôp. de Paris.* 22 janv. 1932) rapportent un cas de cécité brusque par double hémianopsie à la suite d'une syncope par hémorragie gastrique liée à un cancer de l'estomac chez une syphilitique athéromateuse, avec récupération partielle de la vision par l'acétylcholine.

Benech (*Gaz. méd. de France,* 1931, n° 14, 344) préconise l'acétylcholine comme test otologique en vue du diagnostic et du traitement des spasmes vasculaires auriculaires.

Faroy et Deron (*Arch. Mal. App. dig. et Mal. Nutr.,* 1931, XXI, 777) préconisent les injections d'acétylcholine dans le traitement des hypochlorhydries.

Pagniez, Plichet et Decourt (*Soc. méd. Hôp. de Paris,* 11 mars 1932) et De Gennes (*Soc. méd. Hôp. de Paris,* 11 mars 1932) ont obtenu des résultats excellents avec l'acétylcholine dans le traitement de l'état de mal épileptique ; par contre pour Dejean et Hughes (*Soc. Sc. méd. et biol. de Montpellier,* février 1932) les effets obtenus ont été médiocres.

Sergent, Baumgartner et Kourilsky (*Soc. méd. Hôp. de Paris,* 10 juin 1932) signalent un cas d'embolie gazeuse survenue au cours d'une résection pulmonaire faite sous anesthésie locale, avec hémiplégie transitoire, celle-ci guérie complètement par l'acétylcholine.

Worms (*Soc. Laryngol. des Hôp. de Paris,* 21 déc. 1931) emploie avec succès l'acétylcholine dans la rhinite atrophique : congestion des cornets, diminution des sécrétions et des croûtes, disparition des troubles subjectifs (céphalée et asthénie).

Choline

Levent (*Gaz. Hôp. de Paris,* 1932, CV, 718) précise les emplois de la choline chez les tuberculeux et discute les résultats obtenus.

De Raymond (*Soc Path. exot.,* 9 mars 1932) a obtenu de bons résultats avec la choline dans le traitement de la bilieuse hémoglobinurique, activation de la cholestérogénèse, élévation du taux de la cholestérine dans le sang, qui entravent l'hémolyse, il n'y a plus de destruction globulaire ni obstruction du filtrat rénal.

Histamine

Roussy et Mosinger (*C. R. Soc. Biol.,* 1931, CVIII, 1126 et 1129 ; 1932, CIX, 26 et 103) étudient la réaction cutanée locale à l'histamine.

Carnot et Libert (*Paris méd.,* 1932, XXII, 73) étudient l'épreuve clinique de l'histamine en pathologie gastrique et ses bases expérimentales.

Mogena, Orcoyen et Fernandez (*Arch. des Mal. de l'App. dig. et des Mal. Nutr.,* 1932, XXI, 38) envisagent l'emploi de l'histamine dans le traitement des anémies et de l'achylie gastrique.

Paralysants du parasympathique

Atropine

Van Bogaert et Mlle Weil (*C. R. Soc. Biol.,* 1931, CVII, 1280) montrent à l'aide du curare et de l'atropine que la chronaxie transversale est égale à la chronaxie hissienne. En effet le curare accroît la chronaxie transversale et la chronaxie hissienne beaucoup moins que la chronaxie ventriculaire et l'atropine accroît la chronaxie transversale et la chronaxie hissienne beaucoup plus que la chronaxie ventriculaire.

Alajouanine et Horowitz *Soc. méd. Hôp. de Paris,* 29 janvier 1932) montrent que l'injection intraveineuse de 1 à 3 mgr. de sulfate d'atropine est un traitement inoffensif et particulièrement efficace dans les crises gastriques du tabès.

Scopolamine

Rudeanu et Mlle Bonvallet (*C. R. Soc. Biol.,* 1932, CIX, 1193) ont constaté le rapprochement par la scopolamine des chronaxies motrices périphériques, parfois jusqu'à l'égalisation. L'incoordination motrice accompagne pas à pas cette modification de chronaxies, étant complète quand il y a égalisation.

Broun, Mlle Lévy et Mme Meyer-Oulif (*C. R. Soc. Biol.,* CVII, 1522) montrent que chez le chien et la souris, la scopolamine renforce nettement l'activité hypnotique du chloralose dont l'action est surtout corticale et ne modifie pas sensiblement celle du sonéryl dont l'action est basilaire. Par contre la scopolamine renforce en intensité et en durée les effets d'excitation que produisent chez le chien les petites doses de sonéryl.

Tropine
et dérivés

Polonovski et Hazard (*Acad. Sc.,* 7 sept. 1932) ont constaté que l'éthérification de la tropine par HCE augmente la toxicité de cet alcool, renforce et rend plus périphérique l'action paralysante de la molécule sur le vague cardiaque et donne à l'action de la molécule sur l'intestin une allure nicotinique.

Hazard (*C, R. Soc. Biol.,* 1932, CIX, 179) montre que la tropanone, la pseudopelletiérine et quelques-uns de leurs dérivés exercent sur le muscle strié une action excitante directe qui persiste ou s'accentue pendant quelque temps après la mort de l'animal (analogue à l'action signalée en 1927 par Boyer pour la pelletiérine et récemment par Busquet et Vischniac pour le Genêt d'Espagne). Cet effet en relation avec l'abaissement de la chronaxie du muscle provoqué par les faibles concentrations des produits actifs apporte une vérification de plus aux conceptions de Lapicque sur l'excitabilité musculaire.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.,* 1932, CVII, 1123) montre que la pseudotropine provoque d'abord une contraction violente, mais peu durable de la musculature de l'intestin grêle *in situ* du chien, puis un relâchement de cette musculature qui amène le tonus à un niveau inférieur au niveau normal et qui s'accompagne d'une inhibition plus ou moins prolongée des contractions intestinales, action nicotinique.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. biol.,* 1932, CIX, 616) est d'avis que la tropine, par son influence renforçatrice sur les effets moteurs et inhibiteurs de l'adrénaline se rapproche de la nicotine et de la spartéine.

Mercier et Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.,* 1932, CIX, 1121) ont constaté que l'action de la tropine est la même sur l'intestin isolé et *in situ,* action motrice et antagoniste de celle de l'atropine.

Bleu de méthylène

Lecœur (*Thèse méd. Paris,* 1932) étudie et précise l'emploi du bleu de méthylène en psychothérapie, thérapeutique non seulement psychique, mais aussi psychophysique, le bleu de méthylène inhibant primitivement le vague et l'excitant secondairement.

(*A suivre.*)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON

FONDÉ EN 1873. — N° 51 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 10 DÉCEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 6 décembre. — M. Brun. Contribution à l'étude des ruptures sus-rotuliennes du tendon du quatriceps et à leur traitement chirurgical.

7 décembre. — Mme Pinel. Application systématique du lipogon et du protargol dans certaines complications de la blennorragie. — M. Renaudin. L'identification des vibrions cholériques et la prophylaxie du choléra.

9 décembre. — M. Regard. Technique opératoire et résultats post-opératoires de l'amputation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale.

10 décembre. — M. Nicolas. Les abcès du poumon dans l'enfance. — M. Pollet. Contribution à l'étude du bleu de trypane dans le traitement de quelques affections nerveuses et spécialement du syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

7 décembre (Thèse vétérinaire). — M. Outrebon. L'aloès dans le traitement de l'indigestion par surcharge du ramin et du feuillet chez les Bovidés.

Prix de la Société des chirurgiens de Paris. — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année quatre prix :

1° Prix de chirurgie générale (prix Dartigues).
2° Prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin).
3° Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor-Pauchet).
4° Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet).
Chaque prix est de mille francs.

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au secrétaire général de la Société, Docteur Charles Buizard, 3, rue de la Trémoille Paris (VIIIe), avant le 31 décembre 1932, au moins en deux exemplaires et de préférence en cinq dactylographiés.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Docteur Desjacques.

Hôpitaux de Strasbourg. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Haimovici, Houot, Mlle Wehrung, MM. Labourgade, Laugier, Rodier, Mercenie, Moniatte, Heimendinger, Mlle Rousset.

Ecole de médecine de Tours. — Après concours, le Docteur Jacques Métadier a été nommé professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours.

Service de Santé. — *Mutations.* — Le médecin colonel Pheulpin, de l'hôpital militaire de Belfort au service de santé de la 7e région, à Besançon.

Les médecins capitaines : Detang, du 1er d'artillerie, à la 8e comp. régionale du train, à Dijon ; Jacob, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à l'hôpital militaire de Grenoble ; Mettetal, du 188e d'artillerie, au 134e d'infanterie ; Chausset, du 158e d'infanterie, au centre d'instruction physique, à Strasbourg.

Les médecins lieutenants : Gabrielle, du 43e d'artillerie (Cherbourg) aux troupes du Maroc ; Verrière, de l'hôpital militaire de Strasbourg, au 1er génie, à Strasbourg ; Bory, de l'hôpital militaire de Strasbourg, au 158e d'infanterie ; Aumeunier, de l'hôpital militaire de Belfort, au 188e d'artillerie.

Troupes coloniales. — En Indochine. — Les médecins commandants : Laurence, de l'hôpital militaire de Fréjus ; Basset, du 51e mitrailleurs indochinois ; Laurency, du 2e d'infanterie coloniale.

En Afrique occidentale française. — Le médecin colonel Gravellat, du ministère de la Guerre ; le médecin commandant Deneufbourg, du 23e d'infanterie coloniale ; le médecin capitaine Giraud, du 52e mitrailleurs indochinois.

En Afrique équatoriale française. Le médecin capitaine Muraine, du 12e d'artillerie coloniale.

Au Cameroun. — Le médecin capitaine Andrieu, du 42e mitrailleurs malgaches.

En Chine. — Le médecin colonel Mouillac, du 23e d'infanterie coloniale.

En Tunisie. — Le médecin capitaine Chaput, du 52e mitrailleurs indochinois.

Au régiment d'infanterie coloniale du Maroc. — Le médecin capitaine Daspect, rentré de Chine.

Au 3e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Tempon, rentré de l'A. F. E. ; le médecin lieutenant Duris, du dépôt des isolés des troupes coloniales, à Marseille.

Au 23e d'infanterie coloniale. — Le médecin capitaine de Palmas, rentré d'Indochine.

Au 24e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Le Maux, rentré d'Indochine.

Au 41e mitrailleurs malgaches. — Le médecin capitaine Gaudard, du régiment d'infanterie coloniale du Maroc.

Au 51e mitrailleurs indochinois. — Le médecin commandant Edard, rentré d'Indochine.

Au 52e mitrailleurs indochinois. — Le médecin capitaine Cremona, du 41e mitrailleurs malgaches.

Au 2e d'artillerie coloniale. — Le médecin lieutenant Guilhaumou, du dépôt des isolés des troupes coloniales, à Marseille.

Au 10e d'artillerie coloniale. — Les médecins commandants : Conil, rentré de l'A. O. F. ; Delinotte, de la mission ferroviaire du Cameroun ; le médecin capitaine Josse, rentré de Madagascar.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux). — Le médecin commandant Perreaux, du 12e d'artillerie coloniale ; les médecins lieutenants Lacorne et Becuwe, du dépôt des isolés des troupes coloniales, à Marseille ; le pharmacien capitaine Queguiner, rentré de l'A. O. F.

A l'hôpital militaire de Fréjus. — Le médecin capitaine Segalen, rentré de l'A. O. F.

Au ministère de la Guerre. — Le médecin commandant Jouvelet, du 25e d'infanterie coloniale.

Société française d'hématologie. — Le 12 décembre, à 9 heures, aura lieu à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre de M. le Professeur Terrien, une *séance exceptionnelle* de la Société française d'hématologie, sous la présidence de M. le Professeur Vaquez.

Après l'éloge du Professeur Chauffard, par M. le Professeur Fiessinger, auront lieu deux conférences avec projections, suivies de discussions.

La première sera faite par M. le Professeur Lemaire, de Louvain, invité spécialement par la Société ; sujet : Sur l'anémie pernicieuse.

La seconde sera faite par M. le Professeur Weinberg, de

l'Institut Pasteur, sujet : Lésions hémorragiques des anémies expérimentales provoquées par le bacille perfringens.

Les séances de la Société d'hématologie sont publiques. MM. les médecins et les étudiants sont particulièrement invités à assister à la séance exceptionnelle.

Hôpital Saint-Jacques (37, rue des Volontaires). — Ces jours derniers au cours d'une réunion amicale qui comptait de nombreux médecins, le Docteur Tessier, médecin-chef de l'hôpital Saint-Jacques, a remis le service de radiodiagnostic de cet hôpital à M. Marcel Joly, médecin électroradiologiste des hôpitaux. Ce service fonctionne sur des bases analogues à celles qui régissent les services radiologiques de l'Assistance publique. Il est ouvert aux malades hospitalisés et aux malades externes qui peuvent y être adressés par tous les médecins.

Faculté de médecine de Bordeaux. (Année scolaire 1932-1933.) — *Clinique d'oto-rhino-laryngologique du Professeur Portmann.* — PROGRAMME DES COURS. A côté de l'enseignement du spécialiste qui se fait régulièrement chaque jour, au lit du malade, dans les salles d'opérations, à l'amphithéâtre et par des cours théoriques, de 9 heures du matin à 12 h. 30 et de 2 heures à 6 heures de l'après-midi, soit à l'hôpital du Tondu, soit à la clinique Saint-Raphaël, le Professeur PORTMANN donnera, personnellement cette année, cinq cours spéciaux.

1° *Cours sur les nerfs craniens.* Ce cours a commencé le mardi 6 décembre 1932 et se poursuivra à raison de deux conférences par semaine.

2° *Cours de broncho-œsophagoscopie.* Aura lieu du lundi 6 mars au jeudi 16 mars 1933. Ce cours comprendra des conférences théoriques et des exercices pratiques sur le cadavre, les chiens chloralosés et les malades.

3° *Cours d'anatomie pathologique en O. R. L.* Le cours d'anatomie pathologique aura lieu du lundi 1er mai 1933 au samedi 20 mai, sous la direction du Professeur PORTMANN.

Il comprendra des conférences théoriques sur les différents processus inflammatoires ou néoplasiques en général et sur les affections de l'oto-rhino-laryngologie.

Des travaux pratiques et des démonstrations avec examens de pièces macroscopiques et microscopiques accompagneront ces conférences.

4° *Cours de perfectionnement en français.* Ce cours aura lieu du lundi 3 juillet au samedi 15 juillet 1933. Le programme détaillé en sera publié ultérieurement.

5° *Cours de perfectionnement en anglais.* Le « Fixe weeks american course » aura lieu du lundi 24 juillet au samedi 26 août 1933.

Le programme détaillé en sera également publié ultérieurement.

Ecole de perfectionnement. — *Programme des exercices pratiques qui seront faits en 1933 à l'Ecole de perfectionnement des médecins de réserve de la Région de Paris.* — Dimanche 15 janvier 1933, à 9 h. 30, au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine : Exercice sur le fonctionnement du Service de santé d'un corps de débarquement sur le territoire français ; cas concret, par le Médecin colonel SCHNEIDER, médecin-chef de l'Ecole supérieure de guerre.

Dimanche 19 février 1933, à 9 h. 30, au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine : Exercice sur le déplacement du groupe sanitaire divisionnaire, par le Médecin colonel SCHICKELÉ, chef de la Section technique du Service de santé.

Dimanche 19 mars 1933, à 9 h. 30, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine : Installation d'un poste de secours divisionnaire ; cas concret, par le Médecin commandant MARTINET, stagiaire à l'Ecole de guerre.

Dimanche 23 avril 1933, à 9. h. 30, au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine : Exercice sur le repliement du poste de secours divisionnaire, par le Médecin colonel SCHICKELÉ, chef de la Section technique du Service de santé.

Nouvelles de l'Association internationale des spécialistes des questions hospitalière. — L'Association internationale des hôpitaux, qui suscite un intérêt croissant dans tous les pays, a organisé, de la fin septembre au début d'octobre de cette année, une première série de cours internationaux de perfectionnement sur la technique des hôpitaux. Ces cours, qui ont eu lieu à l'hôpital municipal de Francfort-sur-Mein, furent suivis par de nombreux auditeurs (administrateurs, médecins, directrices, architectes et ingénieurs) appartenant à dix-sept pays différents. Plus de trente spécialistes réputés y ont traité des questions importantes. Ces exposés ont été suivis de discussions intéressantes.

Les leçons sur l'organisation des cuisines et sur l'alimentation le linge et la buanderie des hôpitaux ont été publiées — après avoir été complétées par des articles intéressants d'autres auteurs dans le numéro d'octobre de *Nosokomlion*, organe officiel de l'Association internationale des hôpitaux (Imprimerie W. Kohlhammer, Stuttgart).

Du 28 juin au 3 juillet 1933, le III[e] Congrès international des hôpitaux aura lieu à Knocke -sur-Mer, sur le littoral belge. A cette réunion, les commissions d'étude de l'Association internationale des hôpitaux soumettront le résultat de leurs travaux pour permettre d'en formuler les conclusions pratiques sous forme de directives ayant une valeur internationale. Le Congrès sera suivi d'un voyage d'études de cinq jours en Hollande.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année. (Année 1932-1933). *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 6 mars 1933, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du jeudi 5 au samedi 14 janvier 1933 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de santé au plus tard le samedi 14 janvier 1933, à 17 heures, dernier délai.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année. (Année 1932-1933.— *Concours de chirurgie et d'accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 2 mars 1933, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du jeudi 5 au samedi 14 janvier 1933 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de santé au plus tard le samedi 14 janvier 1933, à 17 heures, dernier délai.

Chaire de pathologie interne. (Professeur : M. A. CLERC.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux.* — Sous la direction des Professeurs H. VAQUEZ et A. CLERC, assistés de MM. Ch. AUBERTIN, DONZELOT, MOUQUIN, SOUPAULT, E. BORDET, E. GÉRAUDEL, E. SURMONT, M. BASCOURRET, P. NOEL-DESCHAMPS, GRELLETY-BOSVIEL, Robert LÉVY, S. VIALARD, B. ZADOC-KAHN, FRAIN, LEFÈVRE et LESSARD, un cours de perfectionnement commencera le lundi 16 janvier 1933, à 10 heures, à l'hôpital Lariboisière (salle Rabelais).

PROGRAMME DU COURS. — 1° Le matin, à 10 heures. Plus spécialement, leçons cliniques, radioscopie et électrocardiographie théoriques avec exercices pratiques. (Prise et lecture des tracés électriques et des orthodiagrammes, etc.).

Lundi 16 janvier, M. E. BORDET : Technique générale radioscopique. — Mardi 17 janvier, M. A. CLERC : Polyclinique. — Mercredi 18 janvier, à 10 heures, M. BORDET : L'ombre du cœur à l'état normal. Nouveaux procédés d'exploration radiologique du cœur. — Jeudi 19 janvier, M. GÉRAUDEL : Principes et techniques électrocardiographiques. — Vendredi 20 janvier, M. GÉRAUDEL : Notions anatomiques et physiologiques électrocardiogramme. —Samedi 21 janvier, à 10 heures, M. FRAIN : Signes radioscopiques de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur ; à 11 heures, M. CLERC : Présentation de malades. — Lundi 23 janvier, M. GÉRAUDEL : Troubles de fonctionnement du sinus. — Mardi 24 janvier, M. CLERC : Polyclinique. — Mercredi 25 janvier, M. SURMONT : Affections valvulaires. — Jeudi 26 janvier, M. GÉRAUDEL : Extra-systoles. — Vendredi 27 janvier, M. GÉRAUDEL : Blocage sino et atrio-ventriculaire. —

Samedi 28 janvier, à 10 heures, M. Frain : Péricardite, symphyse. Malformations congénitales : à 11 heures, M. Clerc : Présentation de malades. — Lundi 30 janvier, M. Frain : Pédicule cardiaque normal-aortites. — Mardi 31 janvier, M. Clerc : Polyclinique.

Mercredi 1er février, M. Frain : Anévrysme aortique. — Jeudi 2 février, M. Géraudel : Rythme nodal. — Vendredi 3 février, M. Géraudel : Fibrillation et flutter auriculaires. — Samedi 4 février, à 10 heures, M. Frain : Artérites pulmonaires. Veines caves ; à 11 heures, M. Clerc : Présentation de malades. — Lundi 6 février, M. Géraudel : Déformations de l'électrocardiogramme ventriculaire. — Mardi 7 février, M. Clerc : Polyclinique.

2° L'après-midi : *a*) de 15 heures à 16 heures : Démonstrations pratiques (Examen des malades, électrocardiographie), sous la direction des assistants et des internes du service. (Les auditeurs seront individuellement exercés aux diverses manipulations) ; *b*) à 16 heures : Conférence théorique ; *c*) à 17 heures : Exercices pratiques de radioscopie et d'orthodiagraphie sous la direction de M. Frain. (Des explications pourront être données en anglais.)

Lundi 16 janvier, M. Clerc : Insuffisance cardiaque. — Mardi 17 janvier, M. Grellety-Bosviel : Péricardites et adhérences du péricarde. — Mercredi 18 janvier, M. Vialard : Le cœur dans le rhumatisme articulaire aigu. — Jeudi 19 janvier, M. P. Noel-Deschamps : Endocardites infectieuses. — Vendredi 20 janvier, M. Mouquin : Lésions congénitales du cœur. — Samedi 21 janvier, M. Vialard : Généralités sur les lésions valvulaires. — Lundi 23 janvier, M. Donzelot : Infarctus du myocarde. — Mardi 24, janvier M. R. Lévy : Irrégularités du rythme cardiaque. — Mercredi 25 janvier, M. B. Zadoc-Kahn : Bradycardies. — Jeudi 26 janvier, M. R. Lévy : Tachycardies. — Vendredi 27 janvier, M. Bascourret : Exploration des artères. Sphygmomanométrie. — Samedi 28 janvier, M. Aubertin : Hypertension artérielle. — Lundi 30 janvier, M. Mouquin : L'angine de poitrine et son traitement. — Mardi 31 janvier, M. Bascouret : Artérites oblitérantes des membres.

Mercredi 1er février, M. Aubertin : Aortites et anévrysmes aortiques. — Jeudi 2 février, M. Clerc : Artérites pulmonaires. — Vendredi 3 février, M. B. Zadoc-Kahn : Hygiène et médication générale des maladies du cœur. — Samedi 4 février, M. Bascourret : Médications vasculaires. — Lundi 6 février, M. Grellety-Bosviel : Digitaline et ouabaïne. — Mardi 7 février, M. Soupault : Chirurgie des affections cardiaques.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

Après le cours, des certificats d'assiduité pourront être délivrés, à la demande des auditeurs. Prix du cours complet : 300 francs. Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le registre sera clos huit jours avant l'ouverture du cours.

Nécrologie. — Docteur A. DHOMONT, de Paris, 72 *bis*, rue des Martyrs (IXe). — Docteur DUCROQUET, de Marc-en-Barœul (Nord). — Docteur François DRUESNE père, de Roubaix. — Docteur Paul MARTIN, de Bourg-le-Comte (Saône-et-Loire), décédé à l'âge de 67 ans. — Docteur J. PIQUARD, fils, de Roche-les-Beaupré (Doubs). — Docteur Alfred THÉZÉ, ancien médecin de la marine, ancien directeur des *Tablettes des Deux-Charentes*, décédé à Rochefort-sur-Mer à l'âge de 82 ans. — Docteur Georges FROMONT, de Dampreny (Belgique). — Professeur Augusto MURRI, de Bologne (Italie), décédé à l'âge de 91 ans. — Docteur Francisco BARRŒTEVENA, décédé à Buenos-Aires. Il fut le leader des comités argentins pro-alliés durant la guerre.

BIBLIOGRAPHIE

Mes Médecins, par M. Sacha GUITRY. Edition originale offerte au Corps médical par les *Laboratoires Cortial*, Paris, 1932.

Les auteurs dramatiques et les comédiens ont souvent assez malmené les médecins, et le théâtre de Molière en reste la plus éclatante démonstration. Tel n'est pas le cas de M. Sacha Guitry qui vient d'écrire à la gloire du Corps médical quelques très belles pages dont les Laboratoires Cortial nous donnent la primeur dans une magnifique édition due à l'éditeur d'art, R. Dacosta.

Dans une courte préface il situe la place du médecin dans la société moderne. « Cet homme qu'on fait venir dès qu'on « ne se sent pas bien », « cet homme, qui ne vient jamais assez vite quand on a besoin, et qui a « toujours l'air de venir une fois de trop quand on se rétablit ». Et comme c'est vrai !

M. Sacha Guitry nous dit qu'il « adore les médecins parce qu'il en a connu d'admirables ! » C'est à l'occasion de sa « Carrière de malade » dont il nous retrace l'histoire qu'il connut un « guérisseur », le Docteur Isch-Wall. « Il consacra sa vie à ses malades, nous dit-il, et nos insomnies l'empêchaient de dormir », et il nous conte avec émotion sa mort qui fut exemplaire « comme l'avait été sa vie ».

Après quelques souvenirs sur le Prof. Hayem, sur le Prof. Robin, ami et médecin d'Octave Mirbeau, qui lui donnent l'occasion de brosser un magistral tableau de ces grands maîtres, Sacha Guitry revient à sa « Carrière de malade » et nous parle de sa réforme au début de la guerre et de ses « Impressions d'opéré » et elles sont pleines d'une psychologie fine, juste, naturelle aussi. Quelques croquis de l'auteur lui-même nous donnent la silhouette de Robin, d'Isch-Wall, de Mirbeau et de Lucien Guitry.

Ce charmant volume se termine par quelques extraits du théâtre de Sacha Guitry mettant en scène les médecins : une scène de Françoise et le IVe acte de Pasteur.

Voilà un beau livre qui nous console, nous médecins, de tant de diatribes injustes et maladroites ; un grand écrivain, un grand psychologue a bien compris l'âme du vrai médecin, la grandeur de sa mission. Il nous faut associer dans nos remerciements Sacha Guitry et le Laboratoire Cortial qui a édité cette œuvre avec tant de goût et de perfection.

Précis clinique et thérapeutique de l'examen fonctionnel de l'œil et des anomalies de la réfraction, par les Docteurs C. FROMAGET et H. BICHELONNE. Deuxième édition par les Docteurs H. FROMAGET, H. BICHELONNE et FAVORY, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. Préface de M. le Docteur MORAX. Un vol. in-8 de 432 pages avec 174 figures : 60 francs. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris VIe.

Si les « Précis d'Ophtalmologie » abondent, il n'en est pas de même des ouvrages qui s'occupent uniquement de déterminer la valeur visuelle des yeux et le fonctionnement de ces organes. C'est pourtant une partie des plus importantes de l'ophtalmologie, qui intéresse au plus haut point les médecins de la guerre, de la marine, des colonies, des chemins de fer et tous ceux qui s'adonnent à l'ophtalmologie.

Après avoir étudié ce qu'il faut entendre par acuité visuelle et la façon de la mesurer, les auteurs exposent l'étude du champ visuel, de la perception des couleurs, des mouvements des yeux et de la vision binoculaire.

Cette partie extrêmement importante qui comprend l'étude des yeux normaux et anormaux a été expliquée aussi complètement et aussi simplement que possible.

Toutes les méthodes subjectives et objectives pratiques qui permettent de déterminer la valeur dioptrique des yeux ont été décrites sans avoir recours aux formules mathématiques capables d'éloigner le praticien. Les auteurs les ont remplacées par des démonstrations géométriques élémentaires qui parlent aux yeux les moins observateurs.

L'étude de la réfraction statique a été complétée par celle de la réfraction dynamique ou accommodation. Enfin, les auteurs ont terminé l'étude de la réfraction par l'étude clinique des trois amétropies : la myopie, l'hypéropie et l'astigmie.

Le traitement des anomalies de la vision, ainsi que la simulation font l'objet de chapitres spéciaux.

Enfin, le lecteur trouvera dans un dernier chapitre tous les règlements qui sont actuellement en vigueur pour le service militaire, pour l'admission dans les écoles et les différentes administrations.

La nouvelle édition de ce manuel comprend toutes les modifications nécessaires, il rendra des services nombreux à tous les médecins qui sont journellement obligés de résoudre des questions parfois épineuses, sur la valeur visuelle des yeux. Les nombreux dessins qui accompagnent le texte et qui sont tous de la plus grande simplicité leur permettront de se familiariser avec toutes les questions posées par l'examen de l'œil.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les rapports de la tuberculose avec nombre de maladies chroniques

Par Auguste LUMIÈRE
Correspondant de l'Institut et de l'Académie de Médecine

A) Considérations générales

La notion que nous nous proposons de développer, dans le présent mémoire, est la suivante : un grand nombre de maladies chroniques, dont la pathogénie n'a pu nettement être élucidée jusqu'ici, relèvent, à notre sens, d'une imprégnation bacillaire.

Quatre arguments principaux nous ont conduit à admettre cette hypothèse.

1° Tout d'abord, nous sommes frappé de l'énorme proportion d'individus qui portent l'empreinte, latente ou décelable, de l'infection.

Rappelons que la mortalité par tuberculose atteint environ le cinquième de la mortalité totale, dans nos contrées tout au moins. C'est ce qui ressort d'une statistique que nous avons dressée, pour la Ville de Lyon, de 1906 à 1925, et le taux élevé de mortalité tuberculeuse qu'elle révèle ne correspond cependant qu'à une fraction des sujets touchés par le germe pathogène.

Pour avoir une idée de la fréquence de l'imprégnation bacillaire, il faudrait ajouter, à l'ensemble des cas formant ce pourcentage, ceux qui se rapportent à des tuberculeux ayant succombé à des affections intercurrentes, puis tous les cas de bacillose apparemment ou provisoirement guéris, puis encore tous ceux qui concernent des malades porteurs de lésions insoupçonnées et enfin tous ceux qui comprennent les individus imprégnés de virus filtrant ou de germes sous des formes non encore reconnues comme pathogènes.

Nous avons entrepris une recherche de dépistage de la bacillose, décelable par nos moyens actuels, chez un grand nombre de personnes considérées comme bien portantes et, pour cela, nous faisons radiographier systématiquement tous les ouvriers et employés réputés en bonne santé et appartenant aux usines du voisinage.

Cette investigation doit comporter plusieurs milliers de radiographies et ne sera terminée que dans une année environ ; sans pouvoir préciser encore les résultats auxquels elle aboutira, l'examen des premières centaines de films impressionnés jusqu'ici a lieu de nous surprendre par la grande fréquence des cas dans lesquels nous nous trouvons en présence de tuberculeux avérés qui ne se doutent nullement des lésions dont ils sont atteints et qui ne s'en douteront peut-être jamais.

Si la proportion d'individus touchés par la maladie est fort importante, elle est loin cependant d'être aussi considérable que certains le prétendent.

Nous ne saurions trop nous élever contre cette idée, professée par tant de phtisiologues que la tuberculino-réaction est le test de l'infection et que, par conséquent, 95 % des adultes seraient des tuberculeux !

La réaction à la tuberculine n'est, en réalité, qu'une réaction anaphylactique que présentent tous les sujets dont le milieu humoral s'est trouvé en contact, à un moment donné, avec des protéines bacillaires sensibilisantes ; elle se rencontre aussi bien chez les tuberculeux que chez les sujets qui ont absorbé des protéines microbiennes sous toutes leurs formes : cadavres de bacilles, endo ou exotoxine, ou ayant détruit des germes vivants qui auraient réussi à pénétrer dans leur organisme.

Sans pouvoir déterminer, pour le moment, les taux respectifs de ces deux catégories d'imprégnés, nous devons reconnaître que la proportion des infectés semble dépasser celle des immunisés. Mais ce n'est là qu'une vague approximation qui pourra vraisemblablement prendre corps à la suite de la vaste enquête à laquelle nous avons fait allusion plus haut.

Quoiqu'il en soit, n'est-on pas autorisé à supposer que certaines affections chroniques que présentent ces innombrables infectés par le virus filtrant, ou ces porteurs de lésions plus ou moins cachées, sont imputables au germe bacillaire ?

La cause, jusqu'à présent inconnue, qui commande ces troubles chroniques, ne serait-elle pas rattachable à l'infection tuberculeuse latente ?

2° Le deuxième argument en faveur de cette conception est tiré du polymorphisme remarquable de l'agent infectant.

Jusqu'à ces dernières années, les Traités nous ont présenté le micro-organisme responsable de la bacillose, sous la forme unique classique, telle que Koch l'a décrit pour la première fois en 1882 ; pendant un demi-siècle, ces Traités ont méconnu, la plupart du temps, les aspects variés que peut prendre le germe tuberculeux, sous des influences qui n'ont encore été précisées que dans quelques cas.

Suivant les affirmations du savant bactériologiste allemand, complétées par les observations d'Ehrlich, le microbe se présenterait invariablement sous la forme d'un bacille grêle, homogène ou parfois granuleux, acido-résistant, ne se développant qu'à une température voisine de 38° et sur des milieux nutritifs suffisamment riches en substances hydrocarbonées et azotées.

Et ces notions sont demeurées des articles de foi, dans la science médicale pendant près de cinquante ans.

Cependant, fort peu de temps après la découverte du bacille, des auteurs avaient déjà attiré l'attention sur son polymorphisme : dès 1884, Pétrone isole un bacille en massue qu'il rencontre dans un cas de méningite tuberculeuse ; un an après, Cornil et Babes découvrent les formes granulaires du germe et Roux et Nocard, puis Metchnikoff, vers la même époque, en décrivent les aspects géants. Ferran, Levaditi, Much, Ledoux-Lebard, Bezançon et Philibert, Calmette, Valtis, Arloing, Guilliermond, Dufourt, Jousset, Auclair, Gougerot, etc., etc., ont contribué, par la suite, à faire ressortir la grande variabilité morphologique du micro-organisme, assimilé tour à tour aux genres bacille, coccus, actinomycès, cladothrix, choetocladium ou aux myxobactéries.

On aura une idée de l'ampleur des travaux poursuivis sur cette matière en se reportant à la remarquable monographie de E. Roman (1).

Le grand mérite d'une autre acquisition, d'importance capitale, concernant le germe tuberculeux, revient à Fontès qui, en 1910, démontra la filtrabilité de certains éléments du bacille de Koch et l'on se souvient de l'incrédulité avec laquelle fut accueillie cette belle découverte : les essais de filtration ayant échoué entre les mains d'autres bactério-

(1) Emile ROMAN. — Le bacille tuberculeux. Polymorphisme. Position systématique. Lyon, 1930. Edition du Service photographique de l'Université.

logistes moins avertis ou moins habiles, le malheureux Fontès fut accusé d'avoir employé des bougies filtrantes fissurées et on le gratifia du nom de « l'homme à la bougie cassée ». La notion du virus filtrant tomba alors dans l'oubli jusqu'au jour où les travaux mémorables de Vaudremer vinrent en prouver la réalité.

Lorsque cet auteur annonça, en 1923, qu'il avait réussi, à son tour, à faire passer des germes invisibles et vivants au travers des filtres en porcelaine, il eut bien, tout d'abord, à subir quelques déconvenues de la part des personnalités rivées à leur dogme stérilisant ; mais bientôt d'autres expérimentateurs confirmèrent ses résultats et ce fut le début d'une ère nouvelle et féconde dans l'histoire de la tuberculose.

La notion du virus filtrant s'est alors étendue à d'autres agents microbiens, grâce surtout aux beaux travaux de Hauduroy, qui est parvenu à mettre le phénomène de la filtrabilité en évidence par une ingénieuse méthode consistant à provoquer la lyse des microbes au moyen de leurs bactériophages respectifs (1).

Vaudremer réforma aussi, d'autre part, l'idée que l'on s'était faite de certaines propriétés du bacille de Koch. Il imagina de cultiver ce bacille sur des milieux liquides ou solides, synthétiques ou non, aussi pauvres que possible en substances azotées et dépourvus de matières grasses : succinate d'ammoniaque additionné de quelques sels minéraux, eau de pommes de terre, gélose, etc... Sur ces milieux, le germe affecte des formes et acquiert des propriétés différentes de celles du bacille normal ; il peut cultiver à la température ambiante et se présenter alors sous l'aspect de granulations de tailles variables, de filaments plus ou moins ramifiés et enchevêtrés, parfois groupés en zooglées, etc... Il peut aussi perdre son acido-résistance, qui était considérée comme un caractère pathognomonique du bacille.

L'agent infectieux, dans la tuberculose, présente donc une extrême plasticité. Peut-on supposer que, quand il existe, à sa phase de virus filtrant, ou sous des états non acido-résistants, il ne produit aucun trouble chez les individus qui l'hébergent ?

N'est-il pas plus rationnel d'admettre qu'il est responsable, au contraire, de certains états chroniques dont la cause est restée mystérieuse ?

C'est la conclusion à laquelle arrive Vaudremer, lorsqu'il écrit, dans un récent article : « On peut dès mainte-
« nant hardiment considérer comme d'authentiques tuber-
« culoses, au sens infectieux du mot, des états dont on
« soupçonnait certes la relation avec la maladie, mais qui
« étaient conçus comme préparatoires, alors qu'ils la tra-
« duisent déjà » (2).

Le bacille tuberculeux est donc essentiellement ubiquitaire et le type classique, décrit par Koch, ne semble être que le terme final de l'évolution d'un germe filtrant ou non acido-résistant. Dès lors, il paraît rationnel de ne pas limiter l'étiologie de la bacillose à l'agent infectant au stade ultime de ses transformations, mais bien de prendre aussi en considération les désordres qu'il est susceptible d'occasionner lorsqu'il se trouve encore à ses états antérieurs.

3° Un troisième argument, d'ordre général, vient encore à l'appui de l'hypothèse considérée ; il est basé sur la fréquence avec laquelle on rencontre certains maladies chroniques, chez les descendants de tuberculeux.

Depuis que nous poursuivons méthodiquement nos investigations sur l'hérédité de la maladie, nous remarquons que dans les lignées issues de bacillaires, quand l'affection typique épargne les sujets composant ces descendances, ceux-ci sont particulièrement exposés à présenter des manifestations pathologiques chroniques, telles que certaines formes d'asthme, de rhumatisme ou de psychoses.

Bien qu'elles soient encore trop peu étendues pour être absolument démonstratives, nos enquêtes, dans ce domaine, confirment ces vues ; encore faudra-t-il les multiplier et les compléter avant d'en tirer des déductions formelles.

4° Enfin, une quatrième considération vient encore renforcer l'argumentation précédente : L'enfant de tuberculeux apporte en naissant, dans l'intimité de son organisme, des éléments vivants issus du bacille de Koch : virus filtrant, granulations bacillaires, micro-organisme non acido-résistant dérivé du germe tuberculeux. Certains de ces éléments ont été décelés, comme on le sait, d'une façon quasi-constante, dans le sang du cordon ombilical quand la mère est phtisique. Ces agents microbiens vivants vont alors rester inclus dans le milieu intérieur du descendant de tuberculeux pendant quinze, vingt, trente ans et quelquefois pendant beaucoup plus longtemps et même pendant toute leur vie ; mais il arrive qu'à la suite de leur longue évolution, et sous l'influence de causes diverses, ils donnent lieu très tardivement à des localisations dans lesquelles le bacille va apparaître sous sa forme classique.

Est-il raisonnable d'admettre que l'agent infectant, s'il n'est pas détruit, et avant d'atteindre son stade terminal, va ainsi subsister dans les tissus et les humeurs sans produire aucun trouble ?

La chose est d'autant moins admissible que nous commençons à connaître certains méfaits du virus filtrant qui ont notamment été étudiés par Oumansky.

Pendant de longues années, et avant de se traduire par des réactions de foyer, la tuberculose doit donc pouvoir donner lieu à certaines manifestations pathologiques. Il est aussi des cas où les localisations focales ne se produisent pas et il est vraisemblable de supposer que l'imprégnation infectieuse latente est capable d'engendrer dans ces cas, très nombreux semble-t-il, des états et des accidents chroniques divers.

B) Arguments d'ordres clinique et thérapeutique

Nous estimons que les affections chroniques que nous mettons sur le compte de l'infection tuberculeuse sont, en général, des maladies de sensibilisation anaphylactique. Si, en effet, nous améliorons ou guérissons ces affections par des traitements spécifiques désensibilisants, nous aurons démontré à la fois que les troubles étaient bien de nature tuberculeuse et qu'ils résultaient essentiellement d'un phénomène de nature anaphylactique.

Cela ne peut faire aucun doute et c'est effectivement ce que la clinique nous démontre.

1° *Les syndromes asthmatiques dérivant de l'imprégnation bacillaire.*

A plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de signaler les remarquables résultats qui ont été obtenus au dispensaire de nos laboratoires et à l'hôpital du Bon-Abri, dans le traitement de certaines formes d'asthme, par désensibilisation spécifique, au moyen d'une préparation à base de bacilles de Koch dégraissés, appliqués en larges scarifications.

Voici d'ailleurs, à titre d'exemple, quelques observations très sommairement résumées, se rapportant à cette méthode de traitement :

(1) P. Hauduroy. — Les ultra-virus et les formes filtrantes des microbes. Paris, 1929. Masson et Cie, éditeurs.

(2) A. Vaudremer. — Le développement du bacille de la tuberculose, (*Presse Médicale* du 24 septembre 1932, p. 1446.)

Lar... Henri, 42 ans, employé de commerce.

Le malade a une hérédité bacillaire, son père et sa mère étaient bronchitiques et sa sœur est morte de phtisie à 37 ans.

Depuis quatre ou cinq ans, il est atteint d'emphysème compliqué de crises d'asthme nocturnes quotidiennes, durant plusieurs heures, avec quintes de toux et expectoration muqueuse, non bacillifère ; il n'a pas de fièvre.

Un mois avant de venir à la consultation, son état s'est aggravé, il a maigri de 5 kgr. pendant ce temps et, depuis quinze jours, il ne peut plus s'étendre sur son lit, il passe ses nuits dans un fauteuil.

Il a consulté plusieurs médecins, a suivi de multiples traitements, notamment contre l'uricémie, sans aucun résultat.

A l'auscultation, on trouve une respiration très soufflante avec des sibilances et des râles sonores disséminés dans toute l'étendue des deux champs pulmonaires, sans localisations apicales ; la radiographie montre cependant des sommets très voilés et des ganglions hilaires volumineux à droite.

On commence le traitement par les scarifications hebdomadaires, au moyen de l'émulsion bacillaire, le 21 octobre 1930. Dès la deuxième scarification, le malade n'a plus de crise, il dort toute la nuit dans son lit, sans se réveiller, et trouve le résultat merveilleux. Nous avons revu quatre fois le malade depuis sa guérison qui date de deux ans et il nous a déclaré ne plus jamais avoir eu d'accès.

Ro... Paul, 37 ans, industriel.

Mère morte à 26 ans de tuberculose pulmonaire ; une sœur a eu un abcès froid du pied.

Bronchites à répétition depuis l'enfance, flèvre typhoïde à 6 ans, point pleurétique à 27 ans.

Le malade a des crises d'asthme depuis dix ans ; il dort mal, étant réveillé toutes les nuits par des accès plus ou moins violents. La dyspnée est constante, exagérée par l'effort.

Tous les traitements qui lui ont été prescrits ont été inopérants. A l'auscultation, on constate les signes habituels de l'emphysème et de la bronchite diffuse. La radiographie révèle un voile des deux sommets, plus marqué au sommet droit avec quelques nodules calcifiés et un cœur hypertrophié.

La première scarification est pratiquée le 29 juin 1931 ; quelques heures après, la dyspnée a complètement disparu, à tel point que son entourage lui demande ce qu'il a bien pu faire pour n'être subitement plus essoufflé. Deux scarifications sont encore effectuées pour consolider la guérison qui est complète et qui s'est maintenue en 1931 et 1932.

Gir... Albertine, 53 ans.

Pendant l'adolescence, a eu une arthrite sèche de l'épaule gauche qui a entraîné une légère limitation des mouvements. Crises asthmatiques, il y a six ou sept ans, qui se sont manifestées, sans grande intensité, pendant une année, puis la malade a eu une période de repos de cinq ans, pendant lesquels elle n'avait qu'un peu de dyspnée.

Réapparition des accès plus violents il y a un an. Crises de suffocation intenses toutes les nuits, la dyspnée est continuelle et la toux peu fréquente ; au début, l'expectoration était minime, mais elle augmente de mois en mois, devient légèrement purulente et parfois striée de filets de sang. Bacilloscopie négative.

Depuis trois mois, la malade ne peut plus se coucher, elle passe ses nuits assise dans un fauteuil. Quelques jours avant de venir à la consultation, sa température s'élève jusqu'à 39°. Elle a maigri de 20 kgr., dont 12 depuis un an. Anorexie, asthénie, état lamentable, au point que nous hésitons à entreprendre un traitement.

Les signes d'emphysème sont extrêmement marqués ; expiration très prolongée et très soufflante, respiration bruyante avec râles soufflants et sifflements ; la radiographie montre des sommets voilés avec de gros ganglions hilaires à droite.

Le traitement par les scarifications est entrepris le 13 septembre 1929. Tout d'abord, les résultats sont douteux, mais après huit scarifications, l'amélioration s'affirme. A la quinzième scarification, la malade est transformée ; au bout de quatre mois, son poids a augmenté de 18 kgr., elle n'a plus ni dyspnée, ni crises ; son état général est parfait.

Nous pourrions multiplier ces exemples, puisque sur 167 cas d'asthme qui ont été traités au dispensaire de nos laboratoires, depuis 1927, nous comptons quatre-vingt-douze guérisons, trente-sept améliorations importantes, vingt et une améliorations légères et seulement dix-sept échecs complets.

De tels résultats ne démontrent-ils pas, sans aucune contestation possible, la nature bacillaire d'un grand nombre de cas d'asthme ?

2° *Le syndrome rhumatismal d'origine tuberculeuse.*

Lorsque nous avons formulé cet aphorisme : « L'état colloïdal conditionne la vie ; la destruction de cet état, c'est-à-dire la floculation, détermine la maladie et la mort », nous n'avons nullement entendu rapporter toute la pathologie à cette destruction colloïdale : non seulement, nombre de maladies résultent de modifications cellulaires, tissulaires ou organiques, mais des troubles d'origine humorale peuvent aussi éclater sans que les colloïdes plasmatiques soient altérés. C'est, par exemple, lorsque des précipités de substances non colloïdales, tels que des sels de calcium, des urates, des lipoïdes, viennent à se produire dans le sang, pour dérégler, au même titre que les floculats protéiques, l'équilibre des fonctions de la vie organo-végétative commandée par le sympathique ou occasionner des désordres locaux en des points où la sensibilité organique est modifiée par des lésions antérieures.

Floculats de destruction colloïdale ou précipités sont capables, en somme d'entraîner des manifestations pathologiques tout à fait analogues, sinon identiques.

De plus en plus, les médecins qui se sont attachés à l'étude du rhumatisme considèrent ce syndrome comme déclenché par les précipitations humorales. Ces médecins se rallient donc à la conception que nous ne cessons d'invoquer depuis douze ans.

Toutes les réactions qui ont pour conséquence d'engendrer des précipités insolubles, dans le torrent circulatoire, peuvent être capables de provoquer des accès de rhumatisme, aussi bien celles qui donnent des urates que celles dans lesquelles des floculats d'origine anaphylactique ou autre prennent naissance.

Or, l'imprégnation tuberculeuse est éminemment anaphylactisante. Lorsqu'on introduit, dans le milieu intérieur d'un sujet quelconque, une albumine tuberculinique, ses humeurs acquièrent la propriété de donner un précipité avec tout nouvel apport de cette albumine, au point que ce sujet semble refuser, par la suite, toute imprégnation nouvelle de produits bacillaires. Il ne résorbe jamais ces produits, ses leucocytes ne peuvent les digérer ni les assimiler ; il faut que les abcès qu'ils déterminent soient évacués à l'extérieur.

C'est le principe du phénomène de Koch et c'est à cette opposition remarquable à toute nouvelle imprégnation que nous avons donné le nom *d'immunité de refus.*

Les agents de la tuberculose, ainsi que les agents qu'ils élaborent, engendrent, par conséquent, des modifications humorales éminemment favorables à la précipitation et l'on conçoit, dès lors, qu'ils soient particulièrement aptes à entraîner les syndromes rhumatismaux, puisque le rhumatisme est précisément une maladie de précipitation.

Les manifestations rhumatismales sont fréquentes dans la tuberculose confirmée ; elles affectent alors la forme bien connue, sur laquelle Poncet a si judicieusement attiré l'attention des phtisiologues ; ce rhumatisme tuberculeux n'entre pas dans la catégorie des affections qui font l'objet de cette note, puisque leur pathogénie spécifique est généralement admise.

Par contre, nous pensons que le rhumatisme chronique proprement dit, relève le plus souvent d'une infection latente, vraisemblablement par le virus filtrant où le germe tuberculeux a des stades non acido-résistants. C'est, du reste, ce que commence à admettre certains pathologistes,

◆◆◆

dont l'un d'eux, le Docteur Le Floch, vient d'exposer le problème, dans un article particulièrement suggestif (1).

Voici d'ailleurs, les principaux arguments qui militent en faveur du rattachement de cette maladie à la tuberculose :

Le Floch remarque d'abord que, d'après une statistique qu'il a dressée lui-même « sur cent malades venant con-« sulter pour une affection dite rhumatismale chronique, « on découvre, chez les trois quarts environ, des manifes-« tations tuberculeuses graves ou atténuées, soit dans leurs « antécédents personnels, soit chez leurs ascendants ou « descendants, soit chez leurs collatéraux et, bref, chez « tous les consanguins directs. »

Un autre fait, qui vient étayer l'opinion émise, réside dans la présence très fréquente de bacilles ou de virus filtrants dans le sang des rhumatisants et Le Floch ajoute : « Rien ne prouve que le bacille de Koch, saisi par le pro-« cédé de Lovenstein, dans la forme cliniquement filtrante « de son cycle évolutif, ne soit pas l'agent causal véritable « des rhumatismes. »

Le Floch résume sa conception pathogénique de la maladie en formulant cette conclusion que nous ne pouvons qu'approuver entièrement. « Le germe tuberculeux trans-« mis héréditairement sous forme de terrain est, à mon « avis, la cause réelle de la majorité des rhumatismes « chroniques ».

Indépendamment des raisons qui viennent d'être données pour justifier cette notion pathogénique, nous trouvons encore d'autres arguments d'importance qui viennent renforcer cette manière de voir, dans le fait que les traitements agissant favorablement sur les formes indiscutables de la bacillose, présentent également une grande efficacité dans le rhumatisme chronique.

Les beaux travaux de Forestier ont, en effet, prouvé que la thérapie la plus active à opposer au rhumatisme chronique, peut-être même la plus efficace, est le traitement par les sels d'or qui sont des médicaments quasi-spécifiques de la tuberculose.

A la consultation du dispensaire de nos laboratoires, nous avons maintes fois observé les effets remarquables de l'allochrysine, chez les rhumatisants chroniques, que tant d'autres traitements n'avaient pas réussi à améliorer.

L'argument tiré de la similitude d'action de certains agents thérapeutiques, dans la tuberculose et le rhumatisme chronique, acquiert une plus haute valeur encore, quand on remarque qu'une médication strictement spécifique de la bacillose peut aussi améliorer et guérir le rhumatisme chronique.

Nous voulons parler de la désensibilisation par scarifications et application de notre émulsion dans la glycérine de bacilles de Koch dégraissés.

L'efficacité indiscutable de ce procédé, dans certains cas de rhumatisme chronique, n'est-elle pas une preuve certaine de la nature bacillaire de l'affection ?

Dans le même ordre d'idées de la désensibilisation, Martiny, a indiqué un moyen précieux de traitement des algies aiguës par des solutions très étendues de tuberculine (3 c. c. d'une dilution de 10^{-6} à 10^{-12}) et les succès qu'il a obtenus sont encore en faveur de la spécificité tuberculinique des phénomènes douloureux traités (2).

Quoiqu'il en soit, il convient de ne pas oublier que si le germe tuberculeux est fréquemment responsable du syndrome rhumatismal, cette pathogénie est loin d'être univoque ; de nombreuses autres causes de précipitations et de floculations humorales engendrent aussi ce même syndrome, parmi lesquelles notamment les intoxications et auto-intoxications, les infections, principalement lorsqu'elles sont chroniques, les troubles endocriniens, les dysfonctions organiques et surtout hépatiques.

Avant d'aborder un traitement, il faudra donc dépister le *primum movens* de la précipitation plasmatique, en passant systématiquement en revue tous les cas dans lesquels elle peut survenir.

Convenons avec Le Floch que le plus fréquent, et de beaucoup, semble être celui de l'infection par le germe bacillaire sous ses formes latentes.

3° *Les psychoses et affections nerveuses de nature tuberculeuse.*

Les troubles nerveux et les psychoses se rencontrent fort souvent chez les sujets qui appartiennent à des familles tuberculeuses. Cette constatation a suggéré à J. Galtier, de Bordeaux, une très intéressante étude dans laquelle il fait ressortir les affinités des produits bacillaires pour la substance nerveuse (1).

« On observe toujours, écrit-il, dans la vie passée des « tuberculeux en évolution, des troubles plus ou moins « marqués qui trahissent une atteinte organique ou fonc-« tionnelle du système nerveux. Ces troubles se retrouvent « dans l'ascendance, la descendance et chez les collatéraux « immédiats de ces malades. »

Pendant de longues années, Galtier a suivi un certain nombre de familles de ce point de vue et a réuni un faisceau imposant d'observations qui l'a conduit à affirmer la constance de cette atteinte du système nerveux, chez les bacillaires et il en conclut très judicieusement qu'il doit exister une parenté entre elle et la bacillose.

D'autres études également remarquables se rapportent au même problème et arrivent à des conclusions analogues ; ce sont celles notamment de Claude et Baruk (2) puis de Baruk, Bidermann et Aldane (3).

Ces auteurs ont insisté sur l'intrication de certaines poussées psychopathiques de démence précoce avec les phases torpides de l'évolution d'une tuberculose.

Les malades chez lesquels ces phénomènes s'observent sont ceux qui sont porteurs d'une infection bacillaire atténuée, par exemple ganglionnaire ou osseuse, quand, à la suite d'un traitement déterminé ou spontanément, l'évolution s'arrête, lorsque les lésions régressent et que l'état général se relève, c'est alors que les poussées psychopathiques surviennent, ces dernières disparaissant à leur tour, d'une façon impressionnante, dès que les localisations tuberculeuses reprennent leur évolution.

Baruk et ses collaborateurs concluent que « à côté des « lésions anatomiques bacillaires classiques des méninges « et du système nerveux, la tuberculose est susceptible de « déterminer de véritables encéphalites toxiques dues à « la fixation diffuse de poisons susceptibles de perturber « profondément le fonctionnement cellulaire ».

Les recherches biologiques et cliniques des auteurs les incitent à penser qu'un certain nombre de cas de démence précoce relèvent d'une étiologie bacillaire.

Il est à remarquer que c'est dans la période de latence, quand la maladie ne se manifeste pas par sa symptomatologie classique, que les accidents névropathiques surgissent.

Il y a donc lieu de croire qu'avant l'apparition des lésions

(1) P. Le Floc. — Considérations générales et pratiques sur les rhumatismes chroniques. (*Le Monde Médical*, 1-15 août 1932, p. 803.)

(2) M. Martiny. — Sur un procédé thérapeutique des algies aiguës. (*Bull. de la Société de Thérapeutique*, T. XXXVII, 1932, n° 5, p. 109.)

(1) J. Galtier. — Tuberculose et système nerveux. (*Le Progrès Médical*, mars 1932, p. 545.)

(2) Claude et Baruk. — Tuberculose et démence précoce. (*Paris Médical*, 27 décembre 1930.)

(3) H. Baruk, Bidermann et Aldane. — Tuberculose et démence précoce. (*Paris Médical*, 27 août 1932, p. 166.)

tuberculeuses caractéristiques, l'infection latente est capable aussi de provoquer des troubles nerveux chroniques et que ces troubles peuvent encore survenir quand cette infection reste au stade prélésionnel, chez certains individus imprégnés héréditairement.

D'autres neurologistes ont aussi observé l'extrême fréquence des tuberculoses atténuées chez les psychopathes : Targowla et Rubenovitch établissent effectivement que « certains états hébéphréno-catatoniques sont l'expression d'une atteinte particulière, très atténuée et torpide du névraxe par le virus tuberculeux sous une forme atypique. Elle justifie par là la conception des « psycho-encéphalites » véritables maladies mentales, s'intégrant normalement dans le cadre de la pathologie générale et ne faisant aucun appel à des notions philosophiques ou anthropologiques arbitrairement invoquées » (1).

Nous ajouterons, d'accord, avec les auteurs, que bien souvent ces maladies entrent dans le cadre de la pathologie tuberculeuse.

Il est de notoriété que les pensionnaires des Asiles et des Maisons de santé spéciales pour psychopathes sont, pour la plupart, laissés dans le plus complet abandon, en ce qui regarde le traitement de leurs affections et cela est profondément décevant.

Nous n'ignorons pas que la thérapeutique s'est montrée jusqu'ici bien impuissante en cette matière et que très souvent les désordres mentaux sont sous la dépendance de lésions irrémédiables ; c'est à ces considérations qu'il faut rapporter l'abstentionnisme thérapeutique des neurologues.

Cependant si, comme le croient les médecins dont nous venons de rappeler les travaux, et comme nous le pensons nous-même, une proportion notable des maladies nerveuses ou mentales, relèvent de l'infection bacillaire, il semble que les méthodes de traitement douées d'une certaine efficacité, chez les tuberculeux, pourraient aussi être appliquées avec succès en psychiatrie et en neurologie.

Les remarquables résultats de la désensibilisation spécifique dans l'asthme d'origine bacillaire, par le procédé des scarifications que nous avons préconisé et les bons effets de la chrysothérapie dans le rhumatisme chronique de même nature, ne permettent-ils pas tous les espoirs, en ce qui regarde l'application de la thérapie antibacillaire aux psychoses fonctionnelles ?

D'ailleurs, dans ce domaine, l'imprégnation tuberculeuse anaphylactisante n'est que l'un des facteurs provoquant des troubles humoraux capables de perturber les fonctions cérébrales, chez les sujets dont les centres nerveux présentent une susceptibilité particulière ; nombre d'autres causes agissent dans le même sens.

D'autres sensibilisations anaphylactiques et l'instabilité humorale, quel qu'en soit le mécanisme, peuvent aussi être le point de départ des mêmes désordres, les améliorations, parfois très marquées, que donne l'un des meilleurs modificateurs des humeurs, l'hyposulfite de magnésium, est une preuve de ce que nous avançons. Grâce à la théorie colloïdale, un vaste champ est ouvert, dont l'exploration effacera la pénible impression que nous a laissée la méthode expectante, généralement en honneur, chez les sujets atteints de maladies mentales.

La sensibilisation tuberculeuse n'est qu'un cas particulier d'un problème beaucoup plus général.

Conclusions. — Il ne semble pas douteux que les éléments vivants ou les produits toxiques d'origine tuberculeuse doivent être incriminés dans la genèse de nombre de maladies chroniques ; les procédés empruntés à la thérapeutique de la bacillose peuvent donc, avec avantage, être mis à contribution pour le traitement de ces états pathologiques.

Il est certain, d'autre part, que les affections que nous avons considérées : asthme, rhumatisme, psychoses, ne sont que des cas particuliers dont l'étiologie s'étend à bien d'autres affections chroniques.

Enfin, ces différentes manifestations chroniques peuvent aussi résulter d'altérations humorales dont les causes premières sont entièrement indépendantes de la bacillose, cette dernière n'en restant pas moins l'une des plus fréquentes.

(1) R. TARGOWLA et P. RUBENOVITCH. — Syndrome schizophrénocatatonique suivi depuis quatorze ans. (*L'Encéphale*, T. XXV, 1930, p. 116.)

La conception actuelle de la ptose gastro-duodénale

Par MM. **Félix RAMOND, P. CHÊNE** et **H. DANY**

C'est un des mérites de Frantz Glénard d'avoir décrit la ptose gastrique, mais, clinicien aussi averti que prudent, il s'était gardé d'attribuer à la seule ptose de l'estomac tous les troubles dyspeptiques que lui ont rapportés ses successeurs. Pour lui, d'ailleurs, la ptose gastrique n'était pas un tout, une entité isolée, mais un élément de la ptose abdominale généralisée que l'on a si justement appelée « maladie de Glénard ».

Cette réserve du grand médecin de Vichy ne fut guère imitée. On décrivit la gastro-ptose comme une maladie autonome, capable de déclencher une foule d'accidents aussi nombreux que variés, au point que ce fut un peu le cycle de la dilatation d'estomac qui se trouva renouvelé.

L'emploi de la radiologie, loin de limiter ce débordement clinique, accrut encore la fortune de la ptose gastrique. Les ptosiques se multiplièrent, et tel patient, venu consulter pour un trouble cardiaque, nerveux ou urinaire sortait de chez le radiologue avec une maladie de plus : la « descente d'estomac ». Si l'on réfléchit que beaucoup d'entre nous sont des nerveux, des inquiets ou des phobiques, on se rend compte de l'étendue du champ nouveau qui s'ouvrait de ce fait à la pathologie digestive. Que de fois ne voyons-nous pas, à notre cabinet ou à l'hôpital, un malade déployer films et photographies, et déclarer, avant toute chose, non sans une nuance d'orgueil : « Je dois d'abord vous dire que j'ai une ptose de l'estomac ». Souvent même, sur la foi d'un compte rendu plus précis, il indique de combien de centimètres cette « descente » est accusée. On songe alors malgré soi à ces nombreuses maladies du passé qui se sont déchaînées sur la pauvre humanité, et qui ont disparu lorsque la sagesse du médecin a su faire la part de la suggestion dans leur déterminisme... Rançon du progrès, due à ce que cette marche à l'étoile ne suit pas toujours une route droite et ferme.

Le problème de la ptose gastrique, doit être envisagé à un double point de vue : radiologique et clinique.

***

Etude radiologique

Dans un premier groupe de faits, l'écran montre un allongement vertical simple : le corps gastrique s'étire, gardant ses plis parallèles, puis s'étrangle à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs. Cet étranglement est régulier, en sablier, ce qui le différencie de celui de la biloculation spasmodique ou cicatricielle, et de la déforma-

tion liée à la compression par une poche gazeuse colique ou une masse extra-gastrique, solide ou liquide. Cependant, dans quelques ptoses, l'étranglement est si marqué, que l'idée d'un spasme surajouté vient naturellement à l'esprit. La présence au-dessus de lui d'un peu de liquide résiduel, teinté ou non par la baryte, vient encore fortifier cette impression. Mais, si le spasme existe, il est minime, car le refoulement de bas en haut du repas opaque s'effectue toujours avec facilité.

Le bas-fond gastrique, dans ce groupe de faits, s'abaisse plus ou moins, et la difficulté commence lorsqu'il faut choisir le repère à partir duquel il y a ptose. L'ombilic fut le premier, proposé. Il fut vite abandonné en raison de sa situation variable, surtout avec l'âge. On envisagea ensuite la partie la plus élevée des crêtes iliaques, qui correspond au disque inter-vertébral qui unit la quatrième et la cinquième lombaires. Malheureusement, ce repère est dépassé par un trop grand nombre de bas-fonds gastriques. L'un de nous, avec Ch. Jacquelin, a proposé comme limite la ligne bis-iliaque, unissant les épines iliaques antéro-supérieures (1). La généralité des auteurs l'admet aujourd'hui. On peut alors distinguer trois degrés d'allongement, selon que le bas-fond gastrique dépasse simplement cette ligne, qu'il atteint le détroit supérieur, ou le pubis. Insistons d'ailleurs sur le fait que ce repère ne constitue qu'une approximation. Il est indiscutable que les estomacs très toniques sont loin de l'atteindre, et que, d'autre part chez certains longilignes, des organes très allongés affleurent les crêtes iliaques. Pour remédier à ces imperfections du repérage, on a proposé d'apprécier la longueur de l'estomac proportionnellement à la taille du sujet. Si intéressant que puisse être ce procédé, nous le croyons trop compliqué et non exempt d'erreurs.

Mais, avant de porter ce diagnostic radiologique définitif de ptose gastrique, il faut tenir compte de deux facteurs particuliers :

Le premier répond aux faits d'*allongements retardés*. Un examen rapide peut montrer tout d'abord un estomac normal, alors que, plus tardivement se révèle une « ptose » plus ou moins accusée. De même, un allongement dûment constaté un jour peut n'être plus retrouvé quelques jours plus tard. C'est ici qu'il faut faire intervenir une notion qui complique — et explique — la ptose : celle du tonus de l'estomac, sur laquelle nous reviendrons à plusieurs reprises.

Le second facteur n'est pas non plus négligeable. Il tient à la *constitution physique du sujet*, et c'est pour l'avoir négligé qu'on porte si souvent à tort le diagnostic de ptose. Un longiligne, à thorax et abdomen étroits présente un certain degré d'allongement gastrique sans qu'on soit en droit de le considérer comme porteur d'une ptose pathologique. L'estomac ne peut en effet se loger qu'en hauteur. Le bréviligne, au contraire, présente un estomac naturellement haut situé, à orientation transversale, en L renversé. Dans des conditions anormales, telles que celles que réalisaient la « maladie du corset », ou les cypho-scolioses, cette relation des proportions, liée aux facteurs organiques structuraux, est encore plus sensible.

*
* *

Dans un *second groupe de faits*, sur lequel l'un de nous a été un des premiers à attirer l'attention, il en est tout différemment. Il s'agit d'allongements verticaux très accusés en général, au cours desquels la première portion du duodénum — tout au moins le genu superius — n'a pas suivi la ptose gastrique. Ce sont les allongements avec *dislocation antro-bulbaire*. Radiologiquement, on peut en distinguer trois types :

1° Le bulbe duodénal est resté à sa place normale. L'antre pylorique est alors étiré, coudé à angle aigu sur le corps de l'estomac (*dislocation pylorique*).

(1) F. Ramond. — Traité des maladies de l'estomac et du duodénum. 1 vol., Paris, 1928.
F. Ramond et Ch. Jacquelin. — Radiologie gastro-duodénale. 1 vol., Paris, 1931.

2° Le bulbe lui-même est ptosé. Mais retenu par un genu supérius en situation haute, il est étiré en flammèche et peut rester stasique après les passages barytés (*dislocation bulbaire*).

3° Le duodénum suit dans son entier la chute de l'estomac.

Pourquoi, dans certains cas, le duodénum reste-t-il à sa place normale ? pourquoi est-il ptosé dans d'autres ? C'est un problème qui est à l'origine de notre étude critique. Il avait déjà attiré l'attention de von Bergmann au Congrès de gastro-entérologie de Budapest (1931). Il est permis d'évoquer deux mécanismes, deux étiologies qu'à tout moment nous retrouverons dans l'étude des ptoses. La fixité du genu supérius et du bulbe peut être due soit à un fait normal, congénital : accolement solide, serré et haut situé du méso-duodénum ; soit à un fait pathologique, à une périviscérite sous-hépatique dont la coexistence n'est pas niable chez de nombreux malades. C'est ainsi que la statistique chirurgicale de Lambret portant sur 79 cas opérés par lui, suivant sa technique, de 1927 à 1931, montre que 20 d'entre eux furent justiciables d'interventions plus complexes que la simple suspension : cholécystectomie, duodéno-jéjunostomie, ou libération d'adhérences. La proportion déjà forte (le quart) pour des malades soigneusement étudiés, en vue d'une intervention nouvelle, est supérieure chez les malades qui errent de consultation en consultation.

Il est bien certain que le diagnostic des allongements avec dislocation ne donne pas lieu aux mêmes hésitations que celui des allongements simples. Par les troubles du transit, que ces dislocations entraînent assez souvent, s'expliquent, chez les malades : douleurs, nausées et migraines. La corrélation entre les signes cliniques et les déformations radiologiques est encore plus nette, lorsque l'écran révèle un retard de ce transit, une stase gastrique ou duodénale.

*
* *

En matière de ptose, les modalités du transit, comme l'écrivent très justement Faroy et Déron, priment la morphologie. Le plus souvent, cette évacuation gastro-duodénale est normale, et l'estomac se vide dans les délais habituels. C'est pourquoi, dans bien des cas, l'explication des signes cliniques reste toujours délicate, et le retentissement fonctionnel de la ptose difficile à incriminer d'une façon formelle.

Mais il arrive que le transit soit retardé. La cause en est le plus souvent à l'*atonie gastrique* ou une anomalie duodénale. L'atonie, avons-nous dit, est fréquente au cours des ptoses nettes. Elle peut être *primitive* et constituer une des causes de la déformation. Dans ce cas, ainsi que le font entrevoir les épreuves thérapeutiques, elle semble nettement sous la dépendance d'une perturbation du système végétatif (1), qui, de la sorte, régirait son existence et, par l'intermédiaire de la ptose, son évolution. Mais si l'on ne retient que les grands allongements avec dislocation, il est certain qu'il existe aussi une atonie secondaire, de fatigue, consécutive à la gêne apportée à l'évacuation gastrique. Il en découle naturellement la nécessité de rechercher cette gêne et, au besoin, de la traiter.

Sous l'écran, par ailleurs, les aspects réalisés par cette atonie sont variés. Il peut s'agir d'un estomac paresseux, à contractions rares, superficielles, limitées à la région antrale et sans efficacité. Dans ce cas, il faut toujours se méfier d'une réaction banale d'un estomac un peu inhibé par la nature même du repas opaque. D'autres fois, le corps est entr'ouvert, béant, la colonne barytée remonte peu, oscille à chaque mouvement respiratoire. La rareté des passages pyloriques spontanés tranche avec la facilité avec laquelle on les obtient par l'expression à la main ou au distincteur. Même dans ces cas, l'évacuation gastrique n'est bien souvent que ralentie, il n'existe pas de stase à jeun, pas de dilatation du bas-fond.

(1) Chiray et Chêne. — Les dyspepsies nerveuses. 1 volume. Paris, 1931.


Révulsif Boudin
Liquide à base d'essence de crucifères sans cantharide ni croton
RÉVULSION INSTANTANÉE.
ACTION IMMÉDIATE.
S'APPLIQUE AU PINCEAU.
NE TACHE PAS.
N'ABIME PAS LA PEAU.
RAPIDE
PROPRE
ENERGIQUE
LABORATOIRES BOUDIN
9, AVENUE JEAN-JAURÈS
JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)

D'autres fois, au contraire, la stase gastrique est importante. L'examen radiologique montre un résidu baryté et la présence de liquide résiduel. L'estomac est à peine réveillé par les excitations à la main ou au distincteur. L'expression peut même n'être qu'incomplètement efficace. Il se constitue alors, au bout d'un temps variable, une cuvette d'atonie, que seule l'absence de dilatation transversale permet de distinguer des rétentions dues à une sténose du pylore.

Le retard du transit peut provenir aussi d'*une gêne duodénale* : coudure brusque du genu superius ; compression plus en aval, à la hauteur de la pince mésentérique, ou en des points divers ; soit d'*une atonie duodénale*, dont le rôle est certainement important. Depuis longtemps, l'un de nous insiste sur ce dernier point. Récemment, des preuves ont été apportées du retentissement de ce trouble duodénal sur l'appareil hépato biliaire. Nous pensons même qu'à lui seul, ce retentissement permet d'expliquer la coexistence chez les grands ptosiques de symptômes purement hépatiques ou vésiculaires (Ramond et Popovici).

Radiologiquement, deux troubles du transit duodénal sont à rechercher : la gêne au genu superius, la gêne à la troisième portion. Si pour la seconde, la simple radioscopie suffit, pour la première, au contraire, les clichés sont habituellement indispensables.

L'anomalie du genu superius ne saurait étonner lorsqu'on constate une dislocation antro-bulbaire accusée. Bergmann insiste aussi sur son intérêt révélateur d'une périviscérite.

L'appréciation de la gêne de la troisième portion du duodénum est, par contre, beaucoup plus délicate, autant que son interprétation. La constatation d'une dilatation avec stase au genu inferius, empiétant sur la partie afférente de la seconde portion et sur le segment efférent de la troisième portion du duodénum est assez banale dans les grands allongements gastriques. Mais elle n'est pas leur apanage : elle se rencontre parfois en dehors de toute ptose ; elle est beaucoup plus importante dans les grandes ptoses intestinales. On connaît l'étiologie admise dans ce dernier cas : la pince mésentérique. A notre sens, cette explication purement mécanique ne répond pas à la majorité des faits, même lorsque les troubles sont soulagés en position ventrale. Actuellement, on tend à invoquer une origine plus organique, lésionnelle : c'est à juste titre qu'on fait intervenir la notion de mésentérite, où l'appendicite chronique et les péricolites jouent un rôle étiologique important. Soulignons en passant l'intérêt que présente l'antipéristaltisme duodénal, souvent révélateur de la gêne, et qui ne mérite pas l'oubli où l'ont relégué certains auteurs.

C'est surtout dans ces ptoses très accusées avec grosse atonie, dislocation antro-bulbaire, que l'examen radiologique doit comporter une étude en décubitus. On s'y assurera de la mobilité de l'organe. Elle peut être parfaite, si aucune adhérence ne vient immobiliser l'estomac, ou incomplète, en cas de périgastrite. De même, l'inspection du bulbe en décubitus ventral sera souvent un complément utile pour en préciser l'intégrité ou en vérifier les anomalies. La persistance d'une stase sur la seconde portion et au genu inferius, dans cette position, est une bonne preuve de l'organicité de la bride mésentérique.

A côté de ces deux types où le trouble du transit est aisément rattachable à la cause, il existe une foule d'états intermédiaires où l'on ne peut mettre en évidence aucun symptôme de sténose, bien qu'on y relève un certain degré de stase. Ce sont en particulier toutes les malformations duodénales, méga ou dolicho-duodénum, mobilité excessive de cette anse. C'est la flexuosité anormale en M, signalée récemment sur la première portion par J. Quénu et Ch. Jacquelin, qui n'est parfois visible qu'en position oblique, et qui mérite une exploration attentive, pour ne pas être confondue avec une stase banale ou un diverticule. Dans tout ce groupe de faits où le trouble duodénal est certain, on ne saurait s'étonner que les malades accusent parmi les troubles fonctionnels, des nausées, des douleurs tardives.

***

Les *ptoses associées*. — Les allongements verticaux de l'estomac ne sont, pratiquement, jamais isolés. Si la coexistence d'une ptose vraie du cadre duodénal est exceptionnelle, il est de règle, par contre, de noter une ptose colique.

Celle-ci s'intrique à un tel point avec les allongements gastriques qu'il devient inutile de leur faire une part spéciale. La dissociation de ces deux déformations est exceptionnelle, sauf chez les obèses, porteurs assez souvent d'une ptose colique nette sans « descente » de l'estomac. Le côlon précède et suit l'estomac (Glénard).

Radiologiquement, le diagnostic des ptoses coliques est facile, mais les constatations sont très variables. Le malade devra être examiné debout et couché. Il faudra compléter l'étude des malformations par celle du transit, et celle des rapports entre les images colique et gastrique. A son degré le plus léger, le côlon transverse seul est intéressé : il se met en guirlande (Mathieu), encadrant l'estomac. Mais, lorsque les deux angles sous hépatique et splénique restent en place, il est difficile d'affirmer l'intérêt d'une ptose aussi localisée. Par contre, la descente de l'angle droit, si banale qu'elle soit est à retenir. Il existe une corrélation certaine entre cette ptose du côlon ascendant et celle du rein droit. D'autre part l'étude de la mobilité dans les diverses positions, la palpation sous écran sont d'une importance capitale pour reconnaître ou écarter la péricolite. L'un de nous a depuis longtemps attiré l'attention sur la complexité de ces « flancs droits douloureux ». Quant à l'angle gauche, c'est bien plus rarement qu'il quitte son emplacement normal. Il devient, en cas de ptose droite, plus aigu, et ce fait aurait peut-être sa valeur dans l'aérocolie de l'angle gauche. Nous ne pensons pas, toutefois, que le problème se résume, là encore, dans une étiologie mécanique (1).

***

Au total, les résultats fournis par la radiologie doivent être les suivants : il importe bien plus de reconnaître les troubles du transit que la réalité d'une ptose légère, discutable. En cas d'allongement gastrique simple, de « ptose colique » localisée au transverse, l'étude radiologique ne saurait apporter une explication formelle aux troubles ressentis par les malades. La recherche d'autres affections donnant lieu aux mêmes retentissements fonctionnels mérite alors beaucoup plus d'attention. Par contre, la constatation à l'écran d'un résidu solide doit être tenue pour importante, qu'il y ait atonie simple, gêne duodénale, ou obstacle pylorique.

***

Etude clinique.

Nous arrivons ainsi au point le plus délicat du problème des ptoses. Il est bien évident que ces données cliniques restent importantes, que l'examen général est indispensable, ne serait-ce que pour éliminer les cholécystites, les colites, les appendicites chroniques, les périviscérites, dont la coexistence avec les ptoses est, avons-nous vu, si fréquente. Mais, par ailleurs, rien n'est plus délicat que cette étude, et l'on peut poser en principe que la *seule ptose*, non compliquée, ne présente, *aucun symptôme prope.*

Il est classique de représenter le ptosique comme un sujet à type longiligne, au thorax et au bassin étroits. C'est ce type humain qui réalise l'*habitus asthenicus* de Stiller, qui est aussi celui des atones. Par ailleurs ce type, n'est pas constant, et un certain nombre de bréviligues ont un estomac descendu. Ce n'est pas d'aujourd'hui non plus qu'on insiste sur l'intérêt de la musculature abdominale. Cependant, il faut encore distinguer. L'opposition entre longilignes et bréviligues ne vient pas de la seule musculature, mais de la charpente générale de l'individu. A musculature égale, avons-nous vu plus haut, le longiligne sera ptosique, car la poussée viscérale est bien plus importante chez un sujet où les muscles ont à combler entre le thorax

(1) F. Ramond, D. Popovici, Dany. — L'aérophagie. Masson, 1932.

et la ceinture pelvienne, un espace considérable, que chez le bréviligne où l'architecture osseuse encadre tout l'abdomen. Cette distinction explique que chez les longilignes les ptoses apparaissent primitives, alors que chez les bréviligrnes elles sont secondaires.

Quant aux troubles fonctionnels qui amènent ces sujets au médecin, ils sont en général très banaux. Non seulement il n'existe aucun parallélisme entre le degré des malformations et les symptômes observés, mais aucun signe ne peut orienter avec certitude vers le diagnostic de ptose : il n'est pas un seul malaise rencontré chez ces sujets qui ne puisse être dû à d'autres affections.

Au degré le plus léger, il s'agit d'une dyspepsie du type hyposthénique dont on connaît les signes vagues et imprécis. Chaque malade, dont l'appétit est fragile et capricieux, a son régime personnel, réduit et paradoxal. Les digestions sont lentes : sensation de lourdeur, de gonflement, immédiatement à la fin du repas. Le syndrome sympathique post-prandial : somnolence, bouffées de chaleur, décrit par l'un de nous y est assez fréquent, surtout en cas de tachyphagie. Quelquefois, le décubitus dorsal apporte un peu de soulagement ; mais habituellement ces signes s'intriquent dans une évolution continue ou désordonnée. Que ce tableau banal puisse évoquer chez quelques médecins l'existence d'une ptose, c'est possible. Mais il se rencontre si communément au cours des dyspepsies nerveuses, chez les tachyphages, les colitiques et les vésiculaires que sa valeur diagnostique est tout à fait contestable.

Quant aux douleurs aux malaises tardifs ou semi-tardifs que l'on rencontre dans certains cas plus rebelles, mêlés ou non aux signes précédents, ils méritent une analyse plus étroite, et justifient l'étude minutieuse de l'estomac et des organes voisins. Il ne faut cependant pas croire que tous les grands allongements gastriques avec dislocation antro bulbaire, atonie, stase, gêne du tran-it, entraînent forcément des symptômes sérieux. Même dans ce dernier cas, on n'observe souvent qu'un syndrome hyposthénique, avec exacerbation à certains moments, au saut du lit par exemple.

Il est fréquent aussi, dans ce groupe de malades, de relever l'existence de nausées. Leur importance serait grande si de nombreux vagotoniques non ptosiques n'en présentaient. Cette notion doit être bien mise en évidence, d'autant plus que les uns et les autres sont soulagés par le décubitus.

Les douleurs vraies, tardives ou semi-tardives, s'accompagnant parfois d'une sensation de faim, troublent singulièrement le tableau clinique. Une première catégorie de ces malades présente des douleurs épigastriques vives survenant brusquement sans horaire ni rythme, s'accompagnant d'angoisse, de sensation de constriction thoracique, de palpitations. Ces douleurs solaires pour lesquelles on a parlé de « solarite », bien mauvais mot pour une algie, relèvent d'un mécanisme encore bien imprécis. Notre hésitation actuelle ne nous autorise pas à conclure.

Au contraire lorsque les sujets ptosiques accusent de franches douleurs tardives (avec crampes ou brûlures), quel qu'en soit le rythme, il ne faut jamais se contenter du diagnostic de ptose, et l'on doit rechercher avec soin si une cholécystite, une appendicite chronique, un ulcus même, ne sont pas en cause. La plupart des auteurs admettent aujourd'hui l'organicité vraie de ces douleurs tardives quelles qu'elles soient. Il en est de même pour les vertiges dont l'origine gastrique a été longtemps admise. Comme l'ont montré deux d'entre nous (1), le plus souvent, à côté du trouble dyspeptique, existe une atteinte vésiculaire.

Duval et J.-Ch. Roux ont réuni dans un syndrome pseudo-vésiculaire les nausées, migraines, phénomènes de diarrhées post-prandiale que l'on rencontre chez ces malades, et les ont attribués moins à la ptose elle-même qu'à son retentissement sur le transit duodénal. Si la corrélation entre la gêne duodénale et ces troubles est fréquente, il est difficile de les unir par une relation de cause à effet en raison de la complexité des causes de cette gêne.

Un point reste encore à discuter, pour lequel il est délicat de conclure : le rôle de la ptose et de la stase dans l'étiologie des ulcérations gastro-duodénales. On y insiste depuis longtemps ; récemment encore, en suivant l'évolution de nombreux ptosiques, Faroy a vu leur sécrétion gastrique évoluer vers l'hyperchlorhydrie. Guttman, à propos des duodénums en M a relaté encore de curieuses coïncidences, mais, quoiqu'il en soit, ces dernières restent exceptionnelles. Leur existence n'autorise pas le médecin à porter le diagnostic de ptose compliquée d'ulcère : il vaut mieux dire plus simplement : ulcère chez un ptosique.

***

L'examen physique n'est guère plus concluant que l'interrogatoire. Cependant, dans les grandes ptoses abdominales, le ventre prend en station debout cet aspect « en besace » sur lequel insistait Frantz Glénard ; en décubitus dorsal, l'anomalie se corrige, mais l'épigastre reste excavé alors que la région ombilicale est toujours un peu voussurée.

Cette remarque s'adresse de même au signe de la sangle de Glénard et à celui, moins important, de la douleur-signal de Leven. Les battements épigastriques sont d'une constatation si banale chez les organiques comme chez les fonctionnels, que leur intérêt est bien relatif dans l'examen des ptosiques.

Que reste-t-il donc de toute la symptomatologie classique de la gastro-ptose ? Peu de chose, nous venons de le voir, et si la ptose s'accompagne de symptômes abdominaux, ceux-ci sont plutôt dus à une complication de cette ptose, ou mieux à l'association d'un processus digestif tout différent. Les renseignements de la radiologie ne doivent être retenus, avons-nous vu, que lorsque l'allongement a été vérifié à plusieurs examens, et s'accompagne de troubles du transit. La constatation d'une ptose, même accentuée, avec évacuation normale, doit être simplement enregistrée au passage.

***

Traitement

Une ptose ne doit être traitée que si elle est compliquée. Nous avons vu que l'atonie joue alors un rôle important, et, dans les indications thérapeutiques, elle doit retenir l'attention. Si bien que l'on pourrait dire, selon un paradoxe plus apparent que réel, que le traitement de la ptose est celui de l'atonie gastrique.

Tout d'abord, posons un premier principe qui s'adresse plus au radiologue qu'au médecin : le ptosique étant souvent un psychique, ne créons pas chez lui une affection nouvelle en lui révélant une malformation gastrique, le plus souvent sans importance.

Mais lorsque la ptose, suivant un des mécanismes précédemment étudiés, détermine des troubles digestifs réels, il importe de les atténuer. Plusieurs méthodes ont été proposées, elles sont classiques : si on laisse de côté, pour l'instant, diététique et médication, il faut discuter l'application de sangles, la clinothérapie, la gymnastique abdominale.

Une sangle bien faite et bien appliquée, peut être utile. Nous nous proposons dans un prochain travail de revenir sur ce point important. A cette question de la ceinture abdominale, s'adjoint celle de l'opportunité d'une pelote. Dans la plupart des cas, ce mode de compression — plutôt que de contention — est inutile et superflu. La vérification radiologique montre une ascension de l'estomac, mais lorsque le sujet fait des mouvements, que son abdomen se modifie au cours de la respiration, la correction est bien illusoire. Si l'on considère que la plupart des phénomènes douloureux sont en relation avec les grandes ptoses intestinales, la sangle simple est tout aussi efficace pour diminuer les algies. Il importe seulement de relever et fixer l'ensemble de l'abdomen, sans vouloir localiser l'effet de l'appareil orthopédique.

(1) Félix Ramond et Paul Chêne. — Le vertige digestif. *Gazette Médicale de France*, 1er mars 1930.

Nous conseillons pour cela les sangles simples, basses, de préférence à bandes obliques, réservant pelotes ou ressorts à quelques rares sujets longilignes et très amaigris, dont l'abdomen excavé ne présente pas le relief habituel des ptosiques.

La clinothérapie a été très pronée. Elle est certainement utile chez les sujets très douloureux et dénutris, au début d'une cure de réalimentation. Par contre, elle est discutable dans la plupart des autres cas. L'expérience classique de Vulpian montre en effet que le coucher ou un exercice très violent après le repas ralentissent la digestion, favorisent l'atonie, alors qu'au contraire un exercice modéré excite la contractilité gastrique. C'est pourquoi l'un de nous a pris pour règle de conseiller aux ptosiques atoniques une marche modérée immédiatement après les repas, et quatre à cinq heures après, lorsque l'estomac se débarrasse des derniers résidus du repas.

Il en est de la gymnastique comme de l'exercice postprandial. Elle doit être mesurée et contrôlée à maintes reprises, mais aussi systématiquement conduite. Ce sont d'ailleurs là encore des règles de traitement des atonies sur lesquelles nous nous proposons de revenir.

Nous ne voudrions pas paraître trop sceptiques, mais il en est des médicaments comme des précédentes méthodes thérapeutiques. Il est d'usage de conseiller aux ptosiques quelques sédatifs. Nous n'avons pas eu à nous louer de la belladone, de l'atropine ; au contraire les bromures, le gardénal, nous ont fourni de bons résultats. L'ésérine, sous différentes formes, soulage assez fréquemment, mais parfois donne quelques aigreurs.

Parmi les excitants modérés de ces estomacs atones, les amers, les chlorures, rendent des services dans bien des cas. Associé ou non à l'ésérine, le tartrate d'ergotamine nous a donné, habituellement, d'heureux effets. Quant aux symptômes gênants qu'accusent parfois les malades, tels que les aigreurs, ils sont, comme toujours, soulagés par les alcalins ou les pansements.

L'hygiène alimentaire, elle aussi, est sujette à de curieuses variations. Il ne faut pas négliger de faire subir aux malades un interrogatoire très serré, qui, plus que n'importe quelle théorie, fournira au praticien des directives utiles. On a voulu faire prendre à ces malades quatre repas par jour et même plus. Certains s'en trouvent bien, mais pas tous, les estomacs atones ne se reposant pas assez entre chaque ingestion

Nous ne saurions trop insister sur le danger des régimes trop restrictifs, l'abus des féculents. Les repas doivent être légers, mais variés, composés de tous les éléments nécessaires à l'individu. Il ne faut surtout pas que le malade maigrisse. On pourra diminuer le volume des repas en faisant boire le sujet avant, en lui conseillant de manger lentement, de bien mastiquer, assis, comme le conseille l'un d'entre nous, sur un siège bas, le thorax vertical, les jambes étendues. Mais, là encore ce sont des préceptes que l'on applique avec succès à la plupart des dyspepsies.

Le traitement des abcès pulmonaires par la cure de soif. — M. Maroy, de Bruxelles, (*XXIIe Congrès français de méd.*), a traité 14 cas d'abcès pulmonaire par la cure de soif et a obtenu 10 guérisons rapides, une guérison lente, 3 échecs dont un décès et 2 cas qui ont abandonné la cure, l'un après une très grande amélioration, l'autre sans aucun changement. Dans les cas favorables l'amélioration est rapide, se traduisant par la disparition en très peu de temps de la fétidité de l'expectoration, la diminution de la quantité des crachats, le relèvement des forces et la transformation de l'état général des patients. Dans la plupart des cas l'auteur a associé à la cure de soif les injections de sulfarsénol, néanmoins sa conviction est que le principal facteur de la guérison est la cure de soif. Pour l'A. ce traitement doit être essayé dans tous les cas d'abcès pulmonaires, attendu qu'il n'empêche pas d'employer simultanément toute autre méthode de traitement.

La forme localisée de la maladie osseuse de Recklinghausen

(Rôle de la syphilis)

Par A. TOURAINE et R. DEGOS

Médecin et Interne de l'Hôpital Saint-Louis

De nombreux travaux ont rappelé, récemment, l'attention sur l'ostéite fibro-kystique ou maladie de Recklinghausen. Parmi les observations publiées depuis moins de deux ans, citons celles de Léri, Layani, Lièvre et Weill (10), en 1930 et, d'octobre à décembre 1931, celles de Lièvre et Müller (15) de M.-P. Weil et Langlois (29, 30) de May et Lièvre (17), de M. Labbé, Escalier et Justin-Besançon (8) Les études de Sabrazès (23), de Lièvre (14), ont remis, en 1932, la question à l'ordre du jour.

Il ne nous paraît pas sans intérêt de rapporter, à ce propos, l'observation d'une malade que nous avons recueillie, en 1929, à l'hôpital Broca. Cette observation est incomplète car le métabolisme du calcium et le rôle des glandes parathyroïdes n'ont pas été étudiés ; ces facteurs n'étaient d'ailleurs pas encore couramment pris en considération, à cette époque, dans l'ostéite fibro-kystique. Mais elle nous permet d'insister sur deux caractères de cette maladie qui nous paraissent avoir peu retenu l'attention, jusqu'ici : d'une part sa *forme localisée*, sa *limitation à un ou deux os*, d'autre part le *rôle possible de la syphilis dans sa pathogénie*.

* * *

I. Forme localisée

Recklinghausen (21) a décrit, en 1891, sous le nom d'« ostéite fibreuse déformante généralisée avec formations kystiques », une affection chronique des os plus ou moins disséminée. Il en a montré le substratum anatomique : transformation de la moelle osseuse graisseuse en une moelle fibreuse, suivie de raréfaction osseuse en certains points, de néoformation en d'autres. La fonte progressive du tissu fibreux donne naissance à des cavités pseudo-kystiques, mal délimitées par un tissu osseux plus ou moins altéré, sans membrane propre, à contenu séreux ou séro-hématique. Ces cavités, développées dans des lésions d'ostéite fibreuse raréfiante, caractérisent la maladie osseuse de Recklinghausen tant au point de vue anatomique qu'en clinique et qu'en radiologie. Dans la pratique, en l'absence de signes fonctionnels nets et de signes physiques tardifs et souvent méconnus, seul le cliché radiographique permet le diagnostic en montrant des images kystiques disséminées sur un fond de tissu osseux raréfié, moucheté, ouateux.

L'affection ainsi décrite par Recklinghausen, et dont les cas restent rares, atteint presque toujours plusieurs os à la fois. Alors même qu'à l'examen clinique un seul os semble touché, on découvre, sur les clichés, des lésions dans un ou plusieurs autres os.

Quelques rares observations doivent, cependant, faire admettre l'existence d'une forme localisée de la maladie de Recklinghausen. Nous en rapportons plus loin un exemple personnel qui nous semble démonstratif.

Dès 1914, Frangenheim (5) avait réuni quelques cas de limitation au crâne, sans autre lésion du squelette. Il en est de même de Petrow (20) en 1923.

Plus récemment, Léri et Mlle Linossier (12) ont pré-

senté une malade dont la voûte cranienne montrait, à l'examen radiographique, deux images kystiques à contours nets et bien limités. Ces auteurs concluent à l'existence vraisemblable d'une maladie osseuse de Recklinghausen localisée, diagnostic confirmé par Lecène.

Les formes limitées à un membre semblent encore plus rares. Dans le cas publié par Léri et Lièvre (13), la malade présentait un volumineux kyste et une image radiographique de maladie de Recklinghausen dans un humérus. Tietze (26) a rapporté une observation encore plus caractéristique : au cours d'une intervention sur le fémur, il trouva, au-dessous d'un kyste osseux assez vaste, plusieurs cavités kystiques à contenu séreux et une masse fibreuse renfermant des myéloplaxes. Cette observation réalise donc, en plus, un terme de passage entre l'ostéite fibreuse de la maladie de Recklinghausen et le kyste solitaire des os. Plus récemment, la malade de Lièvre et Müller (15), sur un fond de décalcification diffuse, ne présentait de géodes que dans un fémur et un ischion. On peut en rapprocher les cas de M.-P. Weil, Aimé et Langlois (29) (tibia et péroné), May et Lièvre (17) (tibia et péroné).

Si les observations d'ostéite fibro-kystique localisée restent rares, les kystes solitaires des os sont relativement assez fréquents. Or, plusieurs auteurs ont soutenu l'identité des deux affections. C'est l'avis de von Mikulicz (18) qui écrivit la première étude d'ensemble sur les kystes solitaires, dénommés par lui « osteodystrophia juvenilis cystica ». Il déclare d'ailleurs que le kyste osseux est « le plus souvent » solitaire, ce qui sous-entend l'existence de formes polykystiques. Lecène et Lenormant (7) admettent l'identité histologique des deux maladies : « On retrouve la même formation kystique sans membrane épithéliale. »

Dans nombre d'observations de kystes solitaires, on voit, sur les clichés publiés, des lésions *polykystiques* avec cloisons réticulaires qui pourraient être considérées comme des cas de maladie de Recklinghausen localisée ; mais le reste de l'os est, en général sain (Trucy (28), Delanglade (4), Broca (2)).

Dans les cas, plus récents, de Curtillet et Tillier (3, de) Tillier (27), d'Et. Sorrel (25), il s'agit également d'ostéite kystique multiloculaire, avec image aréolaire, en nid de guêpes, en géodes, mais sans autre altération de l'os. A. Mouchet (19), a publié, d'autre part, plusieurs observations d'ostéite polykystique d'origine hérédo-syphilitique, qu'il sépare de l'ostéite fibro-kystique.

L'intégrité habituelle de l'os voisin permet à Bérard et Alamartine (1) de distinguer de la maladie de Recklinghausen les kystes solitaires et les maladies voisines (ostéo-dystrophia juvenilis de V. Mikulicz, ostéite vacuolaire méta-traumatique de Mauclaire, ostéo-dystrophie fibro-kystique de Bérard et Alamartine, ostéite polykystique hérédo-syphilitique de Mouchet). Nous pensons que cet argument n'est pas absolu ; des cas comme ceux de Tietze, de Frangenheim, de May, etc., comme le nôtre, paraissent bien constituer des faits de passage entre les kystes solitaires et une forme localisée de la maladie de Recklinghausen.

Résumons notre observation :

L'importante déformation de la jambe droite, que Mme B... âgée de 79 ans, nous présente le 3 mars 1929, remonte à 1903. L'incurvation de cette jambe était alors minime et limitée au tiers moyen. Nullement douloureuse, elle ne gênait pas la marche. Comme seule cause apparente, la malade se rappelait avoir reçu le choc d'un meuble sur le tibia, en 1880, et avoir souffert quelque temps d'une légère douleur à ce niveau.

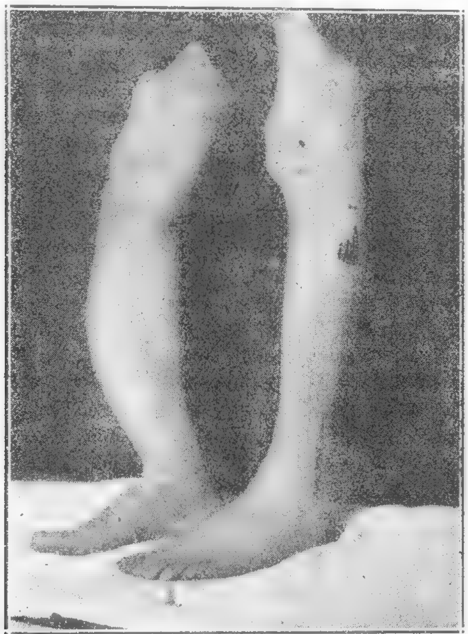


Fig. 1

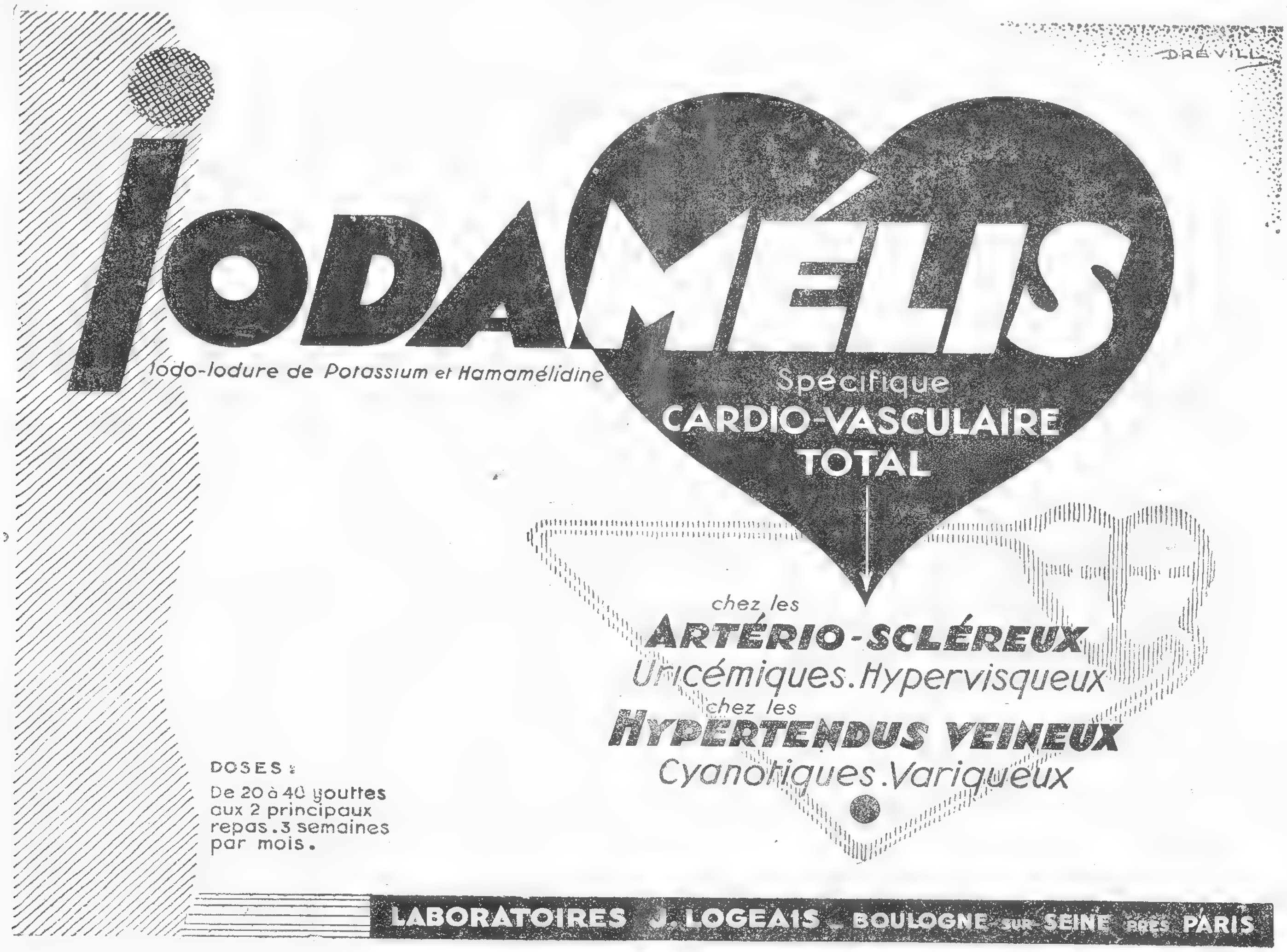


Fig. 2

Depuis 1903, l'incurvation s'est accentuée régulièrement et s'est étendue à toute la diaphyse tibiale. La jambe était le siège de paresthésies vagues: fourmillements, picotements, douleurs légères diffuses, surtout à la marche. En 1916, la malade reçut 10 à 12 injections d'huile grise, à la suite desquelles, les douleurs disparurent pendant plusieurs années, mais sans modification de la courbure de la jambe.

L'examen montre, en effet, une déformation très accentuée de la jambe droite. Son bord antérieur est fortement convexe en avant et dessine en même temps une légère courbure à concavité interne. La convexité est régulière, arciforme, de la tubérosité antérieure du tibia à l'interligne tibio-tarsien. La diaphyse tibiale est nettement épaissie ; sa crête est émoussée mais régulière. Le péroné ne semble pas atteint (*fig.* 1).

La jambe gauche est normale. Il en résulte une différence de longueur des deux membres inférieurs qui entraîne une claudication marquée. La crête tibiale droite mesure 35 centimètres de long, la gauche 31 ; mais la forte inflexion du tibia droit se traduit par un raccourcissement réel de la jambe droite de 3 centimètres vis-à-vis de la gauche et par une augmentation de la circonférence qui, au tiers moyen, est de 50 centimètres à droite et de 33 à gauche.


DREVILL
IODAMÉLIS
Iodo-Iodure de Potassium et Hamamélidine
Spécifique
CARDIO-VASCULAIRE
TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques. Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques. Variqueux
DOSES :
De 20 à 40 gouttes
aux 2 principaux
repas. 3 semaines
par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS - BOULOGNE SUR SEINE PRÈS PARIS


LA BASE BIOLOGIQUE
DE LA RÉSISTANCE AUX
TUBERCULOSES
Biocholine
CHLORHYDRATE DE CHOLINE R. & C. POUR INJECTIONS SOUS CUTANÉES
D'après les travaux du Professeur J. CARLES et du Docteur F. LEURET. (Communication à l'Académie de Médecine - 18 Février 1930.)
Une injection tous les 2 jours. Produit chimiquement pur; Aucune toxicité; Injections indolores.
SEULE PRÉPARATION SOUS LE CONTROLE PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES AUTEURS.
LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (7e)
FRÉGATE - PARIS

Le reste du squelette ne montre, cliniquement, aucune anomalie.

Par ailleurs, on note une abolition des réflexes pupillaires à la lumière et à la distance. Les autres réflexes sont normaux. On perçoit un léger souffle systolique dans le deuxième espace droit et un deuxième bruit aortique clangoreux. La tension artérielle est de 10 1/2-5 1/2 au Vaquez. L'urée sanguine est de 0 gr. 60 ; la constante d'Ambard de 0,12. La formule sanguine est à peu près correcte : Hématies 4.050.000, Leucocytes, 5.000, Polyneutroph. 55, éosinoph. 2, basoph. 1, Mononucl. moy. 7, grands 5, F. de transition 2. La réaction de Wassermann est négative dans le sang.

Une radiographie du tibia (*fig.* 2), montre que cet os, très fortement incurvé, dessine de profil un arc de cercle dont le péroné est la corde. Il est nettement augmenté de volume, de bords réguliers, sans aspérités, d'aspect pagetoïde. Le corps même de l'os est constitué par une lame osseuse compacte, formant fût de résistance, le long du tiers postérieur du diamètre de l'os. Par contre, les deux tiers antérieurs, sur toute la hauteur, présentent un aspect flou, floconneux, de raréfaction osseuse. Des plages claires, plus ou moins étendues et régulières parsèment cette zone. Elles sont particulièrement nettes au tiers moyen de l'os, où se voit une assez vaste cavité de 4 centimètres sur 3, et dans la tubérosité antérieure qui est creusée de multiples géodes. Certaines de celles-ci sont très claires, en cavités pseudo-kystiques ; d'autres sont floues et donnent à l'os un aspect moucheté. Ces géodes sont séparées par des travées osseuses, irrégulières, peu denses, vaguement réticulées. La paroi de certaines de ces cavités paraît peu nette et se traduit, sur les clichés, par une ombre progressive qui se fond peu à peu avec la grisaille du tissu osseux. Le canal médullaire est bien tracé dans le tiers inférieur de l'os. Plus haut, il est remplacé par un réseau de travées osseuses et par des images kystiques qui communiquent avec certaines des géodes voisines.

Le tibia gauche et les deux péronés sont normaux. Des radiographies ont été prises de tout le squelette ; elles n'ont révélé aucune image pathologique.

Ce sont là, réunis dans le tibia et localisés à cet os, tous les caractères radiologiques de la maladie de Recklinghausen.

L'ostéomyélite chronique, le kyste hydatique osseux ont des images très différentes. La forme kystique de l'ostéite tuberculeuse, décrite par Jungling, montre seulement une destruction osseuse, sans néoformations fibreuses, sans déformation ni augmentation de volume de l'os.

La maladie de Paget se rapprocherait davantage de ces lésions, d'autant que des cas localisés à un seul os en ont été publiés (Cadet, Thibierge, Léri et Legros, J. Hallé, etc.). La déformation de l'os rappelle celle que présente notre malade ; on y retrouve cet aspect ouateux, mais sans les éléments caractéristiques que sont les images kystiques. On sait d'ailleurs que certains, et en particulier Lawford Knaggs (6), admettent des rapports étroits entre les deux affections qui ne seraient que des variétés voisines de l'ostéite fibreuse.

De la syphilis osseuse, nous ne retiendrons, pour le diagnostic, que les faits d'ostéite polykystique hérédo-syphilitique étudiés par Hartmann, Mouchet, Lecène et qui rentrent dans le cadre général des ostéo-dystrophies kystiques auquel appartient aussi la maladie de Recklinghausen.

II. Rôle de la syphilis

L'étiologie de la maladie osseuse de Recklinghausen reste imprécise. Les antécédents héréditaires de notre malade sont muets. De son passé personnel, rappelons le choc subi par la jambe droite. On sait l'importance que font jouer certains auteurs au traumatisme, à l'origine d'une maladie de Paget (Léri et Legros). Mauclaire a, d'autre part, signalé l'existence d' « ostéites vacuolaires métatraumatiques ». Cependant, chez notre malade, le délai de vingt-trois ans entre cet incident et l'apparition des premiers symptômes paraît bien long pour établir un rapport de cause à effet.

Beaucoup plus intéressant est le rôle que pourrait avoir joué la syphilis. Le mari de la malade a contracté cette maladie peu de temps avant son mariage. Sa descendance est lourdement éprouvée. De cinq enfants venus à terme, le premier est mort, à deux ans, de la rougeole, le troisième est mort quelques heures après sa naissance avec des déformations marquées des deux membres inférieurs : « jambes de lapin » a dit la mère. La quatrième, malingre, est sujette à des crises d'épilepsie depuis son enfance ; son déficit intellectuel lui a valu d'être internée à Villejuif. Le cinquième est mort à six semaines de convulsions. Seul, le deuxième, âgé actuellement de 52 ans, est bien portant ; sa réaction de Wassermann est négative ; un cliché a cependant montré une légère incurvation d'un tibia avec épaississement assez net du périoste. Rappelons que notre malade présente une abolition des réflexes pupillaires à la lumière et à la distance.

La syphilis est donc, chez elle, la seule étiologie plausible que nous puissions invoquer. Cette même origine semble se retrouver dans un des cas de Léri et Mlle Linossier (12), localisé au crâne ; un traitement bismuthique a amené une diminution très notable de la tumeur cranienne. La malade de Léri et Lièvre (13) avait eu deux fausses-couches et avait perdu six enfants en bas âge sur sept. Léri et Mlle Linossier (11) ont rapporté une deuxième observation d'ostéite kystique généralisée chez un ancien syphilitique et qui semble avoir été améliorée par un traitement arsénobismuthique. Le malade de Mandl (16), ancien syphilitique, avait des pupilles inégales et irrégulières ; ses réflexes tendineux étaient diminués. Dans l'observation de Lièvre et Müller (13), la réaction de Wassermann était fortement positive. Ailleurs, la syphilis n'a pas été recherchée ; parfois on l'a éliminée sur la foi d'une réaction négative ou sur l'échec d'un essai de traitement spécifique, c'est-à-dire sur des arguments insuffisants. Etant donné le très petit nombre d'observations de maladie de Recklinghausen authentique, on ne peut s'empêcher d'être frappé par ces six observations où le rôle de la syphilis peut être envisagé.

Notons, par ailleurs, que la syphilis est retrouvée fréquemment dans l'étiologie de deux affections voisines, la maladie de Paget et le kyste solitaire des os (22). D'autre part, Mouchet (19) a montré quel facteur étiologique important est l'hérédo-syphilis dans certaines ostéites polykystiques. Ces diverses maladies ont un substratum commun, celui d'une ostéite fibreuse avec raréfaction du tissu osseux.

Il y aurait lieu, pensons-nous, d'envisager la constitution d'un véritable groupement anatomo-clinique qui, sous le nom de *syphilose ostéo-fibreuse*, réunirait : au premier degré la maladie de Paget, avec simple raréfaction insulaire du tissu osseux et transformation fibreuse ; et, à des degrés progressifs, les maladies kystiques où la transformation fibreuse aboutit, au moins en partie, à la lacune. Suivant l'extension du processus fibro-kystique, il s'agirait soit du kyste solitaire (uni- ou multiloculaire), soit de la forme localisée (uni-osseuse), parcellaire (pluri-osseuse), ou enfin généralisée (multi-osseuse) de la maladie de Recklinghausen.

BIBLIOGRAPHIE

(1) H. BÉRARD et ALAMARTINE. — Les dystrophies osseuses ; *Rev. de Chir.*, 1914, p. 137.

(2) A. BROCA. — *Soc. de Chirurg. Paris*, 19 juin 1912.

(3) CURTILLET et TILLIER. — *Soc. de Chirurg. Paris* ; 22 févr. 1922.

(4) DELANGLADE. — *Soc. de Chirurg. Paris*, 3 juin 1903.

(5) FRANGENHEIM. — *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1914, p. 117.

(6) LAWFORD KNAGGS. — *The British Journ. of Surgery*, oct. 1925.

(7) LECÈNE et LENORMANT. — *Journ. de Chirurgie*, juin 1912, p. 605.
(8) M. LABBÉ, ESCALIER et JUSTIN-BESANÇON. — *Soc. méd. Hôp. Paris*, 4 déc. 1931 ; son *Bullet.* p. 1868.
(9) LÉRI, FAURE-BEAULIEU et RUPPE. — *Soc. méd. Hôp. Paris*, 23 nov. 1923.
(10) LÉRI, LAYANI, LIÈVRE et J. WEILL. — *Soc. méd. Hôp. Paris*, 21 nov. 1930 ; son *Bullet.* p. 1881.
(11) LÉRI et Mlle LINOSSIER. — *Soc. méd. Hôp. Paris*, 27 février 1925.
(12) LÉRI et Mlle LINOSSIER. — *Soc. méd. Hôp. Paris*, 20 mars 1925.
(13) LÉRI et LIÈVRE. — *Soc. méd. Hôp. Paris*, 25 mai 1928 ; son *Bullet.* p. 1088.
(14) LIÈVRE. — L'ostéose parathyroïdienne. Un vol. Masson, Paris, 1932 ; *Ann. de Médecine*, XXXII, n° 1, juin 1932, p. 33.
(15) LIÈVRE et MULLER. — *Soc. méd. Hôp. Paris*, 16 oct. 1931 ; son *Bullet.* p. 1515.
(16) MANDL. — *Arch. f. klin. chir.*, CXLIII, n° 2, 29 nov. 1926, p. 245.
(17) E. MAY et LIÈVRE. — *Soc. méd. Hôp. Paris*, 27 nov. 1931 ; son *Bullet.* p. 1808.
(18) V. MIKULICZ. — *Naturforscher Versamml.*, Breslau 1904 ; *Zentralbl. f. Chir.*, 1904.
(19) MOUCHET. — *Bullet. Soc. Chir. Paris*, 15 déc. 1920, p. 1485 ; 14 déc. 1921, p. 1370.
MOUCHET et MEAUX-SAINT-MARC. — *Soc. Chir. Paris*, oct. 1913 ; *Revue Orthopédie*, 1914, p. 37.
(20) PETROW. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1923, p. 849.
(21) RECKLINGHAUSEN. — *Festschr. d. Assistenten f. Virchow*, 1891.
(22) RŒDERER. — *Rev. d'Orthopédie*, 1923, p. 551.
(23) SABRAZÈS. — Les tumeurs des os. Un vol., Masson, Paris, 1932.
(24) SKILLERN. — *Americ., Journ. of the Med. Sciences*, 1913, p. 531.
(25) Et. SORREL, (rapp. par LECÈNE). — *Soc. Chir. Paris*, 14 déc. 1921.
(26) TIETZE. — *Beiträge z. klin. Chir.*, 1906, p. 495 ; *Ergebn. Orthopädie u. Chir.*, 1911, p. 32.
(27) TILLIER (rapp. par MOUCHET). — *Soc. Chir. Paris*, 24 mai 1922.
(28) TRUCY. — *Thèse*. Lyon, 1905-1906.
(29) M.-P. WEIL, AIMÉ et LANGLOIS. — *Soc. méd. Hôp. Paris*, 23 oct. 1931 ; son *Bullet.*, p. 1683.
(30) M.-P. WEIL, LANGLOIS et DRAGOMIRESCO. — *Soc. méd. Hôp. Paris*, 18 déc. 1931 ; son *Bullet.*, p. 1929.

VARIÉTÉS

La Médecine et les Médecins dans l'Œuvre de Walter Scott

(suite) [1]

par le Dr **Constant HILLEMAND**

Lorsque, après cette longue conversation, le médecin sortit avec Bonthron, il prit, malgré l'heure tardive, la direction de la forge de Henri Smith, et se tint aux aguets dans le passage qui la mettait en rapport avec High-Street, jusqu'au moment où parut un quidam revêtu de la cotte de buffle et du bonnet d'acier portés habituellement par l'armurier, tapant du pied à sa manière et sifflant son air favori. Après une courte hésitation, Dwining crut reconnaître son insulteur et le désigna à son compagnon qui, d'un coup de hache porté par derrière, abattit le nocturne promeneur sans qu'il eut le temps de pousser un cri.

La découverte du cadavre, le lendemain matin, provoqua un soulèvement populaire qui eut pu devenir dangereux pour la Cour si l'on ne s'était aperçu à temps que la victime n'était pas le forgeron dont la popularité, en raison des mœurs de l'époque, était particulièrement grande, mais un bonnetier de la ville, connu pour sa vantardise ridicule, nommé Olivier Proudfute, lequel, par peur de mauvaises rencontres éventuelles en rentrant chez lui, avait emprunté à Henri Smith son costume, dans l'espoir que la seule vue de l'accoutrement bien connu le protègerait contre les attaques des malintentionnés.

Quoique cette constatation eut beaucoup refroidi la colère des bourgeois, ils ne pouvaient cependant laisser impuni l'assassinat de l'un des leurs, surtout après les adjurations pathétiques de sa veuve. Aussi, convaincus de la culpabilité des gens de Ramorny sans en posséder la preuve, ils avaient, sur le conseil du clerc qui leur servait de greffier, demandé au roi de leur accorder, pour démasquer le ou les coupables, l'*épreuve du cercueil* (naguère instituée par l'Eglise, avec l'approbation de Charlemagne, puis tombée en désuétude) qui consistait à faire défiler devant la bière ouverte, contenant le corps de la victime, tous les suspects, en les invitant à jurer, sur le cadavre, qu'ils étaient innocents du crime, et en s'assurant que la blessure ne se rouvrait pas pour laisser échapper du sang. Il était loisible d'ailleurs aux inculpés de préférer, s'ils le désiraient, l'*épreuve du combat* avec un champion désigné par la famille du mort.

Leur demande avait été favorablement accueillie par le Conseil de la Couronne, et tous ceux qui faisaient, partie de la maison de Ramorny, avaient pu se laver du soupçon planant sur eux, en prêtant, dans les conditions prescrites, le sermont requis, sans provoquer l'apparition d'aucun phénomène anormal du côté de la plaie, —à l'exception du Chevalier, mis hors de cause par le témoignage du prince attestant que son Ecuyer était au lit, malade, et avait longuement conversé avec lui à l'heure ou se commettait le crime ; et de Bonthron qui n'ayant pas la conscience nette, et partageant les superstitions de l'époque, avait repoussé l'épreuve mystérieuse du cercueil et réclamé celle du combat avec Henri Smith choisi comme champion par la veuve.

La veille au soir, l'Apothicaire s'était empressé de retourner chez Ramorny pour panser son moignon et s'entendre avec lui sur les moyens les plus propres d'empêcher le stupide et superstitieux spadassin de lacher aucune parole compromettante pour son patron, au cas ou il serait vaincu en champ clos et traîné au gibet.

A la stupéfaction de Ramorny, le médicastre s'était flatté d'obtenir le silence de Bonthron, et, qui plus est, une dénonciation en règle de lui contre l'Altesse royale moyennant une promesse de le soustraire aux conséquences mortelles de la pendaison.

« A moins », avait-il ajouté, « que ce maudit Smith n'étende notre pauvre ami roide mort sur la place, je suis déterminé, si l'art en est capable, à tirer d'affaire ce chien de Bonthron ... — Si tu dis la vérité réplique le chevalier « et je pense que tu n'oserais pas plaisanter avec moi sur un tel sujet, il faut que tu aies l'assistance de Satan, et *je ne veux rien avoir à démêler avec lui : je le désavoue et je le défie.* »

« Dwining rit de son rire étouffé quand il entendit son patron protester de sa haine contre l'esprit malin et qu'il le vit en même temps faire le signe de la croix ; mais il reprit son sérieux en remarquant que la figure de Ramorny se rembrunissait, et il dit, d'un air à moitié grave: — Le compérage, très dévot seigneur, le compérage est l'âme de la sorcellerie ; mais, eh... eh... eh !... *je n'ai pas l'honneur d'être, eh !... eh!... ligué avec le personnage dont vous parlez, à l'existence duquel, eh!... eh!... je ne crois pas bien fermement*, quoique sans aucun doute Votre Honneur ait plus d'occasions que moi de le connaître.— Continue, drôle, et laisse là cette bouffonnerie qui te coûterait cher. — Volontiers, invincible chevalier ; sachez que j'ai aussi mes compères, autrement mon art serait peu de chose. — Et quels sont-ils, s'il vous plait ? — D'abord Etienne Smotherwell, avec la permission de Votre Honneur, le bourreau de cette belle ville ; je m'étonne que Votre Seigneurie ne le connaisse pas. — Et moi, je m'étonne que tu n'aies pas fait avec lui une connaissance plus personnelle, mais je vois que ton nez n'est pas fendu, tes oreilles ne sont pas rognées, et si tes épaules sont marquées au fer rouge, tu es assez sage pour porter un pourpoint à collet montant. — Eh !... eh!... Votre Honneur plaisante : ce n'est pas pour mon compte personnel que j'ai fait connaissance intime avec Etienne Smotherwell, mais au moyen d'un certain trafic entre nous deux, par suite duquel j'échange certaines sommes d'argent con-

(1) Voir *Progrès Médical* des 29 octobre et 5 novembre 1932.


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM
CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou 1/2 cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex _ PARIS (IVe


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Asirop
ÉCHANTILLONS : J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

tre le corps, la tête ou les jambes de ceux qui meurent avec l'aide de l'ami Etienne. — *Scélérat ! s'écria le chevalier avec horreur, c'est pour composer tes charmes et préparer des sortilèges, que tu trafiques de ces tristes restes de l'humanité ! — Eh !... non pas, sous le bon plaisir de Votre Honneur, répondit le médecin, que divertissait beaucoup l'ignorance de son patron ; mais nous autres chevaliers du scalpel, nous avons l'habitude de découper avec soin les membres des personnes défuntes :* c'est ce que nous appelons Disséquer. *C'est ainsi que, par l'examen d'un membre mort, nous apprenons à guérir celui qui appartient à un homme vivant, lorsqu'il est atteint d'une maladie, ou de quelque autre accident.* Ah ! si Votre Honneur venait visiter mon pauvre laboratoire, je pourrais lui montrer des têtes, des mains, des pieds et des poumons qu'on croit depuis longtemps convertis en poussière. Le crâne de Wallace dérobé sur le pont de Londres, *le cœur de Simon Fraser, qui ne connut jamais la crainte,* le charmant crâne de la belle Catherine Logie (maîtresse de David II). Oh ! que n'ai-je été assez heureux pour conserver pareillement la main de mon très honoré patron ! — Malédiction sur toi scélérat !... veux-tu donc me dégoûter avec ton catalogue d'horreurs ? »... (traduction Louis Barré).

Après ce dialogue, si propre à éclairer comparativement la mentalité du chevalier prêt à commettre un crime, bien que répudiant énergiquement toute connivence avec l'Esprit du mal auquel était alors généralement attribuée l'inspiration des pires forfaits, et la mentalité du médecin acceptant la pleine responsabilité de ses actes et ne pouvant s'abstenir de railler la croyance à l'existence du diable, comme il raillait la croyance à l'existence du dieu anthropomorphique de l'époque,

« Nous laisserons (a l'exemple de W. Scott) ce digne couple occupé de leur machination secrète . . . Quoique doués de qualités différentes, ils étaient aussi bien unis pour concevoir et exécuter des projets criminels que le chien courant qui attrape le gibier, avec le chien quêteur qui le fait lever. L'orgueil et l'égoïsme étaient le fond de leurs caractères, mais par suite de la différence de rang, d'éducation et d'intelligence, ces vices avaient revêtu chez eux des formes différentes. Rien ne ressemblait moins à l'ambition audacieuse du courtisan favori, du galant toujours heureux auprès des dames, du guerrier intrépide, que l'humilité rampante de l'apothicaire qui semblait *rechercher les affronts et y prendre plaisir:* Néanmoins, dans le secret de son âme, celui-ci se sentait possesseur d'un pouvoir, né de sa science et de son intelligence, qui le mettait bien au-dessus des gentilshommes ignorants de cette époque. Henbane Dwining était si convaincu de cela que, comme les gardiens des bêtes sauvages, il osait quelquefois, pour son amusement, exciter les passions furieuses d'hommes tels que Ramorny, s'en reposant sur l'humilité de ses manières pour éviter l'orage qu'il soulevait. Que le baron féodal méprisât le modeste apothicaire, rien de plus naturel, mais Ramorny n'en sentait pas moins l'influence que Dwining exerçait sur lui, et dans la lutte de leurs esprits, le chevalier était presque toujours dompté, comme les plus fougueux mouvements d'un fier coursier sont dominés par un enfant de 12 ans s'il a été formé à l'art du manège. Le mépris de Dwining pour Ramorny était plus réel. L'homme de l'art regardait le chevalier, comparé à lui-même, comme s'élevant à peine au-dessus de la brute ; capable de détruire, comme le taureau peut détruire avec ses cornes, ou le loup avec ses griffes, mais dominé par de honteux préjugés, *esclave des momeries sacerdotales : mot sous lequel Dwining comprenait toute espèce de pratique cultuelle.*

Au total, il considérait Ramorny comme un homme que la nature lui avait assigné pour esclave, et comme un instrument propre à extraire de la mine cet or qu'Henbane adorait : car l'amour effréné des richesses était une de ses faiblesses, mais non pas le plus grand de ses vices ; il justifiait à ses yeux cette passion sordide en se persuadant qu'elle avait sa source dans l'amour du pouvoir. «Henbane Dwining, se disait-il, en contemplant d'un œil ravi l'or qu'il avait amassé en secret et qu'il visitait de temps à autre ; Henbane Dwining n'est pas un avare stupide, n'estimant ces pièces d'or qu'à cause de l'éclat du métal ; c'est le pouvoir qu'elles assurent à leur possesseur qui le porte à les adorer ainsi.

Qu'y a-t-il au monde que l'or ne soumette à nos ordres ? Aimez-vous la beauté, et êtes-vous laid, défiguré, infirme et vieux ? . . . voici un appât qui séduira la plus belle. Etes-vous faible, exposé à l'oppression d'un puissant voisin ? Voilà qui armera pour vous des défenseurs plus puissants. Etes-vous magnifique dans vos goûts ? cette cassette de simple bois noir renferme une vaste étendue de vallées et de collines, de belles forêts pleines de gibier, l'allégeance de mille vassaux. Désirez-vous la faveur des cours temporelles ou spirituelles, le sourire des rois, le pardon des papes pour d'anciens crimes, et l'indulgence qui encourage les fous gouvernés par les prêtres à en commettre de nouveaux ?... tous ces sitmulants du vice, vous pourrez les acheter avec de l'or. La vengeance elle-même, que les dieux, dit-on, se sont réservée, sans doute parce qu'ils enviaient à l'humanité un morceau si friand, la vengeance elle-même s'achète. Mais on peut aussi se la procurer par les ressources d'un génie supérieur, et c'est là le plus noble moyen de l'obtenir ; aussi je réserverai mes trésors pour un autre usage, et j'accomplirai ma vengeance gratuitement ; ou plutôt, je réunirai le plaisir d'augmenter mes trésors à la joie d'abaisser mes ennemis ».

Au fond, il est convaincu que tout peut s'acheter pourvu qu'on y mette le prix.

C'est ainsi que monologuait Dwining tandis que, revenu de chez sir John Ramorny, il joignait à la masse de ses trésors l'or qu'il avait reçu pour ses différents services.

Après avoir contemplé le tout pendant une minute ou deux, il tourna la clef de son coffre et se mit en route pour visiter ses malades, cédant le haut du pavé à tous ceux qu'il rencontrait, otant respectueusement son bonnet au plus mince boutiquier, et même aux artisans qui soutenaient leur existence précaire par le travail de leurs mains. « Misérables ! pensait-il au fond de son cœur, pendant qu'il leur adressait ces marques de respect ; stupides automates ! si vous saviez ce que cette clef renferme, quel ciel serait assez inclément pour vous empêcher de m'ôter votre bonnet ? Est-il un ruisseau assez fangeux dans votre bourgade pour vous empêcher de tomber à genoux dans la rue, et d'adorer le propriétaire de tant de richesses ? Mais *je veux vous faire sentir mon pouvoir quoiqu'il me plaise de le cacher. Je serai un fléau pour votre ville, puisque vous n'avez pas voulu de moi pour magistrat. Comme le cauchemar, je pèserai sur votre poitrine et cependant je resterai invisible . . .*

Ce méprisable Ramorny aussi ! comme un misérable artisan, en perdant sa main, il a perdu la seule partie précieuse de son corps ! il entasse sur moi les paroles outrageantes, comme si ce que dit un pareil être avait le pouvoir d'ébranler une âme aussi ferme que la mienne. Cependant, en m'appelant drôle, coquin, misérable, il est aussi sage que s'il s'amusait à m'arracher les cheveux de la tête pendant que ma main tiendrait les fibres de son cœur. Je puis me venger de chacune de ses insultes à l'instant même, par une douleur corporelle ou un tourment moral ...Eh... eh... eh!... je ne suis pas longtemps à régler les comptes avec Son Honneur, il faut en convenir . . .

Pendant que le médecin se livrait ainsi à ces idées et à ses méditations diaboliques tout en glissant le long des rues, des cris de femmes se firent entendre derrière lui !... *C'est l'homme le plus secourable de Perth,* dit une voix. — *Que d'autres parlent des chevaliers et des rois pour redresser les torts , comme on dit : parlez-moi du digne maître Dwining, commères,* répliqua une autre voix.

« Au même moment l'apothicaire fut entouré et entraîné par celles qui parlaient ainsi, bonnes femmes de la belle ville. — Comment donc, qu'y a-t-il ? demanda Dwining ; y a-t-il quelque vache qui ait vêlé ? — Il ne s'agit pas de cela, répliqua une des femmes, mais d'un pauvre orphelin qui se meurt. Venez donc avec nous ; car vous avez toute notre confiance. — *Opiferque per orbem decor* ; et de quoi l'enfant se meurt-il? — Du croup... du croup ; le pauvre petit croasse comme un corbeau — *Cynanche trachéalis*... Cette maladie va vite en besogne ; montrez-moi sur le champ la maison, continua *le médecin qui exerçait sa profession libéralement, malgré son avarice naturelle, et humainement en dépit de sa méchanceté innée... Ne pouvant admettre en lui de meilleurs principes, nous supposerons que ses motifs étaient la vanité et l'amour de son art.* Cependant il aurait refusé ses secours dans cette occasion, si, cherchant où les bonnes femmes le conduisaient, il l'eût deviné assez à temps pour inventer une excuse. Mais avant qu'il put se reconnaître, il fut entraîné dans la maison de feu Olivier Proudfute, d'où sortait le chant des femmes qui ensevelissaient le corps d'Olivier pour la cérémonie du lendemain . . .

Tout endurci qu'il était, le médecin éprouva quelque répugnance à franchir le seuil de la maison d'un homme, à la mort duquel il avait pris une part si directe, quoique par suite d'une méprise. — Laissez-moi passer mon chemin, femme, dit-il, mon art ne peut secourir que les vivants ; les défunts sont hors de notre pouvoir. — Mais nous avons un malade là haut . . . C'est le plus jeune des orphelins.

« Dwining fut forcé d'entrer dans la maison ; *mais il fut saisi d'effroi, au moment où il mettait le pied sur le seuil de la porte : les femmes occupées à ensevelir le corps mort, interrompirent subitement leur chant, tandis que l'une disait à l'autre : — Au nom de Dieu, qui est entré ?... Voilà une grosse goutte de sang. — Vous vous trompez, répondit l'autre, c'est une goutte de baume liquide. — Non pas, commère, c'est bien du sang : encore une fois qui vient d'entrer dans la maison ?*

L'une d'elle regarda de la chambre dans le petit vestibule ou Dwining, sous prétexte de ne pas voir distinctement l'escalier, s'était arrêté à dessein, épouvanté par les mots qu'il venait d'entendre. — Eh ! c'est le digne maître Henbane Dwining, s'écria une des sibylles. — Maître Dwining, répliqua celle qui avait parlé la première ; *notre ange secourable dans nos maladies* : alors, c'était à coup sûr une goutte de baume. — Mais, dit l'autre, *ce peut bien néanmoins avoir été du sang... car, voyez-vous, quand le cadavre fut trouvé, les magistrats, ordonnèrent à l'apothicaire de sonder les blessures avec ses instruments* , et comment le

pauvre corps pouvait-il distinguer que c'était fait avec de bonnes intentions ? — Vous dites vrai, commère ...

« Dwining n'en put ouïr davantage, étant forcé de monter l'escalier qui le conduisit à une espèce de galetas, où Madeleine était assise sur son lit de veuve, serrant sur son sein l'enfant, qui, le visage déjà noir et poussant ce croassement inarticulé, d'où est venu à cette maladie son nom populaire, semblait au moment de terminer sa courte existence. Un moine dominicain était assis près du lit, tenant l'autre enfant dans ses bras ... Le médecin lança sur le bon père, un seul regard rempli de ce dédain ineffable que les hommes de l'art portent à ceux qui usurpent leurs fonctions. Ses secours furent prompts et efficaces ; *il prit l'enfant des bras de sa mère désespérée, lui découvrit la gorge, lui ouvrit une veine ; et le sang coulant en liberté, le jeune malade fut soulagé à l'instant même.*

En quelques minutes, tout symptôme alarmant eut disparu. Dwining, après avoir bandé la blessure, replaça l'enfant où il l'avait pris ... — Oh ! savant docteur, dit Madeleine, vous voyez maintenant pauvre celle que vous avez vue autrefois plus riche ... Mais les mains qui m'ont rendu mon enfant ne sortiront pas vides de cette maison. Bon et généreux maître Dwining ! acceptez le chapelet de mon mari ; il est d'ivoire et d'argent ... Pensez à sa pauvre âme quand vous le tiendrez entre vos doigts. Il sortira plus vite du purgatoire si les bonnes âmes prient pour obtenir sa rédemption. — Gardez votre chapelet, brave femme ... *je ne connais rien à ces jongleries*, répondit le médecin, qui, se sentant plus ému qu'il ne s'en croyait capable, voulait éviter de recevoir ce sinistre présent ; mais ses dernières paroles avaient blessé le moine, auquel il ne songeait plus en les prononçant. — Comment docteur ! dit le dominicain, nommez-vous les prières pour les morts des jongleries ? je sais que Chaucer, l'écrivain anglais, dit, de vous autres médecins, que vous n'étudiez guère la Bible. Notre sainte mère l'Eglise a sommeillé quelque temps, mais maintenant ses yeux sont ouverts pour distinguer ses ennemis de ses amis, et soyez bien assuré ... — Mon révérend père, dit Dwining, vous êtes trop sévère envers moi : je voulais dire que je ne pouvais faire des miracles, et j'allais ajouter que, l'Eglise étant assurément capable d'en faire, il fallait déposer en vos mains ce riche chapelet, afin qu'il en fut fait usage pour le plus grand bien de l'âme du défunt.

En parlant ainsi, il déposa le chapelet dans les mains du dominicain, et s'échappa de cette maison de deuil. — Voilà une étrange visite se dit-il, quand il fut sorti : je me moque de toutes ces misères autant qu'homme du monde, et pourtant, ridicule fantaisie, *je m'applaudis d'avoir sauvé la vie à cet enfant criard* ... Mais il faut que j'aille trouver mon ami, Smotherwell : j'en obtiendrai, sans doute, ce que je désire au sujet de Bonthron, *et ainsi j'aurai sauvé deux vies, et n'en aurai détruit qu'une.*

Ce n'est qu'au chapitre XIII qu'il rentre en scène, voguant, la nuit, en bateau, sur le Tay, avec Buncle et Eviot, l'écuyer et le page de Ramorny, pour aller décrocher, du gibet, et tâcher de ranimer le corps de Bonthron qui, ayant été vaincu par Smith, avait été immédiatement traîné à la potence , non sans avoir publiquement, tout le long du trajet, accusé le prince héritier d'avoir été l'inspirateur du crime.

La conversation du médecin avec ses acolytes serait de nature à nous mettre au courant de ses connaissances et de celles de l'époque, sur la circulation, la respiration, etc ..., si ses explications, d'ailleurs partiellement erronées, n'étaient pas trop en avance sur les découvertes de Michel Servet, de Colombo, de Harvey, etc... pour être acceptées telles quelles.

« Vous avez trouvé un nouveau métier, camarade , depuis que je vous ai quitté, dit un des rameurs à l'autre ; alors vous soigniez un chevalier blessé, et maintenant vous vous occupez d'enlever un corps mort à la potence. — Un corps vivant, s'il vous plait, maître Buncle, ou bien mon art aurait mal servi nos desseins. — Vous prétendez cela, maître apothicaire ; mais, n'en déplaise à votre science, jusqu'à ce que vous m'ayez dit votre secret, je me permettrai de douter du succès. — C'est un moyen fort simple, maître Buncle, et qui sans doute ne plaira point à un esprit aussi subtil que le vôtre. Le voici : Cette suspension du corps humain, qu'on appelle vulgairement pendaison, produit la mort par apoplexie, c'est-à-dire que les veines se trouvant comprimées le sang ne peut plus retourner au cœur : il se précipite vers la tête, et l'homme meurt. De plus, et comme cause additionnelle de dissolution, les poumons ne reçoivent plus la quantité nécessaire d'air respirable, attendu la ligature de la corde autour du larynx, et il faut que le patient périsse. — Je comprends fort bien tout cela ; mais comment l'empêcher, sire médecin ? dit Eviot. — Eh ! pendez-moi le patient de telle façon, répondit Dwining, que les veines en question ne soient point comprimées, le sang ne se portera pas au cerveau et l'apoplexie n'aura pas lieu ; et s'il n'y a pas de ligature autour du larynx , les poumons ne manqueront pas plus d'air que si le pendu avait les pieds sur la terre ferme. — Je conçois cela encore, dit Eviot ; mais comment ces précautions peuvent-elles se concilier avec l'exécution de la sentence de pendaison, voilà ce que ma faible intelligence ne saurait comprendre. — Ah ! bon jeune homme, ta vaillance a gâté un excellent esprit, mais voici mon secret. Je me procure certains bandages faits de la même étoffe que les sangles de vos chevaux, ayant un soin tout particulier qu'ils ne puissent faiblir ni s'étendre, car mon expérience manquerait. Sous chacun des pieds du patient est placé un de ces bandages, qui remontent ensuite de chaque côté des jambes jusqu'à uns ceinture à laquelle ils s'attachent. A cette ceinture tiennent diversee courroies qui montent le long de la poitrine et du dos pour diviser le poids. Mais voici le point le plus important : ces courroies ou bandages tiennent à un large collier d'acier un peu concave, avec quelques crochets vers le haut et en dehors ; l'exécuteur dont on est sûr, place la corde fatale autour de ce collier au lieu de la mettre au cou nu du condamné. Et ainsi, quand on retire l'échelle le patient se trouve suspendu, non par le cou, s'il vous plait, mais par le collier d'acier qui supporte les bandages placés sous ses pieds, et sur lesquels porte tout le poids, encore diminué par de pareils bandages placés sous les bras. Ainsi ni les veines, ni la trachée-artère n'étant comprimées, l'homme, sauf l'effet de la frayeur et la nouveauté de la situation, respirera aussi librement, son sang coulera aussi tranquillement que le vôtre quand vous êtes appuyé sur vos étriers en parcourant un champ de bataille. — Par ma foi ! c'est une belle invention, dit Buncle .....

On peut souscrire à la réflexion de l'écuyer, avec cette réserve toutefois qu'un tel harnachement avait dû singulièrement gêner Bonthron au cours de sa lutte contre Smith et concourir à l'issue du combat.

Quoiqu'il en soit, une fois le corps du pendu décroché, et transporté dans le bateau, en état de demi-asphyxie, les sangles ayant cédé partiellement sous le poids du criminel, Dwining réussit à le rappeler à la vie avec de l'alcool, comme cordial, et put l'abandonner aux soins de Buncle chargé de le conduire au château de Falkland.

Cet exploit accompli, il rentra dans Perth, en compagnie d'Eviot et, durant le trajet, trouva l'occasion de communiquer à son compagnon quelques vues intéressantes sur le fonctionnement de la mémoire qui ne sont, certes, pas, à dédaigner :

« Pendant que les deux piétons retournaient à Perth, Eviot exprima la persuasion où il était que l'intelligence de Bonthron ne se relèverait jamais du choc que la terreur lui avait fait éprouver, terreur qui paraissait avoir dérangé toutes les facultés de son esprit, et surtout sa mémoire. — Il n'en sera point ainsi, ne vous en déplaise beau page, dit le médecin ; l'intelligence de Bonthron, telle qu'elle est, a un caractère solide. Elle vacillera d'un côté et d'un autre, comme un pendule mis en mouvement, puis s'arrêtera sur son centre de gravité. Notre mémoire est, de toutes nos facultés, celle dont l'exercice est le plus sujet à être suspendu. Une profonde ivresse, le sommeil la font perdre, et cependant elle revient quand l'ivresse et le sommeil sont passés. La terreur produit souvent les mêmes effets. J'ai connu à Paris un criminel qui avait été condamné à être pendu : il subit sa sentence sans montrer un degré de crainte extraordinaire sur l'échafaud, parlant et agissant comme font tous les autres dans une pareille position. Un accident fit pour lui ce qu'un artifice ingénieux a fait pour le charmant ami que nous venons de quitter. La corde fut coupée : on le rendit à ses parents avant qu'il fut complètement privé de vie, et j'eus le bonheur de le ranimer entièrement. Bien qu'il eût recouvré toutes les autres facultés, il ne se souvenait que fort confusément de son procès et de sa sentence. Quant à sa confession, le matin même de l'exécution... hé, hé, hé ! il ne s'en rappelait pas un mot ; de sa sortie de prison, de son arrivée sur la place de Grève où il avait été pendu, de ses paroles pieuses qui, hé, hé, hé ! avaient édifié tant de bons chrétiens, au moment du saut fatal, mon revenant n'en avait pas la plus légère idée. Mais voici l'endroit où nous devons nous quitter ... »

(*A suivre.*)

Traitement de la douleur par les injections d'alcool dans les tumeurs inopérables. — Dans plusieurs cas, de cancers inopérables de l'anus, du sein, de l'utérus, M. Ferey, de Saint-Malo (*Congrès français de ch.*, 1932) a obtenu par des injections en série d'alcool à 95° une sédation complète des douleurs et parfois une modification telle de la tumeur que celle-ci est restée stationnaire et que le malade est mort d'affection intercurrente. Ces résultats ne sont pas d'ailleurs d'une constance absolue et l'auteur le reconnaît, mais il est possible de perfectionner la methode et en tout cas les succès déjà obtenus sont plus qu'encourageants.



REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Syphilis

La malarisation des paralytiques généraux est devenue classique, mais beaucoup de médecins sont peu fixés sur la conduite à tenir par la suite ; trois questions sont généralement posées, auxquelles on peut donner une réponse satisfaisante :

1° Qu'observe t-on après la malarisation ?

Dans la plupart des cas, chez les paralytiques généraux on constate une amélioration de l'état psychique, dès la fin des accès fébriles ; les modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien s'amendent en partie ; le Bordet-Wassermann sanguin est peu influencé. La durée de ces rémissions est assez variable.

Dans le cas de tabes, les douleurs fulgurantes et viscérales disparaissent assez souvent ; c'est presque le seul bénéfice que l'on puisse en retirer.

2° La malarisation guérit-elle la syphilis ?

On peut répondre catégoriquement : non. Elle modifie son évolution et transforme l'inertie réactionnelle de l'organisme, vis-à-vis du tréponème, en un effort considérable, qui peut être utilement secondé par la chimiothérapie antisyphilitique. Le traitement spécifique prolongé s'impose donc après la malarisation.

3° Quelle est la ligne de conduite à suivre après la malarisation ?

La plupart des auteurs français et américains, les psychiatres sont partisans d'un traitement arsenical ou bismuthique prolongé.

(G. Duwe. Le rôle du médecin est-il terminé après la malarisation des paralytiques ? *Scalpel*, 25 juin 1932.)

Parasitologie

Le problème de l'amibiase se pose avec acuité depuis que les termes d'amibiase et de dysenterie amibienne ne sont plus considérés comme synonymes et que l'on s'occupe surtout de l'organisme parasité sans tenir compte des symptômes.

L'amibiase n'est pas localisée aux pays chauds, elle est cosmopolite. Le nombre des porteurs d'amibes aux Etats-Unis atteint 10 % ; les uns sont parfaitement sains, les autres présentent des signes discrets : diarrhée, colite, entérite, perte de poids, anémie légère.

La prophylaxie la plus efficace consisterait dans l'isolement et le traitement ; mais peut-on isoler *un million* d'Américains et les soigner longtemps ?

Pour le moment il semble suffisant d'isoler les maladies amibiennes et d'éliminer les porteurs des différentes branches de l'alimentation.

(C. F. Craig. The amebiasis problem. *Journal of the American Medical Association*, 7 mai 1932.)

Tube digestif

L'ulcère gastrique et duodénal a été récemment l'objet de nombreuses tentatives de traitement purement médical.

La pepsinothérapie est bien connue. K. Glaessner a suivi cent cas, dans lesquels il a obtenu deux tiers de guérisons subjectives et objectives.

L'acidité diminue dans plus de la moitié des cas : l'examen radiologique montre une amélioration dans les trois quarts des cas.

La pepsinothérapie guérit d'autres ulcérations (peau, muqueuses, décubitus) et agit dans l'anémie pernicieuse.

(K. Glaessner. Pepsinotherapia das ulceras do estomago e duodeno. *Brasil Médico*, 20 février 1932.)

S. Bazzano, de Milan, propose les injections intraveineuses de benzoate de soude, en se basant sur le fait que quelques centigrammes de ce sel retardent la digestion des albumines.

Sur 28 cas traités il y eut 27 succès constatés radiologiquement et un échec, qui était dû à une infiltration cancéreuse, comme le révéla l'intervention.

On emploie des ampoules de 2 c.c. contenant 0 gr. 50 de benzoate de soude pur. On pratique en moyenne de 20 à 30 injections. Après guérison radiologique, on fait encore quelques piqûres tous les deux jours.

Méthode simple, rapide, ingénieuse.

(S. Bazzano. L'ulcera gastrica e duodenale curata con successo a mezzo del benzoato di soda per via endovenosa. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 5 juin 1932.)

Oto-rhino-laryngologie

Dans une tentative de suicide une jeune femme se place le canon d'un revolver dans la bouche et tire une balle latéralement au niveau de la dernière molaire inférieure gauche.

La balle s'insinue entre la face interne de la branche montante du maxillaire et le crochet de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, elle passe sous l'articulation temporo-zygomatique sans la léser, évite en dehors l'apophyse styloïde sans blesser le facial, passe de bas en haut à travers le conduit auditif externe membraneux et s'échappe en sectionnant l'anthélix et l'hélix.

Les suites sont simples : points de suture sur le pavillon, alcool iodé dans le trajet fistuleux ; un peu de température et un peu de trismus pendant quelques jours ; aucune lésion anatomique importante à l'exception d'une sténose cicatricielle du conduit membraneux gauche.

(Blondiau. Curieux trajet d'une balle de revolver. *Scalpel*, 18 juin 1932.)

Tuberculose

Une enquête sur la fréquence de la tuberculose chez les étudiants en médecine est démonstrative malgré le petit nombre de cas.

On envoya à 1.005 anciens étudiants de l'Harvard medical School un questionnaire demandant s'ils étaient tuberculeux, sur quoi était basé le diagnostic et à quelle période des études il avait été posé. Il y eut 556 réponses.

Quatorze étudiants (2,5 %) firent de la tuberculose, six à la faculté, sept après la thèse et on découvrit chez le dernier un foyer qui datait vraisemblablement de la période pré scolaire. Le diagnostic semblait exact dans toutes les fois ; il avait été fait treize fois par l'examen radiologique et une fois par la bactérioscopie.

1.054 anciens élèves de l'Harward Law School reçurent le même questionnaire, 579 répondirent.

Il y avait douze tuberculeux (2,08 %). Deux furent atteints pendant leur troisième année d'études et les autres dans un intervalle de un à dix ans après leur sortie.

(John Steidl. Tuberculosis among medical students. *American Review of tuberculosis*, juillet 1932.)

Thérapeutique

Le lait de coco est indiqué dans les troubles digestifs aigus du nourrisson.

Il a un pouvoir calorifique élevé (620 calories).

Cinquante cas montrent les bons résultats obtenus par l'emploi de ce nouvel aliment-médicament.

(Martagao Gesteira et Alvaro Bahia. O leite de coco nos disturbios nutritivos do lactante. *Brasil Medico*, 2 février 1932.)

Les injections sclérosantes ont été employées dans 34 cas d'angiomes et de lymphangiomes.

La solution utilisée contenait du citrate de soude à saturation et les doses variaient d'un c.c. à un c.c. et demi ; elles ne sont pas toxiques.

Les angiomes artériels et veineux, recouverts d'un épiderme mince, ont donné des accidents locaux de nécrose ; d'où la nécessité de pratiquer l'injection le plus profondément possible.

Le traitement dure de quelques semaines à quelques mois.

(Fonseca e Castro et Macedo Chaves. Notas sobre o tratamento dos angiomas e linfangiomas pelas injeccoes esclerosantes. *Portugal Medico*, mars 1932.)

Le traitement aurique peut utiliser la solution simple, en eau distillée, pour les doses comprises entre 0,01 et 0,20 gr.

Au dessus de cette dose, si le sujet présente le moindre signe d'intolérance (thermique, digestive, cutanée, rénale, etc.), on dissout l'or dans du sérum glucosé hypertonique à 45 % ; on peut élever la dose d'or jusqu'à 0,02 gr. par kilogr. de poids.

Cette technique est basée sur les considérations suivantes :

1° Le sérum glucosé hypertonique, en injection intra-veineuse, augmente la superficie du système réticulo-endothélial.

2° Les phases d'assimilation des sels et colloïdes d'or par le système réticulo-endothélial sont favorisées de façon extraordinaire par le sérum.

3° Le sérum a une propriété vasodilatatrice.

Cette nouvelle association a d'autant plus d'importance que l'intolérance commence parfois très bas : 1, 2,5 et 5 centigrammes.

Quelques observations montrent combien la tolérance est augmentée, en passant de la solution aqueuse à la solution glucosée. Voici quelques chiffres, le premier correspond à la première forme : 0 gr., 25 et 1 gr., 15 ; 0 gr., 01 et 0 gr., 50 ; 0 gr., 015 et 0 gr., 70 ; 0 gr., 01 et 0 gr., 60 ; 0 gr., 01 et 1 gr., 00 : 0 gr., 01 et 0 gr., 30 ; 0 gr., 25 et 1 gr., 00 ; 0 gr., 01 et 1 gr., 00 ; 0 gr., 01 et 0 gr., 05 ; 0 gr., 25 et 0 gr., 40 ; 0 gr., 10 et 0 gr., 85.

(Lopez Morales, Benito Fuertes et Morata. La accion del suero glucosado hipertonico en la tolerancia de las sales de oro. *Medicina Ibera*, 4 juin 1932.)

La furonculose, maladie générale, bacillémie, demande surtout un traitement général. La poussée éruptive demande un traitement local.

Cette étude tend à démontrer l'influence de certains médicaments à application locale.

1° Soufre.

Effet indurant, délimitant, décongestif. Evolution lente sans suppuration.

Indiqué dans les folliculites récentes, indurées, superficielles, avec ou sans aréole rose, isolées ou en groupes ; dans l'aréole étendue érysipéloïde du phlegmon séreux ; à la fin d'une folliculite suppurée profonde, après la fin de la suppuration.

2° Plomb.

Effet ramollissant, congestif.

Indiqué dans les infiltrations profondes, limitées, partant d'une folliculite suppurée superficielle.

3° Mercure.

Même action que le soufre.

4° Alcool et résorcine.

Effet favorable contre le syndrome tension douloureuse étendue des tissus infiltrés. Décongestif, résorbant.

5° Aluminium.

Effet décongestif, délimitant, sans ramollissement. Evolution lente tendant à la localisation, sans suppuration.

Indiqué dans les phlegmons séreux.

(W. Bachmann. L'influence de certains médicaments sur l'évolution du furoncle. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 10 juin 1932.)

Le nirvanol est l'aa-phényl-ethylhydantoïne ; il contient un groupe chimique, l'hydantoïne dont l'action est inconnue. Il fut tout d'abord employé comme hypnotique et sédatif avant d'être utilisé dans la chorée.

Le dosage habituel consiste dans une prise de 0 gr., 30 par jour jusqu'à l'apparition d'un rash et pendant douze à treize jours s'il n'y a pas de rash.

Les résultats sont satisfaisants dans la chorée.

(R.-M. Murray-Lyon. The treatment of chorea by nirvanol. *Edinburgh Medical Journal*, juin 1932.)

Aphorismes

de J.-M. Ruiz Contreras, de Barcelone, sur l'obstétrique.

Dans notre spécialité, la patience et l'esprit d'observation sont les deux facteurs qui peuvent nous donner un haut degré d'expérience.

Il est évident qu'une grande partie des opérations qu'on fait en obstétrique sont le resultat de l'impatience et de l'inexpérience.

En général, je considère la pubiotomie comme une opération très bénigne lorsqu'on lui demande peu, très grave lorsqu'on lui demande trop.

Lorsqu'on amplifie à l'excès le champ des indications de la césarienne, on restreint les progrès de la véritable obstétrique.

Nous ne pratiquons pas l'obstétrique pour donner une grande splendeur aux statistiques des opérations, mais bien pour sauver autant que possible la vie des mères et ensuite celle des enfants.

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre 1932

Le tonus vasculaire du membre inférieur après la sympathectomie lombaire étudié à l'aide de la réaction à l'adrenaline. — *MM. D. Danielopolu, A. Aslan*, et *I. Marcou*. — Les vaisseaux du membre sympathectomisé, présentent deux modifications importantes : *hypotonie et exagération de l'automatisme*, phénomènes dus à l'interruption de la voie centrifuge ou de la voie centripète ou les deux. Pratiquement, l'hypotonie représente une amélioration de la circulation dans le membre ; mais, d'un autre côté, l'exagération de l'automatisme prédispose les vaisseaux du membre à des crises de vaso-constriction plus énergique, plus prolongées que sur un membre normal. Ces crises ne peuvent que diminuer la nutrition du membre. Mais les résultats cliniques nous démontrent qu'après la sympathectomie les phénomènes trophiques disparaissent, que la claudication intermittente s'améliore ou disparaît, ce qui prouve que, malgré les crises énergiques de vaso-constriction auxquelles peut être soumis un membre sympathectomisé, la circulation de ce membre est nettement améliorée. La sympathectomie est par conséquent, une opération très *utile* dans les oblitérations artérielles des membres. Elle agit par l'interruption tant des voies centrifuges, que des voies centripètes, l'interruption de ces dernières voies jouant un rôle des plus importants.

Les recherches expérimentales que les auteurs ont faites sur l'innervation vaso-motrice des membres inférieurs démontrent que le carrefour le plus important qu'il serait physiologiquement logique d'intercepter dans les artérites oblitérantes des membres inférieurs, est situé au niveau du promontoire. Physiologiquement, une *sympathectomie inter-lombo-sacrée* (comprenant ce carrefour), serait l'opération la plus logique dans les lésions artérielles oblitérantes des membres inférieurs et dans certaines affections d'autres organes qui reçoivent leur innervation à travers ces ganglions. Cette idée n'est basée que sur des recherches physiologiques faites sur le chien, et nécessite la confirmation de la pratique chirurgicale.

Septicémie streptococcique avec localisations infectieuses multiples : pleurésie purulente, arthrite purulente, phlébite etc. Guérison par le sérum anti-streptococcique de Vincent, associé au traitement chirurgical. — *M. Ribollet*. — Observation particulièrement probante, puisqu'il s'agit d'un malade atteint de septicémie à streptocoques dont le pronostic est habituellement fatal. Ici, la thérapeutique médico-chirurgicale se trouve en détresse et la situation paraît désespérée. La sérothérapie intervient et malgré les faibles doses de sérum antistreptococcique du professeur Vincent employé (40 cent. cubes seulement par jour), dès le troisième jour l'amélioration est évidente et, dix jours après les accidents les plus graves, la question du pronostic vital ne se pose plus. Localement, c'est un volumineux épanchement pleural purulent, qui se résorbe de lui-même ; c'est la broncho-pneumonie qui disparaît ; c'est un foyer purulent articulaire qui, ouvert par l'intervention, se tarit et se cicatrise, c'est la phlébite qui se dissipe. C'est, enfin, en quelques jours, la guérison rapide et définitive, attestant une fois de plus, les ressources que la nouvelle sérothérapie peut mettre au service de la chirurgie.

Mode d'action des sels halogènes de magnésium sur le pH urinaire. — *M. Delbet*.

Election d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine). — *Classement des candidats* : en première ligne : M. Rathery ; en deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Crouzon, Lereboullet, Loeper, de Massary, Rist.

Adjoints par l'Académie : MM. Clerc, Laubry, Milian, Laignel-Lavastine, Ribadeau-Dumas, Villaret.

M. Rathery est élu par 50 voix.

Obtiennent : M. de Massary : 23 voix. — M. Rist, 6 voix. — M. Loeper, 3 voix. — M. Laubry, 1 voix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 26 novembre 1932

Sur le drainage médical des voies biliaires, dans un cas d'obstruction du canal cholédoque par un calcul vésiculaire après une crise de colique hépatique. — ***MM. A. Baudouin, E. Azerad*** et ***André Busson*** rapportent l'observation d'une malade qui après une colique hépatique typique fit un ictère par rétention progressif. Les clichés radiographiques montrant un calcul cholédocien, l'injection intraduodénale de jaune d'œuf pratiquée neuf jours après le début de l'ictère, libère la voie biliaire principale. Le lendemain le calcul cholédocien n'existe plus sur les radiographies et la malade déjaunit en quelques jours. Ce résultat thérapeutique n'est peut-être qu'un fait heureux exceptionnel. Il ne faut pas oublier qu'il s'agissait de favoriser l'expulsion d'un calcul émigré récemment dans le canal cholédoque. Il serait utile de préciser les indications du drainage médical des voies biliaires dans les obstructions calculeuses du cholédoque. Dans notre cas nous croyons avoir rendu service à notre malade en nous permettant de pratiquer une intervention chirurgicale en dehors d'une poussée ictérique.

Sur un cas de gastro entérocolite méconnue secondaire à une rhinite purulente. — ***M. Hayem.***

Diurétiques mercuriels et obstacle prostatique. — ***M. Portocalis*** (Athènes) rapporte l'histoire de deux malades atteints d'hypertrophie de la prostate et qui ont présenté au moment de la grande diurèse hydrargyrique de la rétention urinaire aiguë.

Phénomènes d'acidose au cours d'un rhumatisme articulaire aigu traité par le salicylate. — ***MM. Halbron, Benard*** et ***Merklen*** signalent un coma acidosique avec cétonurie et réserve alcaline à 20 vol. % survenue au cours d'un traitement salicylé rectal et intraveineux qui céda à l'administration de bicarbonate de soude. Celui-ci n'a pas seulement pour utilité de prévenir l'intolérance gastrique au salicylate de soude *per os*. Il doit être également associé à la médication salicylée quelle que soit sa voie d'absorption afin de prévenir des accidents d'acidose d'ailleurs rares.

Bacillémies tuberculeuses au cours d'infections aiguës non tuberculeuses (Bacillémies tuberculeuses muettes secondes). — ***MM. René S. Mach*** et ***Evelyn Mach*** montrent combien il faut être prudent dans l'interprétation des hémocultures positives et que le fait de trouver des bacilles de Koch dans le sang d'un malade ne permet pas de conclure à l'origine tuberculeuse de la maladie,

MM. Rist, Frossier pensent que lorsqu'on trouve des bacilles de Koch véritables, soit dans le sang, soit dans les urines ils doivent correspondre à des décharges parties d'un foyer tuberculeux latent.

Tétanos atypique confirmé par la découverte du bacille de Nicolaier dans un vieil ulcère variqueux. — ***MM Duvoir, Pollet, M. Cachin*** et ***Mlle de Cursay*** rapportent l'observation d'un malade de 53 ans atteint d'un trismus intense, à peine fébrile bien que datant de plusieurs jours et accompagnant un etat dentaire déplorable, qui aurait provoqué un trismus analogue un an auparavant, gueri par simple avulsion d'une dent cariée. L'apparition ultérieure de raideur de la nuque, les redoublements paroxystiques du trismus avec quelques contractures des membres inferieurs conduisirent au diagnostic de tétanos, ce que confirma la culture du pus d'un vieil ulcère variqueux datant de 15 ans. Le malade guérit rapidement par la sérothérapie appliquée suivant la méthode de Dufour.

Un cas de séminome à évolution aiguë greffé sur un testicule ectopique chez un pseudo-hermaphrodite. — ***MM. Duvoir, Pollet, M. Cachin*** et ***Mlle de Cursay*** rapportent l'observation d'un sujet atteint de malformations multiples : hypospadias péno-scrotal avec pseudo-hermaphrodisme. rétrécissement mitral, hernie ombilicale, malformations digitales. Ce malade présenta brusquement au décours d'une crise d'hyposystolie, des signes abdominaux d'interprétation difficile. L'intervention montra un séminome volumineux développé aux dépens d'un testicule ectopiqqe.

Michelle VALENTIN-ZAGDOUN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 novembre 1932

A propos de la prostatectomie. — *M. Séjournet* apporte une statistique de 40 adénomes prostatiques traités par l'opération de Freyer. Dans tous ces cas, la mortalité opératoire et post-opératoire a été nulle. 37 opérés sont restés définitivement guéris et 3 autres sont morts d'affections intercurrentes.

Maladie de Buerger et eczéma. — *M. J. Sédillot* présente un malade de 25 ans atteint depuis deux ans, au niveau du mollet de la jambe gauche, de poussées alternantes d'eczéma ferox et de maladie de Buerger. Ces accidents ont été précédés d'une pneumonie épithéliale, desquamative, entrecoupée de trois crises d'asthme et d'une première poussée de la maladie de Buerger. Pour M. Sédillot ces affections diverses sont des manifestations au niveau de divers tissus du processus général de défense leucocytaire de l'arthritique qu'il a décrit antérieurement.

Association médicamenteuse acétylcholine-yohimbine. — *M. Barrieu* confirme les conclusions de MM. Loeper et Lemaire sur l'action renforcatrice du chlorhydrate de yohimbine sur l'acétylcholine. Il cite quatre observations de malades hypertendus en imminence d'hémorragie cérébrale ou d'hémorragie oculaire, qui, soumis immédiatement au traitement par injections de cette association médicamenteuse, ont vu leur troubles disparaître rapidement et sans séquelle.

Streptococcémie chez une fillette de huit ans guérie par l'immuno transfusion. — *MM. André Tardieu* et *Aug. Bécart* rapportent l'observation d'un cas schématique de streptococcémie d'origine dentaire probable chez une enfant de huit ans et dont l'évolution se fit progressivement en l'espace de quinze jours vers la guérison sans suppuration, sous la seule influence d'une unique immuno-transfusion de 200 centicubes.

Abcès aigu du poumon. — *M. Georges Rosenthal* décrit et classe les diverses techniques modernes de traitement des abcès du poumon et discute les indications propres de la bronchoscopie, de la trachéo-fistulisation et des pneumectomies.

Agiophtalmologie : hypertension céphalo-rachidienne et mesure de la tension artérielle rétinienne. — *M. Jean Gallois* précise que la tension artérielle rétinienne suit les variations de la tension intrarachidienne. C'est donc un excelent signe de présomption d'hypertension cérébrale dont il ne faudra jamais négliger de rechercher la valeur en cas d'hypertension cérébrale présumée. Mais l'hypertension rétinienne ne doit être considérée que comme un élément de présomption d'hypertension cérébrale et ne peut suffire, à elle seule, ni à diagnostiquer une tumeur, ni a poser une indication opératoire, dans l'état actuel de sa technique. P. Prost.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La colique seul signe du cancer de l'intestin

Le Professeur Begouin, à propos de trois observations (*S. de méd. et de ch. de Bordeaux*, 30 juin 1932) insiste sur l'importance des simples coliques comme seul signe, pendant longtemps, du cancer de l'intestin, dont la symptomatologie est parfois fruste.

« La colique sèche, non suivie de diarrhée, est très fréquemment le premier signe du cancer de l'intestin, et pendant assez longtemps le signe unique : tantôt colique *violente*, d'une durée notable, de quelques minutes à plusieurs heures, véritable crise alors de sub-occlusion, mais qui se dénoue spontanément ou à la suite d'un simple lavement ; plus souvent *colique banale peu intense*, de quelques secondes à quelques minutes de durée, mais qui se répète. Au début ce n'est que tous les mois ou même tous les deux ou trois mois, mais après six mois , un an et quelquefois davantage, ce sera tous les quinze ou vingt jours, puis tous les cinq ou huit jours, pour finir par se répéter cinq ou dix fois par jour. Assez souvent à la colique s'ajoute de la constipation ou de la diarrhée, mais si peu accusées que les malades n'y prêtent pas attention : la colique est le phénomène dominant.

Malgré cela, lorsqu'elle est peu intense et de courte durée, les malades considérant qu'une colique est chose banale, ne s'en inquiètent pas pendant longtemps, jusqu'au jour où les coliques

deviennent *violentes* ou bien *se répètent* si fréquemment qu'on est enfin forcé d'y accorder attention. »

La radioscopie est à faire, mais seulement comme premier temps de la radiographie, car sa valeur est médiocre et toujours inférieure à celle de la radiographie. Ainsi chez une malade de 31 ans, elle ne montra point le cancer de l'angle droit. La radiographie si elle a une valeur supérieure à la radioscopie, est cependant assez souvent infidèle et ne montre que les cancers sténosants.

« Quand, sans autre signe clinique de cancer, des malades présentent des coliques intestinales sans diarrhée, dont on ne peut trouver la cause, il faut toujours, et sans tarder, rechercher le cancer possible, par le palper chirurgical et par la radiographie.

« Et, en face de résultats négatifs, si les coliques se répètent, il ne faut pas hésiter à pratiquer une laparatomie exploratrice.

« Faite de bonne heure, dans les premiers mois des coliques révélatrices, combien de malades que nous avons vu mourir eussent été sauvés ! »

Importance de la chlorurémie en chirurgie prostatique

MM. Legueu et Fey (*Congrès français d'urologie*, 1932) ont étudié systématiquement chez leurs opérés de la prostate la chlorurémie en même temps que l'azotémie. Ils ont constaté :

1° Qu'après toute intervention chirurgicale et notamment après prostatectomie, il se produit de façon constante une chloropénie passagère caractérisée par un abaissement de la chlorurémie et un abaissement considérable et prolongé du taux des chlorures dans l'urine ;

2° Que l'azotémie et la chloropénie post-opératoire sont deux phénomènes indépendants l'un de l'autre, qui peuvent exister à l'exclusion l'un de l'autre et qui même réunis ont une évolution dissemblable ;

3° Qu'à côté des malades qui meurent d'azotémie par néphrite aiguë post-opératoire, il y a ceux qui meurent de chloropénie. Qu'alors que la thérapeutique est dans le premier cas illusoire et décevante, elle est extrêmement rapide et active dans le deuxième cas (injections iso et hypertoniques de sérum salé).

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La mort et l'autopsie de Gambetta. — *M. P.-B. Gheusi vient de publier un volume depuis longtemps attendu « La vie et la mort singulière de Gambetta* (Albin Michel, éditeur). *En voici quelques extraits* :

M. Gheusi a demandé à M. Jean-Louis Faure son opinion sur la mort de Gambetta :

« « *L'esprit médical*, lui a répondu l'éminent chirurgien, dominait chez les chirurgiens qui étaient au chevet du malade : Verneuil et Trélat avaient vu tant de castastrophes qu'ils avaient une tendance invincible à déconseiller une intervention. Fût-elle même sérieusement discutée ? Et comment s'étonner que l'abstention ait prévalu, quand on voit qu'au lieu de demander l'avis d'hommes qui n'avaient pas l'habitude de reculer devant les responsabilités chirurgicales, — et il y en avait alors, ne fût-ce que Péan et Léon Labbé, — on ne trouve rien de mieux à faire que de solliciter celui de Charcot, dont l'autorité médicale commençait à s'affirmer avec éclat.

« Et cependant, dans ce milieu réfractaire à toute idée d'opération, Lannelongue voulait opérer. L'observation qu'il a publiée dans tous ses détails en fait foi, ainsi que le témoignage de son élève Walther et du Docteur Martinet. M. Collin a gardé dans sa mémoire fidèle le souvenir précis d'une longue sonde cannelée que Lannelongue lui avait commandée pour pouvoir s'en servir dans cette opération.

«Mais Lannelongue était jeune encore. Il n'était pas professeur ! On le trouvait trop entreprenant. Vers la fin, on tenta même de l'éloigner ; mais il ne voulut pas abandonner son ami. Le drame suivit son cours et la mort accomplit son œuvre.

« Lannelongue avait fait preuve, pendant toute la maladie, d'une bien remarquable perspicacité. Au cours d'une consultation qui eut lieu le 20 décembre 1882, avec Liouville et Siredey, il avait parlé de la possibilité d'une perforation du cæcum ou de l'appendice ; et, dans un dessin qu'il a reproduit au cours d'une de ses leçons, il figurait la perforation de la base de l'appendice, à laquelle il pensait pouvoir attribuer les accidents qui se déroulaient sous ses yeux. Personne, à cette époque, ne soupçonnait l'appendicite, oubliée depuis les travaux de Mélier, qui remontaient à cinquante ans. Il y eut, sans doute, alors en lui un de ces éclairs de divination, comme il en a eu plusieurs dans sa vie, et qui montre de quelle clarté soudaine pouvait s'illuminer son esprit. »

M. P. Gheusi rappelle aussi la scène plutôt macabre de l'autopsie : « L'autopsie fut faite, le 2 janvier, à neuf heures et demie, en presence de Paul Bert, Brouardel, Charcot, Cornil, Trélat, Verneuil, Liouville, Lannelongue, Siredey, Duval, Fieuzal, Laborde, Guerdat, Gilles et Gibier.

« La rigidité cadavérique avait disparu. L'embaumement par Baudian était fait. *Aucune partie du corps*, en dehors de la main droite, ne portait trace de blessure... L'appendice — conformément au dessin hypothétique du 20 décembre par Lannelongue, qui se trouve être *très exact*, sauf le nombre des orifices — baigne dans le pus et est perforé *en deux endroits*. C'est la cause de la mort ; mais un examen très minutieux prouve que la *muqueuse de l'appendice était altérée depuis bien longtemps*.... En réalité, *toute sa vie*, depuis l'affection abdominale du côté droit qui, tout enfant, avait, au cours d'une crise de trente deux jours, failli emporter plusieurs fois le petit Léon, à Cahors, il souffrait d'un rétrécissement de l'intestin grêle, qui, par intermittences, le torturait de douleurs internes. »

L'embaumeur Baudian a signalé l'absence de toute famille à cette opération. Le père était à Nice, ignorant même la maladie fatale. La sœur, à Saint-Mandé, ne se doutait pas de la gravité du mal et il lui était *défendu* de venir à Ville-d'Avray, où la maîtresse de maison » fut sortie dès son arrivée. Et Boudian raconte comment chacun emporta une relique funèbre :

« Je retournai aux Jardies, où l'autopsie avait commencé. Quelle boucherie !.... V. désossait le bras, L. coupait l'appendice, Bert empaquetait le cœur dans un journal. F... s'en allait avec le crâne. Dans l'intervalle, on m'envoyait chez un pharmacien de Sèvres pour le cerveau... Quand je revins, Gambetta était en lambeaux. Je rajustai, vaille que vaille, les débris qui restaient et *mon aide et moi*, nous le plaçâmes dans la bière. » « Pillage de carabins, dit M. Gheusi ; l'un a emporté le cœur, Paul Bert ; un autre, Lannelongue, le bras droit — il était, à sa mort, dans son castel du Gers — ; Cornil, les entrailles ; Fieuzal, peut-être, le crâne ; un autre, le cerveau, qui est encore au musée Broca de l'Ecole de médecine.... Sait-on, encore ? »

« Cette constatation, ajoute M. Gheusi, n'ôte rien à la grandeur d'un souvenir si profond et si pur. Le tombeau de Nice a la valeur d'un symbole supérieur à la destinée des vestiges terrestres. C'est la mémoire, l'âme ardente, le cœur « innombrable » et toute l'histoire « nationale » de Gambetta que perpétue, parmi les fleurs, sous le soleil, le monument où ses restes achèvent de se consumer. Tout cela est à l'abri des curiosités humaines et subira toujours, dans les annales d'un peuple qui dut à son génie créateur, en un tournant tragique, le salut de son honneur militaire et la renaissance de son avenir. »

L'œil de Gambetta, *Aux Ecoutes* (3 décembre 1932).

.....Mais ce que M. Gheusi ne dit pas, c'est qu'il possède, lui-même, rue Saint-Florentin, une parcelle de ce cadavre dépecé. Elle ne fut pas prélevée sur le mort. Cette relique est l'œil de Gambetta, l'œil fameux dont un étrange accident le priva.

Cet œil, enlevé au cours d'une opération comme on sait, a fait l'objet de maintes chroniques et même de polémiques. Cent légendes ont été colportées sur lui. Et récemment des revues medicales allèrent jusqu'à accuser l'aide de l'opérateur de l'avoir vendu à un Américain curieux de raretés.

L'œil de Gambetta, desséché, était resté, en vérité, entre les mains du professeur Bosch, qui le conserva dans son cabinet de la rue de la Paix. L'an dernier, sa veuve porta cette relique à M. P.-B. Gheusi, dernier parent vivant du tribun.

Elle est à la place d'honneur, sur un rayon de la bibliothèque. Les visiteurs du directeur de l'Opéra-Comique peuvent la contempler, pauvre et triste chose, dans son flacon de cristal.

.....Dans une de ses lettres, Gambetta, se plaignant des tâches lourdes qui remplissaient ses heures, usait de cette expression : « Je suis dispersé ... »

Le séjour de Dominique Larrey à l'hôtel de Sillery. — Dans ce livre charmant et plein d'érudition qu'est *Mon vieux quartier* (Grasset, édit.), M. Pierre Champion détruit autant de légendes qu'il ranime de vérités. C'est ainsi qu'il enlève à la maison du quai de Conti, où fut la librairie Gougy, la gloire d'avoir logé le lieutenant Bonaparte ; elle revient plus loin, à l hôtel de Sillery, aujourd'hui n° 13, du quai de Conti, qui abrita plus tard Larrey :

« Un autre grand souvenir, dit M. Pierre Champion, se rattache à l'hôtel de Sillery : celui du séjour de Dominique Larrey, chirurgien en chef de la garde impériale, qui occupa pendant vingt-sept ans, de 1803 à 1832, l'appartement du premier étage alors désigné cul-de-sac Conti, n° 3.

Dans le salon où Napoléon a montré pour la première fois son habit d'officier, le chirurgien des armées nous a fait voir l'envers de la gloire.

Quel homme magnifique, ce Dominique Larrey, dont les *Mémoires de chirurgie militaire* et les campagnes demeurent le plus sinistre et le plus véridique témoignage sur l'affreuse et sanglante aventure. Quand le petit homme herculéen, aux mains agiles, rédigea ses mémoires en 1812, il avait, depuis les campagnes d'Egypte, organisé toutes les ambulances, inventé la voiture volante, opéré sur le champ de bataille les hommes de tous les grades et de toutes les nations. On se demande quels cauchemars ont pu hanter ses nuits, dans la maison où il conservait le squelette de Cadoudal ? Mais l'homme est si fort, si calme qu'il peut bien se reposer simplement dans sa demeure, près de la douce Laville, musicienne et peintre, aux côtés d'Emilie sa belle-sœur, mariée à cet habile homme Pierre Benoit, l'héroïne des *Lettres de Dumoustier*.

Dominique Larrey a vu aux Pyramides la charge des cavaliers couverts d'armures resplendissantes sur le carré des bataillons ; à Canope, comme un héros d'Homère, il a porté sur ses épaules le général Silly dans le champ des câpriers ; il a soigné la fièvre putride au Caire, la peste à Jaffa, les ophtalmies à la division Desaix, le tétanos aux Pyramides. Il a vu le bivouac d'Austerlitz, l'assaut du plateau de Pratzen, parcouru avec l'empereur le terrain couvert de morts et de mourants, pansé Rapp, embaumé Morland et Barbenègre. A l'ambulance d'Eylau, les pieds dans la neige, il a opéré jour et nuit au milieu de l'affreuse bataille, sous la grange qui faillit être emportée, souffletant un colonel pour le surprendre et l'immobiliser : « A moi, mon cher Larrey ! Secourez-moi, Monsieur l'Inspecteur général ! Docteur ! Docteur ! au secours ! » Il a vu les conscrits de dix-huit ans qui ne pouvaient porter le sac atteints de coxalgie ; les ravages des affreux petits boulets, les grandes charges de cavalerie que mena d'Hautpoul à Wagram. Il a reçu le sabre de l'Empereur et a été traité de polisson par son maître, après la lettre insultante qu'il s'était permis d'écrire à la princesse Lichenstein. Le talisman du bey Mourad lui a porté chance jusqu'à ce jour. Dominique Larrey s'est redressé de sa petite taille, de toute son énergie, dans une pose héroïque et familière, comme dans les tableaux dont il trace le dessin pour son ami Girodet. Mais l'homme de la révolution avait eu assez de clairvoyance, dès le jour du sacre, pour comprendre que « l'illustre guerrier qui avait voulu porter le spectre du roi » consommerait sa propre ruine, et celle de la France. L'expiation est venue à la Moskowa où Larrey opéra deux fois vingt-quatre heures. La contre-attaque des Russes, l'affreuse retraite, les hôpitaux remplis de malades que l'on abandonne dans les écuries, croupissant sur le fumier, la neige, la faim, les chevaux morts que l'on dévore, les soldats qui marchent sans armes, les pieds gelés. A la Bérézina, l'affreuse cohue, les noyés sous la glace brisée par le canon, les ponts rompus ; trois fois il passe le pont, transporté de soldat en soldat, à la recherche de ses instruments. Une armée de 100.000 réduite à 10.000, et qui eut péri tout entière sans les marches forcées. Larrey suit avec la Garde, à pied, tenant par la bride son cheval, parmi les quelques hommes qui ont conservé leurs armes et la discipline. Puis vint la sanglante campagne de 1813, l'affaire des soldats mutilés, Leipzig, Larrey, pour la première fois, renonce à faire des chiffres. On lui a refusé un congé ; il menace de partir, comme les autres, comme Murat qui a gagné Naples. Pendant la première Restauration, il boude, et puis, comme les autres, il repart ; et c'est l'indescriptible débâcle de Waterloo !

Benoit, le mari d'Emilie, devenu un royaliste notoire, a fait effacer Larrey de la liste des proscrits. Le baron Larrey, trente campagnes, deux blessures, quarante batailles, deux cents combats « où il a couru les plus grands dangers en administrant sous le feu de l'ennemi le secours de son art aux militaires blessés », demande la croix de Saint-Louis ! Il passe à la Garde Royale de l'Hôpital militaire du Gros-Caillou. Dans le quatrième

volume de ses *Mémoires*, en 1817, Larrey ne nommera plus Napoléon par son nom : il l'appellera le « chef des armées », le « commandant supérieur des troupes ». C'est l'homme le plus vertueux que j'aie connu », écrit Napoléon de Larrey, en lui faisant un legs. En 1821, la mort de l'Empereur. Le baron Larrey est candidat à l'Institut.

Le vieillard aux cheveux blancs, pour le retour des cendres, en 1840, a sorti son vieux manteau de Wagram. Il suit ce deuil national, où l'Empereur ressuscite dans la légende. Un instant Larrey se montre au camp d'el Harruch, pendant la campagne d'Algérie : c'est pour dire à des fous charmants : « Ne craignez pas la mort, mais parlez-en sérieusement... L'âme seule est immortelle ». Larrey meurt le 11 août 1842 ; la douce Laville le rejoint, le lendemain, dans la tombe.

L'hôtel de Sillerey, c'est pour moi l'envers de la méditation du déraciné au tombeau de Napoléon qui enchanta les collégiens de ma génération. »

La légende chinoise de l'Agriculteur divin.

Dans la plus haute antiquité — écrit Mlle To-ching Leung (*Th. de Lyon*), sur la portion de la terre qui constitue aujourd'hui la Chine, apparut un être d'un rang beaucoup plus élevé que l'humanité.

Nos ancêtres l'ont appelé Chennong (l'Agriculteur divin). Il descendit du ciel et vécut parmi les hommes encore sauvages et les animaux féroces. Il avait coutume de se mettre en marche dès l'aurore et de parcourir jusqu'à la nuit les montagnes les plus escarpées, telles que l'Himalaya, le Thyen-chan (Montagne du ciel) l'Altai, les monts Kwen-Iwen, et spécialement en Mandchourie, et le Pack-tou san, en Corée. Il cherchait des plantes médicinales, travaillant seulement avec des outils en pierre taillée. Trouvant qu'il serait opportun de distinguer entre eux des végétaux doués de propriétés si diverses, il entreprit de les classer d'abord d'après les couleurs, puis d'après les formes, enfin selon leur goût. L'Agriculteur divin conclut de ses essais que 30 % des plantes seulement — dont la Panax Ginseng — étaient assimilables ou susceptibles de réagir sur l'organisme. Il fut le premier pharmacologue qui enseigna l'usage des plantes émétiques, laxatives, toniques ; par là, il guérit beaucoup de maladies et rendit grand service à son prochain. Le mystère plane sur la fin de cet être légendaire dont il n'est resté ni relique, ni écrits. Mais on lui a consacré des livres. La pharmacologie honore ses découvertes, ses sacrifices héroïques accomplis par amour des peuples. Des prières ardentes ont été composées à son adresse par ses disciples et particulièrement par les malades.

Voici l'une des plus populaires :

O Agriculteur Divin
Notre bon médecin,
Que tes plantes sur nous réagissent
Et que tes remèdes nous guérissent.
Toi qui enlèves toute pesanteur,
Soulage-nous dans nos grandes douleurs.
Prolonge notre vie,
Le monde t'en prie.

Fais, pour notre beauté extérieure
Selon tes méthodes les meilleures.
Blanchis notre peau comme avec de l'eau,
Noircis nos têtes comme le corbeau.
Envoie-nous ton esprit.
Le mal s'enfuit.

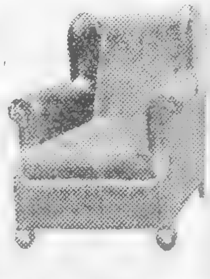
Telle est la légende de l'Agriculteur divin père des pharmaciens chinois et de leur empirisme. (Dr To-CHING LEUNG).

« Depuis que nous poursuivons systématiquement un interrogatoire « météorologique » nous sommes surpris de l'importance et plus encore de la variété des faits qu'il révèle, des horizons pathogéniques qu'il découvre.

Que l'interrogatoire portant sur les facteurs de météorologie soit donc désormais adjoint par le médecin à celui se rapportant aux facteurs héréditaires, infectieux, toxiques, etc., qu'il pratique, par routine, à peu près uniquement. »(Prof. MOURIQUAND.) Clinique et météorologie. *La Presse Médicale*, 14 septembre 1932.

Erythème noueux. MOON et STRAUSS (*Arch. of dermatology a. syphilology*, juillet 1932) ont isolé de nodules d'érythème noueux un microorganisme qu'ils proposent d'appeler : *Corynebacterium cutis nodosae*.





Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 52 LE NUMÉRO : 50 Centimes 17 DÉCEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Concours de l'internat. — Liste alphabétique des candidats admissibles à l'oral du concours de l'internat :

Mlles Abadi, Abraham, MM. Adle, Adrianopoulos, Aliger, Allilaire, Amante, Arnous, Arviset,

Barbier, Barcat, Beaudouin Beauchef (René), Beauchef (Jean), Benassy, Benoist, Bequignon, Bernard, Bleau, Boisonnat (Pierre), Boissonnet (Jacques), Mlle Bonnefant, MM. Bonnet (Georges), Boquet (Henri), Borgida, Boros, Botton (de), Bouchacourt, Boulard, Bour, Bourré, Boussoulade, Boutron, Bouvrain, Bouwens Van der Boyen, Boyer (Jean), Brault, Brinon, Broutman, Brumpt, Brunhes, Bussières,

Carrez, Castany, Mlle Cazamian, MM. Cernéa, Chareire, Charousset, Chatain, Cler (René), Combes, Corcos, Mlles Cottin, Courrier, MM. Cuvereaux,

Daum, Daverne, Mlle Debay (Christiane), MM. Debidour, Debray (Jean), Dechaume-Moncharmont, Delaître, Delord (Pierre), Delort (Joseph), Delzant, Demartial, Dezoteux, Domart, Dormay, Drain, Dreyfus, Dubois (Pierre), Duflo (Jacques), Duperrat, Dupuy, Duval,

Ebstein, Epelbaum,

Faliu, Falk, Faugeron, Faulong, Fauvet, Mlle Herrieu (Henriette), MM. Findjanjian, Flourens, Fonteneau, Foret, Forget (Roger), Mme Forget, née Fauvert, MM. Fournée, François (René), Fulconis,

Gaube, Gautier, Gerbeaux, Ghozland, Giaume, Gillot, (Jean), Girard, Giraud, (Jean), Gisselbrecht, Gorse, Goutner, Goyer, Graciansky (de), Grenet (Pierre), Gross, Grossiord (André), Gruner, Guillemin, Guny, Mlle Hahn (Lucie), MM. Hector, Herenschmidt, Hofman, Horeau, Huchet, Mlle Huguet, MM. Huguier, Israël,

Jaïch, Jannette Valen, Mlle Jomier, MM. Jouanneau, Jouffroy,

Kaplan, Kipfer, Kolpenistki,

Mlle Ladet, MM. Lafon, Lanthier, Le Beau, Lebreton, Le Cœur, Leconte (André), Lefebvre (Jacques), Léger (Lucien), Legry (Pierre), Lemasson, Lepintre, Le Roy (François), Leroy (Louis), Lesobre, Lévy (Jean), L'Hirondel, Lignières (de), Mlles Liphschuts, Lorain, M. Lortat-Jacob, Mlle Lyon.

MM. Malartic, Mallet, Marcy, Marre, Martin (Marcel), Martinot, Martrou, Maruelle, Mathey (Jean), Maury (Jacques), Maury (Pierre), Menanteau, Ménétrier, Meyer (Jean), Meyer (Louis), Mignot, Mlle Morel, MM. Morichan-Beauchant, Morin (Marcel), Mouchotte (Robert), Mouchotte (Maurice), Moulinier,

Nabert, Netter,

Offret, Olivier, Orinstein, Orsoni, Ortnolan, Osenat,

Pecher, Perret (Robert), Perrot (Raoul), Mlle Petit (Paule), Pevet, Philippe (Madeleine), MM. Picquart (Albert), Pierra, Piraud, Pointud, Poncet, Porge, Prat,

Rambert, Mme Rambert née Brenot, MM. Raymond (Roger), Renaud (François), Rendu, Robin, Roche, Rogé, (Raymond), Rossier, Rouchy, Rouvillois, Roux, Rouyer (François), Roy (André-Louis), Rozée Belle-Isle, Rymer,

Sacquepée, Mlle Salembiez, MM. Salleron, Salvanet, Sarradin, Sautter, Sauvain, Scemama, Scheid, Seguin, Seringe, Sicard (Pierre), Sifflet, Simon (Gaston), Streusand, Suire,

Taveau, Termerson, Tempier, Terver, Thieffry, Thomeret, Tilitcheef, Tissot (Jacques), Tribalet,

Ullmann,

Varay, Vautier, Velez, Vendryès, Vignalou, Vildé, Villaret, Vincent (Jean), Vincent (Philippe),

Yglésias-Y-Bétancourt,

Zarachovitch.

Académie de médecine. — PRIX DÉCERNÉS EN 1932. — *Prix Alvarenga* (1.200 francs). Docteur CODOUNIS, d'Athènes.

Prix Amussat (1.500 francs). Docteur DIEULAFÉ : Texture et vascularisation artérielle des troncs nerveux.

Prix Apostoli (1.000 francs). Docteur Pierre NYER : Applications médico-chirurgicales de l'ionisation.

Prix Argut (800 francs). MM. TERRACOL, TURCHINI et HARANT, de Montpellier.

Prix Baillarger (2.500 francs). Docteur MASQUIN, de Paris : Les syndromes confusionnels dans les grands traumatismes craniens.

Prix Barbier (2.500 francs). Docteur COT, de Paris : Les asphyxies accidentelles.

Prix Berraute (Un titre de 3.092 francs de rente 3 %). MM. SABRAZÈS, JEANNENEY et MATHEY-CORNAT, de Bordeaux : Les tumeurs des os, 515 fr. 33 chacun.

MM. PEYRON, BÉRARD, AZÉMAR, FARDEAU, LARABI, MAKOWER, NICOLAÏ, MAURY, WAELKENS, de l'Institut Pasteur de Paris : Monographies sur les tumeurs, 171 fr. 77 chacun. Mention honorable au Docteur ROFFO, de Buenos-Aires : Rôle de la cholestérine dans le cancer.

Prix Boullard (2.000 francs). MM. LEROY et MÉDAKOWITCH, Asile Sainte-Anne : Paralysie générale et malariathérapie.

Prix Boulongne (6.000 francs). Docteur Pierre LÉPINE, (Institut Pasteur à Athènes). La prophylaxie chimiothérapeutique de la syphilis.

Prix Bourceret (1.200 francs). MM. Paul CHEVALLIER et Jean BERNARD, de Paris : La maladie de Hodgkin.

Prix Brault (5.000 francs). Docteur Marianne BASCH, de Paris : Le syndrome de Thibierge-Weissenbach, 2.500 francs. — Docteur Edmundo ESCOMEL, (Pérou) Obras cientificas, 2.500 francs.

Prix Buignet (1.600 francs). Docteur FONTÈS, de Strasbourg : La Molybdomanganimétrie et ses applications.

Prix Cailleret (500 francs). Docteur Louis GONDARD, de Montpellier : Métabolisme basal dans le diabète. Effet du traitement par l'insuline.

Prix Campbell-Dupierris (3.000 francs). MM. BŒCKEL et A. FRANCK, de Strasbourg, : Etude générale de l'urétéro-pyélographie et de ses résultats d'après 575 cas.

Prix Chevillon (3.000 francs). Partage des arrérages entre MM. Roger LEROUX et Maurice PERROT, de l'Institut du cancer, à Villejuif (Seine).

Prix Clarens (500 francs). M. le pharmacien-colonel BRUÈRE, de Paris : Série de travaux concernant l'hygiène.

Monsieur Harrison R. WILLIAMS, résidant aux Etats-Unis d'Amérique, titulaire du brevet français 645693 du 18 novembre 1927, pour : « PANSEMENTS ABSORBANTS » serait désireux de traiter pour la vente de ce brevet ou pour la concession de licences d'exploitation.

Pour renseignements techniques s'adresser à Messieurs LAVOIX GEHET et GIRARDOT, ingénieurs-conseils, 2, rue Blanche, Paris.

Prix Daudet (2.500 francs). Docteur DUCUING, de Toulouse.

Prix Desportes (1.500 francs). Partage des arrérages entre :

1° M. le Docteur DE BOISSEZON, de Toulouse : Contribution à l'étude de la Biologie et de l'histophysiologie de *Culex pipiens* ;

2° Le Docteur TALON, de Paris : Les multiples emplois de l'hyposulfite de soude en syphilithérapie ;

3° Les Docteurs CAMBASSÉDÈS et GARNIER, de Paris : Nouvelles recherches sur la vaccinothérapie au cours de la fièvre de Malte. ;

4° MM. DONATIEN et LESTOQUARD, de l'Institut Pasteur d'Algérie : La peste porcine.

Prix Dieulafoy (2.000 francs). Docteur Pierre SOULIÉ, de Paris : Le rôle des perturbations vago-sympathiques dans les accidents cardiaques, dans l'exophtalmie de la maladie de Basedow et des syndromes para-basedowiens.

Fondation Dreyfous (1.400 francs). M. Jean WEILL.

Prix Gaucher (1.800 francs. D) Docteur CAVAILLON, de Paris : Les législations antivénériennes dans le monde.

Prix Ernest Godard (1.000 francs). M. Pierre VILLEDIEU, de la Manche : La bactéridie charbonneuse.

Prix Jacques Guérétin (1.500 francs). Docteur HOROVITZ, de Paris : Les crises gastriques du tabes, 500 francs.

Docteurs RUDAUX et MONTLAUR, de Paris : Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire, 250 francs chacun.

Docteur ICHOK, de Paris : Le travail des malades et des infirmes, 500 francs.

Prix Guinchard (8.000 francs). Docteur Jean DONATO, de Paris : Cholestérinémie et diphtérie.

Prix Th. Herpin (de Genève). (3.000 francs). Docteurs DE JONG à Amsterdam et BARUK, à Paris.

Prix Léon Labbé (3.000 francs). Docteur FABRE, de Toulouse : Contribution physiologique et clinique à l'étude des problèmes de l'occlusion intestinale, 1.000 francs.

MM. Léon et Raymond DIEULAFÉ, de Toulouse : Travaux anatomo-cliniques, 500 francs chacun.

Docteurs CHARRIER DE MONTBADON et Loubat, de Bordeaux : Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, 500 francs chacun.

Prix Laborie (7.000 francs). Docteur SICARD, de Paris.

Prix du Baron Larrey (500 francs.) Docteur MONTEL, de Marseille : Fièvre typhoïde et vaccination..

Fondation Laval (1.200 francs). Mlle Yvonne BRÉMI, externe à l'hôpital de la Charité.

Prix Lorquet (300 francs). Docteurs HOFFER et ANGLES : Rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires.

Prix Magitot (1.000 francs). Docteur VINCENT, de Paris : L'hémoculture gingivale.

Prix Merzbach (12.000 francs). Mention très honorable à M. Paul VÉRAN, de Nantes : La cessation du pneumothorax artificiel.

Prix Meynot (3.000 francs). Docteur PHILIP, de Bordeaux : Contribution à l'étude de la physiologie de l'oreille moyenne.

Prix Monbinne (1.500 francs). M. H. GALLIARD, de Paris : Mission médicale et parasitologique, 750 francs ;

M. NGUYEN-VAN-KHAI, de Saïgon : Manuel de l'infirmier, 750 francs.

Mention honorable à M. ROSSI : Quelques notes sur une mission zootechnique au Mexique.

Prix Nativelle (1.000). MM. LOBSTEIN et GRUMBACH, de Strasbourg : Etude d'un alcaloïde cristallisé extrait de la racine de *Stemona tuberosa*.

Prix Orfila (3.000 francs). Docteurs BÉNARD et MERKLEN, de Paris.

Prix Oulmont (1.000 francs). M. Paul SICARD.

Prix Pannetier (4.000 francs). Docteur LIÈVRE, de Paris.

Prix du Baron Portal (1.500 francs). Docteur Charles DEJEAN, de Montpellier.

Prix Robin (600 francs). Docteur CASTAGNÉ : Ensemble de travaux sur les eaux minérales.

Prix Sabatier (600 francs). M. URBAIN, de Paris : Contribution à l'étude des streptocoques humains.

Prix Saintour (5.000 francs). Docteur DOGNON, de Paris : Précis de physicochimie biologique et médicale.

Prix Tarnier (4.000 francs). M. COURRIER, (d'Alger) : Les hormones sexuelles femelles.

Prix Vernois (800 francs). Docteur CAZAMIAN, de Paris : Hygiène et prophylaxie dans la marine de combat.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES (1932)

1° *Médailles d'or* : Docteur DUBOIS (Charles) ; Professeur PIC.

2° *Rappel de médailles d'argent* : Docteur LAUBIE, de Donzenac (Corrèze).

3° *Médailles d'argent* : Professeurs ARLOING, COURMONT ; Docteurs VIGNE, (Lyon), SOLLIER (Noël), (Nîmes), FROMANT, médecin principal de la compagnie des Chemins de fer de l'Etat.

4° *Médailles de bronze* : Docteurs BENECH (Jean), (Nancy), KERN (Thann), QUÉRANGAL DES ESSARTS, (Brest).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES (1932)

1° *Médaille d'or* : Professeur PERRIN (Nancy).

2° *Rappels de médailles de vermeil* : Docteurs AMBLARD, de Vittel ; AUBERTOT, de Royat ; CORONE, de Cauterets ; FORESTIER, d'Aix-les-Bains ; PELON, de Luchon.

3° *Médailles d'argent* : Professeur VILLARET, de Paris ; Commandant pharmacien MASSY, de Barèges ; Docteur PIERRET, de La Bourboule.

4° *Rappel de médaille de bronze* : Docteur DU PASQUIER, de Saint-Honoré-les-Bains.

Médaille de bronze : Docteur DELACROIX, de Bourbonne-les-Bains ; Docteur Etienne REY, de Paris.

Institut des Hautes Etudes de Belgique. — Le Docteur Paul Sollier (de Paris), vice-président de l'Institut des Hautes-Etudes de Belgique, vient d'en être élu président, et le Professeur Charlier, de l'Université de Bruxelles, vice-président.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les Docteurs V. MORAX, ophtalmologiste honoraire, membre de l'Académie de médecine, MAGITOT, BOLLACK et HARTMANN, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 9 janvier 1933, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal.

Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Programme du cours. — 1. Opérations sur les muscles oculaires. — 2. Opérations sur la conjonctive et la cornée. — 3. Opérations sur les paupières. Opération du ptosis. — 4. Opérations sur les voies lacrymales. — 5. Opérations antiglaucomateuses. — 6. Opérations palpébrales. Autoplasties. — 7. Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face. — 8. Opérations sur les paupières. Marginoplasties. — 9. Opérations sur le cristallin. — 10. Opérations sur l'orbite.

— Un cours sur la chirurgie du membre supérieur (technique opératoire), en dix leçons, par M. le Docteur P. Funck-Brentano, prosecteur, commencera le lundi 9 janvier 1933, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Programme du cours. — 1. Chirurgie des tendons ; sutures et greffes tendineuses. — 2. Traitement du phlegmon des gaines : découverte du rameau thénarien du médian. — 3. Désarticulation des doigts et de leur métacarpien : phalangette ; pouce ; médius avec le troisième métacarpien. — 4. Ostéosynthèse des deux os de l'avant-bras. — 5. Ligature des artères radiale et cubitale ; désarticulation du poignet. — 6. Découverte du tronc du nerf radial : sutures et greffes nerveuses ; découverte du nerf cubital et ligature de l'artère humérale. — 7. Traitement des fractures de l'olécrane : résection du coude. — 8. Ligature de l'artère axillaire : dans l'aisselle ; sous la clavicule. — 9. Les voies d'abord de l'épaule ; antérieure ; postérieure (Kocher) ; axillaire. — 10. L'opération de Oudard ; la résection de l'épaule.

Nécrologie. — Docteur Emile P. M. Van Ermengem, de Gand, correspondant de l'Académie de médecine. — Docteur Lehnhoff-Wyld, directeur des laboratoires du Sulfarsénol.

BIBLIOGRAPHIE

L'Asperge. *Culture naturelle et artificielle* (11e édition), par F. Lesourd. Un volume 12 × 19 de 160 pages avec 56 figures et photographies et une couverture en couleurs. Prix franco : 10 francs. Librairie agricole de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris, VIe.

Cet ouvrage que M. Lesourd vient de remanier une fois de plus et de compléter d'après les connaissances actuelles est une véritable encyclopédie de l'asparagiculteur, écrite avec la plus grande simplicité.

Les différents chapitres passent en revue les avantages de cette culture, les variétés d'asperges, les modes de multiplication, la culture de l'asperge dans le jardin, culture hâtée, culture forcée sur place, culture forcée sur couche et par thermosiphon, culture forcée en serre de l'asperge verte, culture de l'asperge en plein champ, mode de culture appliqué en Loir-et-Cher, culture dans le Midi, dans les vignes d'Argenteuil, fumure de l'asperge, ennemis de l'asperge, comptes de culture, prix de vente, conserves d'asperges. C'est un livre où spécialistes et amateurs trouveront des renseignements de premier ordre.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

LÉON LABBÉ

(1832-1916)

Eloge prononcé à l'occasion de son centenaire

Par M. le Professeur **Jean-Louis FAURE**

Nous sommes encore touchés de cette émotion délicate qui, il y a quelques jours à peine, remplissait ici tous les cœurs, dans cette fête de famille, d'une si rare nouveauté, qui nous réunissait autour de notre admirable doyen, dont cent années d'une vie de travail continu et d'activité souriante n'ont pu courber la haute taille ni déflorer la jeunesse d'esprit !

Quelle leçon pour nous, qui connaissons la fragilité de la vie humaine, qu'un souffle suffit à briser. Quelle leçon que de la voir parfois si puissante et si prolongée ! Vingt existences successives nous conduisent au temps où César, à travers les forêts des Gaules, tentait cette grande aventure, d'où devait naître un jour la France ; où, sous le ciel de la Judée, nul ne pouvait prévoir encore le drame que, cent ans plus tard, le sang du Golgotha devait déchaîner sur le monde...

Et voici maintenant un autre centenaire ! Après Péan, Léon Labbé, son contemporain, son émule, et qui, s'il ne posséda pas le puissant génie créateur de ce géant de la chirurgie, dont j'ai retracé, ici-même, l'œuvre toujours vivante, et qui vivra toujours, fut peut-être le seul qui ait été de taille à se mesurer avec lui.

Sans doute, pour créer de tels hommes, y avait-il, dans le sang de leurs pères, quelque chose de la flamme qu'avaient allumée au cœur des enfants de la France, les événements presque fabuleux qui avaient accumulé sur la Patrie à la fois tant de gloire et de calamités !

Ah ! certes, je ne pensais pas, lorsque le hasard m'a mis pour la première fois en présence de Léon Labbé, que j'aurais quelque jour l'honneur de venir à cette tribune, rappeler ce que fut cet homme ! Mais notre première rencontre me montra le fond de son âme avec une telle clarté que j'ai voué depuis ce jour à ce maître de la chirurgie l'affection, le respect et la gratitude que je conserve à sa mémoire.

C'était en 1895. Je venais à peine d'être nommé chirurgien des hôpitaux. Le hasard me conduisit à un malade atteint d'une luxation irréductible du coude. Je conseillai de pratiquer une réduction sanglante et au besoin de reséquer l'articulation. C'était, à cette époque, une opération encore assez rare. Le malade, hésitant, demanda une consultation avec le Professeur Berger. Celui-ci conseilla l'abstention, affirmant qu'avec du temps, de la patience et des exercices bien compris, une nouvelle articulation se développerait, permettant au malade de recouvrer l'usage à peu près complet de son coude. Je n'étais rien alors, et mon avis ne comptait pas, à côté de celui de Berger. Convaincu que les espérances manifestées par ce dernier ne se réaliseraient pas, je maintins fermement mon opinion, et je proposai d'aller demander conseil à Léon Labbé.

J'avais été assez souvent dans son service de Beaujon. Je connaissais sa hardiesse, son esprit d'entreprise, son courage devant les responsabilités, son sens profond de la chirurgie nouvelle, et je ne doutais pas que son ardeur et sa vaillance le pousseraient vers l'intervention. C'est, en effet, ce qui eut lieu. Ah ! ce ne fut pas le discours de Berger, — et j'entends encore les paroles pressantes par lesquelles Labbé sut convaincre le malade de la nécessité d'agir. L'opération fut acceptée immédiatement. Mais le malade demanda à Labbé de bien vouloir consentir à la pratiquer lui-même. J'insistai dans le même sens, car j'étais quelque peu effrayé de la responsabilité que j'allais assumer, moi, jeune chirurgien, en entreprenant une intervention encore peu commune.

C'est alors que je pus me rendre compte de ce qu'était Labbé, de son esprit de haute confraternité, de son désintéressement, de sa bonté vis-à-vis d'un jeune collègue qu'il ne connaissait pas, et dont sans doute, il ignorait même le nom ! Il refusa tout net. Il déclara que l'opération devait être faite par moi, et par moi seul. Tout au plus, voulut-il accepter d'y assister. Sa présence me fut d'un grand secours, lorsque, devant l'impossibilité de la réduction sanglante, il fallut procéder à une large résection du coude. Il fallait voir, il fallait entendre Labbé, expliquant à la famille la nécessité où j'avais été de faire une opération très étendue, et couvrant son jeune collègue de son autorité !

Ce jour-là, j'ai jugé Labbé. Ce jour-là, j'ai appris de lui comment il faut, en suivant sa conscience, parler aux malades hésitants et qui ont bien, après tout, le droit d'hésiter. Mais j'ai appris mieux encore, car j'ai pénétré dans son âme, j'ai senti sa grande bonté, cette bonté naturelle qui sortait de son cœur comme l'eau d'une source claire. Depuis ce jour, j'ai eu pour lui le respect que l'on doit aux hommes de sa trempe, l'affection que méritent ceux dont le cœur est bon, et que je me suis efforcé de lui témoigner jusqu'à l'heure où, vingt ans plus tard, il nous a quittés pour toujours.

Et c'est avec un cœur reconnaissant que je viens aujourd'hui, dans cette enceinte qui l'a si souvent entendu, apporter à sa mémoire l'hommage qu'il mérite et que nous lui devons.

Il était né en plein cœur de la Normandie, au Merlerault, gros village perdu parmi les prairies verdoyantes, dans ce pays auquel il est resté fidèle jusqu'au bout. Car, si l'amour du sol natal brûle au cœur de chacun de nous, comment ne serait-il pas plus ardent et plus puissant encore, lorsque les horizons qui ont bercé nos yeux d'enfants sont parmi les plus doux du monde ?

Il avait dans les veines, depuis des générations, le sang des hommes de la terre, de ces petits cultivateurs, de ces paysans, force profonde de la vieille France, et qui, dans la France nouvelle, emportée vers d'autres destins, deviennent de plus en plus rares dans nos campagnes dépeuplées.

Mais son père, rompant avec la tradition, avait abandonné la terre pour entrer comme clerc chez le notaire du village, qu'il avait un jour remplacé.

A dix ans, le jeune Léon fut mis en pension au collège d'Argentan. Si nous en jugeons par les souvenirs qu'il en avait gardés, les études y étaient médiocres. Notre collégien s'en rendait parfaitement compte. Et comme il montrait déjà une grande indépendance de caractère, il supplia son père de l'envoyer au lycée de Caen. Il poussa même l'esprit de révolte jusqu'à s'enfuir du collège d'Argentan, où, à son grand désespoir, il fut réintégré.

Mais le destin veillait ! Son père, qui n'avait que cinquante-cinq ans, vint à mourir. Qui sait si cette mort prématurée n'eut pas sur l'avenir du fils une influence capitale ?

Sa mère se laissa fléchir. Elle vint s'installer à Caen et le jeune Léon put suivre les cours du lycée.

On était alors au printemps de 1848. Paris était en révolution. Il s'agissait de transformer le monde et de modifier les principes séculaires de l'ordre social. On allait donner à tous les citoyens français les mêmes droits dans l'exercice de la souveraineté populaire, et, Louis-Philippe étant parti, une ère de justice, de liberté, d'égalité, de fraternité allait se lever sur la France !

Il est vraisemblable que cette fermentation des esprits ne troubla pas profondément les études du lycée de Caen. Car notre jeune homme y travailla aussi bien qu'il avait mal travaillé au collège d'Argentan. En 1851, à peu près au moment où s'écroulait la République, au grand étonnement de ceux qui avaient mis en elle leurs espoirs et leurs illusions, Léon Labbé était bachelier. Il avait dix-neuf ans.

Qu'allait-il faire maintenant ?..... Tout le monde pensait qu'il poursuivrait la carrière paternelle. Un de ses frères, un de ses beaux-frères n'étaient-ils pas notaires ? Sa route était toute tracée. Mais une sourde activité bouillait dans l'âme du jeune homme. Il sentait qu'il n'était pas fait pour épuiser sa vie à rédiger des actes sur du papier timbré.

Un instant, il songea à se présenter à Saint-Cyr. Les soldats d'Algérie, qui bâtissaient dans l'Afrique du Nord une France nouvelle, couvraient d'une gloire sans tache les drapeaux de l'armée française. Et puis, malgré la longue paix qui avait succédé aux guerres révolutionnaires, l'uniforme du soldat français gardait encore son prestige. Rien n'est plus difficile, dans le recul du temps, que de se rendre compte de l'évolution des esprits. Mais, à l'époque où Labbé, sortant du lycée, allait choisir une carrière, tous les hommes de soixante ans se rappelaient de leur jeunesse. Ils avaient oublié les douleurs et les catastrophes, mais tous les souvenirs des grandeurs disparues et d'une gloire sans pareille vivaient encore dans leur cœur.

Un très grand nombre étaient à Waterloo et dans les neiges de Russie !

Mais il y avait encore des soldats d'Austerlitz, d'Iéna, de Friedland, de Wagram et de Montmirail ! Beaucoup avaient vu, de leurs yeux, parmi la fumée des batailles, l'Homme à la redingote grise, galoper sur son cheval blanc ! Ils avaient vu le nouvel Annibal, le Consul de la République, fondant un jour comme l'aigle des cimes, du haut des Alpes éternelles, lancer la foudre à Marengo. Quelques-uns même, aux champs immortels d'Italie étaient de ceux qui virent le jeune Bonaparte s'élancer sur le pont d'Arcole et franchir le pont de Lodi !

D'ailleurs, depuis dix ans, l'Empereur était revenu ! Ainsi qu'il l'avait désiré, il reposait sur les bords de la Seine, au milieu du peuple français, dormant aux Invalides, entouré de ses maréchaux !

L'Aigle de la légende commençait à prendre son vol. Ses grandes ailes étendues, il s'en allait vers le soleil ! Aujourd'hui son ombre géante se déploie sur toute la terre, et le cœur des hommes tressaille au nom seul de Napoléon !

J'ai vu, dans ma jeunesse, des vieux soldats de l'Empereur, qui m'ont dit cette grande Histoire. Ils portaient tous, sur leur poitrine, la médaille de Sainte-Hélène, le ruban vert rayé de rouge, que nous revoyons aujourd'hui, ressuscité dans notre Croix de guerre...

Léon Labbé, vingt ans plus tôt, vivait parmi ces vieux soldats. Pourquoi donc, lui aussi, ne serait-il pas, comme ils l'avaient été, un de ces soldats de la France ? Il songea très sérieusement à se présenter à Saint-Cyr. Mais il céda aux sollicitations de sa mère, et sentant au fond de son âme sourdre l'instinct profond qui lui montrait la route où il devait un jour trouver la gloire, il prit, en novembre 1851, sa première inscription à la Faculté de médecine de Caen.

Son ardeur au travail y fut bientôt récompensée. Il fut rapidement externe, puis interne, lauréat de la Faculté, et cela en deux ans à peine. En janvier 1854, il allait à Paris, conservant de son séjour à Caen des amitiés précieuses, parmi lesquelles celle de Tillaux, qui ne se démentit jamais.

A Paris ses succès ne firent que s'accentuer. A la fin de l'année, il était externe, disputant la première place à Benjamin Ball et à Jaccoud qui, finalement, triompha.

Nous avons connu ces deux hommes. Les murailles de cette enceinte retentissent encore des éclats magnifiques de l'éloquence de Jaccoud. Et tous ceux qui ont entendu parler Benjamin Ball se souviennent de l'extraordinaire précision de son verbe, et de la correction merveilleuse de la moindre de ses leçons.

Quelles qualités souveraines possédait donc Labbé pour lutter d'égal à égal avec des hommes de cet ordre ? Il n'avait pas comme eux cette arme puissante qu'est une parole facile élégante et précise, dans un concours où l'art de présenter ce que l'on sait sous une forme séduisante est pour beaucoup dans l'impression de ceux qui jugent. Il fallait donc qu'il fût armé pour la bataille. L'arme qu'il possédait, qui vaut toutes les autres, est la même pour tous : c'est la solidité des connaissances que peut seul donner le travail.

Deux ans après, en 1856, il était interne, la troisième de sa promotion.

Décidément, il était taillé pour la lutte.

On ne tarda pas à s'en apercevoir, car il allait brûler les étapes. En 1860, à la fin de son internat, il était aide d'anatomie ; il était prosecteur en 1862, agrégé en 1863 ; chirurgien des hôpitaux en 1864, dix ans après son arrivée à Paris ! J'ignore s'il y a jamais eu carrière plus rapide, si ce n'est peut-être celle de notre collègue Lejars, qui vient de nous quitter, et qui, en qualité de secrétaire général de la Société de chirurgie, a parlé de Labbé en termes d'une incomparable élévation. J'ai toujours eu présent à la mémoire le souvenir de cet éloge. Voulant garder tout mon courage, je n'ai pas osé le relire.

En 1856, Léon Labbé était donc interne. Et c'est alors peut-être, qu'il donna le mieux la mesure de son énergie morale, de la droiture de son caractère, de son courage intellectuel, de toutes ces vertus, enfin, qui montrent que, dans sa poitrine, battait vraiment le cœur d'un homme !

Il avait été externe de Gosselin, qui s'était montré bienveillant et presque paternel pour lui. Il revint chez ce maître pour sa deuxième année d'internat au cours de laquelle il contracta, près d'un petit malade qu'il avait opéré du croup, une diphtérie grave dont il faillit mourir.

L'année précédente, il était chez Chassaignac, où il avait assisté à des batailles d'idées qui, à cette époque de la chirurgie meurtrière, suscitaient de tous les côtés des recherches qui ne pouvaient trouver leur solution qu'avec les découvertes de Pasteur. N'oublions pas que Chassaignac fut un de ceux qui, avant l'ère de la résurrection, vit le plus clair au milieu de ce champ de mort qu'était alors la chirurgie. Le drainage est un magnifique progrès qui, chaque jour sauve des vies humaines, et l'écraseur destiné à empêcher l'absorption des germes putrides par les vaisseaux oblitérés, est un admirable instrument qui, s'il n'a plus aucun emploi dans la chirurgie actuelle, rend encore de grands services en chirurgie vétérinaire, où rien n'a pu le remplacer.

Mais, c'est au cours de sa troisième année que Labbé donne la mesure de cette hardiesse de caractère, qui montre bien de quelle trempe était cette âme simple et forte et qui suivait droit son chemin.

Cette histoire vaut qu'on la conte parce qu'elle le peint tout entier.

Jobert de Lamballe était professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. C'était un chirurgien de talent. Mais à cette époque, comme toujours, comme partout, l'influence morale et la puissance matérielle, tout ce qui fait vibrer autour de nous les mille voix de l'opinion publique, ne se mesurait pas à ce qui fait notre talent aux yeux de ceux qui savent. Ce sont d'autres facteurs sur lesquels nous juge la foule. La faveur des puissants du jour compte plus pour la renommée qu'une découverte féconde qui permet de sauver des vies humaines par milliers. Mais l'histoire prend sa revanche et lorsque la gloire posthume auréole le nom de l'homme qui laisse après lui quelque chose, peu d'années suffisent souvent pour entraîner au gouffre de l'oubli le nom de celui qui ne fut que l'artisan de sa fortune et l'esclave de son succès !

Jobert de Lamballe était le chirurgien de l'Empereur ! Qu'on juge du prestige attaché à ce titre, dans les années éblouissantes qui suivirent de près l'Empire renaissant !

Mais c'était un homme terrible, d'un caractère insupportable, irascible, violent et qui, d'ailleurs, devait un jour perdre tout à fait la raison. Il n'y avait pas d'exemple qu'il n'eût été, au cours de chaque année, abandonné par un ou par plusieurs de ses internes, excédés de ses scènes, de ses boutades et quelquefois de ses injures.

Léon Labbé n'hésita pas à lui demander une place. Il fut accepté non sans difficultés, et entra à l'Hôtel-Dieu le 1er janvier 1859.

Qu'allait-il se passer entre le maître et son élève, qu'on savait lui aussi, d'un caractère combatif ?



...n régime bien établi complète une bonne ordonnance et pour être bien établi un régime doit comporter l'emploi des produits **Heudebert**

Aux *azotémiques*, prescrivez le

PAIN ...YPOAZOTE Heudebert

...est fabriqué en incorporant à des farines de blé normales le maximum ...éments composés qui, produisant par leur désintégration peu d'azote urinaire ne fatiguent pas les reins même les plus gravement lésés.

...ne ne convient pas à 75 % des diabétiques chez qui rien ne saurait remplacer ...égime (Ratery, *Paris Médical* ; Blum et Schwob, *Presse Médicale*. Gray, *Boston ... Surg. Jal.* ; M. Labbé, *Presse Médicale*).

Ordonnez aux *diabétiques* le

PAIN ...E GLUTEN Heudebert

...seul qui ne contienne pas plus de 5 à 10 % d'hydrates de carbone.

Pour combattre l'*atonie intestinale* de vos malades, conseillez le

PAIN COMPLET Heudebert

qui a été enrichi en éléments cellulosiques à l'aide de moutures très poussées.

Aux *dyspeptiques*, aux *entéritiques*, supprimez le pain ordinaire et remplacez-le par

les Biscottes, le Pain grillé, les Longuets ou les Gressins Heudebert

Leurs amidons, par la cuisson et par le malaxage préalable de la pâte, ont déjà subi une véritable prédigestion qui les a en grande partie transformés en dextrines et en sucres directement assimilables.

Si vous avez besoin de renseignements pour établir un régime, n'hésitez pas à vous adresser aux Etablissements

Heudebert

à NANTERRE (Seine)

Pendant six mois, tout alla bien. L'humeur de Jobert, qui avait besoin d'un souffre douleur, s'était tournée contre Dujardin-Beaumetz, objet de ses invectives quotidiennes. Celui-ci en eut bien vite assez. Au bout de six semaines, un beau matin, après une scène particulièrement pénible, il détacha son tablier, le roula, le jeta aux pieds de son chef et partit.

Mais il fallait une victime à cet homme odieux et qu'en bonne justice une administration soucieuse de ses devoirs et tout simplement du bon ordre, eût dû révoquer sans phrases, s'il n'eût été, par la force des choses, au-dessus de toute sanction.

Dujardin-Beaumetz disparu, la mauvaise humeur de Jobert se retourna contre Hamel, l'interne provisoire qui l'avait remplacé, puis contre Regnault, le troisième interne, qui subissait avec résignation les rebufades de son maître.

Tout à coup l'orage éclata. Un homme atteint de rétention d'urine était entré à l'Hôtel-Dieu. Labbé, n'ayant pu parvenir à évacuer la vessie, fit prévenir son chef.

Le chirurgien de l'Empereur répondit qu'il devait partir pour Saint-Cloud, et qu'il ne lui était pas possible d'aller à l'Hôtel-Dieu.

Quand Labbé prit la garde, à huit heures du soir, le malade souffrait horriblement. Il était impossible de le laisser ainsi pendant toute la nuit. Labbé avertit le directeur de l'hôpital, et en sa présence, pratiqua une ponction de la vessie, qui mit immédiatement fin aux souffrances du malheureux.

Le lendemain matin, Jobert, que le directeur avait mis au courant des événements, commença sa visite comme à l'ordinaire.

« Quel est ce nouveau ? », demanda Jobert arrivant au lit du malade, et Labbé, bien en face, de l'autre côté du lit, raconta avec le plus grand calme, ce qui s'était passé.

Alors le drame commença ! Les invectives coutumières, les remarques désobligeantes et les propos blessants, le tout terminé par l'accusation d'avoir outrepassé ses attributions, et d'avoir ajouté à la maladresse dont il avait fait preuve, la faute grave d'avoir pratiqué une opération qu'il n'avait pas le droit de faire.

C'est alors que Labbé, hors de lui, répliqua : « Monsieur, je « n'accepte pas vos observations ; c'est vous qui n'avez pas « fait votre devoir. Je vous ai prévenu à temps, et vous « n'avez pas daigné venir. »

Terrifiés, les camarades de Labbé attendaient la foudre ! La foudre ne vint pas.

Le chirurgien de l'Empereur, suffoqué par tant de hardiesse, et peut-être aussi secrètement troublé par tant de droiture, ne dit rien.

Il fit apporter les sondes et essaya vainement de pratiquer lui-même le cathétérisme, qu'il avait si violemment reproché à Labbé de n'avoir pu réussir. Inutile d'insister sur la satisfaction que ce juste échec apporta dans l'âme de tous, — à l'exception sans aucun doute de celle du pauvre diable qui, dans l'aventure, était le principal intéressé.

Jobert, quelque peu humilié, ne dit plus un mot, et la visite se termina sans autre incident.

Mais la bataille, que j'abrège, n'était pas finie.

Dans l'après-midi, Jobert de Lamballe revint à l'Hôtel-Dieu, se rendit chez le directeur et lui déclara qu'il était décidé à faire chasser Labbé des hôpitaux, si celui-ci ne lui adressait pas des excuses publiques. Labbé refusa, mais en accompagnant son chef sur le perron de l'Hôtel-Dieu, il lui dit : « Nous ne sommes plus dans l'Hôtel-Dieu. Eh bien, mon cher maître, il ne faut pas que de pareilles scènes se renouvellent, car, vous le savez, j'ai fait rigoureusement tout mon devoir. »

« Quelle affreuse mauvaise tête vous avez » lui dit Jobert : « Allons à demain. »

Ainsi la fermeté, la droiture, l'énergie morale et le bon droit, avaient remporté la victoire, et le terrible Jobert, dompté par son jeune élève, lui fit à partir de ce jour, dans son service, une situation extraordinaire.

En 1861, il était témoin à son mariage, et en 1863, lors de son concours d'agrégation, il l'appuya de toute son autorité et contribua largement à son succès.

Sa quatrième année d'internat se passa chez Velpeau, qui exerçait alors une sorte de royauté chirurgicale, et il n'est pas douteux qu'il profita sérieusement du commerce quotidien de ce grand clinicien.

On était alors en 1860. La même année, il était aide d'anatomie. En 1861, il passait sa thèse, en 1862, il était prosecteur, et en 1863, à son premier concours, agrégé. Il avait fait, paraît-il, une leçon extemporanée tout à fait remarquable, mais il est probable que l'appui effectif de Jobert de Lamballe, qui faisait partie du jury, ne fut pas sans influence sur une nomination si précoce.

En 1864, il concourait aux hôpitaux pour la deuxième fois. Il fut nommé. Ici se place encore une anecdote qui le peint tout entier, et montre bien de quelle passion était animé et de quelle vigueur débordait ce jeune homme qui avait tenu tête au chirurgien de l'Empereur.

Velpeau présidait le jury. Mais Labbé était jeune. Il y avait de vieux candidats, qui n'étaient pas sans mérite, et qu'il paraissait naturel de soutenir dans ces rudes épreuves. Et puis aussi son récent succès à l'agrégation n'avait pas été sans exciter des jalousies. Certains juges, parmi lesquels Trelat, lui étaient tout à fait hostiles, et son maître Velpeau lui-même, à la dernière épreuve, celle de médecine opératoire, était bien convaincu qu'il ne passerait pas.

Malgré sa vive émotion, Labbé avait pratiqué la ligature avec une extrême rapidité. Mais l'opération demandée, l'extirpation du premier métacarpien, avec conservation du pouce, donna lieu à une scène extraordinaire.

Le prosecteur de Clamart, qui servait d'aide aux candidats, n'était pas de ses amis. Il désirait même vivement son échec. Il l'aida avec négligence, et dans la façon dont il plaça le pouce en en exposant les tendons, Labbé vit, ou crut voir, une manœuvre destinée à lui faire commettre une faute.

L'épreuve se passait dans le petit amphithéâtre de Clamart que nous connaissons presque tous, — où j'ai moi-même subi bien des épreuves, et fait bien des leçons, et qui, depuis trois quarts de siècle, car ceci se passait il y a soixante-dix-huit ans, n'a pas beaucoup changé, — si tant est même qu'il ait été repeint !

L'amphithéâtre était bondé.

Labbé, exaspéré de ce qu'il considérait comme une félonie, posa son bistouri sur la table, sauta à la gorge de l'aide, déchira son col et sa cravate et le colla contre le mur en criant : « Vous êtes un misérable ».

Emotion générale, telle que le président du jury, non moins stupéfait que les autres, regardait sans dire un seul mot.

Apercevant dans la salle son ami Brouardel, Labbé lui cria : « Brouardel, descendez et venez m'aider ».

Ainsi fut fait, et Labbé, reprenant son calme et retrouvant tous ses moyens, pratiqua cette opération, comme la première, avec une extraordinaire rapidité.

Et c'est ainsi qu'étant entré à Clamart comme un candidat sans espoir, il en sortit chirurgien des hôpitaux, premier de cette promotion dont le second était Després.

L'avenir s'ouvrait devant lui. Il n'avait plus maintenant qu'à travailler selon ses goûts, et ses goûts, le portaient vers l'action. Il écrivait peu, il publiait peu, il aimait mieux donner libre cours à sa passion pour la chirurgie agissante.

Avant 1870, en dehors de sa thèse de doctorat sur le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme, et de sa thèse d'agrégation sur la coxalgie, on ne trouve que peu de chose, en dehors de quelques observations relatives aux hernies. Mais surtout, fait très intéressant, parce qu'il était assez rare à cette époque, des travaux de chirurgie expérimentale. Longet, professeur de physiologie, l'avait pris en grande amitié et lui avait ouvert son laboratoire. Dès 1863 et 1864, il avait entrepris des recherches sur les lésions de l'intestin à la suite de son étranglement, et à peu près à la même époque, il avait réalisé avec Oré, des expériences originales sur la transfusion du sang, entre animaux d'espèce différente. Il avait fait également, dans le laboratoire de Robin, des expériences sur les injections de chloral dans le sang, et sur l'action combinée du chloroforme et de la morphine. Ces expériences,

encore qu'elles fussent assez restreintes, témoignaient cependant de son goût de la recherche et de la tournure scientifique de son esprit.

Pendant la guerre de 1870, il était à Paris, dans les ambulances, soignant de son mieux les blessés.

Mais tous ces travaux ne comptaient guère à ses yeux à côté de la chirurgie véritable. Il avait eu d'assez bonne heure un service à la Salpêtrière. Dès 1865, il entrait à la Société de chirurgie.

Ce n'est qu'un peu plus tard qu'il choisit à l'hôpital Beaujon le service qu'il devait illustrer, où il est resté jusqu'à sa retraite où se sont succédés auprès de lui tant d'élèves, et où j'ai été bien souvent moi-même observer, auprès d'un chirurgien comme lui, ce qui, précisément, fait le chirurgien.

Car il l'était au plus haut degré. Il avait tout : le courage opératoire, qu'il fallait posséder à cette époque lointaine où toute intervention était chose grave, l'habileté technique le sang-froid, la fermeté d'âme. Comme tous ceux que la nature a créés pour la chirurgie, et qui vont au-devant des grandes émotions de leur art, il se sentait attiré vers les opérations difficiles et qui mettent à l'épreuve toute la force d'âme de celui qui les entreprend. Ah ! je le sais ! Il n'y a qu'un temps pour ces luttes héroïques contre les puissances du mal ! Et c'est le temps de la jeunesse, quand l'invincible espoir soulève l'âme enthousiaste, quand des revers multiples ne sont pas encore venu refroidir le feu qui l'anime et briser son courage, et quand, dans la bataille contre la mort, la foi dans la victoire demeure plus puissante que la crainte de la défaite, et l'amertume de l'échec. Oui, Labbé était de ces hommes, et je l'ai vu, alors qu'il n'avait plus la jeunesse envolée, en conserver l'ardeur, et l'indestructible espérance !

Quand je le vis pour la première fois, il était près de sa retraite. J'allais, presque chaque matin, voir opérer, dans leur service, tous les chirurgiens de Paris. Je n'ai jamais perdu mon temps. Il opérait, ce matin-là, une tumeur de la poitrine, qui, sous la clavicule, surgissait de la profondeur. Ce fut une dure besogne. Le sang coulait de toutes parts. Nous nous demandions tous comment finirait la bataille. Mais lui seul était sans émoi et travaillait paisiblement dans le calme et dans le silence. Quand il se releva, la tumeur était enlevée, le sang ne coulait plus.

Ce jour-là j'ai compris pourquoi Labbé pendant quinze ans, avait connu une si haute fortune. Car les jours n'étaient pas venus où l'exercice de la chirurgie ne demandait d'autre vertu, comme nous le voyons aujourd'hui, que l'audace de se déclarer chirurgien, et où la foule des malades se précipite vers ceux que désignent, à défaut de titres éclatants ou simplement solides, les échos complaisants de la renommée !

Car si Labbé n'eut pas l'inspiration créatrice de Péan, s'il n'eut jamais de ces coups d'aile qui élèvent ceux qui les donnent au-dessus même de l'élite, il fut l'homme qui, par sa haute valeur de clinicien, par son habileté opératoire, par son courage devant les responsabilités, par la puissance enfin de son tempérament chirurgical, se montra le plus digne de marcher à côté de lui.

D'autres hommes cependant, à cette époque où la chirurgie allait s'engager dans des voies nouvelles, travaillaient à une œuvre immense ! Il y avait Championnière, il y avait Terrier, qui, entraînant les jeunes enthousiasmes, détruisaient les idées anciennes et élaboraient les règles définitives de la chirurgie contemporaine. Mais leur heure n'était pas venue, et, à cette époque incertaine, où la révolution qui ébranlait sur ses bases la chirurgie agonisante n'avait pas encore imposé les règles de celle qui allait s'élever sur ses ruines, la grande chirurgie quelque peu brutale gardait encore son prestige. Pour des hommes comme Péan et comme Labbé, ce fut donc l'heure du triomphe, et du triomphe justifié. Mais si Péan avait été désigné à l'attention de tous par ses succès opératoires et ses présentations à l'Académie de malades guéries de kystes de l'ovaire, Labbé conquit, d'un seul coup, une renommée confinant à la gloire. Ce fut l'opération de l' « homme à la fourchette » qui réalisa cette sorte de miracle. Elle frappa tout le monde d'une sorte de stupéfaction. Je m'en souviens parfaitement encore, bien que je ne fusse qu'un jeune collégien tout à fait étranger aux choses de la médecine. Je n'ai jamais, depuis ces jours lointains, oublié le nom de Labbé.

En vérité, nous avons peine à comprendre, aujourd'hui que la chirurgie de l'estomac nous permet d'accomplir tant de miracles quotidiens, qu'une intervention aussi simple ait pu soulever autour d'elle cette vague d'admiration.

Il faut nous reporter au temps où elle eut lieu, et Labbé, qui m'a raconté lui-même les circonstances qui accompagnèrent son exécution, m'a dit à ce sujet une parole qui m'a profondément frappé.

Avant de venir à Paris, le malade était resté deux mois à Lyon, dans le service d'Ollier. Nous savons tous quelle était la valeur du maître lyonnais. Chaque matin, passant devant le lit de « l'homme à la fourchette », il s'arrêtait, absorbé dans ses réflexions : « Comme il serait beau, tout de même », disait-il à ses élèves, « comme il serait beau d'enlever cette fourchette ! » Et puis il continuait sa visite. Ces quelques mots d'Ollier montrent, mieux que tous les commentaires, quel était alors l'état d'esprit des maîtres de la chirurgie !

« Eh bien moi, j'enlevai la fourchette, voilà tout », me dit Labbé.

Voilà tout ! Eh oui ! Voilà tout ! Mais tout est dans ce simple mot — ou plutôt dans ce mot si simple. Il est la marque d'un esprit résolu et le symbole du courage.

Mais il ne disait pas tout, et il ne faudrait pas croire que Labbé prit à la légère cette résolution héroïque. Car il s'agissait de la vie d'un homme, — d'un homme qu'il fallait guérir. Sans doute son tempérament le portait à l'action. Il l'a montré toute sa vie. Mais il voulait agir avec le sentiment profond d'en avoir le droit.

La préparation de cette opération, et son exécution, valent d'être connues dans tous leurs détails. Elles mettent à nu l'âme de Labbé. Elles montrent avec quel scrupule, avec quelle conscience, avec quel extraordinaire sentiment de sa responsabilité, il aborda cette intervention, qui devait marquer le tournant de sa destinée.

Il commença par étudier sur le cadavre la meilleure voie d'accès vers la face antérieure de l'estomac, et le « triangle de Labbé » demeure toujours comme le témoignage de la précision de ses recherches. Les règles qu'il a données sont restées classiques. Sans doute on n'a pas tous les jours à enlever un corps étranger de l'estomac. Mais le cancer ou le rétrécissement de l'œsophage sont des affections assez communes pour qu'on ait souvent l'occasion de pratiquer une bouche artificielle, une gastrostomie. Dans le courant même de l'année, Verneuil l'exécuta pour la première fois, sur un jeune homme atteint d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Elle est, depuis cette époque, entrée dans la pratique courante. Et c'est, en réalité, à Labbé que nous le devons.

Mais c'est au cours même de l'opération que se manifesta, d'une façon qui paraîtrait presque excessive, s'il pouvait y avoir quelque chose d'excessif dans le scrupule opératoire, la résolution bien arrêtée qu'avait prise Labbé de n'opérer qu'à coup sûr.

Il avait demandé à des hommes qu'entourait le respect de tous, Gosselin et Hippolyte Larrey, de bien vouloir assister à l'opération et de soutenir l'opérateur de leur autorité morale. Son aide direct était Tillaux, son vieux camarade de Caen. Enfin Collin, bien plus jeune sans doute, mais non moins fertile en ressources que l'admirable et délicieux vieillard que nous avons connu, lui prêtait également son concours.

L'opération commence. D'une main ferme, Labbé incise la peau, la couche musculo-aponévrotique et arrive sur le péritoine, ce péritoine, qui nous est aujourd'hui si familier, et qui était alors un objet d'épouvante. A ce moment, il se relève, réfléchit un instant, et déclare qu'il n'ira pas plus loin.

Stupéfaction générale ! « Comment, vous Labbé », lui dit Gosselin, « vous allez vous arrêter au milieu d'une opération ! »

« Oui » répondit Labbé, « je ne suis pas sûr de moi ! »

Il savait cependant, au moment où il s'arrêtait, que ce qui n'était chez lui que scrupule et que sincérité d'esprit, lui serait imputé comme une défaillance. Il n'avait pas que des amis, car il avait quelquefois la dent dure, et nous savons aussi l'amer-

tume et la jalousie que provoquent souvent autour d'elles les jeunes renommées. Les railleries et les quolibets se donnèrent libre carrière, et pendant quelques jours, il ne fut bruit que de sa reculade.

Labbé, qui a noté avec une évidente sincérité tous ces souvenirs d'autrefois, nous a laissé une bien curieuse anecdote. L'un des chirurgiens qui venaient à Saint-Jean-de-Dieu, où se trouvait le malade, interpellant le cocher de Labbé, qui conduisait un assez beau cheval : « Qu'est-ce que c'est donc, dit-il, que cette osse-là ? Elle va bientôt crever comme le bonhomme de là-haut ! » C'était un homme de haute valeur : nous dit Labbé, qui a sagement agi en évitant de nous dire son nom.

Mais lui, pendant ce temps, retournait à Clamart, pour préciser sur le cadavre jusqu'au dernier détail de son opération.

Quinze jours après, le 9 avril 1876, la cicatrisation de la plaie étant complète, il convoqua, pour la nouvelle tentative, tous es témoins de la première.

Cette fois ce fut le triomphe !

Quand il eut retiré la fourchette, et terminé l'opération, Gosselin lui sauta au cou. Et le baron Larrey, dont beaucoup d'entre nous voient encore dans leur souvenir, le calme et noble visage qui rappelait si bien les traits du héros bienfaisant qui avait suivi l'Empereur sur tous les champs de bataille de l'Europe, le baron Larrey lui dit : « Labbé, l'opération que vous « venez de faire est très belle ; mais ce n'est rien à côté de ce « que vous avez fait il y a quinze jours ! Avoir eu le courage, « devant ses maîtres, ses confrères, ses élèves, de ne pas poursuivre, par un louable scrupule, l'opération commencée, « cela est digne de tous les éloges. Vous en êtes récompensé. »

Et Larrey disait vrai, car Labbé fut récompensé. Quand le malade, qui survécut vingt-quatre ans, fut guéri de l'intervention, Labbé fit connaître son observation à l'Académie des sciences. Cette communication, d'ordre purement scientifique, avait rendu publique cette opération merveilleuse. La presse s'en empara. Nous savons tous, ici, quelle est la puissance de la presse ! Nous savons tous comment elle s'empare de nos actes, tantôt pour les exalter au delà de toute mesure, tantôt pour les dénigrer en dehors de toute justice : Labbé en fit la dure expérience.

Cette opération eut un retentissement immense. Labbé était maintenant consacré dans l'esprit des foules, et comme il était homme à supporter le poids de sa réputation, il put aisément faire face aux obligations qu'elle entraîna avec elle.

Ces succès n'étaient pas faits, bien entendu, pour attirer sur lui la sympathie active de ses collègues. Quand il se présenta à l'Académie, en 1879, il y eut une opposition féroce. Seuls Gosselin, Ricord et son fidèle ami Tillaux, qui avait fait du hemin depuis l'Ecole de Caen, le soutenaient de toute leur influence. Ce sont là des événements qui ne sont pas faits pour nous étonner outre mesure Heureusement tout est changé, et nous savons tous que, de notre temps, ces petitesses ne se rencontrent plus !...

Comme il arriva pour Péan, quelques années plus tard, les membres de la section ne l'inscrivirent pas sur la liste des candidats. Mais il fut désigné par l'Académie comme candidat hors rang. Il échoua de quelques voix contre Duplay. Avec un concurrent de cette valeur, il n'y avait rien à dire, mais le vote de l'Académie n'en était pas moins une protestation vigoureuse contre la partialité de la section.

L'année suivante, celle-ci, sur une nouvelle candidature, persista dans ses errements. Sur la liste de six candidats, il était inscrit le dernier. Comme précédemment, la section manqua de psychologie. Labbé, cette fois, fut élu.

Trente ans plus tard, les querelles anciennes étaient oubliées. Beaucoup de ceux qui avaient mené la bataille étaient entrés dans le grand silence, et puis, surtout, les magnifiques succès de sa verte vieillesse, le Sénat, l'Institut, les services qu'il rendait à tous environnaient Labbé du respect universel. En 1909, il était notre président.

Labbé, je l'ai déjà dit, écrivait peu ; il publiait moins encore ; de temps en temps, la relation de quelque opération nouvelle, comme la première extirpation du larynx faite en France, en 1885, intervention qui donne une idée de sa hardiesse. Et ce n'est pas par ses ouvrages sur les fibromes de la paroi abdominale et sur les tumeurs bénignes du sein, qui sont cependant de bons ouvrages, demeurés classiques, que Labbé restera dans notre mémoire.

C'est lui qui appliqua le premier l'aspiration, que Dieulafoy venait d'inventer, à la ponction de la vessie. C'est également à lui que nous devons la chloroformisation goutte à goutte, et il était de ceux qui, aux premiers jours de la chirurgie abdominale, ne reculèrent pas devant elle.

Il écrivait peu, mais il travaillait beaucoup, c'était sa façon d'enseigner. Car, ce n'est pas tant par leurs livres que par leur exemple que les chirurgiens se survivent. Et si, de temps en temps, l'un d'entre eux peut laisser, par la découverte de quelque arme nouvelle contre la maladie et contre la mort, un nom qui ne périra pas, beaucoup connaissent la fierté que peut donner le sentiment que leur œuvre persistera par l'intermédiaire des élèves qui apprennent à leur côté la méthode qui guérit ou le geste qui rend la vie et les transmettent après eux.

C'est ainsi que Labbé fut un grand éducateur. C'était une haute ambition que d'obtenir chez lui une place d'interne. Et nombre de ceux qui l'obtinrent et qui furent, jusqu'à ces dernières années, l'honneur de la chirurgie française, ont été, les uns après les autres, rejoindre leur vieux maître ! Mais quelques-uns sont toujours là.

Vous permettrez à ma vieille amitié de n'en citer qu'un seul, parce qu'il fut peut-être le plus profondément aimé. Et si Labbé pouvait m'entendre, il serait heureux, je le sais, de voir associer à son nom le nom de celui qui lui fut le plus cher. Notre collègue Témoin qui, pendant près de cinquante ans d'une magnifique et bienfaisante activité, a déroulé, dans le silence et dans la solitude, une des plus belles carrières chirurgicales qu'il soit possible de rêver.

Mais, Messieurs, il y a dans la vie de Labbé, autre chose que son œuvre chirurgicale. Il y a son œuvre parlementaire.

En 1892, il entrait à la Haute Assemblée, comme sénateur de son département, qui lui est resté fidèle jusqu'à sa mort.

En 1894, l'implacable limite d'âge lui ayant enlevé ce beau service de Beaujon, qu'il aimait, et où il avait donné de si grands exemples, il abandonna complètement l'exercice de la chirurgie.

Pendant vingt-cinq ans, il s'est donné tout entier à ses fonctions parlementaires où l'on peut, suivant la façon dont on les remplit, faire tant de bien, mais aussi faire tant de mal !

Car, s'il était entré au Parlement, c'est avec le désir profond de ne pas seulement servir le département de l'Orne, sa petite patrie, mais sa grande patrie, la France ! On l'a bien vu, aux mauvais jours. Ce n'était pas, comme tant d'autres, poussé par le désir de détenir quelques lambeaux de cette puissance publique qui, si elle permet quelquefois de réaliser des œuvres utiles et de faire de grandes choses, ne sert trop souvent qu'à satisfaire les ambitions et les appétits, suivant les méthodes et les habitudes dont nous avons chaque jour sous les yeux le déplorable exemple ! Car les meilleurs eux-mêmes se voient trop souvent entraînés dans les batailles des partis par les vices irrémédiables d'un système vieilli, dont les bons côtés disparaissent à mesure que s'accentuent les tares imposées par les nécessités, je dirai même par les fatalités de la servitude électorale.

Labbé ne s'était pas installé dans son fauteuil sénatorial, pour y sauver des ministères ou les renverser par son vote, alors même qu'il était absent et se promenait dans ses terres. Il s'était fait une plus haute idée de ses devoirs. Il songeait au bien de la France, et même à son salut. Car, aux jours sombres, il fut parmi les hommes clairvoyants, vivant sur cette terre et non dans les nuées, qui virent approcher l'orage et travaillèrent à en limiter les ravages autrement que par des discours.

Il avait rapidement acquis, parmi ses collègues, une haute situation morale. La juste renommée qui entourait son nom, sa droiture, sa franchise, son désintéressement, cette sorte de rayonnement personnel qui émanait de lui, et aussi ses inter-

◆◆◆

ventions à la tribune, où il montait de temps en temps, et qui mettaient en relief son inaltérable bon sens, lui avaient donné une grande autorité, qui ne fit que s'accroître, lorsqu'en 1903, il fut appelé à l'Académie des sciences.

Dès 1895, il entra à la Commission de l'armée, dont il ne devait plus sortir.

Depuis la mort de Théophile Roussel, il présidait la commission du pari mutuel. On sait comment celle-ci dispose de larges ressources qu'elle réserve à des œuvres d'utilité générale, et en particulier à des institutions d'hygiène publique, ou à des hôpitaux.

Que de services Labbé n'a-t-il pas rendus à des confrères et aux médecins et chirurgiens qui se sont adressés à lui pour obtenir dans leurs services des améliorations justifiées.

Il était de ceux qui condamnent l'incurie des pouvoirs publics, attribuant des sommes misérables à l'outillage scientifique alors qu'ils jettent des millions par centaines au gouffre des dépenses électorales.

N'avait-il pas eu, le 5 juillet 1911, à la tribune du Sénat, le courage de prononcer des paroles sévères : « Si, », disait-il faisant allusion aux étrangers qui désertaient les facultés, françaises, « si, dans une clientèle de disciples, dont une por-« tion nous a échappé, nous n'avons pas encore tout perdu, « nous le devons aux efforts individuels de nos maîtres, de « savants confrères, et à la belle clarté de notre esprit ; mais « les pouvoirs publics ne nous secondent pas suffisamment.

« Dans ce pays qui a un budget de 4 milliards et plusieurs « centaines de millions » (que dirait-il donc aujourd'hui), « où « comme on nous l'apprend quelquefois à cette tribune, ont « lieu de trop nombreux gaspillages, on ne peut pas trouver « les sommes nécessaires pour nous permettre de lutter avec « avantage contre les nations qui ont compris que la domina-« tion de l'Univers appartenait à ceux dont l'outillage écono-« mique et scientifique est le plus parfait... ». Voilà ce que disait Labbé, il y a plus de vingt ans, et voilà ce que nous avons le droit et même le devoir de répéter encore aujourd'hui, où avec un budget qui a plus que doublé, la situation de beaucoup d'établissements scientifiques et de laboratoires est restée à peu près semblable.

Les mêmes questions se renouvellent sans cesse ! Dans cette même séance, Labbé soutenait résolument pour les jeunes gens qui se destinent à la carrière médicale, la nécessité des études classiques dont ils furent dispensés vers cette époque, par le bouleversement des programmes du baccalauréat, tendant de plus en plus vers une orientation qualifiée de moderne.

Nous voyons aujourd'hui ces discussions se reproduire. En vérité, il est étrange que des controverses aussi ardentes puissent diviser des esprits qui ont tous reçu cette éducation gréco-latine dont quelques-uns ne veulent plus. Il semble même que les plus acharnés à sa perte, et les plus convaincus de son inutilité, pour ne pas dire de sa malfaisance, soient précisément ceux qui ont poussé le plus loin le commerce avec les grands esprits de la Grèce et de Rome. Notre collègue Marfan a dit à ce sujet, dans un admirable article du *Journal des Débats*, des choses pleines de bon sens et de vérité auxquelles je me rallie personnellement sans réserve.

Donnons donc à nos enfants, par l'étude des Humanités, la souplesse, la rectitude et la vigueur d'esprit dont plus tard ils auront besoin. Apprenons-leur à penser. Il sera temps ensuite d'appliquer aux sciences difficiles, qui ont tant de points de contact avec la médecine, les qualités de leur esprit ! Que si pas mal de jeunes gens, qui sentiront trop tard se développer en eux la vocation médicale, en sont détournés pour n'avoir pas à temps commencé l'étude des humanités nécessaires, eh bien ! ils feront autre chose, et ce sera autant de moins à venir augmenter le nombre de ceux qui végètent dans une profession déjà trop encombrée.

Au surplus, nous sommes de ceux qui précisément ont connu, avant la destruction des programmes classiques ces vieilles disciplines, que l'on sent le besoin de rétablir aujourd'hui, qui nous ont fait ce que nous sommes, et que pour, ma part, je me refuse à considérer comme périmées et à détruire de mes propres mains.

Oui, messieurs, bien souvent Labbé a fait entendre à ses collègues du Sénat des paroles courageuses et sévères que son indépendance lui inspirait, et que nous n'entendons pas souvent tomber du haut d'une tribune parlementaire.

Ecoutez celles-ci, qui sonnent comme un appel d'alarme, qui n'a point été entendu, puisque le mal, hélas ! s'aggrave tous les jours.

« Nous faisons d'excellentes lois, mais souvent leur mise « en action, manque de sanction. La crainte de l'électeur, « l'inertie de certaines municipalités, et l'on peut bien ajouter « la faiblesse des pouvoirs publics paralysent à chaque ins-« tant leurs meilleures dispositions. »

Et voici dénoncée depuis vingt ans, à la tribune du Sénat, cette crise funeste de l'autorité de l'Etat, qui finira par devenir mortelle, si l'imminence du péril ne produit pas bientôt quelque réaction salutaire, contre la capitulation des hommes qui devraient nous conduire, devant la volonté de ceux dont ils sont les élus, — puisque les fatalités de l'Histoire ont voulu que les destinées de la France soient soumises à la loi du nombre, et demeurent asservies aux caprices aveugles et aux appétits de la multitude !

Mais, quelle que soit leur importance, ces témoignages de son indépendance d'esprit ne sont que des manifestations secondaires dans l'œuvre parlementaire de Léon Labbé ! Car il a eu l'honneur, — je pourrais presque dire la gloire, — si, dans les événements démesurés auxquels nous avons assisté, ce mot ne perdait pas toute sa valeur, il a eu l'honneur de prendre une part importante, et en quelque mesure capitale, dans des décisions qui ont eu une influence dominante sur le salut de la Patrie.

Au cours de la discussion mémorable de cette loi de trois ans qui a sauvé la France, car sans elle nous n'aurions eu, aux premiers jours de la tourmente, que deux classes sous les drapeaux, des scrupules, d'ailleurs légitimes, s'étaient élevés dans le Parlement, chez ceux-là même qui comprenaient la nécessité de cette loi de salut public. Tous se demandaient s'il était possible de soumettre des jeunes gens de vingt ans aux fatigues parfois excessives du service militaire.

Labbé, qui présidait le groupe médical interparlementaire, le convoqua à ce sujet. Celui-ci fut d'avis que l'incorporation était possible, et cette décision eut une grande influence sur l'adoption par la Chambre de cette loi, qui suscitait une opposition très violente de la part des aveugles, des rêveurs et des illuminés, auxquels la terrible histoire que nous avons vécue n'a rien appris et que nous retrouvons aujourd'hui !

Au Sénat, la discussion se heurta aux mêmes difficultés, Labbé, qui prononça à cette occasion un de ses meilleurs discours, savait bien que son autorité était grande sur ses collègues. Il ne la jugea cependant pas suffisante, et pour entraîner leur conviction et enlever un vote dont il pressentait l'urgente nécessité, il réserva pour la fin de son discours une lettre de Chauveau qui confirmait son opinion et leva les derniers scrupules. Et les sénateurs, convaincus que l'incorporation des jeunes recrues de vingt ans pourrait se faire sans dommage pour leur santé et sans que la solidité des troupes en fut amoindrie, vota la loi qui, aux premiers jours de la guerre, devait mettre 200.000 hommes de plus au service de la Patrie !

Quel eût été le destin de la France, si ces 200.000 poitrines n'eussent pas été là, aux heures décisives qui fixèrent le destin du monde !

Mais Labbé a rendu un service plus grand encore, car on a le droit de penser que, sans son intervention, le service de trois ans eût cependant été voté, ne fût-ce que grâce à l'action personnelle du ministre de la Guerre, Louis Barthou, qui mit au service de la claire vision des intérêts de la Patrie, les ressources de la plus haute éloquence, puisque c'est, hélas ! l'éloquence, trop souvent plus que la raison, qui entraîne les décisions des foules et des parlements.

C'est à Labbé, et à lui seul, a-t-on le droit de dire, que fut due l'adoption de la loi qui porte son nom, de cette loi Labbé, qui institua dans l'armée la vaccination obligatoire contre la fièvre typhoïde. Cette loi est du 28 mai 1914. Mais Labbé avait depuis longtemps préparé les esprits à son adoption par son

BIBLIOGRAPHIE

Les sels d'or en dermatologie et en syphiligraphie, par F. LEBEUF, et H. MOLLARD. Préface du Professeur NICOLAS. Masson, Paris, 1932.

Le chef de clinique de l'Antiquaille et le spécialiste de la chrysothérapie étaient particulièrement désignés par leurs travaux et leur compétence pour collaborer à ce chapitre de pathologie nouvelle. Ce « petit livre » n'est pas une simple mise au point d'une question d'actualité, il est surtout un ouvrage d'avant-garde, qui ouvre de nouvelles perspectives thérapeutiques et qui sait traiter de la chimiothérapie sans perdre de vue la pathologie générale ; il est de plus, clair, simple et, ce qui ne gâte rien, bien écrit.

Les premiers partisans de l'or, Bruck et Gluck, qui utilisaient le cyanure double, avaient préconisé son emploi dans le lupus ; cette thérapeutique passa à peu près inaperçue en France, à l'exception de la thèse de Valette (Lille 1913). L'idée fut reprise plus tard, en 1922 par Martenstein et en 1926, par Peyri ; si la sanocrysine est un médicament spécifique pour la tuberculose, elle doit guérir le lupus.

« Voilà donc une loi fréquente en médecine : l'application d'une thérapeutique conseillée par des analogies étiologiques.

« On en tira bien vite une conséquence logique : il était rationnel de diriger la chrysothérapie vers la lèpre que présente avec la tuberculose de nombreuses analogies, bactériologiques, anatomiques et même évolutives. Puis, un peu par empirisme, on se tourna vers d'autres dermatoses, l'érysipèle, le psoriasis. Enfin, par un de ces chocs en retour si fréquents en clinique, on s'efforça de restituer à l'or une place importante dans le traitement de la syphilis. Autant dire que ces recherches avaient ouvert un nouveau chapitre de la thérapeutique dermatologique et syphiligraphique. »

C'est ce chapitre que les auteurs ont développé d'une façon magistrale et dont nous allons donner un bref résumé, qui, nous l'espérons, suffira à en montrer tout l'intérêt.

Les sels d'or sont très souvent efficaces, même à doses très faibles, contre les tuberculides, lésions que l'or attribue aux toxines du bacille de Koch et qui relèvent peut-être de ses formes filtrables. La chrysothérapie du lupus érythémateux a donné lieu à une abondante littérature ; elle est souvent efficace, elle est rarement dangereuse ; elle doit entrer dans la pratique courante, à côté de la bismutothérapie et de la cryothérapie ; elle présente sur cette dernière deux avantages : absence de réaction congestive et absence de cicatrice ; rien n'empêche du reste de combiner ces différents traitements.

Dans le lupus nodulaire elle donne des résultats beaucoup moins brillants. Bien que les opinions soient contradictoires à ce sujet, elle paraît mériter d'être conservée. Elle ne se substitue pas aux autres méthodes ; elle les complète ou les remplace quand elles sont déficientes. On *doit* essayer l'or ; il peut réussir où d'autres médications échouent, comme il peut échouer où d'autres réussissent.

Les rapports cliniques du psoriasis avec la tuberculose ayant depuis longtemps attiré l'attention, il était rationnel d'expérimenter l'or dans cette affection cutanée. Les recherches des auteurs, entreprises avec le solganal B en suspension huileuse et avec le lipaurol, permettent de dire qu'on *blanchit* certains psoriasis, mais non qu'on les guérit. C'est déjà un résultat intéressant.

Les essais, tentés dans d'autres dermatoses, ont été plus ou moins concluants. L'or colloïdal (Collaurum Zambeletti) serait particulièrement efficace dans l'érysipèle. Les doses fortes de solganal ont donné des guérisons rapides, parfois foudroyantes dans l'érythème polymorphe. Le strophulus est sensible à l'or. Par contre, résultats nuls dans l'eczéma, la maladie de Dühring-Brocq et le vitiligo. Tout cela est d'ailleurs trop récent pour être définitif.

La lèpre se rapproche beaucoup de la tuberculose ; comme elle n'est pas inoculable à l'animal, elle n'offre d'expérimentation possible que sur l'homme ; les tentatives chrysothérapiques n'ont abouti à rien, sauf dans les ophtalmies lépreuses.

Dans la syphilis, l'or a été utilisé avec plus d'espoir que de succès ; il se montre nettement inférieur à l'arsenic et au bismuth ; il présente par contre trois indications sérieuses :

1° Les syphilis arséno-bismutho-hydrargyrorésistantes, qui sont habituellement aurosensibles.

2° Les cas de syphilis nerveuse.

3° Les associations de syphilis et de tuberculose.

Les auteurs ne sont pas partisans du traitement conjugué, qui additionne l'action toxique de deux médicaments ; ils préfèrent les séries alternées.

Les cas auro-résistants sont d'ailleurs fréquents et nécessitent le remplacement de l'or par l'arsenic ou le bismuth.

Trois chapitres concernent les aurides, la pratique de la chrysothérapie et le mode d'action des sels d'or. On sait quelle est la part des auteurs dans l'étude et la mise au point de ces diverses questions ; ils ont été les plus ardents pionniers de l'aurothérapie, qui leur doit la plus grande part de son essor en France.

J. LAFONT.

Les livres d'étrennes de la Librairie Larousse

La Librairie Larousse présente, comme toujours, pour les étrennes, un choix de livres de genres divers, mais qui se recommandent tous également par la valeur du fond, par l'élégance de la forme et le soin apporté à la présentation matérielle.

Il faut naturellement citer au premier rang, les célèbres dictionnaires qui forment une série de tous prix et de toutes dimensions, depuis les vastes encyclopédies jusqu'aux *Petits Larousse* en un volume, sans oublier les encyclopédies pratiques comme le *Larousse Ménager*, cadeau tout indiqué pour les maîtresses de maison et les jeunes filles, le *Larousse Médical*, le *Larousse Commercial*, etc... Si l'on peut se permettre une certaine dépense, c'est au *Larousse du XXe siècle*, en six volumes, qu'il faut penser. Le tome V vient de paraître et le tome VI et dernier, paraîtra l'an prochain. Le splendide et utile cadeau ! Documentation prodigieuse et neuve, incroyable richesse d'une illustration qui épuise toutes les ressources de la gravure : tout y est réuni pour instruire et pour plaire. Ajoutons que tout bien compté c'est encore un cadeau avantageux, puisque jusqu'au 15 février 1933, des conditions exceptionnelles sont accordées aux souscripteurs.

Autre cadeau séduisant : l'*Art, des Origines à nos jours*, qui fait partie de la luxueuse *Collection in-4° Larousse* où ont paru déjà avec tant de succès : la *Littérature française Bédier et Hazard*, l'*Histoire générale des peu-*

ples, le *Nouvel Atlas Larousse*, l'*Homme, races et coutumes*, etc. Le seul tome I de l'*Art*, contient plus de 900 héliogravures, dont un grand nombre en pleine page (32 × 25 cm.).

Voici, d'autre part, pour les enfants une grande quantité de nouveautés d'un prix très abordable et qui leur plairont par leur présentation attrayante et l'intérêt du texte : un bel Album de Mme Franc-Nohain : *Animaux domestiques et familiers* ; deux nouveaux volumes dans la collection des *Livres roses cartonnés* ; une adaptation de Virgile : *Autour de l'Enéide* dans la Collection des « *Contes et gestes héroïques* » ; des romans : l'*As de la Route*, l'*Armure du Magyar*, le *Trésor de Chateauvieux*, etc.

Ajoutons enfin à cette riche énumération, un superbe album de documentation : le *Canada*, et, dans la « *Bibliothèque Larousse* », si appréciée des amateurs, une édition des *chefs-d'œuvre* de Georges Sand, et une édition des *Contes mystérieux et fantastiques* d'Edgar Poë, dans la traduction de Baudelaire.

Disons, pour terminer, qu'un abonnement aux *périodiques Larousse* : *Larousse mensuel, Nouvelles littéraires, Monde et Voyages* est un fort intéressant cadeau d'étrennes, et un cadeau qui se renouvelle, peut-on dire, toute l'année.

Maisons savoyardes, par Ch. Anthonioz. 112 dessins de l'auteur. Un vol. de 25 × 19 de x-80 pages. Prix : 20 francs. Librairie Dardel, Chambéry.

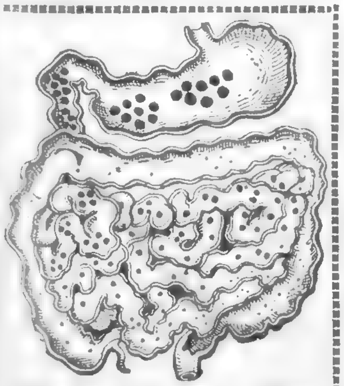
Un savoyard épris de son pays, M. Charles Anthonioz, vient de consacrer aux maisons rurales ou citadines de la Savoie un beau livre, fruit de ses promenades et de ses réflexions de plusieurs années.

Dans bien des provinces de France, le sujet avait été déjà abordé, mais aucune étude à peu près complète n'avait encore paru concernant la Savoie. Introduit par un savoureux avant-propos de l'éminent urbariste Léandre Vaillat, cet excellent petit livre, qui vient au bon moment des longues veillées d'hiver, nous fait voir quantités de jolies et belles choses que nous n'avions jamais songé à remarquer.

La promenade (car c'est une promenade et non pas un traité divisé en leçons ou chapitres) est extrêmement captivante : c'est toute la Savoie qui défile sous nos yeux ; de la Haute-Maurienne au Bas-Chablais, du Faucigny au Petit-Bugey, rien de ce qui nous aide à mieux comprendre l'unité de notre province sous la diversité apparente de ses demeures n'a échappé à la plume de l'auteur.

Aux deux plumes, pourrait-on dire, car il y a celle de l'écrivain à l'érudition discrète et à la philosophie souriante et il y a aussi celle de l'artiste aux dessins précis et poétiques, texte et dessins s'accompagnant et se répondant comme le dialogue de deux promeneurs au long d'un de nos vieux chemins ou à la table de la bonne auberge...

Voilà un ouvrage qui a sa place marquée dans les bibliothèques privées et publiques ; et comme son éditeur a su lui donner les agréments d'un beau livre, soigné dans le détail et harmonieux dans l'ensemble, plus d'un y pensera au moment des cadeaux.



intervention décisive à la tribune du Sénat, un an auparavant, le 22 mai 1913.

Dans ce discours, qui est un modèle de documentation, de logique et de précision, il montra les bienfaits évidents de la vaccination antityphique sur les troupes de l'Afrique du Nord, à l'époque glorieuse de cette pénétration française au Maroc, qui fut peut-être l'œuvre coloniale la plus belle et la plus bienfaisante qui ait jamais été menée à bien, et dans laquelle, à côté de nos soldats, sous l'impulsion merveilleuse du grand colonisateur que fut le maréchal Lyautey, le Corps médical a joué un si grand rôle.

Dix-huit mois à peine après cette intervention presque prophétique, à la fin de cette année 1914, qui avait vu se déchaîner le fléau qui devait embraser le monde, des milliers et des milliers de typhiques encombraient tous nos hôpitaux, et nous nous demandions avec angoisse, à l'heure où commençait à peine cette guerre de tranchées qui devait durer si longtemps, et où des miracles ont été accomplis pour rendre moins meurtrières les terribles conditions d'existence des hommes qui dans le froid, dans la boue, dans le fer et le feu y défendaient le sol de la Patrie, — nous nous demandions avec angoisse ce qu'il adviendrait de la puissance de l'armée française, si la fièvre typhoïde continuait à étendre ses ravages. C'est alors qu'on vit les effets de la loi salutaire qu'un an à peine auparavant Labbé avait imposée aux décisions du Parlement.

Reportons-nous à ces jours tragiques qu'on paraît vouloir oublier, et dont il semble maintenant qu'il soit défendu de parler, comme si la meilleure façon d'en éviter le retour n'était pas de s'en souvenir, et de nous montrer prêts, en forgeant notre cuirasse, à faire ce qu'il faut pour qu'ils ne puissent revenir.

Souvenons-nous donc de ces jours douloureux et des angoisses que nous avons connues ! Oui, souvenons-nous bien qu'après la bataille immortelle qui, dans ces Champs Catalauniques où vinrent se briser les hordes d'Atilla, sauva pour la deuxième fois les destins de la France, — alors qu'une immense espérance remplissait tous les cœurs et qu'aucun de nous ne pensait que les calamités de la guerre pussent se prolonger si longtemps, — ceux d'entre nous, qui savaient ce qui se passait dans les hôpitaux du front de nos armées, se demandaient avec angoisse jusqu'où s'étendraient les ravages de cette fièvre typhoïde, qui chaque jour se montrait plus maligne et plus redoutable ! Allait-elle décimer l'armée et compromettre la victoire, cette victoire magnifique que notre invincible espérance attendait pour le lendemain ?

Mais à ce moment même des hommes travaillaient, préparant une autre victoire, la victoire du génie de l'homme sur les puissances de la mort. Et cette vaccination contre la fièvre typhoïde, dont Labbé avait expliqué l'action merveilleuse et fait voter l'obligation, allait en peu de temps délivrer notre armée du fléau qui la décimait, — comme au même moment la sérothérapie préventive la délivrait du tétanos qui, aux premiers jours de la guerre, avait trouvé les chirurgiens impuissants et désespérés, devant ce mal terrible qu'ils ne connaissaient plus !

Ah ! Messieurs, il ne faudrait pas cependant que l'habitude que nous avons de voir au milieu de nous, dans la simplicité de leur vie, les hommes qui ont rendu de tels services à la Patrie et qui ont, dans le silence de leurs laboratoires, accompli de si belles choses, nous fît méconnaître la grandeur de leur œuvre et la gloire que leur présence fait rejaillir sur nous.

Certes, dans ces années tragiques, nous avons tous, tant que nous sommes, travaillé de toutes nos forces ! Et si notre action collective nous a permis à nous, chirurgiens de sauver de la mort des milliers et des millions de blessés, qui ont gagné la guerre en retournant au feu, notre œuvre individuelle, quelque active qu'elle ait été, n'est rien à côté de celle de certains hommes. Qu'avons-nous fait à côté des Maîtres de l'Institut Pasteur, qui ont vaincu le tétanos comme ils avaient jadis vaincu la diphtérie ? Qu'avons-nous fait à côté de celui, que je vois au milieu de nous, qui a chassé de nos armées la fièvre typhoïde, et qui a pris ainsi à la victoire de la France une part plus grande peut-être, — et non moins glorieuse, — que celle de certains grands chefs, dont l'image de marbre ou de bronze s'élève déjà sous le ciel, comme un hommage fervent et mérité de la France reconnaissante ?

Telle fut, au Sénat, l'œuvre capitale de Léon Labbé. Et dès le jour où il eut la vision prophétique des événements qui allaient ensanglanter le monde, — il a, lui aussi, bien mérité de la Patrie !

Depuis longtemps Labbé avait abandonné la pratique de la chirurgie, mais il demeurait fidèle à la chirurgie elle-même, à cette science qu'il avait cultivée avec tant de succès pendant quarante années. Il venait assez souvent aux séances de la Société de chirurgie. Il y prenait parfois la parole. Il la prenait surtout, j'en ai gardé le souvenir, lorsqu'à la suite de quelque séance ordinaire on se réunissait en comité secret et que la discussion prenait comme il arrive souvent, une tournure confuse où se succédaient tour à tour les opinions les plus contradictoires.

Il donnait son avis avec une modération, un bon sens, une juste appréciation des faits et des opinions diverses qui s'étaient fait entendre.

Nous l'écoutions avec la déférence qu'il inspirait et qu'il méritait. Sa vieille expérience, l'habitude qu'il avait des grandes discussions parlementaires, qui ont souvent, il faut le reconnaître, une haute tenue, lui permettaient de mettre de l'ordre dans des discussions qui n'en avaient pas, et de rallier à son opinion, en même temps que le troupeau flottant des indécis, l'unanimité de ceux qui, quelques instants auparavant, ne pouvaient parvenir à s'entendre.

Qui n'a gardé vivant le souvenir de cet homme, tel qu'il était dans la pleine force de l'âge, — tel qu'il est resté jusqu'au bout !

Il était grand, avec de larges épaules, qui donnaient la sensation de force et qui ne se voûtèrent quelque peu que très tard.

Il portait droit une tête énergique, dont les traits tourmentés ne peuvent pas sortir de la mémoire. Il avait un front dégarni, des cheveux longs, rejetés en arrière, des sourcils épais, des yeux pénétrants, d'une vivacité incroyable, et qui reflétaient l'ardeur de son caractère bouillant, qui l'emportait parfois dans des colères aussitôt apaisées, pour laisser la place à une bonté naturelle, qui ne connaissait pas de bornes. Il avait un nez large, aux narines irrégulières, une bouche charnue dont la lèvre inférieure s'avançait quelque peu. Sa moustache rebelle allait sur les côtés se perdre dans les broussailles de sa barbe.

Sa face colorée, mobile, extraordinairement expressive et vivante rappelait certaines figures que l'on rencontre aux tableaux des vieux maîtres flamands. Il avait une main fine, des doigts d'une souplesse et d'une agilité merveilleuses. Au cours de la conversation la plus simple, il saisissait d'une main un bouton de votre gilet, et vous attirait vers lui, tandis que, de l'autre main, il vous prenait par l'épaule, comme pour vous immobiliser et retenir votre attention.

Sa parole était difficile, heurtée, parfois incorrecte ; mais l'effort visible que provoquait chez lui le moindre discours, retenait l'attention de ses auditeurs et ne donnait que plus de force à ses arguments, car il avait des arguments et n'aimait pas, comme tant d'autres, à parler pour ne rien dire. Il n'en eut que plus de mérite à prendre la parole au Sénat, à cette haute et solennelle tribune qui paralyse tant d'orateurs et écrase tant de talents.

Quand il se décidait à l'aborder, il était sûr de lui. Il préparait longuement ses discours, il les écrivait et les ordonnait à merveille. Il y accumulait les arguments, et parmi ceux-ci, les meilleurs de tous, les faits. Il savait entraîner la conviction de ses auditeurs, et la substance même dont il remplissait ses discours, lui avait donné au Sénat cette autorité légitime qui eut de si grandes conséquences, quant au cours de la discussion sur la loi de trois ans et la vaccination antityphique, il emporta la décision.

Près de vingt ans s'écoulèrent ainsi, entre l'heure de sa retraite, et les grands jours de 1914. Il se consacrait tout entier

à ses devoirs de sénateur. Il partageait son temps entre Paris, dans la belle demeure qu'il s'était fait construire et où il aimait vivre parmi les œuvres d'art et les mille objets familiers qui reposaient ses yeux, et cette Normandie maternelle où il retrouvait avec joie les horizons de son enfance.

Ses enfants lui avaient donné toutes les satisfactions. Notre collègue Lermoyez, esprit brillant, original, par certains côtés supérieur et qui fut, pendant très longtemps, un maître incontesté, était entré dans sa famille. Plus tard, sa petite-fille avait épousé un jeune chirurgien, qui portait un des plus beaux noms de la médecine militaire, et se montrait digne de continuer ces belles traditions.

Enfin, au dernier concours qui précéda la guerre, sa vieillesse connut la joie de voir le fils de Lermoyez entrer dans l'internat.

Mais son existence de tous les jours, dans ce milieu parlementaire, où se trament et s'élaborent, dans les dessous ténébreux de la politique, tant de combinaisons ignorées, l'avait fait profondément réfléchir.

J'ai lu une lettre de lui, adressée à Léon Bourgeois, au sujet des paroles que celui-ci avaient prononcées dans une conférence : « L'intensité du progrès scientifique et économique, que « nous admirons si justement est loin d'avoir produit une dimi- « nution de la souffrance humaine. »

Et aussi : « l'exploitation de certaines forces se produit, finalement, au détriment des faibles. »

Ces paroles l'avaient profondément ému : « Quand on réfléchit », écrivait-il à Léon Bourgeois, « à tous ces problèmes si « angoissants, on arrive souvent au doute ! »

Il écrivait cette lettre en 1913 !

Que dirait-il donc maintenant, ce grand honnête homme, qui, il y a vingt ans, sentait le doute envahir invinciblement son esprit ? Que dirait-il après ce que nous avons vu pendant la guerre, et plus encore peut-être, depuis que le canon s'est tu sur les champs de bataille et que nous l'avons vu remplacé dans les conférences ou dans les congrès par des armes empoisonnées, moins brutales sans doute, mais peut-être plus dangereuses ? Que dirait ce grand honnête homme, en voyant s'affirmer l'égoïsme de ceux que les hasards de la politique poussent, presque partout, au gouvernement des nations ?

De quoi ne douterait-il pas, comme nous tous, hélas ! en voyant aujourd'hui la tragédie confuse et douloureuse où se débat le monde ?

Nous sommes, cependant, la France ! Qui donc, qui donc saura mettre au cœur des Français l'énergie, le courage, la volonté, et, dans leur âme, la raison ?

Tout à coup, la foudre éclata ! Et les premiers jours de la guerre, en dehors des angoisses qu'il ressentait pour la Patrie, lui réservèrent, comme à tant d'autres, comme à nous tous, de cruelles inquiétudes pour ceux de ses enfants que le destin poussait sur les champs de bataille.

Son petit-fils, le fils de Lermoyez, était de cette course à la mer, où les soldats de Foch disputaient pied à pied le sol de la Patrie contre des forces écrasantes, qui, cependant furent clouées au sol le long de cet Yser, misérable ruisseau fangeux, dont le nom franchira l'Histoire !

Il fut blessé gravement à la cuisse, dans les environs de Dunkerque. Tuffier, qui se multipliait déjà, comme il le fit pendant toute la guerre, le transporta jusqu'à Paris dans sa propre voiture. Labbé, que sa situation parlementaire avait entraîné à Bordeaux, accourut immédiatement. Son petit-fils était confié à l'admirable chirurgien qu'était Ricard. La gangrène gazeuse, cette terrible complication des blessures par éclat d'obus, que nous commencions à connaître, avait déjà fait son apparition. Le vieux lutteur, devant la mort qui menaçait son petit-fils, sentit bouillir son sang de chirurgien. Ricard intervint sans retard et Labbé le poussait à étendre encore ses larges incisions et ses débridements. Et son petit-fils fut sauvé.

Et maintenant, hélas ! De tous ceux qui vécurent ces heures douloureuses, que reste-t-il ? Labbé, Tuffier, Ricard, et le jeune blessé lui-même, emporté plus tard brusquement ! et son père qui n'a pu lui survivre ! Tous morts ! Tous disparus !...

Labbé au moins, est parti le premier, et la destinée fatidique, en abattant le grand vieillard a suivi l'ordre prescrit par la nature.

Il avait quatre-vingt-trois ans. Il travaillait encore pour le bien du pays. Il était demeuré un des membres les plus influents de la Commission de l'armée, dont il ne manquait pas une seule séance.

Mais la résistance humaine a des bornes.

Il souffrait depuis longtemps de crises d'asthme et de suffocation. Plusieurs fois même on avait craint des accidents de pneumonie. Le 12 mars 1916, il fut repris sérieusement. Il sortit cependant le 15, pour aller remplir son devoir. Et les accidents s'aggravèrent. Pendant deux où trois jours, son état parut stationnaire. Le 20, même, il se sentit mieux ! Il écrivit une lettre, la dernière qu'il ait écrite. Elle était adressée au président de la Commission de l'armée, à Clemenceau, qui n'était encore que l'impitoyable critique des opérations militaires, avant d'être le grand vieillard héroïque et sublime, qui sut communiquer à tous la flamme qui lui brûlait le cœur et dont l'énergie surhumaine devait faire avant bien longtemps, l'animateur de la victoire et le sauveur de la Patrie.

Il s'endormit paisiblement. Le lendemain matin, quand on pénétra dans sa chambre, il était entré pour toujours dans la sérénité de la mort !

Pendant ce temps, le canon de Verdun nuit et jour ébranlait la terre. Depuis un mois, là-bas, sur les âpres collines, couronnées de noms immortels, à travers les arbres hachés dont quelques-uns dressent encore, sur ce sol à jamais sacré, le spectre de leurs troncs blanchis, les rafales de fer et de feu abattaient par milliers, sur la terre abreuvée de sang, de jeunes soldats faits pour vivre, et que la criminelle folie de quelques hommes, toujours vivants et toujours impunis, avait lancés dans l'hécatombe.

Qu'était donc ce vieillard, couché parmi les fleurs, dans l'obscurité silencieuse d'une chambre où veillaient ceux qui l'avaient aimé ? Qu'était donc ce vieillard auprès des cadavres sans nombre, qui, à cette heure même, sur la terre maudite, ouvraient vers le ciel noir leurs yeux enveloppés des ombres de la mort ?

Léon Labbé, par ses hautes fonctions, avait droit à tous les honneurs. En ces jours de deuil et de gloire, les cortèges funèbres se déroulaient dans la ferveur et l'émotion qui planaient sur tous les esprits ! Mais quelle poignante grandeur !

Et, parmi les jeunes soldats qui s'avançaient autour de son cercueil, et qui, comme leurs frères d'armes, allaient partir pour le front des armées, d'où beaucoup ne reviendraient pas, la foule anxieuse et recueillie cherchait des yeux ceux qui allaient mourir.

Et maintenant, il repose là-bas, au flanc de la colline qui domine la grande ville. Et parmi les milliers de tombes qui remplissent la cité des morts, la sienne est parmi les plus humbles.

Mais il est là, sous la dalle funèbre, couché dans l'éternel silence, et son nom, gravé sur la pierre, suffit pour rappeler au passant solitaire l'homme d'action, qui travailla avec courage, et qui, sur cette terre des vivants, fit son devoir jusqu'à son dernier jour.

Seize années ont passé depuis que le vieux maître dort à côté des siens. Un siècle entier s'est écoulé depuis le jour de sa naissance. Il est de ceux qui virent se transformer le monde. Que se passera-t-il pendant le siècle qui commence ?

Ah ! sans doute, l'homme, vainqueur du temps et de l'espace, parcourra la terre et les airs et les flots mouvants de la mer.

Mais verra-t-il jamais la raison souveraine guider l'humanité vers des destinées moins cruelles que celles qui l'ont entraînée vers les abîmes que nous avons connus ?

Nos enfants ont vécu dans le sang et dans la douleur. Il ne faut pas que leurs enfants remontent le même calvaire !

Et si Labbé, qui sentit un jour le doute amer pénétrer dans son âme, pouvait, aux heures troubles où nous sommes, revenir au milieu de nous, il leur dirait : « Fils de la France, « survivants douloureux de la grande épopée, qui vivez

« aujourd'hui dans un monde encore agité des grands remous « du cataclysme, si vous voulez que vos enfants, que ceux qui « montent aujourd'hui, dans la jeunesse et l'innocence, vers « cet avenir inconnu, que les passions des hommes peuvent « faire sombre ou radieux, — si vous voulez que vos enfants « vivent dans l'ordre et dans la paix et ne connaissent pas ce « que vous avez vu, — retrouvez l'énergie dont vous avez « donné, aux jours des catastrophes, tant de preuves subli- « mes ! Enseignez à vos fils, avant tout, le courage ; apprenez- « leur la volonté.

« Parlez-leur du travail plutôt que du repos ; de leurs devoirs « plutôt que de leurs droits !

« Parlez-leur de la discipline, plutôt que de la Liberté, car « la liberté de chacun n'a d'autre garantie que la discipline « de tous. Et l'apostrophe de Madame Roland à la statue de « la Déesse, indifférente au sang qui coulait à ses pieds, n'a pas « cessé d'être actuelle : « O Liberté, que de crimes on commet « en ton nom ! . . . . . » Liberté ! Liberté ! que deviens-tu dans « notre France, où les lois de la République condamnent le « bon citoyen qui vend des médicaments le dimanche, et per- « mettent à des criminels et à des fous de prêcher la guerre « civile, et de pousser à la révolte et à la désertion les jeunes « soldats de la France ?...

« Plutôt que de l'Egalité, parlez à vos enfants de la supério- « rité nécessaire de la raison sur la folie, des savants sur les « ignorants, des travailleurs sur les paresseux, des bons sur « les méchants, des justes sur les criminels !

« Mais parlez-leur surtout de la Fraternité. Dites-leur bien « que les hommes sont frères, mais qu'ils ne peuvent le rester « qu'en obéissant à l'honneur, à la bonne foi, à la parole « donnée.

« Et les peuples sont comme des hommes. Si vous voulez « que les peuples soient frères, qu'ils vivent donc enfin dans « le respect les uns des autres, dans la justice et dans la « loyauté. Car on ne fraternise pas avec la haine, le mensonge « et la trahison !

« Ecoutons donc la voix qui sort du tombeau du vieux « Maître :

« Réveillez-vous, fils de la France. Vous voyez ce que sont « les lendemains de la victoire. Si vous voulez que votre mère « vive et demeure à jamais l'immortelle Patrie qui, pendant « tant de siècles, comme l'étoile du matin, a dirigé l'Humanité « dans les ténèbres de l'Histoire ! Si vous voulez ne pas revoir « ce que vous avez vu, — soyez loyaux, justes et généreux. « Mais gardez le front haut, le regard droit, le cœur ferme et « le bras solide ! »

FAITS CLINIQUES

Thyroïdite ou Strumite Rubéolique

Par P. SAINTON et M. RUDOLF

Les fièvres éruptives, au même titre que les autres maladies infectieuses, peuvent provoquer des réactions inflammatoires de la glande thyroïde saine (thyroïdites) ou préalablement atteinte de dégénérescence goitreuse (strumites) ; dans la variole, dans la scarlatine ces réactions peuvent aller jusqu'à la suppuration de la glande ; la rougeole s'accompagne, d'après Vincent, du signe thyroïdien dans 50 % des cas. Des localisations thyroïdiennes n'ont pas été, à notre connaissance, signalées dans la rubéole, c'est ce qui nous incite à rapporter le cas suivant dans lequel le rôle de l'infection rubéolique peut être d'autant moins mis en doute, que l'un d'entre nous contracta, en soignant la malade qui en fait l'objet, une rubéole typique.

***

Il s'agit d'une jeune femme qui présenta une éruption caractéristique, ayant duré quatre ou cinq jours, en même temps que les localisations ganglionnaires habituelles. Trois jours après l'éruption survinrent en même temps des manifestations articulaires avec douleur et gonflement, ayant atteint la presque totalité des jointures des membres, genou, cou-de-pied, coude, poignet, doigts ; si bien que la malade fut complètement immobilisée. Un traitement par le salicylate de soude fut mal supporté. A peu près en même temps que l'atteinte des articulations se faisait sentir, apparaissait une augmentation notable du volume du cou, à peu près indolore la plupart du temps, mais causant une gêne notable par le besoin incessant de déglutition qu'elle provoquait.

La malade fut examinée par nous cinq jours après le début de la tuméfaction ; l'augmentation de volume de la glande thyroïde était très nette, elle était uniforme, presque symétrique avec une légère prédominance à droite, la palpation était douloureuse, mais il n'existait point d'hyperesthésie de la peau à la piqûre dans la région préthyroïdienne ; celle-ci était le siège de troubles vasomoteurs diffus. Les deux symptômes fonctionnels, dont se plaignait la malade étaient : 1° une gêne de la déglutition avec sensation de corps étranger. 2° une salivation abondante avec besoin d'avaler. La glande parotide droite était plus volumineuse que la gauche, mais n'était pas sensible à la pression. Les glandes sous-maxillaires ne présentaient aucune réaction, les amygdales étaient normales. Les adénopathies cervicales persistaient.

La recherche des signes d'hyperthyroïdie fut négative ; seuls les battements du cœur étaient un peu rapides, le nombre des pulsations était de 80.

Le traitement institué consista en compresses chaudes, application de pommade au collargol et à l'acide salicylique sur la région thyroïdienne, ingestion de 1 gr. 50 d'aspirine, étant donnée l'intolérance de la malade pour le salicylate de soude. Huit jours après la gêne de la déglutition s'était atténuée, la glande avait perdu un tiers de son volume, sa sensibilité à la palpation était insignifiante. Seules persistaient quelques douleurs vagues dans les articulations avec une gêne un peu plus accentuée au poignet. Le traitement fut continué et 15 jours après le début, tous les signes thyroïdiens et articulaires avaient disparu.

La malade ne s'était jamais aperçu, avant l'éclosion de la maladie infectieuse, que son cou fût augmenté de volume ; elle n'avait aucun trouble ovarien.

***

Pourquoi il y a-t-il eu chez la malade une localisation si exceptionnelle ? Cette jeune femme avait toujours vécu à Paris, elle n'avait jamais habité dans une région goitrigène. La recherche minutieuse des antécédents familiaux nous apprit qu'elle avait une grand'mère paternelle porteuse d'un goitre énorme, habitant dans la région de Sancerre. Son père est mort très jeune de sorte qu'il nous est impossible d'avoir un renseignement sur l'état de son corps thyroïde. Or, comme l'a démontré l'un de nous au congrès de Liége de 1930, il persiste chez les descendants des goitreux même après plusieurs générations une prédisposition thyroïdienne ; ne faut-il pas voir dans l'antécédent fourni par la malade la cause de la localisation inaccoutumée de l'infection rubéolique. Cette explication nous paraît devoir être la plus plausible ; d'ailleurs la distinction entre les strumites et les thyroïdites est, comme l'a fait remarquer très justement Bérard, quelque peu artificielle, des lésions latentes sont susceptibles de constituer un point d'appel pour la localisation d'une infection générale, quoique la glande soit saine en apparence.

La preuve de l'explication, que nous donnons, vient de nous être fournie récemment. Cette même malade, à la suite de surmenage, de localisations rhumatismales très vagues avec douleurs dans la région des omoplates, a présenté à nouveau une poussée thyroïdienne avec gonflement diffus et quelques légers signes de dysthyroïdie fruste : sensation de froid, ralentissement du pouls à 60, léger œdème des membres inférieurs de consistance mucoïde sans lésion cardiaque témoignant de la fragilité particulière que présente chez elle la glande thyroïde.

VARIÉTÉS

La Médecine et les Médecins dans l'Œuvre de Walter Scott

(*Suite*) [1]

par le Dr Constant HILLEMAND

Après cette séparation, motivée par le désir de ne donner prise à aucun soupçon, Dwining, ne manqua pas de retourner chez sir John Ramorny pour combiner avec lui la préparation du dernier acte, le plus important, de la conspiration contre le duc de Rothsay, après s'être assuré que son succès lui vaudrait les riches récompenses promises par le duc d'Albany.

Et son concours n'était pas à dédaigner, car s'il était très inférieur à son patron et à la plupart de ses contemporains sous le rapport du courage physique, lié ordinairement au sentiment de la vigueur musculaire, il leur était infiniment supérieur sous le rapport du courage de tête, le plus souvent lié à la conscience de la supériorité mentale, et aussi sous le rapport de la fertilité des moyens à employer dans toutes les conjonctures.

Finalement, il avait aidé sir John Ramorny à attirer Rothsay dans le château de Falkland, et, sous le prétexte d'une maladie contagieuse inopinément contractée par le prince, à l'isoler dans une chambre qui communiquait, par un escalier secret, avec un cachot souterrain, dans lequel il avait été transporté endormi, par Bonthron, et livré aux affres de la faim et de la soif, à peine allégées par quelques biscuits imbibés de bouillon qu'avaient pu lui faire passer, à travers une fente du rocher, Catherine Glover et la chanteuse française accidentellement réunies dans la forteresse et laissées libres de se promener dans ses jardins, quoique surveillées par les conjurés. C'était grâce à son petit chien que la chanteuse avait découvert, par hasard, le lieu de réclusion du malheureux prince et entendu ses gémissements. Avec le concours de sa compagne elle s'était ingéniée à entretenir sa vie, puis ayant réussi à fuir, sous le manteau et le chapeau d'une laitière, bavarde et inattentive, qui, chaque matin, venait, de l'extérieur, apporter le lait aux habitants du château, elle avait pu alerter Douglas, procédant, comme lieutenant du roi, à une inspection dans le voisinage.

Pendant ce temps, les deux ourdisseurs du complot, trouvant que la vie de leur prisonnier se prolongeait trop longtemps avaient résolu d'en finir et chargé Bonthron d'étouffer le moribond de façon à ce que son corps n'offrit aucune trace de violence et que sa mort put être imputée à la prétendue maladie contagieuse qui l'avait subitement atteint.

Peu d'heures après l'accomplissement du crime, le bruit de l'arrivée imminente de Douglas se répandait dans la forteresse.

Personne, mieux que W. Scott, n'a su (avant Flaubert, dans Salambô) mettre en lumière le contraste entre le courage de tête et le courage physique, dans sa narration de la manière différente dont le chevalier et le médecin envisagent la mort qui leur est annoncée par l'approche de Douglas s'avançant à toute allure pour sauver le prince ou punir ses assassins.

Mais laissons parler l'auteur :

« L'heure de midi était arrivée : en prétextant ses propres goûts que l'intendant semblait disposé à satisfaire, Catherine avait pris soin de se procurer le genre de nourriture le plus facile à transmettre au captif. Elle l'appela tout bas pour l'avertir de son arrivée ... point de réponse ; elle parla plus haut ... toujours le même silence. — Il dort, murmura-t-elle à demi-voix et en tremblant ; mais elle tressaillit et poussa un cri quand une voix répondit derrière elle ... : — Oui il dort ..., mais c'est pour toujours.

Elle se retourna ... Sir John Ramorny était debout derrière elle, armé de toutes pièces ; mais la visière de son casque était levée, et laissait voir des traits plus semblables au visage d'un homme près de mourir qu'à celui d'un guerrier qui va combattre. Il avait parlé d'un ton grave, tenant le milieu entre l'accent de l'observateur calme d'un événement important, et celui de l'auteur ou du complice d'un crime. — Catherine, reprit-il, ce que je vous ai dit est vrai ; le duc de Rothsay est mort ... Vous avez fait pour lui ce qui dépendait de vous ... vous ne pouvez rien de plus. — Je ne le crois pas ... je ne peux pas le croire. Que le ciel ait pitié de moi ! Ce serait douter de la Providence que de penser qu'elle a laissé accomplir un si grand crime ! — Ne doutez pas de la Providence, Catherine, quoiqu'elle ait permis qu'un débauché périt victime de ses vices. Suivez moi ... j'ai à vous dire des choses qui vous intéressent. Je vous répète de me suivre (car elle restait immobile), à moins que vous n'aimiez mieux être abandonnée à la merci du sauvage Bonthron. — Je vous suivrai, vous ne me pouvez faire plus de mal que le ciel n'en permettra.

Il la conduisit vers la tour : tous d'eux montèrent escaliers sur escaliers, échelles sur échelles. La résolution de Catherine l'abandonna. — Je ne vous suivrai pas plus loin, dit-elle. Où me conduisez-vous ? Si c'est à la mort, je puis mourir. — Je ne vous conduis pas à la mort, jeune folle, mais seulement sur les murailles du château, dit Ramorny ouvrant les deux battants d'une porte garnie de fer qui donnait sur la plate-forme. Là des hommes préparaient des mangonneaux (c'est ainsi qu'on appelait certaines machines de guerre, propres à lancer des flèches), mettaient en état des arbalètes, et entassaient des pierres. Mais le nombre des défenseurs du château, n'excédait pas une vingtaine, et Catherine put apercevoir chez eux des signes de doute et d'hésitation. — Catherine, reprit Ramorny, je ne puis abandonner ce poste important pour la défense du château ; mais je puis vous parler ici aussi bien qu'ailleurs. — Parlez : je suis prête à vous entendre.— Catherine vous avez découvert un secret terrible ; aurez-vous assez de fermeté pour le garder ? — Je ne vous comprends pas, sir John. — Vous me comprenez. J'ai tué ..., assassiné, si vous aimez mieux, mon ancien maître le duc de Rothsay ; l'étincelle de vie que vous vouliez entretenir a été sans peine étouffée. Ses dernières paroles furent un appel à son père. Vous pâlissez !... Remettez-vous, vous avez encore quelque chose à entendre. Vous connaissez le crime ; mais vous ignorez ce qui l'a provoqué. Regardez ; ce gantelet est vide. J'ai perdu ma main droite en le servant, et quand il m'a vu hors d'état de lui être utile, j'ai été chassé comme un chien édenté ; mon infortune a été tournée en ridicule ; on m'a conseillé de me retirer dans un cloître, de m'exiler de ces châteaux et de ces palais, où ma naissance et mon rang me donnaient droit d'habiter ! Pensez à cela ... ayez pitié de moi et assistez moi. — Et pourquoi demandez-vous mon assistance ? dit la jeune fille tremblante ; je ne puis ni réparer votre perte, ni effacer votre crime. — Vous pouvez garder le silence sur ce que vous avez vu et entendu dans le jardin. Je ne vous demande que l'oubli ; car vos paroles, je le sais, seront écoutées, soit que vous racontiez les choses qui se sont passées, soit que vous disiez le contraire. Le témoignage de votre compagne, cette musicienne étrangère, ne pèsera pas la tête d'une épingle. Accordez-moi ce que je vous demande, et je m'en reposerai, pour ma sûreté, sur votre promesse, , j'ouvrirai la porte à ceux qui approchent maintenant. Refusez de me promettre le silence, et je défendrai le château jusqu'à la mort après vous avoir précipitée du haut de ces murailles. Oui, regardez-les ... ce n'est pas un saut auquel on puisse s'exposer sans motif. Sept escaliers vous ont conduite ici fatiguée et hors d'haleine ; mais vous descendrez du haut de cette plateforme en moins de temps que vous ne pouvez pousser un soupir. Parlez, ma belle enfant ; vous avez devant vous un homme qui ne vous veut pas de mal, mais qui est inébranlable dans sa résolution.

Catherine resta immobile, saisie d'épouvante, et n'ayant pas la force de répondre à un homme aussi déterminé ; mais elle fut délivrée de la nécessité de parler par l'arrivée de Dwining. Il adressa la parole à Ramorny avec cette humilité obséquieuse qui, dans tous les temps, caractérisait ses manières, et avec ce sourire ironique comprimé qui donnait un démenti à son humilité. — J'ai grand tort, noble sire, dit-il, d'interrompre Votre Vaillance quand elle est occupée avec une belle demoiselle. Mais, j'ai une petite question à vous poser. — Parle, bourreau ; de mauvaises nouvelles sont un sujet de joie pour toi quand elles te regardent, à plus forte raison quand elles concernent les autres ! — Hem !... hé, hé !... Je voulais seulement savoir si Votre Honneur s'était chargé de la tâche chevaleresque de défendre le château avec sa seule main ... pardon ... je voulais dire avec la seule force de son bras. La question n'est pas inutile ; car je ne saurais guère servir à la défense à moins que vous ne puissiez décider les assaillants à prendre médecine. Hé, hé, hé! Bonthron est ivre autant qu'homme peut le devenir, à force d'ale et de liqueurs fortes ... et vous, lui et moi, nous formons toute la garnison disposée à la résistance. — Comment !... ces autres chiens ne se battront-ils pas ? — Je n'ai jamais vu de gens qui eussent si peu de cœur à l'ouvrage ; non jamais, répondit Dwining. En voici deux qui arrivent. *Venit extrema dies*... hé, hé !

Eviot et son compagnon Buncle s'approchèrent l'air sombre et résolu, comme des gens qui se sont décidés à braver une autorité qu'ils

(1) Voir *Progrès Médical* des 29 octobre, 5 novembre et 10 décembre 1932.

ont longtemps reconnue. — Que signifie cela ? dit Ramorny en s'avançant à leur rencontre. Pourquoi quitter votre poste ? pourquoi abandonner le haut de la tour, Eviot ? ... Et vous Buncle, ne vous avais-je pas chargé de veiller aux mangonneaux ? — Nous avons quelque chose à vous dire, sir Ramorny, répondit Eviot ; nous ne voulons pas combattre pour cette querelle. — Comment ! mes propres écuyers se révoltent contre moi ? — Nous étions vos écuyers et vos pages, mylord, quand vous étiez grand-maître de la maison du duc de Rothsay. Le bruit s'est répandu que le duc a cessé de vivre ... nous désirons savoir ce qui en est. — Quels traitres osent répandre de pareilles impostures ? — Tous ceux qui sont allés jusqu'à la forêt ont rapporté cette nouvelle, mylord, et moi comme les autres. La chanteuse qui s'est évadée du château a répandu partout le bruit que le duc de Rothsay a été assassiné, ou qu'il est aux portes de la mort. Les Douglas arrivent avec une force imposante ... — Et vous, lâches, vous prenez prétexte d'une vaine rumeur pour abandonner votre Maître interrompit Ramorny d'un ton d'indignation. — Mylord, répondit Eviot, que Buncle et moi nous voyions le duc de Rothsay afin de recevoir ses ordres personnels, et si nous ne combattons pas alors pour la défense du château jusqu'à la mort, je consens à être pendu à la plus haute tourelle. Mais s'il est mort de mort naturelle, nous remettrons le château à Douglas, qui est, dit-on , le lieutenant du roi. Si ... ce qu'à Dieu ne plaise !... le noble prince est mort assassiné, nous ne voulons pas nous rendre complices du crime, en prenant les armes pour la défense des assassins. — Eviot,dit Ramorny, en levant son bras mutilé, si ce gantelet n'eut pas été vide, tu n'aurais pas vécu assez pour proférer deux mots de cet insolent discours. — Insolent ou non, nous ne faisons que notre devoir. Je vous ai suivi longtemps, mylord, mais aujourd'hui, je dois m'arrêter. — Eh bien ! adieu et malédiction sur vous tous ! Qu'on selle mon cheval . — Sa Vaillance va prendre la fuite, dit le médecin qui s'était glissé à côté de la jeune fille sans qu'elle s'en aperçut, Catherine vous êtes une folle superstitieuse comme toutes les femmes, cependant vous avez de l'esprit, et je vous parle comme à un être possédant plus d'intelligence que tous les animaux qui nous entourent. *Ces hautains barons qui oppriment le monde, que sont-ils aux jours de l'adversité ? ... Une paille que le vent emporte. Que leurs mains, qui frappent comme des marteaux, que leurs jambes qui ressemblent à des piliers, éprouvent quelque dommage ... et baste!... les hommes d'armes n'y sont plus ! Le cœur et le courage ne sont rien chez eux, les membres et les jointures sont tout* ... Donnez-leur la force animale, et ce sont des taureaux furieux. Qu'ils la perdent, et les voilà, ces héros de chevalerie, étendus à terre, hurlant comme la brute à qui l'on a coupé les jarrets. *Le sage n'est point ainsi. Tant qu'un grain de sensibilité demeure dans son corps froissé et mutilé, son esprit restera le maître.* Catherine, ce matin, je complotais votre mort ; mais *je souhaite maintenant que vous me surviviez pour dire comment le pauvre médecin, le doreur de pilules, le mêleur de drogues, le vendeur de poison, a subi son destin dans la compagnie du vaillant chevalier de Ramorny, baron en jouissance et comte de Lindores en expectative* ... Dieu sauve Sa Seigneurie. — Vieillard, répondit Catherine, si vous êtes en effet, aussi près de l'heure de votre jugement, d'autres pensées vous conviendraient mieux que les fanfaronnades d'une vaine philosophie... Demandez à voir un saint homme... —Oui, dit Dwining avec dédain ; que je m'adresse à un moine crasseux qui ... hé, hé !... n'entend pas le latin barbare qu'il répète par routine ! Ce serait un plaisant conseiller pour un homme qui a étudié en Espagne et en Arabie ! Non, Catherine, je choisirai un confesseur dont la vue me récrée, et vous serez honorée de cet office... Maintenant, regardez un peu Sa Vaillance... La sueur ruisselle de ses sourcils ... ses lèvres tremblent de désespoir ; car Sa Vaillance, hé, hé ! plaide devant ses domestiques pour la vie, et n'a pas assez d'éloquence pour les persuader. Voyez comme les fibres de son visage s'agitent tandis qu'il supplie ces brutes, comblées naguère de ses bienfaits, de lui laisser la même chance qui reste au lièvre poursuivi par les limiers. Regardez aussi les physionomies mornes, abattues, défaites, de ces domestiques perfides, flottant entre la crainte et la honte, et refusant à leur maitre cette pauvre chance de salut. Ces créatures stupides se croient au-dessus d'un homme tel que moi ! Et vous, fille insensée, vous pensez si mal de votre Divinité, que vous prenez des misérables de cette espèce pour l'ouvrage de sa toute puissance ! — Non, homme pervers, non, dit Catherine avec chaleur. Le Dieu que j'adore a créé ces hommes avec la faculté de le connaître et de l'adorer, de défendre leurs semblables, de pratiquer la vertu et la piété. Leurs propres vices et les tentations du malin esprit les ont rendus tels qu'ils sont maintenant. Oh ! que cette leçon émeuve ton cœur de diamant ! Le ciel t'a fait plus sage que tes compagnons. Il t'a donné des yeux pour pénétrer les secrets de la nature, un esprit sagace, une main habile ; mais l'orgueil a empoisonné tous ces dons ; l'orgueil a fait un athée impie de celui qui pouvait être un sage chrétien. — *Athée, dis-tu ? peut-être ai-je des doutes sur ce point ; mais avant peu ces doutes seront éclaircis, je vois approcher un homme qui m'enverra, comme il a déjà envoyé des milliers d'autres pauvres diables, dans le lieu où tous les mystères s'expliquent ?*

« Catherine suivit le regard du médecin qui se dirigeait vers une clairière de la forêt : elle aperçut un corps de cavalerie qui avançait au grand galop. Au milieu, flottait une bannière dont Catherine ne put distinguer les armoiries, mais un murmure qui s'éleva autour d'elle put distinguer les armoiries, mais un murmure qui s'éleva autour d'elle lui annonça que c'était la bannière de Douglas-le-Noir. L'escadron vint s'arrêter à une portée de trait. Un héraut, accompagné de deux trompettes, s'avança vers la porte principale, et, après une bruyante fanfare, il demanda l'entrée du château pour le haut et puissant lord, Archibald, comte de Douglas, lieutenant du roi et revêtu pour le moment des pleins pouvoirs de Sa Majesté, enjoignant aux habitants du château de déposer les armes, sous peine de haute trahison. — Vous l'entendez, dit Eviot, à Ramorny qui restait auprès de lui, morne et indécis. Voulez-vous donner l'ordre de rendre le château ou dois-je ... — Non misérable ! interrompit le chevalier ; je vous commanderai jusqu'au dernier moment. Qu'on ouvre les portes, qu'on abaisse le pont et qu'on rende le château à Douglas. — Voilà qui peut être appelé une incontestable preuve du libre-arbitre, fit observer Dwining ; c'est justement comme si ces instruments de cuivre, que nous entendions, il n'y a qu'un instant, prétendaient que les sons qu'en tirent des musiciens enroués leur appartiennent. — Homme pervers, répliqua Catherine, garde le silence ou tourne tes pensées vers l'éternité dans le sein de laquelle tu vas tomber. — Et que vous importe ? Vous ne pouvez, pauvre fille, vous empêcher d'entendre ce que je vous dis, *et vous le répéterez, car c'est encore une chose dont, en qualité de femme, vous ne sauriez vous empêcher. Perth et toute l'Ecosse sauront quel homme elles ont perdu dans Henbane Dwining.*

« Un cliquetis d'armes annonça que les cavaliers avaient mis pied à terre, qu'ils étaient entrés dans le château, et qu'ils désarmaient la petite garnison. Le comte lui-même monta sur le rempart, suivi de quelques hommes, et leur fit signe d'arrêter Ramorny et Dwining ; d'autres tirèrent Bonthron d'un coin où ils s'était blotti avec la stupidité de l'ivresse. — Ces trois hommes sont-ils les seuls à qui la garde du prince fut confiée durant sa prétendue maladie ? demanda Douglas continuant une enquête qu'il avait commencée dans le vestibule du château. — Personne ne l'a vu, excepté eux, répondit Eviot ; cependant, j'avais offert mes services. — Conduis-nous à l'appartement du duc, et qu'on y mène aussi les prisonniers ; il doit se trouver aussi une femme dans le château, à moins qu'elle n'ait été assassinée ou congédiée ... la compagne de la chanteuse qui a donné la première alarme. — La voici, mylord, dit Eviot en faisant avancer Catherine. (Sa beauté, son agitation firent quelque impression même sur l'âme impassible du comte). — Ne crains rien, jeune fille, lui dit-il, tu as mérité des éloges et une récompense. Raconte-moi, comme tu le confesserais au ciel ce que tu as vu dans le château. — Quelques mots suffirent à Catherine pour relater cette déplorable histoire. — Cela s'accorde de point en point avec le récit de la chanteuse, reprit Douglas. Qu'on nous conduise maintenant à l'appartement du prince.

Alors on passa dans la chambre que l'infortuné duc de Rothsay avait été censé habiter ; on n'en avait pu trouver la clef, et le comte fut obligé d'en faire forcer la porte. En entrant, on vit les restes du malheureux prince, jetés sur le lit comme à la hâte ... on trouva dans sa main une poignée de cheveux pareils à ceux de Bonthron. L'escalier dérobé du souterrain, dont les clefs furent trouvées à la ceinture de cet assassin subalterne ..., la situation de ce cachot, sa communication avec l'extérieur, par la fente pratiquée dans le mur, la misérable litière de paille, les fers qui se trouvaient auprès, tout confirma le récit de Catherine et de la chanteuse. — Nous n'hésiterons pas un instant, dit Douglas à son proche parent, lord Balveny, aussitôt qu'ils furent remontés du cachot. Qu'on emmène les meurtriers, et qu'on les pende sur les remparts .....

On fit monter les prisonniers sur les remparts ; mais pendant qu'on préparait leur supplice, l'apothicaire exprima un désir si ardent de voir encore une fois Catherine, que celle-ci, espérant que l'endurcissement du médecin serait ébranlé par l'approche de la mort, consentit à être témoin d'une scène qui la glaçait d'horreur. Un premier coup d'œil lui suffit pour distinguer Bonthron plongé dans l'insensibilité de l'ivresse ; Ramorny, dépouillé de son armure, s'efforçait en vain de cacher ses craintes et s'entretenait avec un prêtre dont il avait sollicité les bons offices ; Dwining, enfin, avait toujours son maintien humble et obséquieux, conservant son caractère jusqu'au bout. Il tenait à la main une petite plume d'argent avec laquelle il venait d'écrire sur un morceau de parchemin. — Catherine, dit-il, hé! hé! hé!... Je désire m'entretenir avec vous sur la nature de mes principes religieux.— Si telle est votre intention, pourquoi perdre votre temps, avec moi ; entretenez-vous avec ce père. — Le bon père, répondit-il, est déjà... hé ! hé! hé!... un adorateur du dieu que j'ai servi, j'espère trouver en vous une néophyte pour mon culte. Ce morceau de parchemin vous indiquera le moyen d'entrer dans la chapelle où j'ai si souvent apporté mes hommages en secret. Je vous laisse les images qu'elle contient, à titre de legs, uniquement parce que je vous hais et vous méprise un peu moins que tous les pauvres hères que j'ai été forcé jusqu'ici d'appeler mes semblables. Et maintenant, retirez-vous ! ou plutôt restez vous verrez si la fin du comédien dément sa vie. — A Notre Dame ne

plaise ! dit Catherine. — Un instant, reprit le médecin, j'ai encore un mot à dire, et ce noble seigneur peut l'écouter, si bon lui semble.

Lord Balveny s'approcha, non sans quelque curiosité, car la fermeté inébranlable d'un homme qui n'avait jamais tiré une épée, ni porté une armure, et qui n'était de sa personne qu'un pauvre nain chétif, avait à ses yeux une apparence de sorcellerie. — Vous voyez ce petit instrument, dit le criminel en montrant sa plume d'argent ; avec ce secours, je puis me soustraire même au pouvoir de Douglas-le-Noir. — Ne lui donnez ni encre, ni papier, s'écria Balveny, il composerait un charme. — Non pas, sous le bon plaisir de votre Sagesse et de Votre Vaillance... hé ! hé ! hé !... dit Dwining avec son ricanement ordinaire ; et en même temps, il dévissait le haut de la plume : il en tira un petit morceau d'éponge ou de substance semblable, qui n'était pas plus gros qu'un pois. Maintenant, regardez, dit le prisonnier, et il pressa l'objet entre ses lèvres. L'effet fut instantané : il tomba, et ce n'était plus qu'un cadavre ; mais son rire sardonique contractait encore les traits de son visage.

Cathernie poussa un cri et s'enfuit pour se dérober à un si horrible spectacle. Lord Balveny resta un moment immobile de stupeur ; il s'écria enfin : — Ce peut bien n'être qu'un sortilège ; pendez-le, mort ou vif. Si son âme perverse n'a pris la fuite que pour un moment, elle rentrera dans un corps dont le cou sera disloqué.

Cet ordre fut exécuté. On procéda ensuite au supplice de Ramorny et de Bonthron. Le dernier fut pendu avant d'avoir recouvré assez de connaissance pour savoir ce qu'on lui voulait. Ramorny, pâle comme la mort, mais conservant toujours cet orgueil qui avait occasionné sa ruine, se prévalut de son titre de chevalier, et réclama le privilège de mourir par le glaive. — Douglas ne revient jamais sur la sentence qu'il a prononcée, dit Balveny ; cependant tes privilèges seront respectés . . . Faites venir ici le cuisinier avec un couperet. (Le cuisinier parut bientôt). Pourquoi trembles-tu drôle ? Brise, avec ton couperet, les éperons dorés qui sont aux talons de cet homme. Et maintenant, John Ramorny, tu n'es plus un chevalier, mais un simple coquin. Faites votre besogne, maréchal-prévôt, pendez-le avec ses compagnons, et plus haut, s'il est possible.

Un quart d'heure après Balveny descendit pour annoncer à Douglas que tout était fini . . . . . »

(*A suivre.*)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Tube digestif

Il est un grand nombre d'états digestifs fonctionnels à réactions douloureuses, spasmodiques, sécrétoires, compliqués ou non de phénomènes hépatiques, de céphalée, de prurit, de dyspepsies digestives, complexes en un mot, qui sont des *dyspepsies de sensibilisation*. Ces dyspepsies échappent aux traitements internes, et peut-on dire cavitaires, et bénéficient au contraire d'un traitement parentéral.

Le traitement parentéral ne peut être pratiqué avec un produit simple, fût-il protéique, car les causes alimentaires sont souvent complexes et ne sont pas seulement représentées par des aliments albumineux.

Il doit être fait avec un *produit complet* total, et ce produit est le *lait*.

Mais la dose injectée doit être infinitésimale et *intradermique* pour éviter les incidents que toute injection un peu forte pourrait déterminer.

Les ampoules de quelques millimètres cubes sont préparées avec du lait dilué à 1/10 ou du lait pur, toutes dûment stérilisées.

On commence par des doses faibles, de une à deux gouttes, et l'on accroît la dose progressivement. Les dernières piqûres peuvent même être faites sous la peau si le sujet n'en éprouve aucun dommage.

La série est de douze piqûres, à raison d'une tous les deux jours. Elle peut, s'il est besoin, être renouvelée à deux mois de distance.

Sur vingt-cinq cas de troubles divers, allant du météorisme précoce à la diarrhée prandiale, des simples malaises ou brûlures aux douleurs tardives pseudo-ulcéreuses, de la crise colique à la mucorrhée, de la céphalée à la migraine, des éternuements au pseudo-asthme digestif, et du prurit discret à l'urticaire, l'auteur a obtenu : huit améliorations, treize guérisons et quatre cas négatifs.

Quelques incidents peuvent se produire :

La réaction produite par la piqûre peut être forte et s'étendre sur la largeur d'une main d'enfant ; elle peut être érythémateuse, œdémateuse, pseudo-érysipélateuse même ; elle est toujours chaude et douloureuse.

Elle peut s'accroître jusqu'à la sixième piqûre et atteindre son maximum à ce moment.

Un léger mouvement fébrile de 38° l'accompagne souvent. Chez un de mes malades, est apparu un petit ganglion.

L'œdème peut ne point se limiter au bras et apparaître en un autre point du corps aux paupières, à la face.

(Maurice Loeper. Les injections intradermiques de lait dans le traitement de quelques dyspepsies alimentaires. *La Presse Médicale*, 12 octobre 1932.)

Cœur

Le pouls alternant traduit une mauvaise adaptation cardiaque à l'augmentation des résistances périphériques.

Dans la quasi-totalité des cas, il est symptomatique de l'insuffisance ventriculaire gauche dans l'hypertension artérielle. L'insuffisance cardiaque est le facteur fondamental car elle contribue à accroître les résistances périphériques dues à l'hypertension artérielle.

Comme le bruit de galop avec lequel il coexiste si souvent, le pouls alternant tantôt accompagne de multiples et importants signes d'insuffisance cardiaque (insuffisance mitrale fonctionnelle, tachycardie, congestion œdémateuse passive des bases pulmonaires et du foie, œdèmes, dyspnée d'effort, crises de pseudo-asthme ou œdème pulmonaire aigu), tantôt est le seul symptôme objectif bien net de l'insuffisance cardiaque.

La valeur pronostique du pouls alternant est considérable.

En effet, lorsqu'il est permanent, résistant à une thérapeutique rationnelle, la mort survient dans au moins 75 % des cas au cours des trois années qui suivent l'apparition de ce symptôme.

Lorsqu'il est passager, cédant à la thérapeutique, il reste d'un pronostic réservé car la moitié des malades succombent dans les cinq à six ans.

Toutefois, le pouls alternant accompagnant les crises de tachycardie paroxystique est un phénomène sans importance. Il ne traduit qu'un trouble peu marqué de l'adaptation cardiaque, tant une accélération cardiaque considérable favorise l'apparition de l'alternance du pouls.

(C. Lian, S. Merle et M. Albeaux-Ferret. De la grande valeur séméiologique et pronostique du pouls alternant. *La Presse Médicale*, 17 septembre 1932.)

Intoxications

Au cours de l'**intoxication barbiturique aiguë** on peut observer des **ulcérations cutanées**.

Dans les intoxications de cet ordre, ce type de lésion cutanée, *type ulcéreux*, ne semble guère avoir jusqu'ici retenu l'attention. Chez quatre sujets qui s'étaient intoxiqués, l'un par le dial, l'autre par le gardénal, les auteurs ont vu apparaître des ulcérations étendues qui siégeaient de préférence, mais non toujours aux points de pression, ce qui éliminait l'hypothèse d'escarres de décubitus. A remarquer que ces ulcérations sont apparues très rapidement, dès le début du coma, que leur évolution s'est faite spontanément vers la régression, qu'elles ne s'accompagnaient pas de lésion muqueuse ou d'éruption cutanée (aspect prurique dans un seul cas). Leur siège ne permettait pas de les identifier à de simples escarres de décubitus.

(Maurice Villaret, Henry Bith et Henri Desoille. Ulcérations cutanées dues aux barbituriques. *Paris Médical*, 29 octobre 1932.)

Une observation de leucémie post-benzolique rapportée par l'auteur paraît mettre hors de doute l'existence d'une leucémie provoquée par une intoxication professionnelle benzolique. En 1928, Delore et Bergomano ont publié (*J. de Méd. de Lyon*, 20 avril) la première observation de leucémie causée par le benzol. Dans les deux observations, la leucémie est apparue après un très long temps d'imprégnation benzolique (5 et 15 ans). Delore et Bergomano n'ont pas réussi à la reproduire expérimentalement.

« Au point de vue de la médecine légale, nos observations ouvrent un nouveau chapitre des accidents du travail : celui de la leucémie, maladie professionnelle. Dans le cas de Delore et Bergomano, le malade travaillait en usine de produits chimiques et y pratiquait l'extraction du pyramidon par essorage de sa dissolution dans la benzine. L'opération consistait à remplir une essoreuse d'un mélange semi-liquide de pyramidon et de benzine, à mettre l'essoreuse en marche, à surveiller le fonc-

tionnement de l'appareil, puis à le vider. Au cours de l'opération, des vapeurs de benzine se dégagent en petite quantité. Pendant le nettoyage de l'appareil, il soulève le couvercle et racle pendant un quart d'heure la pâte restée adhérente aù treillis des parois ; l'inhalation des vapeurs de benzine est forte en ce temps et se renouvelle quatre fois par jour. Pour notre malade, l'absorption ne fut jamais massive mais continue. Dans l'industrie du caoutchouc, c'est l'usage de la dissolution du produit dans la benzine qui provoque l'intoxication. Les grandes usines bien ventilées et qui récupèrent la benzine par des aspirateurs ne voient guère d'ouvriers malades par le maniement de la dissolution. Il n'en est pas de même de petites installations moins bien outillées ».

Il faut surveiller les industries qui utilisent le benzol, ventiler énergiquement les locaux où on le manipule et, au besoin, se servir de masques.

(P.-Emile Weil. La leucémie post-benzolique. Le *Bulletin Médical*, 29 octobre 1932.)

Cancer

La réaction au rouge neutre de Roffo dans le diagnostic du cancer a, pour Gandolfo, une grande valeur diagnostique, bien qu'elle ne soit pas spécifique. Si une réaction négative n'exclut pas la présence d'une tumeur, une réaction positive doit nous induire à conduire les investigations pour mettre en évidence une néoplasie. La proportion de résultats positifs erronés dans cette réaction est très réduite : 6,37 p. 100 sur un total de 6.718 réactions.

Dans le cancer de l'utérus, la réaction de Roffo a été positive dans 68,31 p. 100 des cas — dans les néoplasies de l'ovaire : 78,94 p. 100 des cas — de la vessie : 7?,4 p. 100 — de l'estomac : 76,26 p. 100 — de l'intestin : 76 p. 100 — du foie : 84,21 p. 100 — du pancréas : 84,61 100 p. — du poumon : 75 p. 100 — du médiastin : 86,66 p. 100 — dans les ostéosarcomes 76,08 p. 100 — etc.

(A. Gandolfo. La réaction de Roffo dans le cancer. *Paris Médical*, 29 octobre 1932.)

Thérapeutique

L'extrait de lobe postérieur d'hypophyse employé dans les *accès de migraine* — chez une vingtaine de sujets environ — s'est montré efficace. La quasi-totalité des patients ont éprouvé, dès l'administration du produit un soulagement immédiat ou très rapide.

Le *mode d'emploi* que nous avons utilisé dans les premiers cas était l'injection sous-cutanée (un quart de lobe), mais il nous faut souligner que l'effet est le même quand on emploie la *poudre d'hypophyse* et la *voie nasale*. Il y a là une conservation de l'action thérapeutique tout à fait comparable à ce qu'on observe dans le pouvoir anti-diurétique de l'extrait pituitaire, et il ne nous a pas paru que le soulagement soit plus tardif dans le traitement par « prise » que dans le traitement par « piqûre ».

Quel est le mécanisme de cette action sédative ? Les auteurs ont envisagé différents mécanismes qui ne sont peut-être pas indépendants les uns des autres, à savoir : l'action de l'hypophyse sur la *vascularisation cérébrale* et sur *la pression du liquide céphalo-rachidien*. L'action de l'hypophyse sur la circulation encéphalitique, rapproche cette médication de celle du tartrate d'ergotamine. Les modifications du liquide céphalo-rachidien se feraient en général dans le sens de l'hypertension. Or Tinel a constaté l'existence d'hypotension du liquide céphalo-rachidien dans quelques états migraineux, fait qui expliquerait l'action favorable de l'opothérapie pituitaire.

(P. Carnot, J. Caroli et R. Lachera. Sur l'action anticéphalalgique de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. *Paris Médical*, 12 novembre 1932.)

Les stomatites ulcéro-membraneuses de la leucémie aiguë peuvent être guéries par le traitement novarséno-benzolé. Dans deux cas rapportés par les auteurs l'un de leucémie aiguë primitive, l'autre de leucémie aiguë secondaire, les lésions bucco-pharyngées étaient au premer plan du tableau clinique, dominant, par l'intensité des troubles fonctionnels, tous les autres symptômes. Le traitement par le novar a produit rapidement une amélioration de l'état local et permis de reprendre une alimentation primitivement impossible. L'état général a été heureusement influencé.

Au point de vue théorique, cette guérison d'accidents locaux montre qu'ils sont de nature gangréneuse banale et dus aux infections secondaires exaltées sur un organisme aux défenses amoindries. La question de leur spécificité est ainsi jugée par un véritable traitement d'épreuve, celui-ci n'influençant que la lésion des muqueuses et laissant le processus hématologique évoluer inexorablement.

L'idée première d'appliquer les arsénobenzènes à cet ordre de manifestations est due à M. Achard.

(P. Emile Weil et P. Isch-Wall. Guérison des stomatites ulcéro membraneuses de la leucémie aiguë par le traitement novarséno-benzolé. *Le Bulletin Médical*, 29 octobre 1932.)

Varia

A tout prendre et de quelque point de vue que l'on étudie la question, l'influence fâcheuse classiquement attribuée à la coqueluche dans le réveil et l'extension des lésions tuberculeuses de l'enfance nous paraît, comme à d'autres, fortement exagéré. De notre expérience personnelle, il est impossible de tirer aucune conclusion qui légitime cette conception.

(Léon Bernard, Maurice Lamy et Mlle Dumans. La prétendue influence de la coqueluche sur la tuberculose du nourrisson. *La Presse Médicale*, 21 septembre 1932.)

***

L'herpès survient parfois après des irritations méningées toxiques ou traumatiques. J'ai observé avec LAUBRY, trois cas d'herpès de la face, survenus à la suite d'injections intrarachidiennes de cocaïne ou d'eucaïne. D'autres cas analogues ont été publiés par PULLE, par PAUTRIER et Clément SIMON. J'ai même vu la simple ponction lombaire provoquer l'apparition de vésicules herpétiques.

(Ch. Achard. Herpès et méningite. *Journal des praticiens*, 22 octobre 1932.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1932

Ablation d'un gros tophus goutteux. — *M. Lenormant.*

Dislocation du carpe. — Observation de ***MM. Guinard*** et ***Grappin***, rapportée par ***M. Fredet***. La lésion, bilatérale, fut réduite au bout de douze heures. Plâtre. Guérison.

Luxation intra-coracoïdienne avec fracture. — ***M. Leveuf*** commente cette observation de ***M. Sabadini***. La fracture était cervico trochantérienne. L'auteur pratique la réduction sanglante sous ostéosynthèse. Guérison.

Rupture traumatique de kyste hydatique. — Ce travail de ***M. Chureau*** est rapporté par ***M. Proust***. En intervenant, on découvrit un kyste hydatique rompu du lobe de Spiegel. Marsupialisation et mise en place d'un Mikulicz. Guérison.

Rupture spontanée de l'œsophage. — Ce cas, dû à ***MM. Girard*** et ***Kissel*** est relaté par ***M. Proust***. Après une violente douleur, apparaissent des signes d'hydro-pneumothorax. La ponction ramenait un liquide trouble et acide. La mort survint rapidement.

L'autopsie montra une perforation du tiers inférieur de l'œsophage. L'histologie montra l'existence d'une œsophagite.

Fracture de l'éperon olécranien. — ***M. Picot*** rapporte ce travail de ***M. Thalheimer***. L'auteur relate trois cas de cette maladie peu connue en France.

La lésion est souvent bilatérale. Elle est surtout reconnue par la radiographie, à l'occasion de complications (hygroma, fracture). On doit enlever l'éperon et la bourse séreuse pour avoir la guérison.

Electro-coagulation dans le cancer de la langue. — ***M. Gernez*** applique cette méthode à des cancers assez avancés.

Elle est bénigne de technique simple et donne d'excellents résultats immédiats. Le curage ganglionnaire chirurgical est secondairement pratiqué.

Fractures des apophyses transverses lombaires. — *MM. Chevrier* et *Elbim* relatent deux cas personnels. Ils insistent sur les points suivants : il s'agissait, dans ces deux cas, de femmes atteintes d'un traumatisme assez faible. Généralement, ces fractures sont multiples. Dans ces deux cas, les suites éloignées ont été très bonnes.

M. Mouchet dit qu'il peut y avoir des soudures incomplètes des apophyses transverses, que l'on peut prendre pour des fractures.

Péritonite encapsulante tuberculeuse. — *M. J. C. Bloch* relate une observation de cette maladie. Il a vu sa malade à la période d'occlusion aiguë.

A l'ouverture, il existait une membrane qui recouvrait la totalité des anses grêles. L'examen histologique confirma la nature tuberculeuse du processus.

L'opération consista dans la libération de quelques anses ; l'une d'elles fut réséquée. La malade mourut.

M. Métivet insiste sur la gravité de la radiographie dans les occlusions chroniques.

Des troubles mécaniques vésiculaires sans lithiase. — *M. Okinczyc* montre que ces états existent réellement.

Par deux observations, il démontre que ceux-ci sont souvent sous la dépendance d'un cæcum mobile.

Dans ces cas, la fixation du cæco-ascendant est plus logique qu'une intervention directe sur les voies biliaires.

Pancréas aberrants. — *M. Okinczyc* apporte deux nouvelles observations de pancréas aberrants siégeant sur le duodénum et vérifiés opératoirement. L'auteur distingue deux cas. Dans le premier, le pancréas aberrant est atteint de pancréatite, dans l'autre, il est sain. L'ablation de ces petites tumeurs s'impose.

Luxation de la hanche incoercible. — *M. Basset* après plusieurs tentatives manuelles infructueuses a opéré ce malade et lui a fait une butée sus-cotyloïdienne à l'aide de la tête du fémur même. Résultat bon.

Résection de l'omoplate pour ostéomyélite. — *M. Huet.*
Rupture spontanée du tendon de l'extenseur du pouce. — *M. Petit-Dutaillis.*

G. MENEGAUX.

TRIBUNE LIBRE

A propos de l'appel au Pape en faveur du « Lieu de Genève »

Cet appel a provoqué des réactions diverses ; les uns s'offusquant d'un recours de la science (?) au Pape, d'autres prétendant trouver dans des lignes parfaitement respectueuses les sournoiseries d'une offense à l'action du Souverain Pontife et de ses prédécesseurs.

Ce que j'ai dit étant *la vérité*, je n'engagerai pas de polémique, ne répondrai ni aux uns ni aux autres.

Il suffit de réfléchir quelques instants pour se convaincre que ce n'est pas offenser l'esprit scientifique que de réclamer pour le *lieu de Genève* le concours le plus puissant qui lui puisse être donné et — quant au Souverain Pontife — que l'offense envers lui, ce serait d'omettre, parmi les autorités morales du monde, la sienne dont nul esprit sincère ne peut nier ni l'éclat ni la bienfaisance.

Je me bornerai donc — à titre exceptionnel — à quelques mots à l'adresse de M. P. Michel RIQUET, S. J. Directeur de la Conférence Laënnec, docteur en théologie, Croix de Guerre.

Non seulement je suis en parfait accord avec M. P. Michel Riquet quant à l'action pacifiste de la papauté durant la guerre (*encyclique du* 1er *nov.* 1914 ; *allocutions consistoriales de* 1915-1916 ; *message du* 1er *août* 1917 ; *trêve de Noël de* 1914 . . .) ; non seulement je me sens flatté dans ma qualité d'Occidental de l'hommage solennel rendu par les Turcs à Benoit XV ; mais encore je suis persuadé que M. P. Michel RIQUET loin de surestimer l'action pacifique de la papauté la prône insuffisamment et je n'ai jamais douté un seul instant que le cœur du Pontife n'ait pas cessé de souffrir cruellement pendant les hostilités, de souffrir autant et plus que souffrirent certaines personnalités — — tel Alphonse XIII aux bons offices duquel doit s'attacher la

reconnaissance méritée d'un nombre très élevé de familles françaises et de familles allemandes.

Mais M. P. Michel Riquet parle d'une chose et moi *je parle d'une autre chose*.

Je ne me soucie pas de politique — pacifiste ou autre — et je ne me mêle ni d'approuver ni de blâmer.

Mais, après quarante années de pérégrinations en France, en Algérie, en Tunisie, en Rhénanie et parfois dans d'autres contrées, je constate ceci que je considère comme une obligation de faire entendre de toutes mes forces dans toute la limite de mes moyens : c'est que ni pendant la paix, ni en temps de guerre, ni en France, ni à l'étranger je n'ai jamais constaté l'existence d'un enseignement de quelque étendue contre la cruauté.

Si cet enseignement avait été donné *bien des crimes n'eussent pas été commis qui le furent, l'humanité se serait épargné beaucoup d'atrocités.*

A cela quelques étourdis objecteront : à quoi bon rappeler incessamment, comme vous le demandez, des prescriptions qui sont implicitement et explicitement celles du Christianisme, des prescriptions que nul catholique ne doit, ne peut ignorer ?

Que ceux qui raisonnent ainsi consentent à cesser de jouer les autruches. S'ils sont de bonne foi, ils auront tôt fait d'apprécier comme il convient la façon dont à l'occasion des chrétiens traitent des chrétiens et *a fortiori* les indigènes des colonies.

Mensonge, calomnie, vol, adultère ... sont implicitement et explicitement interdits par l'Eglise ; n'entendons-nous pas cependant les prêtres rappeler *incessamment* ces interdictions aux fidèles ?

C'est cet enseignement *systématisé* et *incessant* contre la cruauté que je réclame. Et je prétends qu'il doit être donné dès le temps de paix.

Ce n'est pas au moment où la haine embrase tout un peuple déchiré par une guerre civile ou des continents entiers dévorés de guerres internationales qu'il est possible d'agir efficacement. *Alors il est trop tard.*

L'enseignement contre la cruauté doit faire partie du bagage de tout être humain, particulièrement de celui du *chef* et du *colonial*.

Qui mieux que le pape peut imposer cet enseignement ? Qui mieux que le pape peut donner la vie à celle des réalisations pratiques de cet enseignement qu'est le *lieu de Genève* ?

A quelle autorité plus haute s'adresser qu'à celle que des musulmans vénérèrent en inscrivant sur le socle d'un monument élevé en témoignage de reconnaissance : *Au grand Pontife de la tragédie mondiale, Bienfaiteur des peuples sans distinction de nationalité ou de religion ; l'Orient*, 1914-1919.

Cette inscription justement rappelée par M. P. Michel Riquet m'est une assurance de plus que le jour où le pape parlera toutes les autorités du monde devront, de gré ou de force, s'engager dans la voie humanitaire qu'il aura tracée, que le jour où le pape le voudra, *le lieu de Genève — destiné à sauver des femmes et des enfants* — passera de l'état de projet (1) à la phase constructive.

Certes l'appel n'est pas sans inconvénients ; il m'a valu déjà, me vaut, me vaudra sans doute, d'être accusé d'arrière-pensées tout à fait contradictoires mais qui ont un trait commun : celui d'être passablement vilaines.

Tout ceci n'importe pas et je ne polémiquerai pas.

Ce qui importe c'est que le Saint-Père entende ma voix.

L'entendra-t-il ?

Je suis convaincu qu'il l'entendra.

Dr G. Espé de Metz.

(1) Strictement, exclusivement humanitaire, indépendante de toute influence politique, confessionnelle philosophique ... l'association : *le lieu de Genève* groupe à ce jour *deux mille deux cent soixante quatorze membres* de nationalités diverses et de toutes conditions sociales. Inutile d'ajouter que c'est avec joie que je reçois toute adhésion nouvelle mais il est utile de signaler que les adhésions peuvent être et demeurer intégralement gratuites.

« Depuis quelque temps, sous prétexte de respecter le secret professionnel, les médecins s'asbtiennent de faire les déclarations des maladies contagieuses.

Dans toute la France, des médecins et même certains syndicats montrent un état d'esprit contre lequel il faut réagir ».

(Docteurs A. Loir et Daniel (du Havre). A propos de la déclaration des maladies contagieuses. *Académie de médecine*, 11 octobre 1932).

VARIÉTÉS

Le nouveau livre du Docteur Klippel

« La vie aventureuse de Jeanne Ire, Reine de Naples » [1]

Histoire romancée

Il est des livres qu'on ne peut analyser. Si on essaie de les résumer, si on détache quelques passages de l'ensemble, on détruit le charme du récit. Il faut lire de tels ouvrages dans le texte, d'un bout à l'autre, pour en saisir les nuances et la beauté.

La vie aventureuse de Jeanne Ire est de ceux-là. C'est en historien et en poète que l'auteur fait le récit des tragiques événements qui ont rendu célèbre le royaume de Naples pendant la première moitié du XIVe siècle. De l'œuvre se dégage une poésie très réelle ; par là elle mérite le nom que lui donne l'auteur d'histoire romancée, mieux même, dirons-nous, d'histoire poétique.

Avec son esprit si particulièrement original, l'auteur ne vient-il pas de créer une nouvelle forme de roman ? Derrière la prose du texte, on entend le rythme de vers très réguliers, très purs, auxquels ne manque même pas l'appel sonore de la rime !

Cette union de la prose et des vers donne à l'histoire de la reine de Naples une intensité de vie très prenante.

L'un des reproches que l'on fait aux auteurs d'histoires romancées est de prendre certaine liberté avec la vérité historique. Ceux qui connaissent le scrupuleux souci de documentation du Docteur Klippel savent qu'il ne pouvait tomber dans ce travers. Certes, l'auteur marque plus intensément les traits de ses personnages, mais il n'en altère pas les caractères réels. Peindre sous une lumière plus intense, donner la vie aux événements et aux personnages des récits, n'est pas contraire à la vérité. Ce sont les fausses interprétations, les calomnies et les louanges intéressées qui font les erreurs et les mensonges.

Ainsi, sans déformer la vérité, mieux même en donnant aux personnages leur état d'âme véritable, l'auteur a écrit un livre très vivant d'histoire et de poésie.

***

Dans la préface qui sert d'introduction à la vie aventureuse de Jeanne Ire, reine de Naples, l'auteur nous expose son sentiment sur le roman et ses rapports avec l'histoire.

Tout serait à citer dans cette magnifique préface ; obligé de nous limiter à quelques extraits, nous craignons d'en détruire la belle harmonie et de rendre mal les pensées de l'auteur.

Le roman est parfois considéré comme un genre littéraire dont le caractère est la futilité. Il est inadmissible, dit le Docteur Klippel, qu'il en soit ainsi. Une œuvre dépourvue de tout enseignement ne peut être qu'un bruit de mots ou une musique de mots, au cas où le talent les choisit et les assemble suivant des sonorités harmonieuses.... Si la poésie et l'art sans idées ont eu quelque succès, c'est que l'ignorance qui est un état paisible, suivant La Bruyère, non seulement se complait en elle-même et trouve sa propre image dans des œuvres vaines, mais répugne à s'instruire et a horreur de l'érudition.

On reproche encore au roman d'être parfois immoral.

Certes on a écrit des romans abjects, soit en salissant systématiquement toutes choses, soit en choisissant des sujets répugnants et dont l'exemple est corrupteur. En cela, que nos contemporains ne se vantent pas de leur audace, car déjà un passé lointain avait connu les « Cynédologues » et les « Sotadica Carmina, ou verba », littérature malsaine née de la décadence aléxandrine....

Mais, répond le Docteur Klippel, « quand les romanciers se bornent à étudier les mœurs d'une société limitée, à esquisser

(1) Docteur M. Klippel. — *La vie aventureuse de Jeanne Ire, reine de Naples.* Histoire romancée. Un vol. 13,5 × 19 tiré sur velin à mille exemplaires numérotés. Editions du Trianon, Paris, 1932.

des caractères individuels, à pénétrer, par l'analyse, la psychologie curieuse de certains personnages, à décrire l'esprit des provinces ou des villes, à dépeindre les sites, à faire naître l'intérêt de leur récit par un enchaînement qui conduit les événements à leurs fins rationnelles et morales, à montrer par des caractères distinctifs les tendances d'une époque, l'utilité de leurs œuvres les met déjà à l'abri du reproche de cette futilité des récits amusants, ou des aventures galantes, qui a parfois servi à définir le roman ».

Et voici, sous la plume du maître neurologue, ce magnifique éloge du roman :

« C'est une injustice d'avoir voulu donner au roman un rang inférieur par rapport aux autres genres littéraires.

Pour trouver, par la connaissance du cœur humain, des remèdes aux passions, pour corriger les mœurs par l'aiguillon de la douleur ou par le fouet du ridicule, il dispose de plus de moyens et de plus de ressources que le drame ou la comédie ; pour peindre de grands spectacles, pour faire connaître les personnages et les événements de l'histoire, il peut prétendre à remplacer le genre épique, déjà déclaré impossible au temps de Callimaque, et tout à fait démodé aujourd'hui.

Non seulement le romancier dispose du dialogue, mais il peut faire connaître plus complètement les personnages, qu'il met en scène par des renseignements et des détails qui sont fournis en dehors de leurs paroles et de leurs actes ; il peut ajouter, à ce qu'ils disent ou à ce qu'ils font, des jugements, qui sont les siens, pour les révéler entièrement, faire des critiques, ou donner des louanges à leur conduite.

Il a l'avantage de prendre lui-même la parole pour s'adresser directement à ses lecteurs, de mêler dans le même ouvrage le tragique au comique, le raisonnement à l'imagination, la description et la narration aux preuves de ce qu'il avance, de décrire le décor où évoluent les gestes qu'il raconte et le milieu moral où sont nés les sentiments et les idées qui meuvent ses personnages, de dévoiler les causes secrètes de leurs actions, d'opposer la nature ambiante à l'état d'âme des hommes, ou de faire déteindre la nature sur eux, à la façon des romantiques, de peindre, selon les circonstances, sous le ciel de l'idylle ou sous les nuages amoncelés, de parler en artiste, en philosophe, en savant, en poète, qui réhausse, par ses propres émotions celles qu'il fait naître chez les autres.

La tragédie avec le chœur, la comédie avec son personnage moral, n'offrent, en comparaison, que des moyens moins multiples, et qui ne peuvent jamais atteindre au même degré de développement. »

Le roman peut faire usage de tous les autres genres et dispose de ressources infinies ; il est capable par de si riches moyens, de tout exposer, et par conséquent, de tout enseigner dans les formes les plus variées.

Les premiers romans apparaissent dans une efflorescence où les aventures, la géographie, la politique, la sociologie, la religion, la philosophie et l'histoire, se mêlent aux frictions de leurs récits... En décrivant des terres fictives comme des pays réels, en y faisant vivre des peuples imaginaires, en y conduisant leurs héros, les auteurs pensaient donner plus de poids aux connaissances, aux théories, aux inventions, aux moralités et disons-le aussi, parfois aux utopies, qu'ils se proposaient de développer.

« Philosophie, histoire, voyage ont emprunté la forme du roman en ces temps reculés. Des narrations fabuleuses et des mythes philosophiques destinés à exposer des hypothèses sérieuses ou profondes se rencontrent même dans Platon : « C'est un mythe, écrit-il, mais qui n'est pas plus invraisemblable que tout ce qu'on a écrit sur le même sujet ». Il s'agit d'un exposé de cosmologie où le roman se rencontre avec des hypothèses que la science avait faites.... Son Atlantide, toute imaginaire, n'est que l'occasion d'exposer, d'après les conseils de Socrate, des idées politiques et sociales qui seront développées dans un autre ouvrage dédactique qu'est sa *République*.

Aristote lui-même, bien qu'à un moindre degré, a usé de la forme romantique pour propager dans le peuple ses idées philosophiques.

L'antiquité abonde en purs romans où de telles notions sont exposées, mélangées à des connaissances de tous genres

La Panchaïe d'Evhémère en est un exemple remarquable par la multiplicité des enseignements qu'on y rencontre, concernant l'histoire sacrée, la religion, la législation, avec la philosophie, et d'où se dégage la célèbre doctrine connue sous le nom d'Evhémérisme.

Cependant, toute fictive était cette terre, aussi bien que les événements, que l'auteur y avait placés, à ce point qu'un jour, Polybe devait s'écrier ironiquement : « j'aimerais mieux croire à l'île de Panchaïe », et tandis que l'intérêt qui s'attachait au récit l'avait fait considérer comme une réalité géographique et historique...

Si l'île et les peuples du romancier ont disparu, la doctrine précédente est demeurée à travers les siècles comme l'expression d'une vérité acceptable pour certains cas.

De même le roman et l'histoire proprement dite se sont trouvés mêlés intimement dès les temps antiques.

Tantôt, l'histoire, donnée comme telle, fut une œuvre où l'imagination avait un rôle d'importance notable, tantôt, le roman fut un prétexte à enseigner les gestes des peuples.

Les historiens de la conquête de l'Inde par Alexandre, éblouis par le prestige étrange de ce pays inconnu jusque-là, ont dépeint leur héros par le côté merveilleux de ses actes, et les auteurs latins, qui ont copié les auteurs grecs, n'ont fait que reproduire leurs fables. « Ce n'est qu'écorce et que vent » écri en résumé l'auteur du *Traité du Sublime.*

Hérodote lui-même a donné un exemple analogue quand il mêle à son Histoire maints récits d'Orient, lui qui note consciencieusement, mais sans critiquer, les faits qu'on lui rapporte.

Les merveilles abondent dans Ctésias, sans compter ses erreurs.

La description de l'Atlantide fait écrire à Strabon : « L'Atlantide fut anéantie par celui qui l'avait inventée. »

. . . .

En présence de telles œuvres et de beaucoup d'autres analogues, on songe à l'ironie critique de Lucien écrivant son ouvrage intitulé *Une Histoire véritable.*

En passant à la géographie, avec les voyages décrits par Hécatée et par Denys, tous deux de Milet, œuvres en tout cas signées de leurs noms, on trouve un enseignement tout imprégné de merveilleux.

Telle est encore la description de l'île des Hyperboréens par Hécatée d'Abdère.

Tels sont le roman d'Hellanicos décrivant les lois barbares, les récits des voyages de Pythéas, ou de Mégasthène ; telle est l'île Fortunée de Iambule, dont il ne laisse pas de préciser la situation, et qui lui sert de prétexte à la description des mœurs de certains peuples. Et, plus tard, le roman géographique d'aventures, si séduisant, où Héliodore fait se rencontrer Théagène et Chariclée.

Il y a eu aussi, plus tard, des romans qui ont servi à exposer des utopies, comme toutes les « cités solaires » du moyen âge....

Quoiqu'il en soit, l'antiquité avait laissé transparaître de sérieuses connaissances et exprimé parfois des idées profondes sous le voile de la fiction romanesque.

Les romans de Walter Scott, le Robinson, les Voyages de Gulliver, les ouvrages de Jules Verne et de tant d'autres, ont donc eu de lointains prédécesseurs qui avaient donné les premiers modèles, d'où devait se dégager une méthode de composer et d'écrire tant de romans instructifs.

Il faut reconnaître encore que les premiers types du genre contenaient déjà, en germe, la diversité des espèces que l'avenir devait développer ; tandis que cette évolution peut servir à faire connaître le caractère des époques successives, comme, par exemple, le goût des aventures chevaleresques, dans les Romans d'Artus, pleins d'enchantements et de féeries, comme les romans du Cycle de Charlemagne, comme l'esprit satirique de la fin du moyen âge dans le Roman de la Rose où le droit de critique s'affirme avec une liberté qui étonne, devant la rigueur intolérante de ces temps.

Et jusqu'à ce point que cette évolution peut fournir de justes idées sur les peuples et sur les époques. »

Et concluant sa très belle et très savante préface, le Docteur Klippel s'élève de nouveau contre la futilité et l'immoralité de certains romans.

« Si le roman dispose de tant de moyens de décrire et d'enseigner, au point de rivaliser avec l'épopée ancienne qui contenait tous les genres littéraires, et qu'il semble destiné à remplacer, il serait sans doute sans excuse, et même par cela seul, de s'efforcer de plaire à des lecteurs incapables d'un développement intellectuel, en justifiant le reproche, qu'on lui fit, d'être futile ou immoral. »

André FEIL.

FONDÉ EN 1873. — N° 53 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 24 DÉCEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

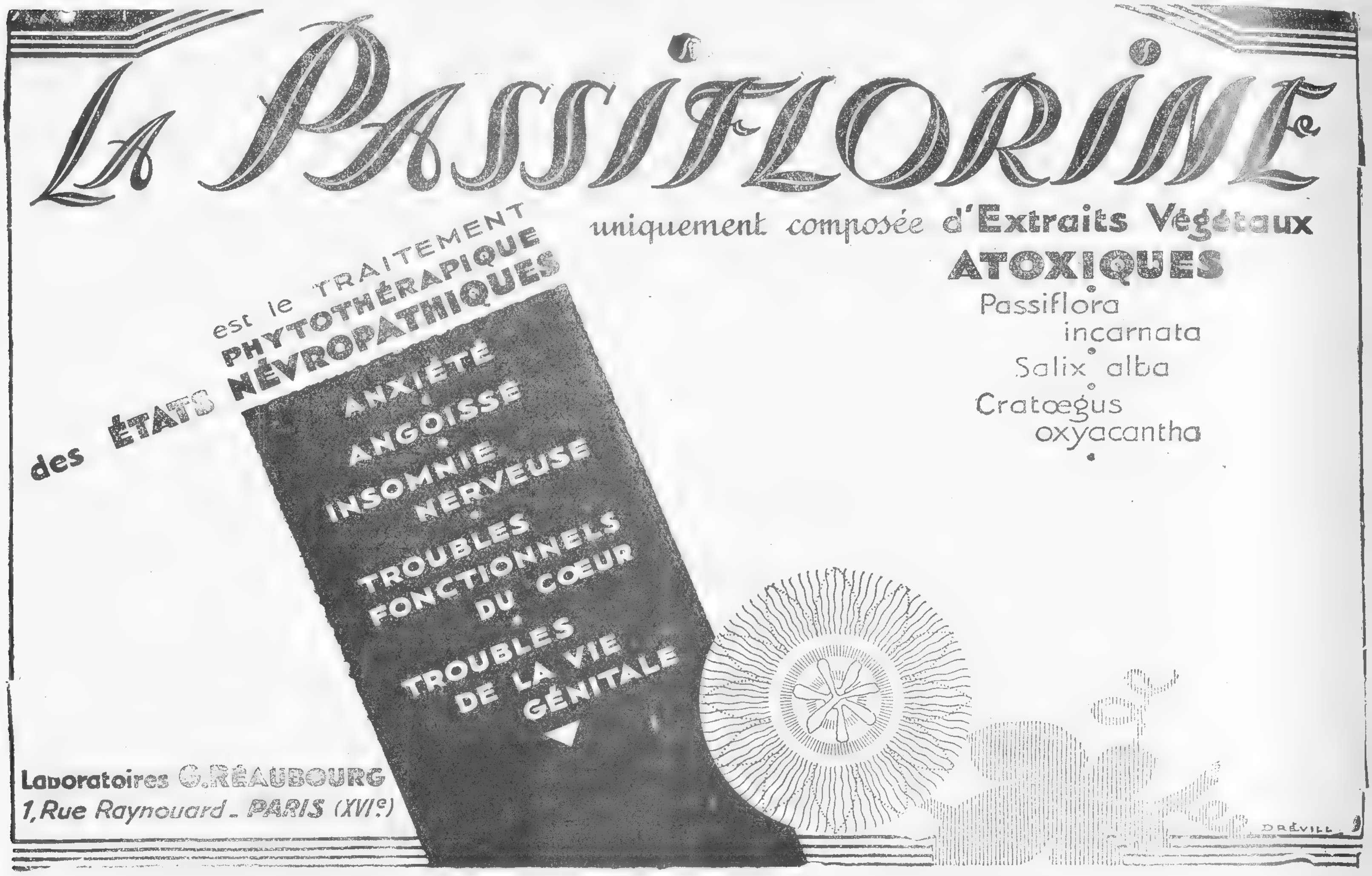
A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

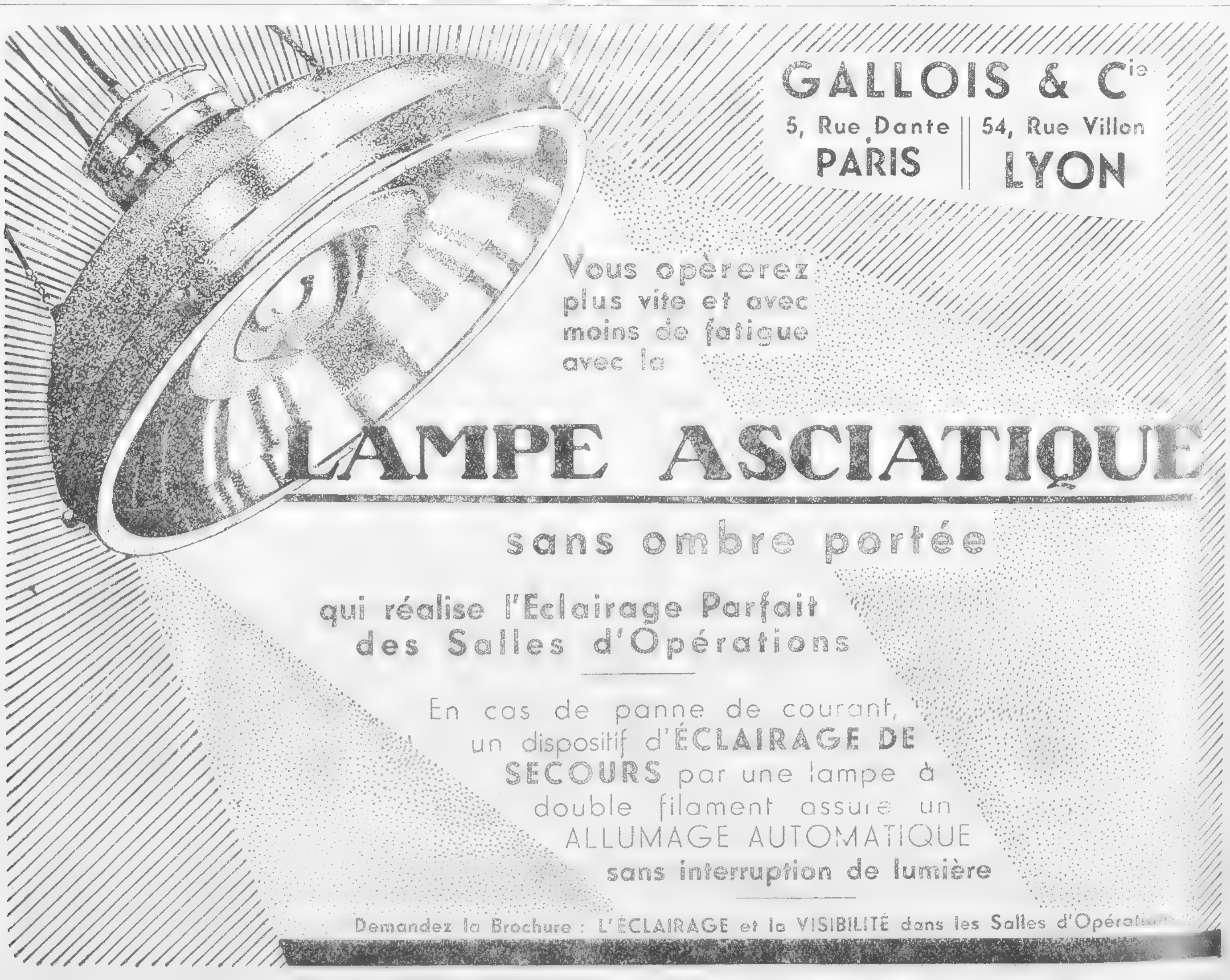
France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ



La Passiflorine
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard _ PARIS (XVIe)



GALLOIS & Cie
5, Rue Dante PARIS
54, Rue Villon LYON
Vous opèrerez plus vite et avec moins de fatigue avec la
LAMPE ASCIATIQUE
sans ombre portée
qui réalise l'Eclairage Parfait des Salles d'Opérations
En cas de panne de courant, un dispositif d'ÉCLAIRAGE DE SECOURS par une lampe à double filament assure un ALLUMAGE AUTOMATIQUE sans interruption de lumière
Demandez la Brochure : L'ECLAIRAGE et la VISIBILITÉ dans les Salles d'Opérati

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 14 décembre. — M. Voiriot. Contribution à l'étude des rapports ovaro-mammaires. — M. Thomas. Magnésium et grossesse.

15 décembre. — M. Thouret. Samuel Hahnemann 1755-1843, sa vie, ses idées. — M. Schneyder. Anesthésie de base, anesthésie à l'éther améliorée par l'emploi de l'acide ethyl-butyl-barbiturique administré par voie buccale. — M. Terver. Des affections chirurgicales chroniques du rein demeurées latentes jusqu'à l'infection aiguë de la lésion.

17 décembre. — M. Bellière. Paralysie générale et génie. — M. Vialle. Prémunition de l'endocardite maligne secondaire lente à streptocoques. — M. Baratoux. Tumeurs malignes primitives de la trachée. — M. Bouré. Quelques aspects radiologiques inhabituels du mal de Pott et du cancer vertébral.

Agrégation. — Le nombre d'emplois d'agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, fixé par l'arrêté susvisé du 3 novembre 1932, est augmenté du nombre ci-après dans les sections qui suivent :

Médecine générale. — Strasbourg, 1 place ; Marseille, 1 place.
Chirurgie. — Marseille, 1 place.
Physiologie. — Paris, 1 place.
Anatomie pathologique. — Alger, 1 place.
Pharmacie. — Lille, 1 place.

Comme conséquence de ces augmentations d'emplois d'agrégés, le nombre des places mises aux concours est porté pour les sections ci-après : Médecine, de 15 + 2 à 17 ; chirurgie, de 16 + 1 à 17 ; physiologie, de 3 + 1 à 4 ; anatomie pathologique, de 3 + 1 à 4 ; pharmacie, de 1 + 1 à 2.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade d'officier.* — MM. les Docteurs Agasse-Lafont et Moure (de Paris), Parès (de Montpellier), Ribot (de Marseille), Teulières (de Bordeaux).

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Cayla (de Paris), Dansac (d'Asnelles), Dauchelle (de Saint-Maur), Delattre (de Reims), Grillières (de Béziers), Hamant (de Nancy), Hamm (de Strasbourg), Iversenc (de Lavaur), Laufer (de Paris), Laurent (de Lens), Lestocquoy, Magnier et Marcus (de Paris), Morély (de Tulle), Pellot (d'Epernay), Renous (du Vésinet), Rocher (de Canteleu), Routier, Soupault et Mlle Weill (de Paris).

Mme Le Perf, surveillante à l'hôpital de Vaugirard.

M. Mathieu, chef de service à l'Assistance publique.

Travail. — *Au grade de commandeur.* — M. le Docteur Grinda ancien ministre du Travail.

Commerce. — *Au grade d'officier.* — MM. les Docteurs Midy, fabricant de produits pharmaceutiques, à Paris ; Métadier, fabricant de produits pharmaceutiques, à Tours.

Education physique. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Tissié.

Service de Santé. — *Mutations.* — Les médecins colonels : Stitelet, des salles militaires de l'hospice mixte de Nice, au service de santé de la 16e région, à Montpellier ; Armeilla, des salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers, au service de santé de la 9e région, à Tours.

Le médecin lieutenant-colonel Gensollen, des salles militaires de l'hospice mixte de Nice, maintenu et désigné comme médecin-chef.

Les médecins commandants : Barboni, en disponibilité, rappelé à l'activité et affecté au 19e C. A. ; Létang, du 109e d'artillerie, aux salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers.

Les médecins capitaines : Auban, du 15e d'infanterie, au 109e d'artillerie, à Poitiers ; Peytraud, du 94e d'artillerie de montagne, au 13e d'infanterie, à Nevers ; Baur, du 152e d'infanterie, aux troupes du Maroc ; Jaulmes, du 19e C. A., à l'Ecole du service de santé militaire.

Les médecins lieutenants : Juzaud, du 12e d'artillerie, au 19e C. A. ; Delmas, de l'infirmerie-hôpital d'Haguenau, au 12e d'artillerie, à Haguenau.

Hôpitaux de Paris. — *Mutations et titularisations* à la date du 26 décembre 1932 :

I. Médecins. — A Broussais (remplacement de M. le Docteur Dufour, limite d'âge), M. le Docteur Abrami, de la Charité ; — à la Charité, M. le docteur Tixier (mutation intérieure) ; — à la Charité (service de M. le Docteur Tixier), M. le Docteur Ch. Richet, de l'hôpital Ambroise Paré ; — à Ambroise Paré, M. le Docteur Lévy-Valensi, de Brévannes ; — à Brévannes, M. le Docteur Bourgeois, médecin des hôpitaux.

2° A Bichat (remplacement de M. le Docteur Lemierre, nommé professeur de clinique), M. le Docteur Faroy, de Beaujon ; — à Beaujon, M. le Docteur Stévenin, de l'Hôtel-Dieu ; — à l'Hôtel-Dieu, M. le Docteur Henri Bénard, de la Charité ; — à la Charité, M. le Docteur de Gennes, de Bicêtre ; — à Bicêtre, M. le Docteur Nicaud, titularisé.

3° A Laënnec (remplacement de M. le Docteur Jousset, limite d'âge), M. le Docteur Gautier, de la Maison municipale de santé ; — à la Maison de santé, M. le Docteur Jacquet, de Sainte-Périne ; — à Sainte-Périne, M. le Docteur Marquézy, titularisé.

II. Chirurgiens. — 1° A la Pitié (remplacement de M. le Docteur Lenormant, nommé professeur de clinique), M. le Docteur Baumgartner, de la Charité ; — à la Charité, M. le Docteur Desplas, titularisé.

2° A Tenon (remplacement de M. le Docteur Grégoire, nommé professeur de clinique), M. le Docteur Deniker, d'Ivry ; — à Ivry, M. le Docteur Métivet, titularisé.

3° A la Pitié (remplacement de M. le Docteur Fredet, limite d'âge), M. le Docteur Chevrier (mutation intérieure) ; — à la Pitié (service 9), M. le Docteur Kuss, de Bichat ; — à Bichat, M. le Docteur Mondor, de Broussais ; — à Broussais, M. le Docteur Monod (Robert), titularisé.

4° A Lariboisière (remplacement de M. le Docteur Wiart, limite d'âge), M. le Docteur Cadenat (mutation intérieure) ; — à Lariboisière (service de M. le Docteur Cadenat), M. le Docteur Houdard, titularisé.

5° A Necker (remplacement de M. le Docteur Robineau, limite d'âge), M. le Docteur Jean Berger, de Necker-Enfants-Malades (gynécologie) ; — à Necker-Enfants-Malades (gynécologie), M. le Docteur Rouhier, titularisé.

6° Aux Enfants-Assistés (remplacement de M. le Docteur Veau, limite d'âge), M. le Docteur Martin, de Saint-Louis (annexe Grancher) ; — à Saint-Louis (annexe Grancher), M. le Docteur Picot, de Bretonneau ; — à Bretonneau, M. le Docteur Leveuf, titularisé.

7° A Beaujon (remplacement de M. le Docteur Alglave, limite

d'âge), M. le Docteur Guimbellot, de la Maison municipale de santé ; — à la Maison municipale de santé, M. le Docteur Brocq, titularisé.

III. Electro-radiologistes. — 1° A Lariboisière (remplacement de M. le Docteur Haret, démissionnaire), M. le Docteur Guilbert, de l'hôpital Boucicaut ; — à Boucicaut, M. le Docteur Gérard, de l'hospice des Enfants-Assistés ; — à l'hospice des Enfants-Assistés, M. le Docteur Aimé, de la Maison municipale de santé ; — à la Maison municipale de santé, M. le Docteur Ledoux-Lebard, titularisé.

2° A l'hôpital Hérold (remplacement de M. le Docteur Laquerrière, en disponibilité), M. le Docteur Thibonneau, titularisé.

Médecin-adjoint du sanatorium de Montfaucon (Lot). — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin adjoint du sanatorium de Montfaucon (Lot), établissement de la Fédération des Mutualités postales.

Le traitement de début est de 22.000 francs, avec logement, chauffage, éclairage, blanchissage et facilité d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement.

Les demandes doivent être adressées, avant le 30 janvier 1933, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris-VI[e].

Envoyer les titres et références sur copies certifiées conformes.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1932-1933, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain ; entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le deuxième trimestre 1932-1933. — 8 janvier. M. Le Lorier, accoucheur des hôpitaux : L'analgésie obstétricale. — 15 janvier. M. E. Desmarest, chirurgien des hôpitaux : Diagnostic des états douloureux de la moitié droite de l'abdomen. — 22 janvier. M. Edouard Pichon, médecin des hôpitaux : L'évolution du rétrécissement mitral. — 29 janvier M. Ameuille, médecin des hôpitaux : L'exploration méthodique de la plèvre pathologique (projections).

5 février. M. Laignel-Lavastine, médecin des hôpitaux : L'entourage des malades (étude clinique). — 12 février. M. Ribadeau-Dumas, médecin des hôpitaux : Etude clinique du fonctionnement des reins chez le nourrisson. — 19 février. M. R. Weismann-Netter, médecin des hôpitaux : Les méningites aiguës lymphocytaires curables. — 26 février. M. L. Babonneix, médecin des hôpitaux : Paralysie infantile (projections).

5 mars. M. Etienne Bernard, médecin des hôpitaux : Œdème aigu du poumon et système nerveux. — 12 mars. M. Sainton : Les insuffisances ovariennes au point de vue endocrinologique. — 19 mars. M. A. Jacquelin, médecin des hôpitaux : Pneumonie caséeuse et poussées fluxionnaires allergiques dans la tuberculose pulmonaire. — 26 mars. M. N. Péron, médecin des hôpitaux : L'hystérie : sa clinique, son rôle ; son traitement en neurologie contemporaine.

Institut d'hydrologie et de climatologie. (Collège de France. Année scolaire 1932-1933.) — Les conférences d'hydrologie générale, de chimie biologique appliquée à l'hydrologie, de climatologie, thalassothérapie et héliothérapie, seront faites au laboratoire de M. le Professeur Desgrez, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Ecole pratique, escalier E (3[e] étage), à 18 heures.

Les conférences d'hydrologie médicale de M. le Professeur Rathery, directeur du service à l'hôpital de la Pitié, seront faites à la salle des conférences de la clinique thérapeutique médicale dudit hôpital, le samedi à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital.

Hydrologie générale. (MM. le Professeur Georges Urbain, Pierre Urbain et Poirot-Delpech). — Mardi 10 janvier. Notion d'hydrogéologie. — Mardi 17 janvier : Origine et genèse des eaux minérales. — Mardi 24 janvier : Propriétés physiques et constitution chimique des eaux minérales. — Mardi 31 janvier. Analyse des eaux minérales. Interprétation des résultats numériques. — Mardi 14 février: Classification des eaux minérales. — Mardi 21 février : Quelques applications particulières de la classification précédente. — Mardi 28 février : L'établissement ; la station thermale. — Mardi 7 mars : Outillage de l'établissement thermal. — Mardi 14 mars : Application des notions d'hydrogéologie à une région thermale déterminée. — Mardi 21 mars : Application des notions de technologie à la même région thermale.

Chimie biologique appliquée à l'hydrologie. (MM. le Professeur Desgrez, Giberton, Wolff et P.-L. Violle). — Lundi 9 janvier : Bilans, métabolisme et équilibre azotés. — Lundi 16 janver : Carbone urinaire ; molécule élaborée moyenne ; cryoscopie. — Lundi 23 janvier : Métabolisme des hydrates de carbone et des graisses. Glycémie. — Lundi 30 janvier : Diabète et acétonurie. — Lundi 6 février : Acidité urinaire ; acidité de titration, acidité ionique. Applications hydrominérales du pH urinaire ; dose-seuil. — Lundi 13 février : Equilibre acide-base. Acidose dans le diabète et dans les néphrites. — Lundi 20 février : Eaux sulfureuses ; métabolisme du soufre. — Lundi 27 février : Métabolisme des eaux minérales. — Lundi 6 mars : Propriétés anagotoxiques, phylactiques, etc., des eaux minérales. — Lundi 13 mars: Métabolisme basal.

Hydrologie médicale. (Les conférences de clinique hydrologique seront faites par M. le Professeur Rathery, à l'hôpital de la Pitié, les samedis à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital). — Samedi 7 janvier : Les cures thermales dans les maladies du *rein.* — Samedi 14 janvier : Les cures thermales dans les maladies *cardio-vasculaires.* — Samedi 21 janvier : Les cures thermales dans les maladies de l'*appareil respiratoire.* — Samedi 28 janvier : Les cures thermales dans les maladies du *système nerveux.* — Samedi 4 février : Les cures thermales dans les maladies de l'*appareil digestif.* — Samedi 11 février : Les cures thermales dans le *diabète.* — Samedi 18 février : Les cures thermales dans la *goutte et l'obésité.* — Samedi 25 février : Les cures thermales dans les affections *articulaires et osseuses.*

Climatologie générale envisagée au point de vue médicale. (Conférences faites par M. le Docteur Baudoin, à 18 heures, laboratoire du Professeur Desgrez.) — Vendredi 13 janvier : Climatologie générale envisagée au point de vue médical. — Vendredi 20 janvier : Climats d'altitude. Leur action sur l'organisme. Cure d'altitude. — Vendredi 27 janvier : Que doit-on entendre médicalement sous le nom de station climatique ? Quel doit être son but ? Comment doit être comprise son organisation ? — Vendredi 3 février : Action de la lumière solaire sur l'organisme. Héliothérapie à la montagne, à la mer. — Vendredi 10 février : Action du milieu marin sur l'organisme. — Vendredi 17 février : Cures marines (balnéaires, climatiques, cures de bateau, de haute mer). — Vendredi 24 février : Utilisation de la cure marine dans les différentes formes de tuberculose et le rachitisme. — Vendredi 3 mars : Peut-on l'employer chez les nerveux, les dyspeptiques (gastro-intestinaux), les hépatiques, les cardiaques, les rénaux et dans les maladies des femmes ? — Vendredi 10 mars : Considérations qui doivent guider le choix entre la cure climatique (de plaine, de moyenne ou de haute altitude) et la cure marine. Indications respectives des diverses régions ou stations.

Conférences faites au Collège de France (à l'Amphithéâtre de médecine, à 17 heures) : Physique hydrologique et climatique. (M. le Professeur d'Arsonval, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine ; MM. Touplain, chef des travaux ; Besson, chef du service climatique. Les sujets, jours et heures des conférences seront ultérieurement publiés). — Hygiène hydrologique et climatique. (M. le Docteur F. Bordas, directeur du laboratoire d'hygiène générale et expérimentale ; MM. Touplain, chef des travaux ; Guillerd, chef du service de bactériologie. Les sujets, jours et heures des conférences seront ultérieurement publiés.) — Chimie-physique hydrologique et climatique. M. Lepape, chargé de cours au Collège de France, continuera ses leçons sur : « La radioactivité des minéraux et des roches », le jeudi, à 17 h. 30, et le mardi, à 17 heures, à partir du jeudi 12 janvier.)

A propos de l'appel de l'Association internationale des médecins contre la guerre. — Le Docteur *Lucien* Rouquès, chef de clinique *des maladies nerveuses* à la Faculté, nous prie de préciser qu'il n'a rien de commun avec le médecin du même nom qui a cru devoir donner son adhésion à l'appel de l'Association internationale des médecins contre la guerre, dont un communiqué a paru dans le numéro du 19 novembre 1932 du *Progrès Médical*, page 1971.

Nécrologie. — Docteur Paul Billet, de Lons-le-Saunier (Jura), décédé dans sa 49e année. — Docteur René Charvet, de Bois-Colombes (Seine), décédé dans sa 79e année. — Docteur Pierre Deglaire, de Charleville (Ardennes), décédé dans sa 44e année. — Docteur Adrien Gaborit, de Bordeaux, 171, rue Johnstone, décédé dans sa 88e année. — Docteur Judet de la Combe, médecin colonel des troupes coloniales, décédé à La Bachellerie (Dordogne). — Docteur Pardo de Tavera, décédé à Paris, à l'âge de 73 ans. — Docteur Payot, d'Annecy, ancien interne des hôpitaux de Lyon, décédé dans sa 48e année. — Docteur Giffo, de Vignacourt (Somme), mort victime du devoir à l'âge de 46 ans. — Docteur William S. Thayer, de Baltimore, décédé subitement à l'âge de 68 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

Utilisation clinique du prolandiagnostic

Par

Henri VIGNES et **Jacques LEMANT**

Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Interne
des Hôpitaux de Paris

Nous avons vu, dans un précédent article, que les trois méthodes du prolan-diagnostic donnent un pourcentage remarquablement élevé de réponses exactes.

Il nous reste à étudier les réponses obtenues dans les grossesses anormales, et, d'autres part, les réactions positives obtenues en dehors de la grossesse avant de conclure sur sa valeur.

Variation de la réaction dans les grossesses anormales

La MÔLE HYDATIFORME *s'accompagne d'une augmentation considérable de l'hormone.* — 1° Le tissu môlaire contient cinq fois plus d'hormone que le placenta à poids égal (1).

2° La réaction dans l'urine est positive comme s'il s'agissait d'une grossesse aussi longtemps que la môle est vivante. Après la mort de la môle ou après son expulsion, on constate que la réaction reste positive plus longtemps qu'après une grossesse et d'autant plus longtemps que la môle était plus envahissante.

3° La teneur de l'urine en hormone est anormalement élevée et on peut réaliser un dosage qui permet un diagnostic des plus exacts. Normalement, l'urine contient quatre à six mille unités souris. S'il en existe cinquante mille ou plus, le diagnostic ne fait pas de doute : si une quantité de 0,02 cc., au lieu de 0,2, suffit pour déclencher la réaction II et III, c'est-à-dire, s'il y a dix fois plus d'hormones, il existe sûrement une môle. Et si la quantité d'hormones va en augmentant d'un examen à l'autre, il faut considérer que cette môle est particulièrement active.

4° Le chorio-épithéliome est, également, très riche en hormone. Il est difficile de déterminer la richesse de ce tissu en hormones, parce qu'il est très toxique pour les souris. On arrive, cependant, à le détoxiquer, en le laissant séjourner vingt-quatre heures dans de l'éther ; après quoi, on l'abandonne à l'air, puis on l'implante quand le fragment est sec. Si un fragment de tissu de 10 cgr. détermine les réactions II et III, on peut être sûr, d'après B. ZONDEK, qu'on a affaire à un chorio-épithéliome. Le produit de curettage peut être également implanté, et si le résultat est négatif de même que l'examen morphologique, le diagnostic de chorio-épithéliome peut être éliminé.

5° En cas de chorio-épithéliome, la réaction urinaire est fortement positive. Si on l'obtient avec 0,005 cc., le diagnostic certain. Si la disparition de l'hormone tarde anormalement à se produire, et, surtout, si après avoir été négative, la réaction devient à nouveau positive, on doit songer (après avoir écarté l'éventualité d'une nouvelle grossesse) à une séquelle maligne de la môle, soit localement, soit sous forme de métastases (2).

(1) ZONDEK. — Qualitative und quantitative Gewebsurtersuchung auf Hypophysenvorderlappenhormon nach Gewebsengiftung Bedeutung fur die Diagnose des Chorionepithelioms. *Zentralblatt fur Gynäkologie*, tome LIV, n° 37, 13 septembre 1930.

(2) Voir HELMUT ROSSLER : Uber die diagnostische Bedeutung des hypophysenvorderlappenhormons im Urin in Fallen von Blasenmole und Chorioneptitheliom. *Zeitschrift fur Geburtshulfe und Gynäkologie*, t. XCVI, n° 3, 27 déc. 1929, et WALTER WLADIKA : Die Aschheim-Zondeksche Schwangerschafts — reaktion bei pathologischer Shwangershaft. (Graviditasextrauteri und Blasenmole). *Zentralblatt fur Gynäkolocie*, tome LV. 17 janvier 1931.

6° La réaction est positive chez l'homme dans les chorio-épithéliomes testiculaires.

Conclusion. — Le dosage de l'hormone dans les urines est très utile, pour faire le diagnostic de môle, et il l'est encore plus pour dépister un chorio-épithéliome : cette deuxième application est peut-être la plus belle conquête pratique de la méthode.

LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE *donne une réaction positive mais de façon inconstante.* La raison de cette inconstance est facile à comprendre : réaction positive = œuf vivant avec tous les risques d'évolution dramatique ; réaction négative = œuf mort avec tous les risques plus minimes d'une évolution du type hématosalpinx et, au cas de gestation très jeune, possibilité de résorption.

Sur 22 cas de gravidité extra-utérine, ASCHHEIM a eu 16 réponses positives et 6 réponses négatives alors que l'œuf était mort depuis longtemps. Sur 26 cas suspects de G. E. U., VON AMMON eut 10 réponses négatives qui épargnèrent une laparotomie exploratrice ; dans 14 cas, la réaction a été positive et sept fois l'intervention a été pratiquée sur résultat donné par l'urine ; dans 2 cas, il eut un résultat négatif parce que l'œuf venait de mourir ; dans 12 cas de tumeurs annexielles, dans lesquelles cliniquement il n'y avait pas gravidité, la réaction a été positive une fois et l'intervention a montré l'exactitude du diagnostic biologique. Sur 11 extra-utérines, R.-T. FRANK eut 8 résultats positifs et 3 négatifs (un le deuxième jour après l'opération, un avec un œuf complètement dégénéré). E. SOLMS et KLOPSTOCK, sur 12 extra-utérines ont eu 11 réponses positives et une négative (un œuf mort). WALTER WLADICKA a eu 8 résultats positifs et 3 négatifs (trois œufs morts.) Dans les cas de MILO R. WHITE et d'ALVIN O. SEVERANCE, le test du souriceau mâle fut plus souvent exact que le test de la lapine et celui-ci que le test de la souris impubère ; mais, notent ces auteurs, ce procédé est celui qui demande le plus de temps et sa valeur pratique est, de ce fait, très diminuée.

Conclusion. — La réaction de Z. et A. et ses dérivés, sont intéressants parfois au cas de grossesse extra-utérine. Mais cet intérêt est limité : 1° quand les signes cliniques font penser à une grossesse extra-utérine en évolution ou en voie de rupture, il y a lieu de ne pas attendre le résultat toujours un peu long de la réaction ; 2° quand l'œuf est mort, la réaction est négative et ne peut donc servir à différencier un hématosalpinx ou une hématocèle des affections qui peuvent les simuler.

LA MORT DU FŒTUS IN UTERO *rend rapidement la réaction négative :* en trois à huit jours. E. VON AMMON a employé la réaction, six fois, pour confirmer le diagnostic de mort *in utero :* trois fois le résultat fut négatif (la mort du fœtus remontait à plus de six semaines), trois fois le résultat fut positif (la mort remontait respectivement à quatorze, dix-neuf et vingt-deux jours). R. T. FRANK, sur 9 cas où il cherchait à préciser le diagnostic d'enfant mort, a eu deux réactions positives avec enfant mort et deux réactions négatives avec enfant vivant. CZYZAK, dans deux cas d'œuf mort, a eu une réponse négative avec augmentation considérable des hormones ovariennes.

La réaction peut rester cependant positive malgré la mort du fœtus parce que dans certains cas, il reste des éléments plamodiaux actifs. BULLIARD a publié une observation de ce genre : il s'agissait d'une femme en état de rétention, qui avait une réaction positive ; le curettage ramena un œuf clair avec embryon dissous, mais l'examen histologique montra la vitalité de l'épithélium des villosités.

La toxicité de l'urine est nettement augmentée au cas de mort du fœtus *in utero*, ce qui a été interprété comme dû à la résorption des produits de désintégration ovulaire.

*Dans quelques cas d'*AVORTEMENT INCOMPLET, *la persistance d'une réaction positive a été observée,* témoignant de la rétention de fragments placentaires vivants.

Réactions positives en dehors de la grossesse

LA CASTRATION *détermine une apparition d'hormones*

◆◆

hypophysaires dans l'urine pendant un certain nombre de semaines. Tout se passe, comme si les glandes endocrines étaient en suractivité pour remplacer l'ovaire supprimé. (j'ai déjà indiqué cette hypothèse dans diverses publications) (1). Pour ZONDEK, l'explication est beaucoup plus simple : le prolan est éliminé après la castration parce qu'il n'est plus utilisé par l'ovaire.

Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait a été vérifié par de nombreux auteurs (2).

Il faut insister sur ce que le prolan trouvé dans ces cas est du prolan A. Jamais on ne trouve de prolan B., donnant les réactions II et III, lequel est caractéristique de la présence d'éléments ovulaires. Cependant FLUHMANN, sur 19 castrations récentes, a obtenu 19 réactions I, trois réactions II, une réaction III. Sur quatre castrations radiothérapiques, il a eu quatre réactions I et une réaction II et III (3).

JEFFCOATE a constaté, de plus, la présence de prolan dans les urines de lapines castrées : or, cet animal n'a pas de prolan pendant la grossesse ; il faut en conclure à une origine différente du prolan de castration et du prolan de grossesse (4).

Les modifications hypophysaires se traduisent à l'examen histologique de l'hypophyse (5) par un aspect très analogue à celui que nous décrirons à propos de la grossesse.

SIEGERT a vu, chez les cobayes castrés, qu'après une phase hyperhormonale, l'hypophyse contient une quantité d'hormone inférieure à la normale (6). Cette constatation me paraît devoir être soulignée : elle me semble prouver que pour « fabriquer » du prolan, il faut l'incrétion de l'hypophyse et une réaction chimique déclenchée par l'incrétion ovarienne. S'il en est ainsi, je crois qu'il y a là un argument possible contre la théorie des deux hormones hypophysaires : le prolan I et le prolan II sont, sans doute, deux états de saturation différente de l'hormone hypophysaire par les hormones ovariennes. Mais, ce ne sont qu'hypothèses (6 *bis*).

Comme la castration, LA MÉNOPAUSE *détermine une élimination augmentée de prolan.* Il nous faut, ici, résumer les constatations qui ont permis à ZONDEK de décrire trois périodes à la ménopause : première période : hypersécrétion de folliculine (200 unités cliniques par litre au lieu de 20), et hypersécrétion de prolan conditionnant l'hypersécrétion de folliculine (7) ; deuxième période : diminution de la folliculine (8) ; troisième période : disparition de folliculine et persistance du prolan qui finit par disparaître.

*En cas d'*AMÉNORRHÉE, *dans le plus grand nombre des cas, la réaction est négative* ; cependant dans de rares cas où l'aménorrhée est causée par un déséquilibre endocrinien qui permet de supposer une suractivité hypophysaire, on peut obtenir un résultat positif.

ASCHHEIM, sur 60 cas d'aménorrhée, n'a pas eu un seul résultat positif. LOURIA et ROSENZWEIG, sur 18 aménorrhées, ont eu dix-huit résultats négatifs. MAZER et HOFFMAN ont eu 7 résultats négatifs sur sept aménorrhées de lactation, 6 résultats négatifs sur six aménorrhées au cours d'une infection aiguë, 4 résultats négatifs sur quatre aménorrhées par hyperthyroïdisme. SOLMS et KLOPSTOCK (1), dans quatre cas, ont pu, à l'aide de la réaction, distinguer les aménorrhées hyperhormonales des aménorrhées hypohormonales. E. VON AMMON a observé une femme qui avait été irradiée jusqu'à aménorrhée durable : or, un des animaux utilisés présentait une réaction II et III. Un test de contrôle ultérieur fut négatif. E. VON A. conclut que l'irradiation a, dans ce cas, provoqué une modification profonde du système endocrinien. BOMPIANI (2), sur 9 cas d'aménorrhée, a eu cinq réactions négatives et quatre réactions positives (une hystérectomie sous ablation des annexes, trois aménorrhées simples) ; jamais il n'a eu de réactions III. EHRHARDT, chez une femme opérée pour extra-utérine et présentant, depuis, une aménorrhée avec atrophie utérine, a trouvé de façon constante du prolan A. dans le sang et dans l'urine (3). FLUHMANN, sur 17 aménorrhées, a eu six réponses positives (deux réactions I, quatre réactions III avec ou sans réactions I et II).

Conclusion. — Si, par curiosité, on fait la réaction pour un cas d'aménorrhée qui n'est sûrement pas une grossesse, il y a toute chance que l'on obtienne un résultat négatif. Si, au contraire, on l'emploie pour un cas d'interprétation difficile, pour une fausse grossesse, par trouble hormonal complexe, il arrive que l'on ne soit pas renseigné. C'est là un point pratique important à souligner dans l'emploi de la méthode.

ACROMÉGALIE. — MARGITAY, BECHT et MIKLOS, sur 6 acromégalies, ont eu deux réactions négatives, deux réactions I, deux réactions III (un cas en évolution à la ménopause et un cas en évolution à 26 ans). La réaction est liée au caractère évolutif de la maladie et, sans doute, à la présence de cellules chromophiles (4) : des déformations post-acromégaliques donnent une réaction négative et une acromégalie en évolution donne une réaction positive.

GOITRE EXOPHTALMIQUE. — MAZER et HOFFMANN ont eu quatre résultats négatifs sur quatre aménorrhées par goitre exophtalmique. JEFFCOATE a constaté la présence de prolan A dans plusieurs cas de thyroïdectomie subtotale pour maladie de Basedow.

OSTÉOMALACIE. — BOMPIANI a eu une réaction I dans un cas d'ostéomalacie.

TUMEURS GÉNITALES. — *Il est fréquent de trouver du prolan A en cas de tumeurs des voies génitales et, exceptionnellement, dans des cancers non génitaux.*

ZONDEK a bien démontré la présence très fréquente de prolan A dans l'urine, en cas de cancers génitaux de la femme (81,8 % des cas), myomes (35 % des cas), et certaines tumeurs extra-génitales. En cas de fibrome, la grosseur de la tumeur n'a pas d'importance ; par contre, la rapidité de croissance et les dégénérescences partielles qu'elle détermine favorisent l'apparition de la réaction A. Comme il s'agit de prolan A, il n'y a pas de réaction sur le souriceau mâle. D'autre part, ce prolan A, n'est pas, dans le cas de tumeur génitale, contenu en quantité suffisante dans l'urine pour déterminer la réac-

(1) H. VIGNES. — Les ménopauses. *Rev. internat. de méd. et de chir.*, p. 192 et article *Traité de Physiologie de Roger*, 1er édition. t. XI.

(2) THALES MARTIN. — Pesquisas sobre a physiologie do lobo arterior da hypophyse e das glandulas se ueas. *Memorias de Instituto Oswaldo Cruz*, n° 10, août 1929.

(3) FLUHMANN. Anterior pituitary hormone in the blood of women with ovarian deficiency. *The journ. of the Amer. med. Ass.* 31 août 1929, p.672.

(4) JEFFCOATE.— Presences d'hormones hypophysaires dans l'urine, en dehors de la gestation. *Lancet*, 1932, t. CCXXII, p. 662.

(5) F. SCHENK. — Spathefunde der hypophyse von kastrierter Ratten *Monatschrift fur Geburtshülfe und Gynakologie*, t. LXXXII, n° 6, août 1929.

(6) SIEGERT. — Hormone hypophysaire chez le cobaye, après castration ou irradiation. *Klinische Woch*, 21 mai 1929, p. 979.

(6 *bis*) Cependant, à l'appui de ces hypothèses viennent les expériences de Hohlweg et Dohrn. Nous avons vu que, chez les rats castrés, apparaissent dans l'hypophyse des cellules spéciales. Or H. et D. ont empêché l'apparition de ces cellules en administrant aux rats de l'hormone folliculaire. Donc l'absence d'hormone génitale modifie l'hypophyse. Inversement, l'hypophyse agit sur les glandes génitales ; et l'hypophyse d'un animal castré entraîne de suite la maturation d'un ovaire infantile implanté. Il y a donc pour les auteurs allemands un balancement entre les fonctions hypophysaires et génitales, les deux hormones se saturant de façon variable ; il se produit des états d'équilibre, variant avec le sexe, l'âge (surtout à la puberté).

Il semble qu'il y ait là un gros argument en faveur de l'hypothèse émise plus haut (HOHLWEG et DOHRN. *Klinische Wochenschrift*, t. XI, n° 6, 6 février 1932).

(7) C'est la phase où débute souvent des ménorragies et où la femme ressent une augmentation du libido. (H. VIGNES. *Physiologie gynécologique*, p. 358).

(8) Cette période se traduit cliniquement par des troubles vaso-moteurs.

(1) SOLMS et KLOPSTOSK. — Die Aschheim-zondeksche Reaktion und ihre differentialdiagnostische Bedeutung fur Amenorrhoe und Klimakterium. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LV, n° 46, 15 nov. 1929.

(2) BOMPIANI. — Contenu di ormone testuale in donne affete da malattie ginecologiche. *Rassegna di Cli. Terap. e Scienze affini*, mai-juin 1932.

(3) K. EHRHARDT. — Genitalatrophie und Voderlappenhormon. *Munchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVI, n° 30, 26 juillet 1929.

(4) E. VON MARGITAY-BECH et MIKLOS. — Recherches hormonales dans l'acromégalie. *Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 50, 12 décembre 1931.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

tion sans l'emploi d'un procédé de concentration (1) qu'a indiqué ZONDEK.

Chez l'homme, ZONDEK a trouvé du prolan A dans les cancers du testicule et dans 13 % des cancers extra-génitaux.

BOMPIANI, sur huit cancers utérins a obtenu quatre résultats négatifs, (trois femmes de plus de 60 ans et femme de 43 ans en ménopause depuis trois ans), trois résultats positifs (cinquante-quatre ans, quarante-neuf ans, vingt-cinq ans) et un cas douteux.

JEFFCOATE n'a trouvé de prolan pour ainsi dire que dans les cas où le cancer était génital.

Conclusions

Telle se présente la pratique du prolan diagnostic. Son intérêt scientifique est considérable, sa valeur est très grande et, dans certains cas, il rend de signalés services. Reste à savoir si son utilité est très fréquente.

Un interrogatoire minutieux sur la fonction menstruelle, le changement de forme de l'utérus dès le début de la grossesse (et non le changement de consistance qui n'a guère d'intérêt, comme le croient trop de médecins), les contractions spontanées, les contractions provoquées (2), un peu plus tard la radiographie sont des signes qui permettent sans difficultés, un diagnostic parfois très précoce dans la très grande majorité des cas. Si, dès le premier examen, il est parfois difficile d'être affirmatif, un second examen pratiqué quinze jours ou trois semaines après, renseignera d'une façon certaine. Je sais bien que certaines femmes, dans leur hâte de se faire avorter, ne sauraient tolérer nul délai. Mais, nous n'avons à en tenir compte qu'au cas où il existe une maladie rendant l'avortement thérapeutique indispensable, auquel cas il est souhaitable d'agir tôt pour agir facilement et pour éviter que des dégâts irrémédiables et des aggravations se soient produits. Cette éventualité existe, mais elle est rare.

Il n'en est pas moins vrai que le diagnostic dans quelques cas est bien difficile. Or, les réactions de laboratoire jusque-là préconisées n'avaient jamais donné les certitudes que donne le prolan diagnostic : gros utérus par tumeur utérine ou par tumeur juxta-utérine adhérente et avec coexistence d'aménorrhée, — gros utérus à la ménopause peuvent être difficiles à interpréter ; — un utérus trop petit pour la date des D. R. (parce qu'une grossesse se développe dans un utérus hypoplasié), peut induire en erreur ; dans un cas de métrorragie, y a-t-il vacuité utérine ou grossesse qui saigne, tous ces problèmes sont parfois difficiles ; ils le sont plus encore si la femme est obèse. L'obésité, par ailleurs, s'accompagne d'aménorrhée dans certains cas et on a pu penser à une grossesse, quand il n'y a pas de règles et gros ventre. La réaction est, là, bien précieuse ; je dois, cependant, à la vérité de dire que ses résultats dans ces cas de troubles endocriniens complexes et accentués sont parfois douteux. De plus il m'est arrivé, dans des cas de fausses grossesses par dystrophie adiposo-génitale d'avoir des réponses positives d'un test et négatif pour un autre. Je dois dire que ces résultats m'ont beaucoup enlevé de ma confiance pour les cas vraiment difficiles.

Je ne crois guère à l'intérêt de la réaction dans le cas de grossesse extra-utérine étant donné la lenteur des réponses.

Par contre, je considère comme extrêmement importants les résultats obtenus en cas de môle et de chorioépithéliomes.

(1) BERNHARD ZONDEK. — Untersuchungen zur Funktion des Hypophysenvorderlappens. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVI, n° 8, 21 février 1930.

(2) Signe de LORRINCZ.

« Ce qui est certain, c'est qu'il ne faut pas avoir vécu bien longtemps avec les jeunes gens qui suivent nos services pour distinguer immédiatement, et à leur avantage, ceux qui ont reçu la formation classique. » (Professeur MARION. Leçon inaugurale.)

De l'étranglement intra-abdominal de l'épiploon

Par M. J. GOUZI

Interne des hôpitaux de Toulouse

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de M. le Docteur Tourneux un cas d'étranglement intra-abdominal de l'épiploon. La rareté de cette affection, et les caractéristiques de la pièce anatomique, qui nous a bien montré le mécanisme de l'étranglement, nous feront tout d'abord publier cette observation, surtout intéressante à cause de la latence presque absolue de cet étranglement qui fut une découverte opératoire.

Puis, comme l'étude clinique de cette affection est généralement passée sous silence dans les livres classiques, nous nous proposons d'en étudier la symptomatologie, et d'en discuter pratiquement le diagnostic.

OBSERVATION. — Le 25 janvier 1932, entrait salle Saint-Pierre un Italien envoyé par son médecin avec le diagnostic de hernie inguinale gauche probablement étranglée : à noter que notre sujet ne parlait absolument pas français, et qu'un interprète eut beaucoup de mal à comprendre son patois italien : son interrogatoire fut donc quelque peu imprécis.

Il n'accuse aucun antécédent pathologique ; ses parents, ses huit frères sont en parfaite santé, et lui-même n'a jamais été malade : il est âgé de 37 ans, sans tare apparente.

Une hernie inguinale gauche est apparue chez lui à l'âge de 17 ans, à la suite d'un effort : elle s'est accrue progressivement, tout en restant parfaitement réductible, au dire du malade.

Le 18 janvier 1932, cette hernie est devenue subitement irréductible, et le malade a ressenti une petite douleur au niveau de l'orifice inguinal ; en même temps le ventre devient douloureux et se météorise. Le malade a deux vomissements alimentaires, mais va facilement à la selle, et émet des gaz.

Nous verrons comment ces renseignements assez sommaires ne cadrent en rien avec les lésions anciennes constatées à l'intervention, et qu'ils n'ont, à notre sens, aucune valeur.

Au moment de l'hospitalisation, on constate, au niveau du cordon, une volumineuse tumeur de forme allongée, descendant jusqu'au niveau du testicule, de consistance ferme, légèrement douloureuse, non rénitente.

Pas de transparence, ni de gargouillement. Absolument irréductible à travers un anneau inguinal que l'on devine dilaté, elle semble se continuer vers l'abdomen par un cordon dur qui s'étale plus haut et donne une sensation d'empâtement.

Le testicule est absolument normal, et il n'y a pas d'hydrocèle. Le ventre est souple, quoique un peu météorisé ; le sujet souffre du côté gauche, sans que ses douleurs aient un caractère spécifique : l'empâtement perçu est douloureux à la pression.

Il n'y a pas de sonorité préhépatique, et le toucher rectal reste négatif.

En somme l'examen ne révèle aucun des signes habituels de l'étranglement herniaire, et l'état général, bon au huitième jour, n'est pas fait pour confirmer ce diagnostic.

La première impression est celle d'un kyste du cordon, mais la tumeur ne paraît pas rénitente, elle est opaque, douloureuse et se continue dans l'abdomen.

Le 29 janvier, M. le Docteur Tourneux intervient, sous anesthésie à l'éther, avec le diagnostic d'épiplocèle adhérente.

La section des plans suivant la voie d'abord des cures de hernie inguinale, conduit sur un sac très adhérent, congestionné, et contenant un épiploon infiltré de sang, épaissi, granuleux, adhérent, se clivant très mal au sac herniaire, et dont la libération s'accompagne d'une hémorragie en nappe. Comme cependant l'anneau inguinal est libre et que l'épiploon se prolonge dans l'abdomen avec le même aspect inflammatoire et infiltré, une vaste incision de hernio-laparotomie est pratiquée.

Dans l'abdomen, l'épiploon, de plus en plus volumineux, est adhérent à la paroi abdominale, à la fosse iliaque, aux anses grêles. On le libère et on constate alors la présence d'une bride distincte de l'épiploon, remontant vers l'angle splénique, et qui détermine une striction très serrée de l'épiploon, un véritable étranglement.

On résèque l'épiploon, on referme la paroi, on draine par une mèche de gaze, par suite du décollement.

Les suites opératoires furent normales pendant une dizaine de jours ; le drainage avait été supprimé le cinquième jour et la plaie était le siège d'une légère suppuration. Le dixième jour, apparait brusquement un tétanos post-opératoire, et malgré une sérothérapie précoce intensive, intramusculaire et intra-rachidienne, le malade succombe quatre jours après.

L'examen de la pièce opératoire fut particulièrement intéressant :

Le tablier épiploïque, volumineux, ecchymotique, partout infiltré de sang, formait par endroits des amas hématiques de volume variable. La partie moyenne présentait une fenêtre ovalaire, de 7 cm. sur 4 cm. de diamètre, dans laquelle s'était engagée la bride agent de l'étranglement. En déroulant cette bride de gauche à droite et d'avant en arrière, on constatait qu'elle faisait un tour et demi autour du segment situé à gauche de la fenêtre. Elle s'insérait par un pédicule assez grêle sur une portion d'épiploon située vers l'angle splénique du côlon, au-dessus de l'étranglement, et qui était elle-même non seulement tordue de 180° de haut en bas, et d'arrière en avant, autour d'un axe transversal, mais également tordue de 180° autour d'un axe vertical, suivant l'enroulement du cordon. L'ensemble de ces modifications avait ainsi amené l'insertion gauche de la bride, sur la droite du pédicule étranglé, en passant en arrière. Le point d'étranglement, très serré, était réduit au calibre d'un fort crayon.

Au-dessus, l'épiploon était encore un peu infiltré.

Remarquons en outre que la partie épiploïque située à droite de la fenêtre, bien que non étranglée, était largement adhérente au niveau de la striction et présentait, sur la même hauteur, les mêmes lésions ecchymotiques.

Etude de l'étranglement épiploïque.

Si la torsion simple de l'épiploon est, à l'heure actuelle, bien connue, il ne nous a pas paru en être de même de l'étranglement, car nous n'en avons retrouvé trace ni dans les périodiques, ni dans les ouvrages classiques ; et si parfois on relève une observation d'étranglement, son analyse montre bien vite qu'il s'agit toujours de torsion.

Mais si le résultat mécanique est identique et dans la torsion et dans l'étranglement, réalisant toujours une compression vasculaire, il n'en est pas de même en ce qui concerne la pathogénie : l'étranglement implique de toute nécessité un agent de striction extrinsèque à la partie étranglée.

Causes prédisposantes

Nous relèverons surtout l'existence de l'épiplocèle inguinale, et nous verrons comment cette affection peut entraîner l'étranglement. Bien entendu, l'épiploïte, conséquence de l'épiplocèle, joue aussi son rôle.

Causes déterminantes

1° *Malformations congénitales.* — Nous concevons facilement que certaines particularités anatomiques relatives à la forme et à la constitution de l'épiploon, puissent entraîner son étranglement ; et la bride qui, dans notre observation, constituait l'agent de la striction, était une frange épiploïque particulièrement longue, renflée en massue à son extrémité, et qui s'était anormalement développée au niveau de la partie gauche de l'épiploon. L'examen histologique a montré qu'elle avait la structure de l'épiploon, avec un axe central vasculaire.

La *fenestration* de l'épiploon, qui se produit parfois, peut permettre le passage d'une partie de l'épiploon, et sa striction à la faveur d'une épiploïte consécutive, herniaire ou inflammatoire.

Affections acquises. — Il n'est pas dans notre intention d'insister sur l'étranglement de l'épiploon dans un orifice herniaire, avec ou sans coexistence d'étranglement intestinal. Les cas de cette sorte sont légion et bien connus. Nous citerons plus volontiers les brides adhérentielles intra-abdominales, séquelles d'infections ou d'interventions ; de même une brèche transmésocolique consécutive à une gastro-entérostomie, et incomplètement fermée ; un diverticule de Meckel.

Pathogénie

Dans notre cas, il existait un certain degré de torsion : l'épiploïte qui s'est développée fixe l'organe et lui permet de se tordre entre deux points adhérents. Elle modifie aussi la statique de l'épiploon, déplace son centre de gravité, d'où torsion, grâce à la tendance qu'il possède à l'enroulement (Jaboulay). Ceci n'est que le mécanisme de torsion, mais l'épiploon ainsi modifié a favorisé le déplacement et l'action de la bride trouvée à l'intervention, et qui, par torsion et enroulement combinés, arrivait à faire près de trois tours.

Pourquoi l'étranglement était-il si serré ? nous n'en trouvons pas d'explication bien satisfaisante, si ce n'est peut-être l'apparence qui en a été donnée par le fait de la congestion secondaire au début de la strangulation, ou bien l'adhérence secondaire du cordon près de l'orifice inguinal interne.

Dans les autres cas, c'est toujours la mobilité spécifique de l'épiploon, véritable balai abdominal, qui le fait pénétrer dans un hiatus ou sous une bride susceptible de l'étrangler par la suite, spontanément, ou grâce à une poussée d'épiploïte.

Anatomie pathologique

L'étranglement dans une hernie est chose banale : un cas particulier cependant peut être intéressant, et il convient d'y penser lorsqu'on intervient, c'est l'étranglement rétrograde de l'épiploon.

Dans le cas que nous nous sommes proposés d'étudier, il y avait eu d'abord stase veineuse, par strangulation ; d'où infiltration de l'épiploon. Puis cette stase a augmenté progressivement, au point d'entraîner l'ischémie par compression des artères, et il en est résulté une congestion intense, ainsi que des hémorragies, dont était farci l'épiploon.

Les veines sont vite thrombosées ; et s'il y a étranglement complet, on aboutit rapidement au sphacèle et à la gangrène.

Cependant, il convient de ne pas perdre de vue qu'en raison des caractéristiques anatomiques des vaisseaux de l'épiploon, la graisse abondante qui entoure les artères protège efficacement ces vaisseaux contre l'oblitération mécanique. Aussi la gangrène est-elle beaucoup moins fréquente qu'on pourrait le supposer ; le contraire se produit dans l'étranglement intestinal.

On observe donc fréquemment le passage des lésions à la chronicité ; auquel cas les hémorragies intra-épiploïques s'organisent, une nouvelle vascularisation apparaît, de nombreuses adhérences se forment avec la paroi, avec les organes abdominaux, surtout avec les portions saines de l'épiploon, qui continuent à jouer leur rôle de défense. Les vaisseaux néoformés contribuent ainsi à nourrir, en partie, la zone étranglée.

L'examen histologique a montré des lésions d'endothélite vasculaire extrêmement accentuées au point de ne pas pouvoir parfois reconnaître les vaisseaux.

Symptomatologie

Au point de vue clinique, l'étranglement aigu de l'épiploon dans l'abdomen se présente sous l'aspect du drame


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou 1/2 cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex _ PARIS (IV

abdominal. Cependant il est à noter que presque toujours les symptômes sont bien moins accusés que dans les autres étranglements ou torsions : il constitue le moins aigu des syndromes abdominaux urgents. Et cela, d'abord du fait que l'épiploon ne joue pas un rôle immédiat dans les fonctions vitales ; en second lieu parce que, n'aboutissant pas d'emblée à la péritonite aiguë, il ne met pas en général la vie du malade en danger ; et enfin parce que la strangulation n'est pas aussi intense que dans les autres cas et n'arrive qu'exceptionnellement au sphacèle complet.

Début

L'affection débute de façon assez brutale, par une violente douleur abdominale, d'abord localisée, puis qui s'irradie dans tout l'abdomen et s'accompagne de nausées et de quelques vomissements. La contracture, symptôme capital de la défense péritonéale, est légère, et cède souvent à un palper doux et prolongé. On observe également mais non d'une façon constante, l'arrêt des matières et des gaz.

Période d'Etat

A cette période le tableau clinique n'offre pas la même gravité que dans un étranglement intestinal. Les signes généraux en particulier ne sont pas alarmants. L'ascension thermique est modérée, le pouls un peu accéléré est bien frappé, sans intermittences, sans tendance au collapsus. Le malade n'a pas ce faciès péritonéal plombé, qui présage d'une mort rapide.

La contracture, l'arrêt des gaz ne persistent pas, et les signes d'occlusion s'estompent vite.

Il reste un signe important, la *tumeur abdominale*. La main qui palpe le ventre perçoit, accolée à la paroi, plus souvent dans la fosse iliaque droite qu'ailleurs, une masse en gâteau, en plastron, d'étendue variable, qui donne parfois la sensation d'empâtement. On peut la limiter facilement grâce à la souplesse relative de la paroi, chez les sujets non adipeux : si elle est basse, on la sent par le toucher vaginal et le palper combiné.

Il faudra toujours rechercher une tumeur herniaire et, s'il existe une épiplocèle, établir sa continuité avec la tumeur abdominale : on peut facilement sentir la *corde épiploïque* qui prolonge la hernie au delà du trajet inguinal.

Evolution

L'évolution de cette forme aiguë est variable, car elle entraîne la mort ou passe à la chronicité. Quoi qu'il en soit, le plus souvent, les signes de début ont armé la main du chirurgien pour une intervention radicale, que le diagnostic exact ait été, ou non, posé.

Formes cliniques.

L'étranglement de l'épiploon peut se présenter sous d'autres aspects que celui d'étranglement aigu à évolution relativement favorable.

Il existe des formes graves, dans lesquelles la striction a provoqué un étranglement total avec ischémie et gangrène et entraîné la mort rapide, souvent malgré l'intervention. L'épiploon peut être septique, et nous pensons volontiers que l'insuccès opératoire que nous avons eu était dû à des bacilles tétaniques venus de la cavité abdominale, pour s'enkyster dans un épiploon traumatisé et dont la virulence s'est exaltée à la suite de l'intervention.

Il existe une *forme chronique* avec légers symptômes, consistant surtout en crises de coliques, répétées de temps à autre, et susceptibles d'aboutir un jour à une forme grave.

Il existe encore des *formes frustes*, notre malade en était un exemple très net, puisque rien auparavant n'avait attiré son attention sur l'abdomen, en dehors de sa hernie.

Une *forme topographique* enfin est bien connue, et nous n'y insistons pas, c'est l'étranglement de l'épiploon dans un orifice herniaire. On note alors un tableau atténué de hernie étranglée, sans gargouillements et sans sonorité, avec des signes d'occlusion partielle. Cependant cet étranglement peut être grave et il nous souvient d'en avoir vu quelques cas mortels.

Complications

L'évolution de l'étranglement épiploïque peut s'accompagner d'un certain nombre de complications qui aggravent d'autant le pronostic de cette affection.

On peut envisager des complications d'ordre mécanique, d'ordre infectieux, et des complications tardives.

1) *Complications mécaniques*. — Le *sphacèle* de la partie étranglée peut se produire, entraînant la rupture du pédicule.

Les *troubles vasculaires* sont possibles à distance : la thrombose veineuse épiploïque, suivant une marche rétrograde, gagne de proche jusqu'à obturer une grosse branche, ce qui détermine la production d'un infarctus hémorragique de l'intestin. Des hémorragies intestinales et le collapsus emportent alors le malade.

2) *Complications infectieuses*. — Elles peuvent être locales ou générales.

Locales, elles consistent dans l'infection de l'épiploon étranglé, ou dans la production de péritonites localisées.

Générales, on peut voir des péritonites septiques avec toxémie mortelle.

La broncho-pneumonie peut survenir avec toute sa gravité chez des sujets souvent âgés, tarés. On peut aussi voir apparaître un infarctus suppuré du poumon à la suite d'une thrombo-phlébite emboligène.

3) *Complications tardives*. — Si, comme on le voit souvent, les lésions passent à la chronicité, il peut persister une *épiploïte chronique* qui se traduit par des douleurs abdominales vagues, des troubles gastro-intestinaux, et une tumeur épiploïque.

Ou encore, en raison de la persistance du canal péritonéo-vaginal, une *épiploïte herniaire adhérente* est la grosse séquelle apparente, qui, par une légère poussée subaiguë, peut faire croire à une hernie ou une épiplocèle étranglée, comme dans l'observation que nous présentons.

Diagnostic

Nous ne le discuterons pas dans la forme d'épiploon étranglé dans une hernie : il est classique et toujours présent à la mémoire.

Il est au contraire très difficile dans l'étranglement abdominal, en raison du peu de particularités cliniques qu'il présente ; c'est pourquoi il sera surtout un diagnostic d'élimination.

Son début pose le diagnostic différentiel de tous les drames abdominaux.

L'absence, ou le manque de netteté de la contracture de la paroi, du ventre de bois, que nous devons considérer comme un signe capital de *péritonite*, nous fera vite éliminer cette lésion, qu'elle soit primitive ou secondaire à une perforation viscérale.

A côté des péritonites, il convient de faire une place aux appendicites avec plastron, auxquelles l'étranglement peut ressembler, en raison de la présence d'une tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque droite. L'appréciation du plastron, ses limites, des variantes dans les symptômes intestinaux, pourront aider au dignostic.

Les *occlusions intestinales* prêtent plus facilement à confusion, puisque d'une part il n'y a pas de contracture et que d'autre part l'étranglement s'accompagne d'un certain arrêt des matières et des gaz. Mais dans ce cas les symptômes de paralysie intestinale ne sont jamais absolus, et ils cèdent rapidement. En outre, le diagnostic d'une occlusion s'impose, par l'appréciation clinique des signes de lutte contre l'obstacle (signe de von Wahl, météorisme localisé, ou dilatation asymétrique de l'abdomen).

Le cas d'*iléus post-opératoire* par thrombo-phlébite post-opératoire (J. Ducuing) ne se pose pas, en raison de la connaissance d'une intervention dans les jours qui ont précédé les accidents.

La possibilité de l'*invagination intestinale* chronique ou subaiguë chez l'adulte, qui aboutit à l'occlusion, ressortit à cette dernière affection, avec en outre des hémorragies intestinales, et la perception d'un boudin d'invagination souvent haut situé sous le foie, et qu'il ne faut pas confondre avec la corde épiploïque.

Le *volvulus du sigmoïde* ne sera signalé que pour mémoire, en raison des symptômes qui le caractérisent en général assez facilement.

La *pancréatite hémorragique* offre un aspect assez particulier. Les manifestations sont très aiguës, extrêmement brutales, s'accompagnant rapidement d'arrêt complet des matières et des gaz, de collapsus ; et nous avons vu au contraire que l'étranglement épiploïque a une symptomatologie beaucoup moins accusée que dans la plupart des drames abdominaux : il n'y a surtout pas la gravité immédiate, ni le choc, ni la tendance au collapsus, qui signent une pancréatite.

La *thrombose mésentérique* à symptômes graves dépendra de plusieurs causes que l'on retrouvera facilement : embolie partie du cœur et due à une lésion valvulaire chronique ou à une endocardite maligne ; septico-pyohémie en évolution depuis quelque temps ; grosse phlébite abdominale post-opératoire.

Mais la thrombose mésentérique peut être, comme nous l'avons vu, une complication de l'étranglement de l'épiploon. Le diagnostic ne sera donc pas toujours facile.

Restent à discuter des diagnostics plus difficiles : *la torsion d'un kyste de l'ovaire* sera généralement mise en évidence par le toucher vaginal. Mais quelles différences invoquer entre un étranglement et une *torsion de l'épiploon* ? Cette dernière affection est nettement plus fréquente, et c'est un argument de présomption ; mais pratiquement la clinique dépend du mécanisme des lésions, et le résultat est le même que l'épiploon soit étranglé par un agent extrinsèque, ou qu'il soit tordu sur lui-même. Ce sera donc avant tout un diagnostic opératoire. D'autre part le diagnostic de torsion est de lui-même difficile à porter, et il existe de multiples causes d'erreur que nous n'avons pas ici à examiner.

Traitement

Il n'existe qu'un seul traitement de l'étranglement de l'épiploon, c'est l'intervention d'urgence ; on ne doit pas attendre le sphacèle de la portion étranglée, et d'ailleurs le plus souvent l'imprécision du diagnostic pousse à l'opération.

S'il existe une tumeur herniaire, on pratiquera une hernio-laparotomie. Dans le cas contraire on passera par voie médiane sous-ombilicale, quitte à agrandir l'incision vers le haut, s'il est nécessaire. Il faut lever l'obstacle et réséquer l'épiploon en partie saine, après ligature en chaîne.

Conclusions

L'étranglement intra-abdominal de l'épiploon, affection relativement très rare, se traduit cliniquement par un syndrome aigu, mais qui est loin d'avoir ordinairement la violence des autres affections chirurgicales urgentes de l'abdomen. Cette bénignité relative est une de ses caractéristiques. Il est cependant susceptible de devenir très grave dans certains cas.

Le diagnostic, difficile, pourra parfois être porté, par une discrimination des symptômes douloureux marqués, à côté de signes occlusifs peu intenses, et par la présence d'une tumeur abdominale d'apparence superficielle, dont on s'expliquerait mal la nature si on ne pensait à l'épiploon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 novembre 1932

Péritonite encapsulante. — *M. Wilmoth* rappelle que le grand épiploon est en général indemne dans cette affection.

Pancréas aberrant. — *M. Wilmoth* en a observé un cas.

Fracture des apophyses transverses lombaires. — *M. Mondor* en a observé plusieurs cas, souvent après traumatisme initial minima et qui guérirent par le repos.

Sarcome de la cloison recto-vaginale. — *M. Baumgartner* rapporte cette observation de *M. Barret* (d'Angoulême). La tumeur, enlevée par voie abdominale, était un sarcome. Souvent ces tumeurs déterminent des hémorragies.

M. Mauclaire a enlevé un kyste de la paroi recto-vaginale.
M. Chevassu a vu une tumeur lymphatique de cette région.
M. Basset aussi.
M. Bréchot a également opéré un sarcome.

Adénopathie mésentérique. — Ce travail de *M. Oberthür* est rapporté par *M. Sorrel*. La tumeur était perceptible à la palpation. L'adénopathie était bacillaire.

M. Arrou rappelle qu'il a observé des cas analogues.
M. Métivet signale de gros travaux scandinaves à ce sujet.

Rupture d'un kyste hydatique. — Ce travail de *M. Vergoz* (d'Alger) est rapporté par *M. Mondor*. Le syndrome était celui d'une hémorragie interne avec plaques urticariennes. L'intervention d'urgence montra que l'hémorragie était due à un kyste hydatique rompu que l'opérateur dut tamponner. Guérison.

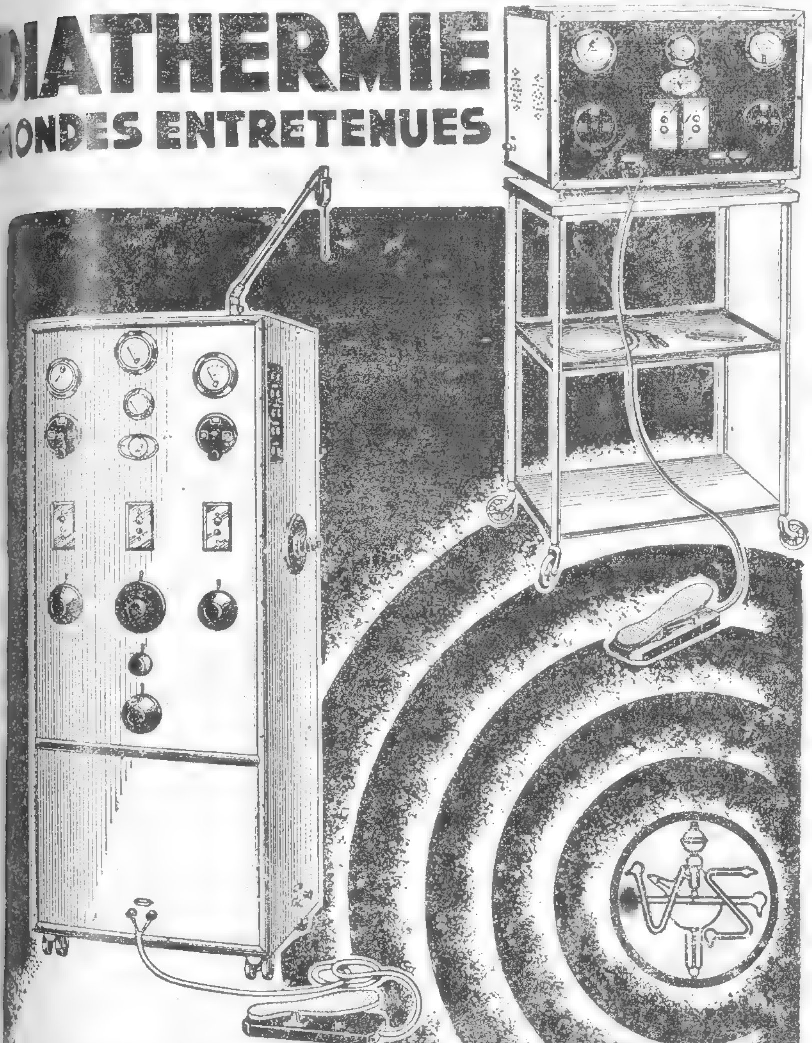
M. P. Duval a observé et guéri par la laparotomie immédiate un cas analogue pendant la guerre.

M. Robert Monod a également opéré d'urgence un kyste hydatique rompu.

Luxation habituelle de la rotule. — Ce travail de *M. Arnaud* (de Marseille) est rapporté par *M. Cadenat*. L'auteur préconise l'opération d'Ugo Camera, constituée par une ligamentopexie capsulaire et une transplantation du tendon rotulien. Elle lui a donné un bon résultat.

M. Mouchet préconise plutôt l'opération de Krogius-Lecène.
M. Moure a aussi obtenu un bon résultat du procédé musculaire.

Ostéome du maxillaire. — *M. Brugeas* (de Shanghaï). Rapporteur : *M. Cadenat*. Guérison par extirpation.



Splénomégalie avec éosinophilie. — *M. Grégoire* rapporte une observation de *MM. Guibal* et *Rémy*. On pense à un kyste hydatique de la rate. L'éosinophilie est de 43 %. La splénectomie amène la guérison pendant trois semaines ; puis peu à peu le malade est atteint de cachexie progressive et il meurt six mois après l'opération.

M. Grégoire montre qu'il existe certains cas analogues.

Ostéochondrite disséquante de la hanche. — *M. Moulonguet* montre des clichés de cette curieuse affection qui évolue toujours vers l'arthrite déformante.

M. Lenormant a observé deux cas analogues.

M. Richard a vu un malade analogue.

M. Cunéo croit que cette maladie est une cause très fréquente d'arthrite déformante.

Rétrécissement congénital de l'urèthre et barre du col de la vessie. — *M. Pierre Bazy* croit qu'on peut rapprocher ces deux lésions.

Endométriome bilatéral des ovaires. — *M. Okinczyc* et *Parturier* relatent l'observation d'une malade qui présentait des troubles digestifs ; l'opération permit d'enlever deux tumeurs ovariennes ; l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un endométriome, néoplasme bénin.

Séance du 7 décembre 1932

Electro-coagulation du cancer de la langue. — *M. Roux-Berger* critique la technique proposée par M. Gernez.

Endométriome. — *M. Robert Monod* relate l'observation d'une femme qui présentait un endometriome de la paroi recto-vaginale.

Ostéochondrite de la hanche. — *M. Lenormant* apporte deux observations personnelles.

Luxation itérative de la rotule. — *M. Lance* a opéré un cas où il existait une aplasie condylienne et qu'il a traitée par la méthode d'Albee.

Pancréatite œdémateuse. — *M. Moulonguet* a observé un malade chez lequel existait une pancréatite œdémateuse à évolution chronique.

Abord d'un ménisque par voie trans-rotulienne. — *M. Alglave* relate une observation de *M. Cottalorda* où cet auteur a trouvé par cette voie une désinsertion de la corne postérieure du ménisque externe.

M. Baumgartner comprend qu'on utilise cette voie d'abord dans les cas où le diagnostic est douteux.

M. Braine a fait une fois la méniscectomie par arthrotomie trans-rotulienne verticale.

Tuberculose du sein pseudo-néoplasique. — *M. Ghouila-Houri* (de Turin). *M. Proust*, rapporteur.

Fracture partielle de la tête fémorale avec luxation. — *M. Verbrugge* (d'Auven), *M Proust*, rapporteur.

L'auteur fût obligé d'intervenir chirurgicalement et d'extirper le fragment. Guérison rapide. Le blessé a marché trois semaines après l'opération.

Infarctus mésentérique. — *M. Moulonguet* relate une observation de *M. Hartglass*. Celui-ci fit une laparotomie simple et son malade guérit.

Cystectomie partielle au bistouri électrique. — *M. Gouverneur* rapporte une observation de *M. R. Bernard* où il se produisit une hémorragie précoce grave qui nécessita une réintervention.

M. Gouverneur insiste, malgré cette observation, sur les avantages du bistouri électrique dans les cystectomies ; il n'a jamais observé d'accidents graves.

M. Moure dit que le bistouri électrique ne peut évidemment pas supprimer toutes les hémorragies secondaires, mais donne à son avis, une sécurité plus grande que les autres méthodes de section.

M. Baumgartner a fait une cystectomie partielle au bistouri électrique et n'a pas eu d'hémorragie.

M. P. Duval remarque qu'il ne doit pas être parlé dans l'observation de M. Bernard d'une hémorragie secondaire, mais bien d'une hémorragie primitive.

Etude comparée des divers modes d'anesthésie. — *M. L. Bazy* ; *M. Yves Delagénière* a étudié vingt et un mille observations et résume ainsi les conclusions qu'il peut en tirer. D'abord, le mode d'anesthésie n'a aucune influence sur la mortalité opératoire. Le plus sûr lui paraît être l'emploi du mélange de Schleich.

Hémorragie au cours d'une appendicite. — *M. Auvray* a observé un cas où l'hémorragie était due à une section par abcès de la veine iléo-colique. Il n'a retrouvé dans la littérature aucune observation analogue.

Présentation de malades. — *M. Leveuf* présente un malade atteint de *fracture du cotyle avec pénétration intra pelvienne de la tête du fémur* et chez lequel il a obtenu un bon résultat par traction sur le grand trochanter par une vis.

M Mathieu présente un malade atteint de *fracture du rachis* qu'il a traité par la méthode de Böhler.

Séance du 14 décembre 1932

Perforation vésiculaire. — *M. Proust* rapporte un travail de *M. Revel*. Syndrome de péritonite aiguë. On découvre une perforation de la vésicule biliaire et on extrait un corps étranger qui était une balle reçue pendant la guerre.

Pancréatite œdémateuse. — *M. Brocq* relate une observation de *M. Férey* (de Saint-Malo). A l'intervention, on trouve un pancréas œdémateux et on pratique le drainage de la vésicule biliaire très distendue. Guérison.

Dislocation du carpe. — *M. Brocq* rapporte une observation de *M. Chabrut* où le scaphoïde était directement luxé en dehors et où il existait un diastasis entre le grand os et l'os crochu.

M. Mouchet insiste sur la rareté des faits analogues.

Cancer du vagin. — *M. Leveuf* rapporte une observation de *M. Leclerc* (de Dijon). Cet auteur a traité sa malade par une colpohystérectomie abdomino-périnéale.

Syncope au cours des rachianesthésies. — *M. Desplas* rapporte un travail de *M. Duncombe* (de Nevers) basé sur une observation personnelle. Au cours d'une syncope, l'auteur fit une injection intra-cardiaque d'adrénaline et éphédrine. Mort rapide avec le tableau d'œdème aigu du poumon. M. Desplas insiste sur le danger de l'éphédrine chez les sujets hypertendus.

M. Picot souligne l'intérêt des inhalations d'acide carbonique.

M. Robert Monod aussi, et particulièrement chez les hypertendus.

M. Gosset insiste aussi sur les ressources du gaz carbonique.

M. L. Bazy demande ce que peut faire le gaz carbonique sur la pression artérielle.

M. Basset dit que l'éphédrine a d'excellents résultats à son actif.

M. Robert Monod dit que l'action du gaz carbonique est double : sur le centre respiratoire d'une part et sur la tension artérielle (par hypertension).

M. Desplas est du même avis.

Perforation tuberculeuse de l'intestin grêle. — *M. Rousseaux* (de Nancy), rapporteur *M. Proust*. — L'auteur fit le diagnostic avant l'opération, à cause des antécédents tuberculeux du malade. Il trouva une double perforation sur un double rétrécissement tuberculeux. Suture simple. Mort le lendemain.

Traitement des fractures de la colonne vertébrale par la méthode de Bohler. — *M. Mathieu* rapporte un travail de *M. Jimeno Vidal* (de Barcelone) et donne les détails de la technique de Böhler.

M. Lenormant a traité un malade par cette méthode et la trouve fort intéressante.

Traitement du cancer de la langue. — *M. Moure* résume la discussion en cours et montre que les résultats du traitement chirurgical sont au moins égaux à ceux du traitement curiethérapique. Il reproche à ce dernier la nécessité d'une biopsie et surtout l'action excitatrice du radium sur les ganglions.

Biloculation gastrique. — Dix-sept cas de *MM. Brocq* et *Ortega* ont été opérés par diverses techniques. Quinze guérisons opératoires, deux morts. Sur les quinze malades restants, deux sont morts ultérieurement.

Dans les autres cas, les résultats ont été généralement bons, quelle qu'ait été la technique employée.

La gastro-gastrostomie, opération de nécessité, est une bonne intervention. Si la lésion peut être enlevée, il faut donner la préférence à la gastro-pylorectomie large.

Présentation de malades. — *M. Monod* présente un malade chez lequel il a enlevé un ménisque douloureux par une incision en L en sectionnant partiellement le ligament latéral interne.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 décembre 1932

Infiltrats pulmonaires labiles et tuberculose. — *MM. Ameuille* et *Lejard* présentent des observations d'infiltrations pulmonaires qui paraissent de nature tuberculeuse, découvertes par l'examen radiologique chez des sujets présentant un minimum de symptômes fonctionnels ou généraux et qui disparaissent avec une rapidité singulière, sans aucune espèce de traitement, parfois même sans repos.

Aucune règle ne permet de prevoir, au début d'une infiltration pulmonaire qui n'est pas encore excavée et ne fournit pas encore d'expectoration bacillifère, si elle disparaîtra spontanément, si elle s'excavera rrpidement ou lentement. Il semble nécessaire, en présence de cas de ce genre, de maintenir les malades en observation rigoureuse pendant quelques semaines avant d'engager un traitement actif, de peur de faire un pneumothorax ou d'imposer une longue cure sanatoriale inutile.

M. Paraf fait remarquer que ces infiltrations pulmonaires qui guérissent spontanément et très rapidement sont d'observation courante chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Sept cas de syndromes agranulocytaires auriques. — *MM. Ameuille* et *Braillon* présentent sept observations de syndromes agranulocytaires survenus au cours de l'aurothérapie. Deux seulement de leurs malades ont présenté l'image typique de l'agranulocytose classique ; chez les autres, il a fallu dépister l'atteinte du sang derrière des symptômes souvent minimes, surtout des poussées thermiques prolongées, consécutives à l'administration de l'or. Trois cas seulement sur les sept ont été mortels.

Ils estiment que l'agranulocytose aurique est un accident assez rare, ne se montrant pas plus souvent que dans un cas sur mille, qu'elle est à peu près indépendante de la quantité d'or administrée, qu'elle est grave puisqu'un malade sur deux y succombe, qu'enfin elle est souvent méconnue puisqu'on n'en a la preuve qu'en faisant systématiquement des examens de sang dans tous les cas suspects.

Ils pensent que les accidents sanguins de l'aurothérapie sont de beaucoup les plus graves qu'ou puisse observer du fait du traitement et qu'ils paraissent les seuls mortels.

Sclérodermie avec concrétions calcaires sous-cutanées, télangiectasies. (Syndrome de Thibierge et Weissenbach). Parathyroïdectomie bilatérale. Bons résultats. A noter la coexistence d'une cataracte à type endocrinien. — *MM. Paul Mathieu, Marcel Pinard* et *Albert Fiehrer*.

Sclérodermie avec cataracte (syndrome de Romthund. Opothérapie parathyroïdienne. Bon résultat. — *MM. Marcel Pinard* et *Albert Fiehrer*.

Cancer de la base de la langue et adénopathie sousmaxillaire. Guérison par la radiothérapie et la pyoformine. — *MM. H. Dufour* et *Cottenot* présentent un malade âgé de 67 ans, ancien syphilitique, qui était porteur d'un cancer de la base de la langue, avec une grosse adénopathie sousmaxillaire. Il s'agissait d'un épithélioma de type spécial : cordons et anses pénétrés par des fusées conjonctives ; prédominance très marquée de cellules indifférentiées, embryonnaires au milieu desquelles on trouve un certain nombre de globes épidermiques ; mitoses très nombreuses. Cette tumeur devait être radiosensible ; c'est ce qu'a montré le traitement par les rayons X.

Tout a disparu : tumeur de la langue grosse comme une amande verte et ganglion sous-maxillaire du volume d'une grosse noix.

Le malade avait reçu pendant un mois et demi, avant l'application des rayons une injection quotidienne de pyoformine. A la faveur de ce médicament, tumeur et ganglion avaient commencé à s'affaisser ; les injections furent continuées pendant les séances de radiothérapie. Elles furent faites au nombre de 125. La quantité totale des rayons pénétrants reçus en deux séries fut de 8.000 R.

Les auteurs ont l'impression que la pyoformine a apporté à la guérison du malade un élément thérapeutique important.

Densité sanguine, tension superficielle du sang total et hypertension. — *MM. Clerc, P.-Noël Deschamps, Paris* et *Sterne* à propos d'une communication antérieure de M. Dufour signalent à leur tour la fréquence de l'élévation de la densité sanguine chez les hypertendus.

En outre, la mesure de la tension superficielle du sang total par un procédé stalagmométrique modifié a montré que chez la même catégorie de sujets les chiffres étaient nettement plus élevés qu'à l'état normal. Ces deux ordres de variations sont relativement peu accentués bien que nets et leur parallélisme n'est pas strict bien que le sens de la réaction soit le même. Sans vouloir leur attribuer une valeur spécifique, on peut y voir comme des tests capables d'apprécier leurs modifications évolutives au point de vue tant du syndrome lui-même que des influences thérapeutiques.

Acrocéphalosyndactylie et dysostose cranio faciale. — *M. Crouzon*.

La participation du pancréas au syndrome de l'ictère catarrhal — *MM. Pavel, Florian* et *Radvan*. — Les auteurs ont examiné l'état du pancréas dans 17 cas d'ictère infectieux bénin en cherchant l'activité lipasique dans la sécrétion provoquée et la diastase urinaire avec la méthode de Wohlgemuth. Dans 15 sur 17 cas examinés ils ont trouvé une déficience fonctionnelle du pancréas.

L'existence de cette pancréatite admise aussi par Weill, Loeper et Soulié, Carrié dans le syndrome de l'ictère catarrhal peut être riche de conséquences. Elle est, peut-être, capable de nous donner une meilleure explication du résultat des épreuves des hydrates de carbone dans les ictères. On peut penser que si le pancréas est atteint comme c'est le cas dans l'ictère catarrhal, les dites épreuves sont positives. Au contraire, si le pancréas est indemne comme c'est très souvent le cas de l'ictère mécanique, elles restent négatives.

Epilepsie et diabète. — *MM. M. Labbé* et *Goldberg*, à propos de l'observation d'une fillette diabétique, traitée par l'insuline, et présentant des crise d'épilepsie, discutent la pathogénie de ces accidents. Ils croient que l'insuline joue le rôle de cause déclanchante des crises par son action propre et non pas indirectement par l'hypoglycémie qu'elle peut provoquer.

Trois nouveaux cas de fièvre ondulante d'origine bovine en Franche-Comté. Enquête épidémiologique. — *MM. E. Ledoux* et *Gosset* (Besançon) relatent trois nouveaux cas authentifiés par les caractères cliniques et sérologiques, dans lesquels l'origine bovine est affirmée par la positivité des séro-agglutinations du sang des vaches suspectes. Dans un des trois cas, le germe était un br-abortus.

Vraisemblablement les vingt-deux autres cas observés antérieurement par les auteurs dans la région relevaient-ils du même germe. Tous se terminèrent par guérison, sans aucune des complications des mélitococcies. Il est probable que de nombreux cas seraient dépistés si les médecins y songeaient.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

« Il est nécessaire que l'on fasse campagne pour le développement de l'expérimentation chirurgicale. Il faut que l'on fasse comprendre à tous la place qu'elle doit avoir dans la formation intellectuelle et technique des futurs chirurgiens. Il faut arriver à ce qu'on organise malgré les difficultés financières de notre époque, dans chaque centre universitaire, au moins un laboratoire de chirurgie expérimentale. » (LERICHE. Organisation et rendement d'un Laboratoire de chirurgie expérimentale. *La Presse Médicale*, 15 octobre 1932.)

« Une formule anglaise, celle des trois H, nous dit que pour être un bon chirurgien il faut : Head, Hand, Heart, un cerveau, une main et un cœur. » (Professeur MARION. Leçon inaugurale.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le champ électrique de l'atmosphère, facteur méconnu des terrains pathologiques et de la nutrition des êtres vivants. — *Tel est le titre d'un article de M. le Professeur Pech article publié par le* MOUVEMENT SANITAIRE (octobre 1932). *En voici un extrait :*

Les faits suivants sont généralement méconnus ou négligés par les biologistes :

1° L'air dans lequel vivent les êtres peuplant notre planète a une composition chimique pratiquement semblable en tous lieux, mais il présente un état électrique (champ électrique de l'atmosphère ou gradient potentiel) déjà bien étudié en météréologie et que nous savons variable en fonction du temps et de l'espace Les variations de ce champ électrique sont telles que l'air généralement positif par rapport au sol peut en certains lieux ou à certains moments être non plus positif, mais négatif. En général dans les espaces clos le champ électrique de l'air est nul, l'air est neutre. En plein air suivant les lieux, les heures, les saisons, les jours, les années, la valeur du gradient-potentiel peut varier de quelques volts à plusieurs centaines de volts par mètre.

2° La différence de potentiel existant entre des tissus vivants et le milieu qui les entoure est en rapport direct avec la qualité des échanges physico-chimiques entre ces tissus et ce milieu. Cette différence de potentiel constitue le phénomène que j'ai étudié sous le nom d'*Indice de nutrition*.

3° L'expérience permet de constater que pour des variations de potentiel de l'ordre de cent volts entre des éléments divers, la pression d'équilibre osmotique entre ces éléments varie aisément de plus d'une atmosphère. On doit en conclure que la pression osmotique des gaz de l'air occlus dans le sol, dans les eaux, dans les tissus des êtres vivants, ainsi que l'évaporation des éléments constituant le sol, les eaux, les tissus vivants doivent être fonction du champ électrique de l'atmosphère.

Ces faits constatés, il y a lieu de se demander si le champ électrique de l'air n'a pas une influence considérable (tout comme la température, l'humidité, l'insolation, etc....) sur le métabolisme des êtres vivants. Les expériences et observations faisant suite à cet exposé m'ont permis de formuler les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS DOCTRINALES.

1° Les différences dans le champ électrique de l'air (toutes conditions égales par ailleurs) modifient incontestablement le métabolisme des êtres (végétaux ou animaux) vivant dans cet air. Ces modifications deviennent surtout apparentes par l'étude des organes reproducteurs ou l'observation des descendants.

2° Chaque espèce animale ou végétale ne peut vivre et coloniser (1) normalement que dans un champ électrique de l'atmosphère que seule l'observation de générations successives permet de déterminer. Un état pathologique déterminé peut rendre néfaste à certains individus le champ électrique convenant à l'espèce à laquelle il appartient.

3° Le champ électrique de l'air presque sans action apparente sur des individus considérés isolément paraît jouer un rôle considérable pour permettre la conservation de l'espèce. De lui dépendent, en partie, la conservation de la résistance aux agents parasitaires ainsi que l'harmonie morphologique et nutritive des éléments tissulaires chez les individus issus de générations successives.

4° La constitution d'un terrain anormalement exposé au parasitisme est la conséquence dans bien des cas de la vie des

(1) J'entends par le mot « coloniser » exprimer le fait, pour une espèce, de se multiplier et se conserver pendant de nombreuses générations dans un milieu où sont introduits un nombre suffisant d'individus normaux et vigoureux issus d'une colonie longtemps observée.

ascendants dans une atmosphère à champ électrique défavorable.

5° La désharmonie cellulaire se traduisant par l'apparition de tumeurs malignes typiques ne se manifeste que chez des sujets dont les descendants (pendant un nombre plus ou moins grand de générations) ayant vécu en atmosphère défavorable ont été, grâce à des soins spéciaux, conservés jusqu'à l'âge de reproduction malgré leur fragilité au parasitisme.

6° Le croisement entre un sujet normal et un sujet anormal par son hérédité assure la prédominance des caractères normaux chez les descendants.

7° Un individu normal vivant alternativement dans des milieux favorables et défavorables peut fournir des descendants dont l'évolution biologique différera.

8° Replacée en milieu favorable une espèce modifiée par des milieux défavorables peut revenir au type normal.

CONCLUSIONS PRATIQUES.

1° Il y aurait grand intérêt à poursuivre l'observation méthodique de générations successives d'êtres vivants en fonction des différents milieux dans lesquels ils vivent et non dans des laboratoires ou des stations d'essai dont les gradient-potentiels sont en général comparables.

2° La méthode d'observation ci-dessus devrait être dans la mesure du possible étendue à l'espèce humaine. Bien des points obscurs de pathologie seraient éclairés d'un jour nouveau par l'étude des « carences atmosphériques » tout aussi importantes, à mon sens, que les carences alimentaires.

3° Il serait désirable d'étudier systématiquement l'état électrique de l'atmosphère des diverses stations climatiques. Cette donnée paraît importante du point de vue biologique.

4° Il serait bon de faire connaître les stations trop rares à champ électrique de l'atmosphère élevé, au besoin d'en créer de nouvelles. L'homme moderne condamné par des raisons sociales à vivre presque toujours dans une atmosphère défavorable pour son espèce saurait ainsi où trouver le milieu qui lui convient.

A l'appui de cet exposé, M. le Professeur Pech rapporte de nombreuses observations et expériences qu'on pourra lire dans le MOUVEMENT SANITAIRE. *Le fait suivant est particulièrement intéressant :*

..... Je puis citer le fait suivant : un village des Pyrénées était depuis sa fondation en une atmosphère à champ électrique nul (confluent de deux rivières au fond d'une vallée), la proie de fréquentes épidémies graves (pestes en langage médiéval). Le suzerain décida de consacrer ce village à Saint-Roch protecteur contre les épidémies et pour donner plus de poids à ce vœu consacré par une fête votive conservée encore aujourd'hui il transporta le village sur un rocher (Roch) dressé au-dessus de la vallée, point à champ électrique de l'atmosphère élevé Les épidémies furent dès lors inconnues et les habitants frappés de ce changement ont conservé même les plus incroyants à l'heure actuelle une dévotion quasi-superstitieuse à Saint-Roch qu'ils justifient en racontant l'histoire ci-dessus appuyée par le fait que les meuniers restés professionnellement sur les lieux de l'ancien village et ne remplissant point les conditions du vœu disparaissent en deux ou trois générations (mort des descendants en langueur ; tuberculose, ou stérilité).

J'ai pu observer deux fermes l'une au sommet d'une vallée en un point à champ électrique de l'atmosphère élevé l'autre au fond de la même vallée et au bord d'une rivière (champ électrique de l'air nul). La ferme du sommet a été occupée sans interruption pendant plusieurs siècles par la même famille dont les descendants actuels sont en parfaite santé. Celle du fond de la vallée a changé de propriétaires ou d'exploitants périodiquement, bien que plus agréable et de meilleur rapport, il est difficile de savoir pour quelles causes. Cependant j'ai toujours entendu dire dans la région que les habitants de cette ferme devenaient malades. Personnellement j'ai pu constater sur les derniers descendants de trois familles ayant habité pendant deux à trois générations ces lieux : deux goitres, deux myxœdèmes, deux cas de crétinisme, un cas de démence précoce que rien n'explique dans les antécédents. Il est intéressant de noter que l'eau du même torrent alimente les deux fermes.

§ 3. — *Observations sur des sujets pathologiques.*

Ces observations n'ont porté que sur des tuberculeux pulmonaires avérés et des urémiques :

a) Les tuberculeux pulmonaires susceptibles d'une longue

survie dans une atmosphère à champ électrique nul meurent en quelques semaines dans une atmosphère à champ électrique élevé. L'évolution grave de l'affection est nette deux à trois jours après leur arrivée.

b) Un tuberculeux pulmonaire au début que l'on peut progressivement amener à vivre dans un air à champ électrique notable guérit ou s'améliore mais rechute alors en revenant dans une atmosphère à champ électrique nul.

c) On constate traditionnellement surtout dans les campagnes l'aggravation des phtisies au printemps et à l'automne, saison où le gradient-potentiel est notable et où les malades de ce genre vont au plein air, l'été rares sont les stations où le gradient-potentiel est élevé et l'hiver, où le phénomène inverse se constate le tuberculeux ne va généralement pas en plein air.

d) Des urémiques équilibrés présentent des accidents graves et souvent des crises mortelles en arrivant dans une station à shamp électrique de l'astmosphère élevé.

§ 4. — *Observations relatives à la climatologie.*

a) Les tuberculeux viscéraux en états graves vivent dans les meilleures conditions dans les stations à champ électrique atmosphérique nul mais n'y guérissent pas. Transportés dans les stations à champ électrique progressivement croissant ou bien ils voient leur état s'aggraver ou bien ils s'améliorent. Le résultat qui sera obtenu par ce moyen ne peut être prévu par l'examen du malade.

b) Les prétuberculeux sont justiciables d'un traitement par séjour dans des stations à gradient-potentiel progressivement croissant.

c) Les anémiques, convalescents, malades atteints de troubles digestifs, cancéreux doivent rechercher les stations à champ électrique de l'atmosphère élevé.

d) Les enfants en bas âge atteints de gastro-entérite même très grave doivent être rapidement placés dans une atmosphère à champ électrique élevé ;

e) Les atmosphères à gradient-potentiel notable sont contre-indiquées, pour les insuffisants rénaux, les urémiques, les hypertendus mais indiquées pour les cardiaques sans autre lésion qu'insuffisance fonctionnelle du myocarde.

f) Les sujets atteints de parasites intestinaux (ascaris, lombrics, oxyures) voient souvent céder leurs misères à un séjour prolongé en atmosphère à champ électrique positif fort.

§ 5. — *Conditions de colonisation de l'espèce humaine.*

Telles sont les constatations que j'ai pu faire sur l'homme. Moins démonstratives que les expériences ou observations sur les plantes ou les animaux elles permettent néanmoins, je crois, de conclure que l'espèce humaine ne colonise convenablement et indéfiniment que dans une atmosphère à champ électrique positif notable.

Progression du nombre des accidents mortels d'automobile. — En France, les statistiques officielles d'accidents mortels d'automobile nous donnent de 1924 à 1931 les chiffres suivants :

1924	1.626	accidents	mortels
1925	2.089	—	—
1926	2.160	—	—
1927	2.348	—	—
1928	2.941	—	—
1929	3.717	—	—
1930	4.061	—	—

L'automobile est actuellement en France un facteur de mortalité qui dépasse en importance la fièvre typhoïde, la diphtérie, la rougeole. En 1928, le nombre des morts par accidents d'automobile a été de 2.941. Pendant la même année, la fièvre typhoïde a fait 2.224 victimes, la diphtérie 2.343, la rougeole 3.252.

Si, reprenant les chiffres de 1930, l'on ajoute aux 4.000 morts les 200.000 blessés de l'automobile, si l'on envisage l'incapacité ou temporaire ou définitive subie par eux, l'on peut apprécier la lourde rançon payée par le pays au mode nouveau de locomotion.

Il est intéressant de préciser dans quelle mesure les pays étrangers sont atteints :

En Angleterre, où la circulation automobile est pourtant moins intense qu'en France, en 1928 : 6.138 tués et 164.838 blessés.

En Allemagne (Bavière non comprise), en 1928 : 4.589 tués, pour 817.000 automobiles. C'est proportionnellement le pays le plus atteint.

Aux Etats-Unis : 11.187 tués en 1922 : 20.500 en 1929.

L'on peut aussi rapprocher dans leur gravité, pour la France, les accidents d'automobile et les accidents du travail (statistique empruntée pour ces derniers au *Bulletin* du ministère du Travail, avril-mai-juin 1932). L'on obtient ainsi le tableau suivant pour 1930 :

Accidents mortels au cours et du fait du travail : 2.756 (dans les professions soumises à la loi du 9 avril 1898) ; auxquels il faut ajouter 568 dans les mines, soit au total : 3.324.

Accidents mortels par automobiles : 4.061.

Accidents mortels au cours et du fait du travail : 1.033.365 (dans les professions soumises à la loi du 9 avril 1898) et 142.591 dans les mines, soit au total : 1.175.956.

Accidents d'automobile non mortels : environ 200.000.

Ces chiffres établissent la particulière gravité de l'accident d'automobile.

(Dr P. MAZEL et P. ROBIN. La prévention médicale des accidents d'automobile (*J. de médecine de Lyon*, 20 novembre 1932.)


SANOGYL

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873 — N° 54 LE NUMÉRO : 50 Centimes 31 DÉCEMBRE 1932

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses*, — 19 décembre. — M. CANTEGRIT. Les syndromes agranulocydaires d'origine bismuthique. — M. AVENARD. Traitement et physiopathologie du diabète insipide.

20 décembre. — Mlle BINET. Pneumothorax artificiel et gestations. — M. GOT. L'assistance aux épileptiques, son état actuel en France. — M. LANDREAU. Essais cliniques sur le rapprochement des maladies d'aspect différent. — M. ILLAIRE. Contribution à l'étude du cancer de l'œsophage. — M. ASMUS. Les tubercules des trayeurs et leur étiologie. — M. FAVIER. La maladie de Bowen, sa localisation buccale. — Mlle PERKER. Utilisation des courants de haute fréquence en stomatologie. — M. HILDA HASCOET. Contribution à l'étude du pronostic des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. — M. ZUJOVIC. De l'insufflation gastrique. — M. DELBÈS. Le syndrome radiologique de sténose du pylore.

21 décembre. — M. FUHRMAN. Contribution à l'étude de la pression artérielle moyenne, en particulier chez les Brightiens, œdémateux et les éclamptiques. — M. FLEUROT. Préservation de la tuberculose et vie familiale.

Assistance publique. — Les articles 46 et 46 *bis* du règlement général sur le Service de santé sont modifiés ainsi qu'il suit :

ART. 46. — Tout chirurgien ou accoucheur chef de service, à l'exclusion des chefs des services de clinique obstétricale de la clinique Tarnier et de l'hôpital de la Pitié, peut demander l'adjonction d'un assistant au cadre du personnel médical de son service ; cet assistant doit être choisi parmi les chirurgiens ou les accoucheurs des hôpitaux, ou, à défaut, parmi les candidats admissibles définitifs au concours de chirurgien des hôpitaux, ou en ce qui concerne les services de maternité parmi les docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux, justifiant d'une admissibilité au concours d'accoucheur des hôpitaux.

L'assistant est nommé pour un an à compter du 1er janvier par le directeur général de l'Administration sur la proposition du chef de service et peut être réinvesti dans les mêmes formes pour des périodes successives de même durée.

Dans le cas où les chefs de service de chirurgie qui désireront s'adjoindre un assistant ne formuleraient aucune proposition les places ainsi vacantes seront mises au choix des chirurgiens des hôpitaux et des candidats admissibles définitifs au concours de chirurgien des hôpitaux.

L'assistant supplée le chef de service dans ses fonctions ; il assure son remplacement pendant ses absences et notamment pendant la période des congés annuels.

En cas de maladie de longue durée ou de décès survenant après le 1er janvier l'assistant assurera la direction du service jusqu'à la date des prochaines mutations annuelles, sans que ce service soit mis au choix des chirurgiens ou des accoucheurs affectés au service des remplacements.

Les fonctions de chirurgien assistant de service sont incompatibles avec celles de chirurgien de la consultation.

Les assistants de chirurgie maintenus en fonctions exceptionnellement et sur leur demande au delà de la date à laquelle ils auraient pu normalement être titularisés comme chefs de service sont dispensés des obligations particulières imposées aux chirurgiens des hôpitaux par les articles 43 à 45 et 82 à 83 du règlement sur le Service de santé. Ils peuvent être désignés comme membres des jurys des concours dans les mêmes conditions que les chefs de service. S'ils renoncent à leurs fonctions ils prendront rang sur la liste d'ancienneté en vue des mutations annuelles des chefs de services immédiatement après le dernier chirurgien ou accoucheur des hôpitaux titulariés comme chefs de service.

Les assistants reçoivent une indemnité annuelle.

ART. 46 *bis*. — (Supprimé).

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Rocher, Corcelle, Barroux, Personne de Lachaud, Tousin, Sarrat, Deprecq, Georget.

Internes provisoires : MM. Jaulain, Gauffriaud, Auriac, Goumain, Roux, Delmas-Marsalet, Baron, Dumon, Dardill, Lemarchand, Raniaud.

Hôpitaux de Grenoble. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Etienne Berthet, Hakami, Joseph Rebuffet, Roche, Delattre, Déroudille, Cairel, Stolzenberg.

Internes provisoires : MM. Cadence, Mockers, Roger, Genin, Grange, Peyron, Jean Ricard.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour la nomination d'un médecin de l'hôpital Renée Sabran, à Hyères, s'est terminé par la nomination de M. le Docteur Imbert.

Guerre. — M. le médecin général Gorisse, directeur du Service de santé de la 10e Région, a été placé, à compter du 18 décembre 1932, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Conférences de neurologie oculaire.* — MM. TOURNAY et VELTER commenceront le mardi 17 janvier 1933, à 17 h. 30, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren) une série de conférences de neurologie oculaire. Ces conférences, publiques et gratuites, se continueront les mardis, jeudis et samedis, à la même heure, du 17 janvier au 23 février, selon le programme suivant :

1° Vendredi 17 janvier. M. TOURNAY : Babinski et la méthode en neurologie. — 2° Jeudi 19 janvier. M. VELTER : L'examen clinique en neuro-ophtalmologie. — 3° Samedi 21 janvier. M. TOURNAY : Aperçu physiologique sur les mouvements volontaires. — 4° Mardi 24 janvier. M. VELTER : Histologie et localisations fonctionnelles des centres oculomoteurs. — 5° Jeudi 26 janvier. M. TOURNAY : Aperçu physiologique sur le tonus musculaire. — 6° Samedi 28 janvier. M. VELTER : Voies d'association oculo-motrices. — 7° Mardi 31 janvier. M. TOURNAY : Les mouvements des yeux ; introduction anatomo-physiologique à l'étude des problèmes pathologiques (1re leçon) ;

8° Jeudi 2 février. M. VELTER : Paralysie oculo-motrices nucléaires et radiculaires ; syndromes neurologiques associés ; 9° Samedi 4 février. M. TOURNAY : Les mouvements des yeux (2e leçon) ; 10° Mardi 7 février. M. TOURNAY : Les mouvements des yeux (3e leçon) ; 11° Jeudi 9 février. M. VELTER : Paralysies oculo-motrices associées et troubles toniques ; 12° Samedi 11 février. M. TOURNAY : Les maladies neurotropes et l'ophtalmologie (1re leçon) ; 13° Mardi 14 février. M. VELTER : L'œil dans la syphilis du système nerveux central ; 14° Jeudi 16 février. M. TOURNAY : Les maladies neurotropes (2e leçon) ; 15° Samedi 18 février. M. VELTER : L'œil dans les scléroses disséminées des centres nerveux ; 16° Mardi 21 février. M. TOURNAY : L'appareil oculaire et le sommeil ; 17° Mercredi 22 février. M. VELTER : Vaso-motricité de l'œil ; 18° Jeudi 23 février. M. VELTER : La migraine ophtalmique.

Hôpital Saint-Louis (Service du Docteur Louste). — *Leçons sur les maladies du cuir chevelu* (Janvier, février 1933), avec le concours de MM. les Docteurs SABOURAUD, PIGNOT, RIVALIER, RABUT, THIBAULT, LÉVY-FRANCKEL, JUSTER. — Les cours auront lieu le lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de 11 heures à 12 heures, à partir du 11 janvier 1933, salle des cours, Ecole Lailler (hôpital Saint-Louis), avec présentation de mala-

des, de moulages, de photographies, examens microscopiques directs et cultures.

Un diplôme de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux sera délivré.

Le droit d'inscription est de 200 francs. S'adresser pour inscription et renseignements au Docteur Rivalier, Ecole Lailler.

Hôpitaux d'Argenteuil. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

In ternes titulaires : MM. Nicolas, Charton, Bouleigne, Vignal.
Internes provisoires : MM. Besnard, Ras, Beaune.

Conférences des Voix latines. — La prochaine conférence des Voix latines sera faite le 16 février 1933, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, par le Prof. Legueu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, sur le sujet suivant : *Souvenirs et visions d'Argentine*.

Cours d'histoire de la médecine.— M. le Professeur Laignel-Lavastine : Les grandes étapes de la pensée biologique (avec projections). Petit amphithéâtre, le lundi à 15 heures : 16 janvier 1933 : Les études morphologiques : transformisme . — 23 janvier 1933 : Les études physiologiques : Claude Bernard. — 30 janvier 1933 : Les études médicales : Laënnec, Pasteur, renaissance de l'humorisme.

Le banquet des fabricants de produits pharmaceutiques. — La Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques a donné son banquet annuel sous la présidence de M. Julien Durand, ministre du commerce et de l'industrie. A la cordiale allocution de bienvenue de M. Jean Faure, président du syndicat, le ministre a répondu par un discours dans lequel il a insisté sur la place que l'industrie des spécialités tient dans notre commerce extérieur et sur le concours qu'elle apporte à la diffusion de nos découvertes scientifiques. M. Julien Durand a précisé, en terminant les motifs qu'il avait d'espérer voir l'industrie des produits pharmaceutiques se placer en tête du mouvement de reprise économique.

Bordeaux. — Les médecins de la Gironde ont offert un vin d'honneur au Docteur Portmann, professeur à la Faculté de médecine, à l'occasion de sa récente élection comme sénateur de la Gironde.

Service de santé. — Le médecin général Gorissac, directeur du service de santé de la 10e Région, passe au cadre de réserve.

Nécrologie. — ***Le Professeur Alessandro Bruschettini (1868-1932)***. — Il était né à Senigallia dans la marche. A 22 ans, il soutenait à Bologne sa thèse sur le virus de la rage ; un an après il remportait le prix Victor-Emmanuel pour un mémoire sur les toxines tétaniques. D'abord interne, puis assistant de Tizzoni, il passa ensuite un an à Londres, dans le laboratoire de V. Horsley.

De retour en Italie, en 1894, il est l'assistant de Perroncito, de Turin, et s'occupe de la section bactériologique du laboratoire de parasitologie.

Il est ensuite nommé à Gênes, où il dirige la préparation du sérum antidiphtérique et du vaccin jennérien ; il fonde le laboratoire de thérapeutique expérimentale, où il étudie spécialement la tuberculose.

Bruschettini a publié et inspiré de nombreux travaux ; il est surtout connu en France par le merveilleux résultats qu'il a obtenus avec ses vaccins : antipyogène polyvalent et antigonococcique ; le premier a été particulièrement efficace contre la grippe et ses complications, le second a évité de nombreuses interventions gynécologiques.

Il a préparé également trois vaccins antituberculeux, le premier préventif, le second curatif et le troisième contre les germes associés, qui n'ont pas reçu l'autorisation légale dans notre pays et n'ont par conséquent pu y être expérimentés.

Alessandro Bruschettini était une des personnalités les plus éminentes de la médecine italienne ; la *Medicina Italiana* d'avril 1925 lui avait consacré une notice biographique spéciale.

La mort du grand bactériologiste est une perte mondiale, qui sera ressentie particulièrement en France.

J. Lafont.

— ***George Herbert Rae Gibson, croix de guerre (1881-1932)***. — L'*Edinburg Médical Journal* d'octobre 1932 nous annonce la mort du regretté secrétaire du Collège royal des médecins d'Edibnurgh dont la vie, trop brève, fut bien remplie.

Fils du célèbre spécialiste des affections cardiaques, il commence ses études médicales, passe un an en Allemagne et fait la campagne sud-africaine, où il gagne la médaille de la Reine avec deux agrafes.

Après s'être reposé de ses fatigues par une croisière de trois mois en Méditerranée, il soutient sa thèse sur la démence précoce en 1910 ; puis il visite les asiles de Londres, Zurich, Munich.

Il aime les voyages, les pays neufs, l'aventure. En 1911, il est au Canada, se fixe à Vancouver, où il exerce, ce qui ne l'empêche pas d'aller en Australie.

En août 1914, il s'engage dans le corps expéditionnaire canadien, avec lequel il reste pendant toute la guerre.

Il était à Ypres, lors de la première attaque par les gaz, en avril 1915, et à Festubert et à Givenchy.

Il ne raconta jamais ce qu'il y fit ; mais il reçut l'Ordre des Services distingués et la Croix de guerre française pour avoir ramené sous le feu son colonel gravement blessé.

Il collaborait à un journal de tranchées et ses chroniques pleines d'humour, furent réunies et publiées en 1916.

Après la guerre il rentra en Ecosse où il remplit des fonctions officielles et administratives ; il s'occupait surtout du service des pensions.

George Gibson n'avait pas oublié le Canada ; il écrivait régulièrement au *Canada Medical Journal* ; on ne l'y oubliait pas non plus ; les anciens du 7e bataillon canadien ont honoré sa mémoire en faisant célébrer un office à la cathédrale de Vancouver.

L'*Edimburgh Medical Journal* le juge ainsi :

« Ceux de nous qui l'ont bien connu ont eu la chance de profiter de son optimisme imperturbable, de sa joyeuse camaraderie et de sa compréhension saine de la vie. C'était un vaillant soldat, un ami loyal et un défenseur des meilleures traditions médicales . . . C'était une âme noble et courageuse ; il avait cette clarté de vision et cette fermeté de dessein qui sont si désirables à notre époque de difficultés . »

Le *Progrès Médical* s'associe à cet hommage et présente ses condoléances sincères à la famille de George Gibson et au corps médical d'Edinburgh.

J. Lafont.

— Docteur Georges Ferclot, de Lille. — Docteur Amédée Guibert, de Sombernon (Côte-d'Or). — Docteur Georges Haret, chef des services de radiologie à l'hôpital Lariboisière, mort victime de la radiologie. Le 22 février dernier, le président Doumer lui avait remis, à l'hôpital Boucicaut, les insignes d'officier de la Légion d'honneur. — Docteur Pétriaux, de Paris, 6, rue Sedaine (XIe). — Docteur Roudie, du Duravel (Lot), décédé à l'âge de 67 ans. — Docteur Serbouce, de Montbéliard. — Docteur Van Oye, de Lille, décédé à l'âge de 78 ans. — Docteur Milan Janu, fondateur de la Société franco-tchécoslovaque des médecins membre de la Société française d'urologie, décédé à l'âge de 47 ans. — Docteur Gustave Bardet, de Cosne d'Allier (Allier). — Docteur Borianne, de Chateauponsac (Haute-Vienne). — Docteur Paul Chevalier, de Sains (Nord). — Docteur Roger Dupuidessus, médecin auxiliaire, décédé à Orléans dans sa 27e année. — Docteur de Lacombe, décédé à Antibes.

« Un mot d'un de nos hommes politiques, grand lettré, « la formation est ce qui reste quand on a tout oublié », me paraît absolument exact. Il ne nous reste rien de précis, n'empêche que notre cerveau s'est trouvé perfectionné par cette gymnastique intellectuelle, dans ses moyens de compréhension et d'imagination, et c'est le grand point . . . On n'apprend pas le grec ou le latin pour savoir ces langues, on les étudie pour se former le cerveau. » (Professeur Marion. Leçon inaugurale).


Révulsif Boudin
Liquide à base d'essence de crucifères sans cantharide ni croton
RÉVULSION INSTANTANÉE.
ACTION IMMÉDIATE.
S'APPLIQUE AU PINCEAU.
NE TACHE PAS.
N'ABIME PAS LA PEAU.
RAPIDE
PROPRE
ÉNERGIQUE
LABORATOIRES BOUDIN
9, AVENUE JEAN-JAURÈS
JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)
RÉVULSIF BOUDIN

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches sur le traitement de certaines formes d'azotémie en médecine mentale [1]

Par

Elizabeth JACOB, et Pierre DOUSSINET,

Internes des Asiles de la Seine.

Il ne nous appartient plus d'insister sur la fréquence de l'hyperazotémie chez les malades mentaux. Ce fait connu depuis longtemps a été signalé et étudié à de nombreuses reprises. Les troubles mentaux des néphrites azotémiques, l'hyperazotémie des délires fébriles ont fait l'objet d'intéressantes publications.

M. Targowla pouvait dès 1924 esquisser une vue d'ensemble de l'azotémie au cours des syndromes mentaux. Il signalait alors un type d'azotémie que nous avons eu l'occasion d'observer très souvent : l'hyperazotémie constamment associée à l'oligurie, facteur isolé et déterminant. Il insistait très justement sur le caractère passager, intermittent du trouble, sur l'intégrité anatomique de l'organe et son intégrité fonctionnelle ultérieure.

Cette allure paroxystique, qui nous apparaît comme la caractéristique essentielle du syndrome, nous a fortement incités à des recherches thérapeutiques.

Nous n'avons retenu dans nos observations que des faits indiscutables que nous avons recueillis et groupés avec toute la rigueur et l'objectivité possibles.

Nous nous proposons d'apprécier dans quelle mesure ce syndrome azotémique a été influencé par nos traitements, et d'exposer les points saillants de l'évolution du syndrome mental après le rétablissement de la diurèse et de l'élimination azotée.

Nous rappellerons d'abord les grands traits cliniques de ce type d'hyperazotémie.

Le taux de l'urée atteint souvent un chiffre élevé : 1 gr., 1 gr. 50, 2 gr. jusqu'à 3 gr. dans un de nos cas ; mais, en accord avec d'autres auteurs, nous avons pu considérer comme nettement pathologiques des taux voisins de 0 gr. 50 chez quelques-unes de nos malades qui, en état de jeûne ou de dénutrition, auraient dû normalement avoir un taux d'urée sanguine abaissé.

L'oligurie, nous l'avons signalé, est constante. L'élimination urinaire de ces malades ne dépasse pas 500 gr. par vingt quatre heures, souvent elle est moindre et il n'est pas rare que cette oligurie confine à l'anurie.

L'examen des urines nous a permis parfois d'y déceler la présence de corps cétoniques, mais jamais nous n'avons retrouvé d'albumine, de cylindres ni de pus.

Ces cas d hyperazotémie s'accompagnent de troubles digestifs variés : plus spécialement d anorexie, de refus d'aliments, et, dans les cas à symptomatologie plus bruyante, d'intolérance gastrique absolue à tout essai prudent d'alimentation artificielle. D'autres manifestations de rétention azotée peuvent s'observer : céphalées, somnolence pouvant aller jusqu'à la torpeur, instabilité et irritabilité si spéciales à ces malades ; les troubles du rythme respiratoire sont fréquents, le plus souvent du type Cheyne-Stokes ; parfois notre attention a été attirée par une hypertension avec bruit de galop ; ces troubles se sont montrés transitoires ainsi que les autres éléments du tableau clinique.

Signalons que, dans tous les cas rapportés, l'apyrexie fut la règle, à l'exception cependant d'un seul où la température s'est maintenue autour de 38°. L'hypothermie n'est pas rare, le fait est d'ailleurs banal dans l'hyperazotémie.

(1) Ce travail a été fait entièrement dans le service de Mlle PASCAL à l'Asile de Maison Blanche sous sa surveillance et avec son précieux encouragement

Nous avons observé ces hyperazotémies au cours de syndromes psychopathiques divers, mais habituellement nos malades ont été rangées sous l'étiquette d'état confusionnel, d'anxiété atypique, d'excitation maniaque.

L'objectif thérapeutique réside ici dans l'obtention de la diurèse.

Les diurétiques usuels ne nous ont donné aucun résultat. Les toni-cardiaques et la théobromine sont restés sans effet ; les composés mercuriels, le neptal, le cyanure de mercure ont été inactifs de même que le sérum glucosé hypertonique, la scille et le vin de la charité. Le scillarène, préconisé par certains auteurs pour des cas vraisemblablement différents de ceux auxquels nous nous sommes adressés, s'est montré chez deux de nos malades plus nuisible qu'actif. La saignée enfin nous est apparue comme un palliatif sans valeur.

Après une série d'échecs nous nous sommes orientés vers les « drogues » électives du système neuro-végétatif.

La pilocarpine par les voies buccale ou sous-cutanée ne nous a paru présenter aucun effet utile. Son association à l'adrénaline (à petites doses par la voie buccale), s'est montrée légèrement plus active.

Ces faits nous ont conduits à expérimenter l'ésérine qui nous a donné des résultats remarquables et constants.

Nous avons toujours employé le salicylate neutre d'ésérine, d'après la formule courante :

Salicylate neutre d'ésérine.......	Un centigramme.
Glycérine........................	3 cc. 5
Eau distillée......................	1c.c. 5
Alcool à 95°......................	q. s. p. 10 c.c.

Habituellement 30 à 50 gouttes de la solution, administrées en deux fois dans la journée, à huit heures d'intervalle environ, suffisent à déclencher la diurèse.

Parallèlement, l'azotémie s'abaisse jusqu'à atteindre un taux normal.

Dans quelques cas, 15 à 20 gouttes données dans les mêmes conditions ont suffi pour obtenir des résultats identiques.

Nous avons pu recueillir, dans le service de Mlle le Dr Pascal, un certain nombre d'observations correspondant au type dont nous venons de rappeler l'aspect clinique.

Nous ne publions ici, de façon succincte, que les plus caractéristiques d'entre elles.

Mme Léonie, 36 ans. Accès d'excitation maniaque typique au cours d'une psychose périodique. Plusieurs accès et internements antérieurs.

Le 22 juin 1932 : Oligurie très marquée ; azotémie = 1 gr. 15 ; acétonurie légère ; saignée abondante.

Le 26 juin : oligurie toujours intense ; azotémie = 1 gr. 25 ; acétonurie légère.

A partir du 27 juin : 50 gouttes d'Esérine par jour.

Dès le lendemain : diurèse abondante et atténuation progressive des troubles physiques et mentaux.

Le 8 juillet : azotémie = 0 gr. 20 ; diurèse abondante ; absence d'acétonurie.

Le 12 juillet : la malade complètement guérie de son accès est mise en liberté.

***

Mlle Marie, 37 ans. — Etat confusionnel avec excitation. Deuxième internement.

Le 19 juin 1932 = Oligurie très marquée ; azotémie = 2 gr. 80 ; absence d'albumine, de sucre et d'acétone, état subcomateux. Saignée très abondante.

Le 21 juin : 30 gouttes d'Esérine.

Le 26 juin : Diurèse très abondante ; azotémie = 0 gr. 45. Continuation de l'Esérine.

Le 30 juin : Azotémie = 0 gr. 30. Reprise de l'alimentation ; atténuation du syndrome confusionnel ; disparition de l'excitation.

Le 12 août : La sortie pouvait être envisagée.

***

Mme Adolphine, 51 ans — Etat d'excitation avec onirisme hallucinatoire.

Le 30 août : Oligurie très marquée ; azotémie = 0 gr. 95 ; acétone : traces ; sucre et albumine : néant.

Le 1er septembre : 50 gouttes d'Esérine quotidiennes.

Le 25 septembre : azotémie = 0 gr. 45 ; absence d'acétone ; amélioration progressive et parallèle des troubles physiques et mentaux.

Le 3 octobre : Malade complètement réintégrée.

***

Mme Amélie, 52 ans. — Excitation maniaque typique. Accès antérieurs.

Le 16 septembre : oligurie ; azotémie = 0 gr. 65 ; acétonurie légère ; albumine et sucre : absence. 30 gouttes d'Esérine quotidiennes.

Le 24 septembre : azotémie = 0 gr. 45 ; réapparition de la diurèse ; reprise de l'alimentation ; disparition de l'acétone ; atténuation de l'excitation.

***

Mme Germaine, 34 ans. — Paralysie générale avec excitation maniaque intense. Refus complet d'alimentation avec intolérance gastrique.

Le 8 octobre : oligurie très marquée ; azotémie = 0 gr. 85 ; acétonurie nette ; Esérine : 50 gouttes par jour ; eau lactosée.

Le 12 octobre : Diurèse normale ; azotémie = 0 gr. 55. Reprise de l'alimentation.

Le 20 octobre : Azotémie = 0 gr. 30 ; disparition de la cétose ; atténuation de l'excitation ; amélioration nette de l'état général.

***

De ces quelques observations se dégage l'action constante de l'Esérine sur la diurèse et la baisse parallèle de l'azotémie, ce qui confirme la réalité du syndrome d'hyperazotémie par oligurie.

On note en même temps l'atténuation puis la disparition des éléments cliniques du syndrome azotémique, le retour rapide et constant de l'alimentation spontanée, la disparition de la céphalée, de la somnolence, des troubles du rythme respiratoire et cardiaque.

L'évolution vers la guérison du syndrome mental a, dans certains cas, suivi de près la disparition de ces troubles.

Dans tous les cas, certains éléments, l'hostilité, l'irritabilité, l'instabilité, l'état confusionnel ou onirique ont été nettement influencés.

La disparition simultanée de ces troubles et des autres manifestations organiques de l'hyperazotémie nous a paru être l'effet constant de l'Esérine.

Cet effet n'est pas toujours durable ; l'arrêt prématuré du traitement fait réapparaître l'ensemble des signes pathologiques, l'Esérine ne présentant alors que la valeur d'une médication symptomatique.

***

Ces conclusions sont valables pour les cas, apparemment plus complexes où l'acétonurie s'associe à l hyperazotémie, étant donné que l'élément capital de cette association est toujours le défaut d'élimination urinaire et azotée, et que l'Esérine montre la même activité.

Dans la plupart de ces cas d'ailleurs, les corps cétoniques, en faible abondance, ne nécessitent pas de traitement spécial et disparaissent à la reprise de l'alimentation.

***

Il est des cas plus rares où azotémie et cétose ont une égale importance. Nous croyons alors à la nécessité de traiter l'une et l autre. Les troubles qui relèvent de l'azotémie ne se montrent nullement influencés par le traitement de la cétose ; ils le sont au contraire aussi nettement que dans les autres cas par l'Esérine.

Voici l'observation d'une malade se présentant sous cet aspect clinique :

Mme Berthe, 51 ans. — Dépression anxieuse avec troubles confusionnels très marqués.

Le 30 septembre : acétonurie et diacéturie ; réserve alcaline = 57 ; insuline : 80 unités par jour, puis 100, 120, jusqu'à 160. Disparition alors complète de la cétose ; réserve alcaline = 58.

Le 11 octobre : mise en évidence d'azotémie = 0 gr. 70, coïncidant avec de l'oligurie ; Esérine : 30 gouttes par jour, puis 50. Diminution progressive de l'insuline, des doses de plus en plus faibles devenant suffisantes pour maintenir la suppression de la cétose.

Le 7 novembre : azotémie = 0 gr. 35 ; acétonurie : néant en l'absence d'insuline. La malade complètement réintégrée peut être rendue à la vie sociale.

***

Disons en terminant que si l'allure paroxystique de ce trouble et son apparition au cours de maladies mentales diverses qui continuent à évoluer après sa disparition lui confèrent un caractère épisodique, elles n'otent rien à sa gravité.

Spontanément curable dans bien des cas, il ne l'est jamais très rapidement en l'absence de thérapeutique. En outre, il peut devenir, par son intensité, une grave complication au point de vue vital. (1)

C'est assez souligner l'intérêt d'un traitement qui s'est montré constamment efficace.

VARIÉTÉS

La Médecine et les Médecins dans l'Œuvre de Walter Scott

(suite et fin) [2]

par le Dr Constant HILLEMAND

Tel est le tableau de la situation de la Médecine et de la condition des médecins en Ecosse, à la fin du XIVe siècle, que nous a laissé W. Scott dans le seul de ses romans qui traite amplement de la matière. La peinture est d'ailleurs valable pour les autres éléments du système occidental auquel appartient la Calédonie, pour peu que nous tenions compte de la démonstration de leur solidarité fournie par Robertson dans son *Histoire de Charles-Quint* et dans son *Histoire d'Ecosse*, démonstration confirmée par A. Comte.

En ce qui concerne la Médecine, ledit tableau nous laisse entrevoir : — l'influence de la science arabe sur la renaissance de notre Art en Occident, car Dwining n'était pas le seul à avoir parfait ses études chez les Maures d'Espagne et d'Arabie, sans compter que la faveur de Charlemagne avait attiré, à sa cour maints praticiens Juifs qui s'étaient montrés les vulgarisateurs éminents de la science islamique ; — l'état encore bien rudimentaire de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques ; — la condition de la pharmacopée européenne enrichie par les recettes arabes ; il est permis, d'après le texte du roman, de conjecturer que Dwining savait utiliser et doser l'opium, pour obtenir un apaisement de la douleur et un sommeil plus ou moins prolongé ; quant au baume de la Mecque et à la préparation odoriférante dont il arrosait le moignon de Ramorny et qui procurait à celui-ci la substitution d'une sensation délicieuse de fraîcheur à une sensation insupportable de cuisson, nous restons dans l'ignorance, sinon de leur origine attestée par leur appellation, du moins de leur composition et de leur mode de préparation. Nous ne sommes pas davantage fixés sur la nature du poison si actif préparé par Dwining en vue de son suicide éventuel.

Pour ce qui regarde les médecins, il ressort de la description de la vie urbaine brossée par l'auteur, que, dès cette époque, ils représentaient l'un des éléments essentiels et pleinement

(1) Ces malades meurent de coma urémique typique mais souvent inaccessible à la saignée.

(2) Voir *Progrès Médical* des 29 octobre, 5 novembre, 10 et 17 décembre 1932.

LE SULFARSÉNOL | LE ZINC-SULFARSÉNOL

DU DOCTEUR LEHNHOFF WYLD

Produits adoptés par les Hôpitaux.

Traitement de choix des nourrissons des enfants, des femmes enceintes

Dans l'infection puerpérale du Post Partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 1 ctgr., ou dans les cas plus graves 18 ctgr (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la Blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 ctgr.), guérison en peu de jours (sans récidive).

Dans le Paludisme : Traitement par doses progressives de 6 à 42 centigrammes.

Dans la Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la langue). V. Profr Jeanneney, Congrès Médical de Madrid 1927.

Possède les mêmes propriétés que le SULFARSENOL courant mais avec l'avantage d'être :

NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.

DOSES :	A	B	C	D	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	5 millig.	1 ctgr.	1 ctgr. 1/2	2 ctgr.	3 ctgr.	6 ctgr.	12 ctgr.	18 ctgr.	24 ctgr.	30 ctgr.	36 ctgr.	42 ctgr.	48 ctgr.	54 ctgr.	60 ctgr.	72 ctgr.	84 ctgr.	96 ctg

Arsénos-Solvant

Pour injections intra-musculaires ou sous-cutanées d'arsénobenzènes — **indolores** —
(Sérum glucosé avec addition de gaiacol et de chloretone) — Présentation : Boîtes de 1 — 6 — 12 ampoules

CED-ROC

Le **Ced-Roc** remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac, ni de congestion des reins.

Dose: 10 à 12 capsules par jour.

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsinique, glycérophosphate et strychnine
PARFAITEMENT STABLE ET INDOLORE :-: **INJECTIONS SOUS-CUTANÉES**
Médicament remarquable contre tous les états de faiblesse.
Indications : Anémies (simple, chlorose, anémie des jeunes filles, des convalescents), Endométrites, Retour d'âge, Neurasthénie, Chorée, Névralgies chroniques, etc...

Présentation : Boîte de 6 et de 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MEDICALE — Ch. DESGREZ *Docteur en Pharmacie*
19-21 rue Van-Loo — Paris XVIe — Téléphone : Auteuil 26-62 — 04-30.

---

sirop "roche"

au thiocol

toutes les affections des voies respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, rue Crillon, PARIS-IVe

reconnus de la civilisation moderne, laquelle commençait à se dégager péniblement de la civilisation catholico-féodale plus ou moins périmée ; et qu'on avait régulièrement recours à eux, non seulement pour traiter les maladies, mais aussi pour éclairer les questions de médecine légale. Ainsi Dwining, à s'en rapporter à la conversation des vieilles femmes chargées d'ensevelir Olivier Proudfute, avait-il été mandé par les magistrats municipaux, immédiatement après la découverte du cadavre, pour examiner et sonder la blessure du crâne, due à la hache de l'assassin. Mais il appert aussi des relations involontaires de l'apothicaire avec le dominicain rencontré auprès de la veuve de la victime, de l'attitude hostile et des menaces significatives de celui-ci, que les médecins étaient particulièrement suspects d'incrédulité aux yeux de l'Eglise, qui, après avoir tenté de monopoliser la culture et la pratique de l'Art entre les mains de ses clercs, pour mieux asseoir sa domination ici-bas, avait dû renoncer à ce projet, et même leur interdire spécialement l'étude de la médecine, en raison du dangereux esprit d'émancipation qu'elle développait chez eux à l'égard des dogmes désuets sur lesquels s'appuyait le sacerdoce catholique pour gouverner les consciences. Le résultat était d'ailleurs à prévoir, car rien ne pouvait être plus propre, que l'étude anatomique et physiologique de l'économie humaine, à saper la croyance en l'existence d'une âme immortelle, distincte et indépendante du corps, et, par voie de conséquence, la croyance en un Dieu créé sur le modèle trinitaire de cette âme.

Mais il était résulté de cet abandon de l'étude et de la pratique de la Médecine par l'Eglise, cette inévitable conséquence, désastreuse pour elle, que la Providence humaine, représentée par les médecins, s'affirmait plus ou moins efficace dans une foule de circonstances où la Providence divine s'avérait radicalement impuissante (tel le cas de l'enfant qui semblait près de succomber malgré les prières du moine et qui avait paru rappelé à la vie par l'intervention de Dwining) ; et que les populations devaient fatalement prendre l'habitude, sinon de déserter les autels de la Providence divine, du moins d'avoir recours au médecin, organe de la Providence humaine, avant de recourir au prêtre, d'où antagonisme et zizanie entre l'un et l'autre, qui n'ont fait que s'accentuer depuis la fin du Moyen Age jusqu'à nos jours où, en présence d'une attaque de diphtérie, la mère française la plus chrétienne se précipite chez le médecin et aussi chez le pharmacien (détenteur du précieux sérum de Behring ou de Roux), avant de frapper à la porte du presbytère.

Quoiqu'il en soit la phrase de Chaucer, placée par W. Scott, dans la bouche du dominicain, valait-elle la peine d'être rappelée et d'être rapprochée du dicton répandu en France, vers la même époque, d'après lequel sur 3 médecins, il y avait 4 athées. L'une et l'autre attestent la justesse d'observation du romancier.

De cette réputation d'incrédulité et aussi du fait que la fréquentation des morts inspirait une répulsion fortement marquée aux chrétiens d'alors pour tous ceux qui avaient à manier la dépouille humaine, les médecins étaient considérablement gênés dans la poursuite de leurs études d'anatomie normale et d'anatomie pathologique, par la difficulté, due à l'Eglise (interdiction formelle, sous peine d'excommunication, de l'autopsie et de la dissection, par le pape Benoit VIII, au XIe siècle) et aux préjugés semés par elle, de se procurer des cadavres pour perfectionner leurs connaissances sur la distribution des tissus et des organes servant au jeu de la vie, et sur les lésions produites par les affections dont ils avaient été atteints. Nos anciens étaient alors réduits, soit à acheter les corps des suppliciés, aux Exécuteurs des Hautes-œuvres, soit (comme Bichat) à déterrer et à voler nuitamment, à leurs risques et périls, les corps récemment inhumés dans le cimetières. C'est ainsi que nous voyons Dwining obligé de s'aboucher avec le bourreau de la ville pour obtenir, de sa complaisance intéressée, les cadavres nécessaires à ses investigations.

Sous le rapport de l'émancipation, il convient de considérer, à part, celle qui a trait aux croyances catholiques, et celle qui a trait aux croyances surnaturelles quelconques :

L'homme qui représente notre corporation, à la fin du XIV[e] siècle, est aussi émancipé qu'on peut le concevoir vis-à-vis des premières. Non seulement il ne croit pas à la Sainte-Trinité, mais ses paroles, ses attitudes expriment le mépris le plus sincère, le plus profond, le plus insultant pour les divers personnages de la Mythologie chrétienne (y compris Satan) et leurs adorateurs, pour les dogmes qui impliquent l'existence de ces êtres imaginaires.

Aussi peut-on s'étonner de l'émoi qu'il éprouve lorsque, entrant dans la demeure d'Olivier Proudfute, il entend l'une des bonnes femmes qui le veillent, s'étonner, à haute voix, de l'apparition d'une goutte de sang au niveau de la blessure du mort. Mais, à la réflexion, il s'agit de l'un de ces troubles passagers auxquels, les savants de nos jours, les plus émancipés, peuvent momentanément s'abandonner, lorsqu'un événement inattendu vient, à l'encontre de leurs prévisions les mieux établies, justifier, en apparence, un grossier préjugé populaire.

Vis-à-vis de la théologie, son émancipation paraît assurément très développée, sans toutefois, être complète, si nous en jugeons par sa réponse à Catherine qui lui reproche son athéisme : « athée, dis-tu ! peut-être ai-je des doutes sur ce point, mais avant peu ces doutes seront éclaircis, je vois approcher un homme (Douglas) qui m'enverra ... *dans un lieu où tous les mystères s'expliquent* ». Ces paroles semblent indiquer que notre confrère ne repousse pas *a priori*, l'existence d'un lieu, dans lequel émigrent les morts, ce qui suppose sa croyance à l'existence possible d'une âme distincte du corps, car il sait pertinemment que son corps restera là où il sera inhumé. En fait, son émancipation de la théologie chrétienne, ne semble pas provenir de doutes relatifs à l'âme, comme dans la plupart des cas.

Il n'est guère moins sceptique vis-à-vis de la Métaphysique, et lorsqu'il est interrogé par Ramorny sur les rapports de sympathie qui pourraient continuer à exister entre les nerfs de sa main coupée et ceux du bras dont elle a été détachée, Dwining se contente de ricaner. Sur d'autres questions il se montre cependant plus réservé et ne veut pas s'aventurer au delà de l'observation. A son patron qui s'informe auprès de lui s'il admet « qu'il soit vrai que les blessures » d'un corps sans vie puissent « s'ouvrir et verser du sang à l'approche du meurtrier », il répond prudemment : « je ne puis en parler, mylord, que d'après la tradition qui garantit le fait ».

Toujours est-il que son émancipation complète de la foi catholique, ses doutes relatifs à la théologie, apparaissent prodigieux si l'on tient compte qu'ils s'expriment à la fin du XIV[e] siècle, dans un milieu où il est seul à penser de la sorte, où les esprits les plus avancés n'osent guère douter de la vérité des dogmes qui leur ont été enseignés dans leur enfance et se bornent à émettre des critiques secondaires sur les ministres du culte.

W. Scott, avec sa perspicacité ordinaire, attribue l'incrédulité de son personnage à sa profession et aux études qu'elle entraine, à son séjour de l'Université de Paris, rendez-vous de toutes les valeurs intellectuelles de l'Occident, et, surtout, à sa fréquentation des Maures d'Espagne et d'Arabie qui, depuis plusieurs siècles, pendant que l'Eglise catholique tenait sous le boisseau le flambeau de la science, réduit à l'état de veilleuse, se livraient au déchiffrement et à la culture de la science gréco-romaine, et dont les subtils commentaires des textes antiques ouvraient des horizons nouveaux à la pensée. C'est déjà par une cause analogue que, dans *Ivanhoé*, le nouvelliste Ecossais avait expliqué l'émancipation du templier, Brian de Bois-Guilbert, en apportant, de la sorte, une précieuse confirmation anticipée à l'opinion, fortement motivée, de Heeren sur l'influence nettement émancipatrice des Croisades, inspirées pourtant, par le plus étroit fanatisme, à des mystiques ou à des coupables qui espéraient ainsi racheter leurs fautes, souvent leurs crimes de façon à pouvoir entrer tout de go au paradis. Ce ne sont pas d'ailleurs les seules circonstances dans lesquelles des entreprises humaines, engagées dans un but déterminé, ont abouti à des résultats diamétralement opposés à ceux qu'escomptaient leurs auteurs, témoin la guerre mondiale de 1914, — tant il est vrai que les événements politiques et sociaux dépendent de facteurs trop nombreux, trop variés, trop impondérables, etc ..., pour pouvoir, même de nos jours, être prévus avec certitude : « il n'y a » guère « que l'imprévu qui arrive » avait coutume de dire Herbert Spencer, condensant, dans cette

formule, le conseil donné par Napoléon à ses généraux et à ses ministres de ne pas « se faire des tableaux de l'avenir qui, quand il devient le présent, est toujours différent du tableau » imaginé.

L'émancipation de notre ancêtre du XIVe siècle, est d'autant plus surprenante que l'auteur ne glisse aucune allusion à la possession, par Dwining, d'une bibliothèque de manuscrits dans la fréquentation desquels il pût retremper sa foi d'incrédule ; qu'il ne paraît, d'autre part, avoir conservé aucune relation épistolaire ou autre avec ses instructeurs et ses condisciples de Paris, de Grenade, de la Mecque, ni essayé de nouer des relations nouvelles avec les héritiers de Pierre de Maricourt en France, de Grossetête, de Roger Bacon à Oxford, etc.., lesquels, comme tant d'autres novateurs, avaient cru possible, et avaient essayé d'engager l'Eglise dans la voie de l'émancipation scientifique, sans prendre garde que, lié par des révélations *ne varietur*, consignées dans des livres réputés sacrés, le sacerdoce, avec la meilleure volonté du monde, ne pouvait sortir du cadre de ces révélations pour suivre l'évolution incessante , et sans limites, de la pensée scientifique.

L'émancipation du praticien de Perth, dans ces conditions défavorables, fait de lui un être extraordinaire, planant de haut au-dessus de son milieu, grâce à la possession d'un esprit analytique de premier ordre qui lui permet de relever toutes les contradictions des dogmes catholiques avec les rares données positives de l'époque et avec les ingénieuses explications rationnalistes à l'aide desquelles les métaphysiciens chérissaient à combler les énormes hiatus, du savoir réel.

Mais du fait même de sa supériorité intellectuelle, de sa culture, de son séjour à Paris, centre des lumières en Occident, de ses contacts prolongés avec la civilisation islamique qui s'épanouissait alors à Grenade et à la Mecque ; du fait aussi du sentiment de son infériorité physique, qui pèse sur lui, à son insu, il se trouve nécessairement en désharmonie avec le milieu social dans lequel il est appelé à vivre et où la force règne pendant que la superstition règle. Il entre en antagonisme avec lui, et cet antagonisme se transforme facilement en antipathie et en inimitié, faute des lumières d'une sociologie dynamique et d'une psychologie positives, encore inexistantes, susceptibles de développer chez lui le sens de la relativité et de lui rappeler que les gens qui l'entourent, s'ils sont loin de posséder sa capacité mentale, sont pourvus, en retour, d'aptitudes pratiques indispensables à la vie de la société, et grâce auxquelles il a pu, lui-même, se différencier, sans avoir à produire directement de quoi se nourrir, se vêtir, se loger, se chauffer, s'éclairer, etc.

Ces prêtres dont il méprise l'ignorance et la crédulité n'en sont pas moins les héritiers de ceux qui eurent le mérite de substituer, en temps opportun, au dogme polythéique épuisée, un nouveau dogme basé sur le monothéisme, et supérieur à l'ancien en ce sens qu'il remplaçait la multitude des divinités païennes, intervenant, à chaque instant, dans la production des divers phénomènes, par un Dieu unique ayant institué une fois pour toutes l'ordre du monde, et n'intervenant plus dans la marche des événements qu'à titre exceptionnel ; qui, de plus, au cours d'invasions barbares répétées, eurent le mérite de sauver les éléments essentiels de la civilisation gréco-latine ; qui réussirent à organiser, peu à peu, sur un plan véritablement romain, le chaos social résulté de ces invasions; dont les successeurs ont encore le mérite de maintenir, de nos jours, en l'absence d'une morale positive pleinement *démontrable* un minimum très appréciable de moralité au sein de la masse considérable de leurs ouailles, ce qui fait d'eux des éléments d'ordre utiles et éminemment respectables à ce titre.

Ces barons féodaux dont il critique, sans mesure, la brutalité, le manque de courage de tête, la grossièreté, l'ignorance, etc... n'en sont pas moins les fils de ceux qui, à une heure critique de l'histoire du Monde, surent, avec leur courage physique, leur énergie musculaire, préserver, du choc désastreux de nouvelles invasions barbares, le noyau de civilisation conservé par l'Eglise, restauré par elle.

Ces artisans, ces bourgeois dont il affecte si mal à propos, de se désolidariser, sont les descendants méritoires de ces serfs du Moyen Age, qui, par une longue suite d'efforts, ont progressivement conquis le droit à la possession d'un foyer familial, à la propriété et à l'héritage, à la liberté personnelle, etc . . .

Les uns et les autres méritent mieux que le mépris dont les accable, sans raison valable, l'intellectuel Dwining, à l'esprit insuffisamment relatif.

Sa pénétration psychologique est, certes, considérable, et lui permet de s'affranchir d'une foule de préjugés surannés ne reposant sur aucune base scientifique, mais elle est altérée par un excès d'esprit critique et par une tendance trop marquée à juger moralement les autres d'après lui, conséquemment à les sous-estimer dans beaucoup de cas, en leur prêtant, trop volontiers, ses propres mobiles de conduite.

Sans doute, le développement de ses facultés d'analyse le préserve d'être dupe de l'idéalisation excessive de la femme, placée sur un piédestral trop élevé par la chevalerie du moyen âge, sous l'inspiration inconsciente d'une libido contenue, refoulée, et finalement orientée, dans le sens masochique, par la foi catholique. Sa pénétration lui permet de distinguer, à travers l'auréole de beauté de la Jolie Fille de Perth, la débilité relative de l'intelligence féminine, simpliste jusque dans ses roueries les plus raffinées ; la disposition de la femme à subir les impulsions sentimentales, bonnes ou mauvaises, de sa nature, qui la conduit à voir les êtres ou les événements tels qu'elle les craint ou les souhaite, et non tels qu'ils sont, disposition qui fait de cette jeune fille éminente du XIVe siècle, une gaffeuse capable des pires bévues, notamment de compromettre, par ses indiscrétions, sa sûreté, son bonheur, la sûreté et le bonheur de ceux qu'elle chérit le plus, — comparable malgré la différence des temps, à la *Delphine* de Mme de Stael, à sa sympathique *Corinne*, à l'adorable *Maggie Tulliver*, à la noble *Dorothée Casaubon* créées, d'après elles-mêmes, par le talent de Germaine Necker, par le génie de George Eliot.

Mais l'excessive prépondérance de son esprit critique conduit Dwining à sous coter la valeur de la femme : dans son rôle de fiancée apte à faire naître, de la concupiscence, le *sentiment* de l'amour, fleur de la civilisation ; dans l'accomplissement de ses fonctions naturelles d'épouse, conservatrice des capitaux économiques et moraux de la famille , ou de mère remplissant la mission incomparable de modeler sur ses genoux les générations nouvelles en leur transmettant, sous forme de préjugés, les acquets moraux de l'Humanité.

C'est également par suite de sa propension trop marquée à juger moralement les autres d'après lui que, dès le début du roman, il se trompe lourdement sur le compte de Catherine Glover, de sir Patrick Charteris, de Douglas, en leur prêtant des sentiments qui ne sont pas les leurs ; en attribuant à la première, une coquetterie et une légèreté, au second un manque de conscience, et au troisième une duplicité étrangers à leur caractère réciproque.

On peut blâmer son amour excessif de la vengeance, mais il faut considérer que, dans le récit, cet amour de la vengeance se manifeste exclusivement à l'égard de ceux qui, comme le ferrailleur Henry Smith, ont profité de leur supériorité physique pour l'insulter impunément. Sans doute, nous l'entendons menacer de représailles, l'ensemble de ses concitoyens, parce qu'ils n'ont pas voulu de lui comme magistrat municipal, mais, somme toute, il en reste aux paroles, et, dans l'exercice de sa profession, se montre serviable et secourable, comme l'atteste le concert de louanges qui s'élève sur son passage lorsqu'il se porte au secours du petit malade atteint d'une crise de croup (ou plus vraisemblablement de faux-croup) : « l'homme le plus secourable de Perth,. . . notre ange secourable dans les maladies », etc . . . , s'empresse-t-on de le qualifier. L'une des bonnes femmes qui le conduisent, fait même entendre cette réflexion significative : « que d'autres parlent des chevaliers et des rois pour redresser les torts, comme on dit, parlez-moi du digne maître Dwining ». W. Scott qui, en raison de ses propres croyances, a de la peine à concevoir le dévouement en dehors d'une inspiration théologique, l'attribue chez le médecin mis en scène par lui à la vanité ou à l'amour de l'art, sans paraître soupçonner que la fonction développé l'organe, qu'il est des professions dont l'exercice développe l'altruisme, que la médecine est, par excellence, l'une de celles-là.

Quant à son emploi de la ruse pour lutter contre la force, n'oublions pas qu'il est de règle dans toute l'échelle animale : chaque être se servant des ressources dont il dispose pour se défendre.

La satisfaction que Dwining éprouve et qu'il exprime, d'avoir sauvé l'enfant rendu orphelin par Bonthron, sur une fausse indication de son conducteur, témoigne, à mon sens, d'un bon naturel, qui ne demandait qu'à être cultivé dans un milieu plus favorable pour fructifier et s'épanouir.

Sans doute, sa conduite est loin d'être irréprochable, mais il convient pour la juger équitablement, de tenir compte du temps où il vécut, de la comparer à celle des autres personnages du drame auquel il prend part : — à celle du duc d'Albany exploitant la confiance qu'a en lui le roi son frère, pour comploter froidement la mort de son neveu le duc de Rothsay ; — à celle de celui-ci, s'énorgueillissant de mener une vie crapuleuse de débauché, alimentée par le vin et la femme ; — à celle du comte de Marsch trahissant son roi et son pays pour venger une blessure d'amour-propre ; — à celle de Ramorny abusant de la confiance de Rothsay pour le faire mourir de faim dans un cachot du château de Falkland ; — à celle de Douglas mariant sa fille au prince qu'il méprise pour augmenter son crédit politique ; — à celle du confesseur de Catherine, trahissant les secrets de la confession ; — à celle du moine réformateur, le père Clément, qui s'agite pour rectifier les mœurs de l'Eglise, et qui, concurremment, sollicite l'honnête fille du gantier, sa pénitente, de se glisser dans le lit du duc de Rothsay pour obtenir sa protection en faveur de ladite réforme ; — à Henri Smith que Catherine, qui a un faible pour lui, dépeint comme suit : « il n'entend point parler d'un tireur d'armes, qu'il n'envie sa réputation et n'ait besoin de mettre sa valeur à l'épreuve. Il ne voit pas de querelles dont il ne lui faille se mêler. A-t-il des amis, il se bat avec eux par partie de plaisir et pour l'honneur ; des ennemis, il se bat avec eux par haine et vengeance. N'êtes-vous ni son ami, ni son ennemi, il se battra avec vous, parce qu'il vous rencontrera de tel ou tel côté d'une rivière. Tous ses jours sont des jours de bataille, et sans doute, il ferraille encore en rêves » .....

Si Dwining est amoral et s'il devient facilement immoral, c'est que la science rudimentaire de son époque n'avait pu encore tirer d'elle-même le principe de règlement que devait lui fournir, au XIXe siècle, la fondation, par le génie d'A. Comte, d'une sociologie, d'une psychologie, d'une morale positives, et que, ayant rejeté, avec la foi catholique, les béquilles qui étayaient la moralité de ses contemporains, il n'a pu en trouver d'autres dans une culture scientifique nécessairement insuffisante. Ses fautes sont, par suite, imputables en grande partie, au défaut de parallélisme entre le mouvement de décomposition trop rapide, de l'ancien régime et le mouvement de recomposition, trop lent, d'un ordre moral nouveau. Né dans notre siècle, il eut probablement été un grand savant, un éminent citoyen, un homme de bien.

Sa participation au meurtre de l'héritier, de la couronne pourrait même être considérée comme un acte excusable et presque louable, s'il lui avait été inspiré par le désir de préserver son pays du règne d'un prince qui ne craignait pas de formuler son programme de gouvernement en ces termes : « si jamais j'occupe le trône ... chaque jeune Ecossais aura, sous mon règne, une mains occupée à tenir son flacon et l'autre autour du cou de sa maîtresse : les hommes seront conduits par les baisers et les rasades, et non par les dagues et les chaînes : enfin, on écrira sur mon tombeau : « Ci-gît Robert, quatrième du nom ; il ne gagna pas de batailles, comme Robert Ier ; il ne s'éleva pas du rang de comte à celui de roi, comme Robert II ; il ne fonda pas d'églises comme Robert III ; il se contenta de vivre et de mourir roi des joyeux garçons. Parmi mes ancêtres qui ont régné deux siècles, je n'envie d'autre gloire.

> Que celle du bon vieux roi Cowl
> Qui vidait si bien un grand bowwl. » (Chap. X).

Malheureusement, n'ayant été inspiré que par des motifs d'intérêt personnel (ambition, cupidité, etc ...) l'acte est bien un crime. D'ailleurs, il convient d'ajouter que le jugement de W. Scott sur ce prince a varié, et qu'il n'est pas le même dans son *Histoire d'Ecosse* que dans son roman.

Mais s'il est permis de différer d'opinion sur la valeur sentimentale de l'apothicaire-médecin, on ne peut qu'admirer son courage de tête, son prodigieux sang-froid, digne de son intelligence, qui ne se dément dans aucune des circonstances tragiques de son existence, qu'il s'agisse de préparer l'assassinat d'un ennemi personnel par la main de Bonthron, la disparition d'un prince pour satisfaire, contre récompense, l'ambition du duc d'Albany ou de subir personnellement les conséquences d'une entreprise qui échoue par suite de l'arrivée imprévue de Douglas ; beau joueur, il subit son sort, lorsqu'il a perdu la partie, sans vaines récriminations, en repoussant dédaigneusement les bons offices du prêtre qui se présente pour l'assister, dans le passage ordinairement si redouté de la vie au trépas, en se préoccupant uniquement de ce que pourront penser de lui ses contemporains, et la postérité.

Son impassibilité devant la mort, qui stupéfie les assistants, et notamment les hommes d'armes, écuyers ou chevaliers, ne laisse pas de contraster singulièrement avec la piteuse attitude de son complice, le fier baron de Ramorny, qui a beaucoup de peine à plastronner suffisamment pour masquer sa peur ; qui, après avoir vécu toute une vie de paillardises et de crimes, s'abaisse à solliciter les secours d'une religion dont il n'a cessé de violer ouvertement tous les commandements.

A mon sens, toutefois, W. Scott a trop forcé la note en représentant Dwining, intellectuellement et moralement isolé dans la vie, sans aucun lien de parenté, d'amitié, ou d'amour, avec aucun de ceux ou de celles qui l'entourent, sans attachement pour aucun être humain ou animal (chien-chat, etc...), n'ayant personne dans le sein de qui, il puisse s'épancher, vivant solitaire dans sa demeure, sans autre principe d'animation que l'amour de l'or. Il songe, il est vrai, à la postérité, et il a le souci de ce qu'elle pourra penser de lui. Mais il ne peut être certain, malgré sa confiance apparente dans le besoin de parler du sexe féminin, que la postérité soit jamais informée de ses faits et gestes par le truchement de la Jolie Fille de Perth. La pratique de l'imprimerie n'existe pas et elle ne peut, par conséquent, lui servir pour transmettre aux générations postérieures ses opinions médicales, ses reflexions sur l'organisation sociale, la religion, la philosophie, etc ...

Sans doute il est animé d'un orgueil qui peut le consoler de beaucoup de déboires.

Mais il n'est pas certain que ce sentiment soit un « contre-poids » suffisant à « toutes les misères », comme on l'a prétendu depuis Pascal, et qu'il puisse tenir lieu de toutes les affections humaines, de l'amour, de l'amitié, etc ... De plus cet orgueil s'accompagne chez lui d'une telle humilité, d'un tel « besoin de ramper, de recevoir des affronts ... » qu'il doit perdre la plupart de ses propriétés psychiques, d'ordre tonique.

La conjonction de cet orgueil superbe et de cette humilité rampante, qui, à la rigueur, pourrait se comprendre chez un ecclésiastique sadique, obligé de se contenir et de ramper jusqu'au jour où il atteint, dans la hiérarchie, une situation lui permettant de se révéler sans danger, tel qu'il est, ne s'explique guère chez un émancipé qu'on ne saurait suspecter d'impuissance virile en raison même de cet orgueil.

Tel est le personnage sous les traits duquel W. Scott a représenté la médecine et aussi la science, à la fin du XIVe siècle.

Certes, il est loin d'être recommandable et sympathique sous tous les rapports. Néanmoins, on ne peut se dispenser d'admirer son amour de la science, son acuité d'observation, la curiosité et l'émancipation de son esprit, de rendre hommage à son dévouement professionnel, de reconnaître ses aptitudes médicales apparentes.

Avec un profond sentiment artistique, l'auteur l'a campé sous les dehors d'un nain chétif à l'aspect effacé, en face des hommes d'armes de cette époque, à la puissante stateur, en face d'ecclésiastiques autoritaires, dissimulant mal leurs aspirations dominatrices.

On ne saurait prétendre que le grand écrivain se soit laissé dominer par le goût romantique de l'antithèse, puisqu'il s'est abstenu précisément de relever le prodigieux renversement des situations et des valeurs amené par quatre siècles d'évolution.

Et cependant ce contraste, considérablement accentué depuis le commencement du XIXe siècle, est ce qui ressort le plus du récit de W. Scott, comparé au tableau de notre état de civilisation.

D'un côté — la Science et la Médecine faisant une timide réapparition dans le monde à la fin du Moyen Age à l'au-

be de la Renaissance, et trouvant la route barrée par une Eglise dont la Réforme et l'invention de l'imprimerie n'ont pas encore ébranlé la puissance, par une aristocratie féodale pourvue d'une supériorité d'armement, dont ne l'a pas encore dépossédée l'utilisation des armes à feu ; — par une Royauté qui cherche sa voie et qui n'a pas encore osé se ranger franchement du côté des forces modernes.

Quelle apparence il y a-t-il que les successeurs de Dwining, l'homme effacé qui représente la Science et la Médecine, puissent jamais parvenir à triompher un jour d'aussi puissants adversaires ?

Et cependant, ce jour dont il était presque impossible, en 1396, de prévoir la venue, est venu.

Le Dieu dont le prieur Anselme menaçait le roi Robert III s'il refusait d'accorder au clergé les privilèges exhorbitants que celui-ci réclamait, a « cessé d'être d'ordre public pour devenir exclusivement d'ordre privé » ; ses ministres qui menaçaient Dwining des pires expiations corporelles, en sont réduits à se réclamer de la tolérance, et même, oublieux de leur rôle historique, sollicitent l'aumône de décorations laïques que leur jettent plus ou moins dédaigneusement en pâture les détenteurs du pouvoir temporel qui les méprisent.

Les « descendants des fiers conquérants » dont parlait encore Louis XVI, à l'ouverture des Etats généraux de 1789, devant « l'humble postérité des vaincus », sont trop heureux aujourd'hui de vendre leur nom aux filles les mieux dotées et les plus vaniteuses de la roture, pour redorer leur blason, ou de le prêter, contre finances, à des agioteurs pour lancer des affaires plus ou moins véreuses ; les « Grands » d'Espagne eux-mêmes ont vécu.

Non seulement Louis XVI, le dernier roi français de droit divin a été guillotiné moins de quatre ans après s'être posé en chef de l'aristocratie, mais la royauté a été annulée ou supprimée dans presque tous les pays d'Europe, d'Afrique, d'Amérique, d'Asie, d'Océanie, non sans avoir rendu le grand service social d'avoir présidé à la formation de la plupart des patries modernes.

La Science est devenue la nouvelle divinité devant les arrêts de laquelle s'inclinent, consciemment ou inconsciemment, tous les humains. Elle inspire une Industrie qui étend chaque jour le domaine de la Providence humaine au détriment de celui de la Providence divine, et qui, par exemple, depuis Franklin gouverne cette foudre, dont le prieur Anselme, dans le roman menace encore le roi Robert III. Il ne lui reste plus, pour remplacer avantageusement la théologie, dans tous les domaines, qu'a être en mesure de démontrer positivement, dans tous les cas, la conciliation du Devoir avec l'Intérêt bien entendu.

La Médecine, surtout depuis les mémorables découvertes de Pasteur, n'a cessé de grandir et de gagner en prestige.

Quant aux Médecins, ils n'ont pas cessé d'étendre le champ de leur action, en introduisant l'esprit positif — dans la psychologie, avec Cabanis, Gall, Morel, Maudsley, les Falret, Ch. Cotard, A. Ritti, Magnan, Seglas, P. Dubuisson et Vigouroux, E. Dupré, G. Dumas, Pierre Janet, Freud, A. Delmas, et M. Boll, etc., etc... — dans l'administration de la justice en tant qu'experts d'experts près les tribunaux ; — dans les questions d'hygiène publique et privée, à titre de conseillers des gouvernements, des municipalités, des familles ; — dans le domaine historique pour rectifier, avec Lombroso, Lacassagne, Freud, etc., etc..., les erreurs des historiens sur les événements (rôle de la suggestion dans les révolutions, etc ...), ; sur les personnages historiques tels que Tibère (atteint de folie circulaire), Caligula (aliéné notoire), Vitellius (probablement diabétique), Mahomet, Sainte-Thérèse, Jeanne d'Arc (autosuggestion et suggestion, hallucinations etc...) etc ... ; sur l'intervention consciente ou inconsciente de la libido chez la plupart des humains, ayant joué un rôle historique ou non, depuis leur enfance jusqu'à leur extrême vieillesse, etc... ; — dans le domaine de la littérature, en tant que romanciers ou critiques d'art, etc ...

On voit, par ce qui précède, que la collaboration de W. Scott à l'histoire de la Médecine et des Médecins n'est pas négligeable, et qu'elle mérite bien d'être rappelée au lendemain de la commémoration du centenaire de sa mort dans la plupart des pays civilisés (1).

(1) Extrait d'un travail inédit sur l'œuvre de W. Scott, notamment sur Ivanhoé, la Jolie Fille de Perth,, etc ...

TABLE DES MATIÈRES

I. Articles originaux — Analyses — Sociétés Savantes

A

B

F

G

H

M

N

O

Q

R

S

T

U

V

X

Y

Z

II. Nouvelles — Variétés — Bibliographie

A

B

C

D

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

A

D

E

F

J

K

L

M

Q

R

S

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux [français] installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à [Paris], tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont [néce]ssaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de [...] places de 1re, 2e ou 3e classes.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.